

Til: Styret ved Vestre Viken HF
Dato utsendt: 16. september
Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 23. september 2024
Møtetid: Kl. 10.00 – 16.00

Møtested: Ringerike sykehus, møterom på Legevakten

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, bes melde fra om dette til styresekretær innen søndag 22. september (hilde.enget@vestreviken.no).

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

Styresekretær: Hilde Enget
Telefon: 48 16 66 24
E-post:
hilde.enget@vestreviken.no

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Hilde Enget

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
72/2024	10.00 0 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 23. september
73/2024	10.00 5 min	Godkjenning av møteprotokoll 26.august 2024 Vedlegg: Foreløpig protokoll 26. august 2024
74/2024	10.05 40 min	Virksomhetsrapportering pr. 2. tertial 2024 Vedlegg: <ol style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 2. tertial 2024 inkl. risikovurdering for VVHF IKT NSD 2. tertialrapport 2024 Bærekraftsplan – statusrapport august 2024
75/2024	10.45 60 min	Status for oppfølging av bærekraftsplanen på Ringerike sykehus v/klinikkdirektør May Janne B Pedersen Presentasjon i møtet.
	11.45 30 min	Lunsj
76/2024	12.15 60 min	Strukturendringer i klinikk Psykisk Helse og Rus Vedlegg: <ol style="list-style-type: none"> Notat Anbefale strukturendringer i klinikk psykisk helse og rus (PHR) Oversikt medvirkning PHR Fremdrift og aktivitetsplan omstillingsprosessen Referat AMU inkl. uttalelse fra verneombud Brev fra Drammen kommune “Nedleggelse av døgnsesjon Konnerud, Drammen DPS” Uttalelse fra «IRP Ringeriksregionen til planlagte omstillinger for døgnsbehandling i DPS-området»
	13.15 10 min	Pause
77/2024	13.25 20 min	Arealbruksplan PHT Vedlegg: Prosjektrapport arealbruksplan PHT
78/2024	13.45 20 min	Ny ambulansestasjon Drammen Vedlegg: <ol style="list-style-type: none"> Konseptstudierapport Hovedprogram funksjon Utkast til leieavtale Revisorbekreftelse fra PWC <p><i>Saken er unntatt dokument- og møteoffentlighet jf. Offl. § 23 1. ledd, og hfl. § 26a andre ledd nr. 4.</i></p>
79/2024	14.05 25 min	Parkeringsløsning for NSD <i>Saken er unntatt dokument- og møteoffentlighet jf. Offl. § 23 1. ledd, og hfl. § 26a andre ledd nr. 4.</i>
	14.30 10 min	Pause

80/2024	14.40 20 min	Status nytt sykehus Drammen
81/2024	15.00 15 min	Forbedringsundersøkelsen i VVHF 2024 Vedlegg: <ol style="list-style-type: none"> 1. Rapport ForBedring 2024 - Vestre Viken HF 2. Oppfølgingsguide Forbedring 3. Prosedyre for oppfølging av Forbedring
82/2024	15.15 15 min	Status kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet – Rapport utvalgte kvalitetsindikatorer for 2023
83/2024	15.30 10 min	Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2025 Vedlegg: <ol style="list-style-type: none"> 1. Innspill til revisjonsplan 2025 for Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst 2. Innspill fra VVHF revisjonsplan 2025
84/2024	15.40 0 min	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 22. August 2. Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 22. August sak 80 Virksomhetsrapport per juni og juli 2024 3. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 23. August og 10. september 4. Styrets årsplan per september 2024 inkl. pendingliste
85/2024	15.40 5 min	Eventuelt
86/2024	15.45 15 min	Driftsorientering fra administrerende direktør
	16.00	Møteslutt

Dato: 16. sept. 2024
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	72/2024	23.09.24

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 16. september 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Innkalling og saksliste til styremøte 23. september 2024

Dato: 16. sept 2024
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	73/2024	23.09.24

Forslag til vedtak

Styret godkjenner møteprotokoll datert 26. august 2024

Drammen, 16. september 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 26. august 2024

Saksbehandler: Hilde Enget

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Digitalt, Teams
Dato: 26. august 2024
Tidspunkt: Kl. 09.00 – 09.45

Følgende medlemmer deltok:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder - forfall
Hans Tore Frydnes	Nestleder
Kari Fjelldal	Styremedlem
Robert Bjerknes	Styremedlem
Kristin Vinje	Styremedlem
Hege Mørk	Styremedlem
Gry Lillås Christoffersen	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
Maria Josefsen Gundersen	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem

Leder av Brukerutvalget Rune Kløvtveit deltok som observatør med møte- og talerett.

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

Navn	Funksjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør
Anders Debes	Direktør medisin og helsefag
Mette Lise Lindblad	Direktør økonomi
Henning Aarset	Direktør kommunikasjon og samfunnskontakt
Eli Årnot	Direktør kompetanse
Robert Nystuen	Konst.direktør teknologi
Hilde Enget	Administrasjonssjef/styresekretær

Nestleder Hans Tore Frydnes ledet styremøtet og administrerende direktør la fram sakene.
Protokollfører: Hilde Enget.

Styreleder Siri Hatlen var forhindret fra å møte, nestleder Hans Tore Frydnes ledet møtet.

Sak 67/2024 Godkjenning av innkalling og saksliste**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 68/2024 Godkjenning av styreprotokoller fra 10. juni 2024**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Møteprotokoller fra styremøtet 10. juni 2024 godkjennes.

Sak 69/ 2024 Virksomhetsrapportering pr. 31. juli 2024**Oppsummering av innhold**

Flere av klinikkene viser en positiv utvikling. PHR, KMD og DS har oppnådd sine resultatmål flere påfølgende måneder. Det samlede resultatet er imidlertid ikke tilfredsstillende. Det er klinikkene Bærum og Kongsberg som ligger lengst unna sine mål. Det er iverksatt et tett oppfølgingsregime. Vi har skaffet oss oversikt over årsakene til avvikene. Flere tiltak er identifisert, og arbeidet med å finne ytterligere tiltak pågår.

Det er startet en gjennomgang og revisjon av bærekraftsplanen, med mål om å legge den frem for styret senest i desembermøtet. Tiltak innenfor området "Organisering og struktur" blir viet ekstra oppmerksomhet. Dette blir også del av budsjettarbeidet for 2025.

Prognosen for året vil justeres når nødvendige avklaringer er gjort med HSØ mht bevilgningen på 93 MNOK i RNB.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god og detaljert virksomhetsrapportering. Det er gledelig å se den positive utviklingen på Drammen sykehus, der det over tid er gjort en innsats som viser resultater.

Styret ser at det er store variasjoner knyttet til resultat og andelen brutto årsverk sett i forhold til aktivitet, og at Bærum sykehus skiller seg særlig ut. Det er iverksatt nye tiltak og styret ønsker å høre mer om dette på et av de neste styremøtene.

Styret ser frem til evalueringen av langvakter som nå er under utarbeidelse og til revidering av bærekraftsplanen.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

1. Styret tar virksomhetsrapportering pr juli 2024 til orientering.

Sak 70/2024 Referatsaker

Ingen kommentarer.

Sak 71/2024 Eventuelt

Sak om strukturendringer i klinikk Psykisk Helse og Rus ble bekreftet at kommer opp som styresak til styremøte den 23. september 2024.

Drammen 26. august 2024

Hans Tore Frydnes
nestleder

Robert Bjerknes

Kristin Vinje

Kari Fjelldal

Hege Mørk

Tom Roger H Frost

Toril A K Morken

Maria Josefsen Gundersen

Gry L Christoffersen

Dato: 16. september 2024

Saksbehandle Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 2. tertial 2024

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	74/2024	23.09.2024

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapport og risikovurdering pr. 2. tertial 2024 til etterretning.

Drammen 16. september 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. 2. tertial i tråd med årshjulet for virksomhetsstyring. Rapporteringen pr. tertial omfatter noen flere indikatorer enn de som rapporteres månedlig. Oppgaver som følger av Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF er innarbeidet i vedlegget til saken og det gis en status per. utgangen av august måned.

Saksutredning

Virksomhetsrapporten gir en status på indikatorer som er lagt til grunn for måling av resultatoppnåelse for målområdene i utviklingsplanen og som følger av lederavtalene for klinikker og staber, i tillegg til oppdrag og bestilling for 2024. En samlet rapport følger som vedlegg 1. Saken oppsummerer hovedpunktene i rapporten i tillegg til å gi status og vurdering av tiltak knyttet til IKT-området for nytt sykehus i Drammen, foretakets kritiske portefølje, samt rapportering på utvikling i realisering av bærekraftsplanen.

Styrke brukermedvirkning og brukerstyring

Bruk av telefon- og videokonsultasjoner viser ingen økning, og ligger fortsatt under måltall. En intern kampanje før sommeren har ikke gitt ønsket resultat, og følges nå opp med ytterligere innsats. På alle ventetarealer i sykehuset blir pasienter og pårørende informert om deres mulighet til å etterspørre digitale tjenester. I forbindelse med ventetidsløftet er det avsatt en midlertidig ressurs for å bistå klinikkene i arbeidet med å øke andelen video- og telefonkonsultasjoner, samt bredding av skjembasert (behovsstyrt) oppfølging. Det planlegges også å utvikle det virtuelle sykehuset, slik at det kan avlaste poliklinikkene med skjembasert oppfølging. Det vil føre til økt kapasitet ved poliklinikkene, og følgelig bidra til reduserte ventetider og en mere målrettet oppfølging av pasientene

Systemet for å gjøre bruk av pasienters og pårørendes erfaringer til forbedring av tjenesten har ikke vært tilfredsstillende, men går nå mot en løsning fra 2025. Helse Sør-Øst har tatt initiativ til å videreutvikle forbedringsundersøkelsen som benyttes i hele HSØ til også å omfatte tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende. Dette vil gi oss muligheten til å sende ut undersøkelsen på SMS, noe vi har arbeidet for i flere år. Sykehuspartner vil ha ansvaret for undersøkelsen og vi er forespeilet oppstart 2025. Det vil fortsatt være mulig å utarbeide lokale undersøkelser.

Skape trygge og helhetlige pasientforløp

Ventetider er økt etter pandemien. Det høye sykefraværet og avvikling av godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg er medvirkende årsaker, særlig innenfor gastroenterologi og hjerteutredninger. Innenfor psykisk helsevern og rusbehandling og flere somatiske fag som bl.a. øyesykdommer ser vi en økning i antall henvisninger. Dette påvirker ventetidene negativt. For somatikken samlet er ventetid (ventende, avviklet) økt med fire dager siden desember 2023, og redusert med en dag siste tertial. Ventetiden innen VOP har økt med en dag sammenlignet med desember 2023, men er redusert siste tertial med en dag. Ventetid innen TSB er redusert med syv dager siste tertial og ligger nå en dag etter ventetiden pr. desember 2023. Ventetiden for barn og unge er redusert med tre dager i forhold til desember 2023, har lagt stabilt siste tertial og nærmer seg nå målet. Ventetidsløftet forventes å gi ytterligere reduksjoner i ventetidene, og vi har som målsetning å krysse 2023-nivået innen utgangen av 2024. Det er et absolutt krav at ventetiden skal ned til 60 dager innen juni 2025. For bærekraftsplanen er forventet effekt på reduksjon av ventetiden spesifisert ved hjelp av en 5-trinns skala for hvert tiltak. Alle tiltakene med effekt på ventetider sammenstilles i en dedikert fremstilling.

Det er gjennomført effektfulle tiltak for fagområdene med særlige utfordringer, som f.eks. øyesykdommer, hjertesykdommer og fordøyelsessykdommer. Her har det, tross økt antall henvisninger inn, vært en positiv utvikling i år.

Andel overholdte pasientavtaler er 84 % pr.2 tertial, mens målet er 95 %. Ressursteamet bistår klinikkene innenfor prioriterte områder for å øke resultatopptakelsen.

For andel gjennomførte pakkeforløp kreft innenfor anbefalt forløpstid har det over tid vært utfordrende å oppnå målsetningen på 70%. Det har i perioden etter innføringen av DIPS Arena også vært usikre styringsdata, men dette er nå løst. Det er gjennomført kartlegging innenfor hvert enkelt pakkeforløp for å identifisere flaskehals, og finne tiltak for å øke andelen som gjennomføres innen anbefalt forløpstid. Nytilsatt medisinsk rådgiver i kvalitetsavdelingen vil fremover følge de enkelte forløpseiere og koordinatorene tett opp, med mål om økt resultatopptakelse.

Eksterne tilsyn

En rekke eksterne instanser fører tilsyn med ulike deler av virksomheten. Helsetilsynet gjennomfører i 2024 et landsomfattende tilsyn med tema selvmordsforebygging i psykisk helsevern for voksne. I Vestre Viken ble det gjennomført et slikt tilsyn ved Blakstad sykehus i juni. Det ble ikke funnet brudd på forsvarlighet. Konsernrevisjonen har nylig startet en revisjon av implementering og oppfølging av nasjonale faglige retningslinjer innen fagområdene diabetes hos voksne, multippel sklerose og hjerneslag. Revisjonen er planlagt i uke 39 og 42.

Riksrevisjonens undersøkelse om risikostyring i RHF-ene og HF-ene i 2022 – 2024 ble presentert i Vestre Vikens kvalitetsutvalg i juni. Det ble ikke identifisert avvik, men to forbedringstiltak i Vestre Viken. Styret i Vestre Viken HF fikk, som det eneste styret, rosende omtale i rapporten på bakgrunn av at risikostyring er et tema i styrets behandling av ledelsens gjennomgang.

Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi

Det er en meget god utvikling innen forsknings- og innovasjonsaktiviteter, antallet nye kliniske behandlingsstudier er doblet sammenlignet med samme periode i 2023. Det er godt over målet om 15% økning.

Innenfor teknologi er kunstig intelligens (KI) på bildeområdet tatt i bruk på alle enheter, og Vestre Viken bistår andre foretak i regionen med deres ibruktakelse. Det er igangsatt et prøveprosjekt sammen med DIPS innen psykisk helse og rus for bruk av KI ved oppsummering av journaltekster. «Digital medarbeider» er et initiativ som skal redusere plunder og heft for helsepersonell gjennom automatisering av oppgaver, og det er kommet over 30 forslag til aktuelle fagområder fra klinikkene. Ytterligere områder for digitalisering, prosess-automatisering og bruk av kunstig intelligens utforskes videre. IKT-leveranser til NSD har fortsatt flere avhengigheter på kritisk linje, hovedsakelig som følge av høy kompleksitet og forsinkelser og avhengigheter i den regionale porteføljen. Strategisk oppfølging av IKT-leveranser til NSD vil styrkes i neste periode.

Sikkerhetsleder vurderer informasjonssikkerhetstilstanden i Vestre Viken å holde et godt og stabilt nivå. Den pågående geopolitiske situasjonen i Europa kan også påvirke helsesektoren negativt. Phishingforsøk og manipulering er en typisk inngangsportale til IKT-infrastruktur. Ansatte og prosjekter oppfordres til høy årvåkenhet. Sykehuspartner har etablert gode sikkerhetsmekanismer i IKT-infrastrukturen med kontinuerlig overvåkning. For systemer utenfor ordinær IKT-infrastruktur, påhviler det systemeierne et ansvar å følge opp de sikkerhetsmessige, herunder forebyggende tiltak, direkte med leverandør. Oppfølging av restanser knyttet til tiltak i risiko- og sårbarhetsvurderinger er viktig. Den totale summen av middels risikoer og restanser, kan samlet sett utgjøre en høy risiko.

Risikoen samlet sett vurderes som moderat. Risiko på informasjonssikkerhetsområdet, forskning og innovasjon vurderes som lavt/moderat. For teknologiområdet er risikoen vurdert som uendret, det vil si moderat. Det er IKT-leveranser til NSD som vurderes som mest kritisk, spesielt knyttet til helselogistikk og mobile tjenester. Dette følges tett fra strategisk nivå.

Sikre personell med rett kompetanse

Høyt sykefravær og økende turnover, særlig innenfor områder med høy aktivitet gjennom hele døgnet og uka, medfører økt slitasje på personellet som er på jobb. Så langt i år er turnover på over 10 %. Medarbeidere etterspør i økende grad fleksibilitet, og er opptatt av balanse mellom jobb og fritid i livets ulike faser. Pågående arbeid med sikre pasientforløp, aktivitetsstyrt ressursplanlegging, fleksible arbeidstidsordninger, oppgavedeling og organisering av arbeid i tverrfaglige team skal bidra til å bedre denne situasjonen. Nye måter å organisere ansvar og oppgaver på skal hindre dobbeltarbeid, sikre rett kompetanse til rett tid og lette informasjonsflyten mellom samarbeidende personell.

Det er gjennomført 20 piloter for utprøving av modeller for økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger, herunder bruk av langvakter. Pilotene er gjennomført ved alle de somatiske sykehusene. Enkelte enheter startet fra mars 2024, mens de resterende enhetene har prøvd ut i sommer og mange videreføres utover høsten. Evalueringen startet i august, og den vil bli utført av Oslo Economics.

Vestre Viken skal ta i bruk ny kunnskap og nye arbeidsmetoder. I den forbindelse pågår det nå en pilot i bruk av kunstig intelligens i turnusplanlegging ved Medisinsk post 1 på Drammen sykehus. Piloten gjennomføres i samarbeid med Sykehuspartner.

Gjentagende og hyppig sykefravær er en stor kostnadsdriver. Det er iverksatt systematisk oppfølging av dette bl.a. gjennom det partssammensatte arbeid "Tidlig og tett på" og "Der skoen trykker" ved flere enheter. "Tidlig og tett på" er evaluert av Rambøll i forhold til effekter. Rapporten publiseres i september. Konseptet "Råbra" er systematisert og benyttes i stadig større omfang med gode resultater. I tillegg til intern lederstøtte er det tett samarbeid med både NAV og Bedriftshelsetjenesten ved de enhetene som har de største utfordringene.

Som en del av LIS-utdanningen inngår gruppeveiledning for å etablere en åpenhetskultur som kan bidra til psykologisk trygghet i arbeidsmiljøet. Målet er å øke motstandsdyktighet mot negativt stress ved at strategier for mestring tas inn som del av læringsmål i utdanningen. Det er også igangsatt en pilot med fadderordning for nytilsatte LIS etter mal fra Sykehuset i Vestfold. Det pågår arbeid med å implementere LIS-utdanningsplaner i alle 33 fag VVHF tilbyr utdanning innenfor. I dette arbeidet inngår felles (digital) internundervisning på tvers av lokasjoner.

Det forekommer flere voldshendelser innen psykiatri. Hendelsene gjennomgås, og tiltak iverksettes for å redusere risikoen for nye hendelser. Det pågår systematisk opplæring i forebygging av vold og trusler, også innen somatiske enheter og i prehospitaltjenester, etter modellen for møte med aggresjonsproblematikk (MAP). I dette arbeidet inngår en pilot med opplæring ved bruk av VR-briller.

Sikre bærekraftig økonomi

Resultatutviklingen så langt i 2024 er ikke i tråd med planen. Avvik fra budsjett er på 127 MNOK korrigert for mindre kostnader knyttet til vedlikehold over drift. Bildet er sammensatt. Finanskostnader er hele 24 MNOK høyere enn budsjett som følge av høyere trekk på kassekreditte (først for fremst som følge av premiebetaling pensjon utover budsjett) og økte rentesatser.

Avtale om fjernvarme ved nytt sykehus i Drammen er allerede startet opp, og har gitt en merkostnad på ca. 9 MNOK. Kostnader til behandlingshjelpemidler er ca 8 MNOK høyere enn

budsjett. Nye bevilgninger i RNB gjør at inntektene ligger over budsjett selv om variable inntekter knyttet til pasientbehandlingen så langt er noe under budsjett.

Lønnskostnader er uansett det som påvirker resultatet mest. Det er først og fremst de somatiske klinikkene som ikke når sine resultatmål. Klinikk for psykiske helse og rus og klinikk for medisinsk diagnostikk har levert gode resultater. Evalueringen av bruk av langvakter blir viktig for å få innsikt i hvordan man kan få til en bedre fordeling av ressursene gjennom døgn og uke.

Til tross for inntektsføring av bevilgningen gjennom RNB ser vi ikke at vi kan forbedre prognosen for året. Det er helt avgjørende at det kommer resultatforbedringer innen somatikken de kommende månedene.

Investeringer er tilnærmet på plan mht planlegging og iverksettelse. Likviditetsmessig ligger det noe bak.

Klima – og miljømål

Vestre Viken er ISO-sertifisert etter standard ISO 14001. I denne standarden er det et krav om at man skal resertifiseres hvert 3. år, og årene imellom skal det gjennomføres periodisk revisjon. Vestre Viken ble resertifisert i 2023. Periodisk revisjon for 2024 er under planlegging for gjennomføring medio oktober 2024.

Innenfor energioptimering ble det igangsatt et prosjekt for å skifte ut lyskilder fra halogen til LED belysning, rett før sommeren 2024. Prosjektet kom senere i gang enn planlagt og reduksjonen i forbruk for året blir lavere enn planlagt – ca. 25% poeng fra plan på 740 000 kWh i 2024. Dette gapet vil bli tatt igjen i 2025.

Klima- og miljøperspektivet er godt implementert i den daglige drift. Krav gjeldende fra 1. januar 2024 om at klima og miljø skal vektas 30% i alle anskaffelser er implementert, og følges opp i den enkelte anskaffelse.

Forberede organisasjonen på innflytting i NSD – prosjekt NSD

Det er økende kompleksitet og samtidighet i aktiviteter tilknyttet Mottaksprosjektet, noe som krever flere ressurser fra klinikkene. Dette er forventet og planlagt for. I slutfasen av prosjektet er det særlig viktig å at vi har god kontroll på fremdrift og risiko. Det er derfor opprettet en egen funksjon for dette i prosjektorganisasjonen. Denne funksjonen skal også bidra til å oppdage risiko og avhengigheter som faller mellom områder og organisasjonsledd. I september vil det også avholdes det første av i alt 6 parathetsmøter. I disse møtene vil alle involverte aktører i nytt sykehus møtes for å diskutere og identifisere risiko. Her skal tre hovedspørsmål besvares:

- 1) Er vi (per tidspunkt) parat til å flytte på planlagt dato?
- 2) Tror vi at vi kan flytte med god nok pasientsikkerhet?
- 3) Vil vi kunne gjenopprette normal drift og kapasitet i løpet av planlagt tidsrom (2 uker)?

Det er opprettet dialog med tidligere prosjektdirektør for A-hus som skal bidra med eksterne kvalitetssikring. Innen utgangen av oktober vil det utarbeides et forslag til hvordan dette kan gjøres på en måte som blir et ekstra lag av kvalitetssikring uten å belaste organisasjonen mer enn nødvendig.

Nytt sykehus vil tilføre eiendom, utstyr og infrastruktur av store verdier til Vestre Viken. Det skal gjennomføres fire eierskifter som omfatter arealer, systemer og utstyr. Det er iverksatt et grundig arbeid for å sikre at begge parter en tydelig oversikt over hva som inngår i eierskiftet, hva som holdes utenfor, samt hvilke forpliktelser eierskiftet innebærer. Det er innhentet eksternt juridisk kompetanse i dette arbeidet.

IKT tertialrapport NSD

IKT-leveranser til NSD er fortsatt et kritisk område. Risikoen samlet sett vurderes til å være på samme nivå som ved forrige rapportering.

Status er forbedret i enkelte prosjekter siden forrige rapportering. I helselogistikkprosjektet rapporteres en bedre status for funksjoner knyttet til innsjekk/oppgjør radiologi og stråling, køhåndtering i ventesoner og ved styring av pasientflyt/ressurser. Prosjekter for sporingssystem sterilsentral og sanntidslokalisering har også en forbedret status.

Risikomatriksen viser at antall risikoelementer er økt fra 6 til 9 siden forrige rapportering, og antall elementer med status rød er økt fra tre til fem. Risikoen er økt for funksjoner knyttet til mobil arbeidsflate som mottak av kritiske alarmer og internkommunikasjon. Innføring av mellomvare Atlas for legemiddelkjeden og innføring av regionalt multimediearkiv har fortsatt status rød.

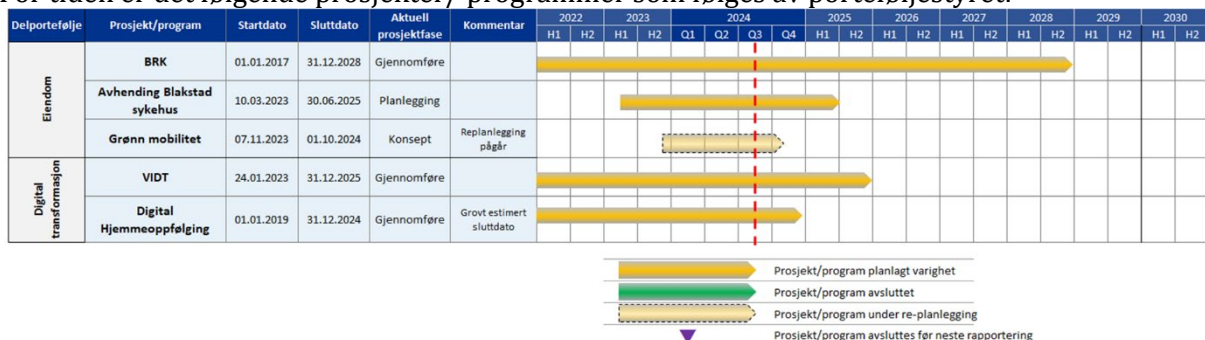
Vestre Viken styrker nå den strategiske oppfølgingen av IKT til NSD, og tiltak vil følges opp enda tettere i neste tertial. Det legges opp til en systematisk kartlegging av økonomiske og pasient-sikkerhetsmessige konsekvenser av forsinkelser i leveranser. Forsinkelsene øker økonomisk risiko for VV der installasjon og endringer er i fare for å bli skjøvet til etter innflytting.

Foretakets prosjekt- og programportefølje

Foretakets porteføljestyre avholder regelmessig møter, og prosjektkontoret sammenstiller og gjennomgår status i de prosjektene foretaket har vurdert som kritiske. Porteføljen omfatter prosjekter som griper inn i store deler av virksomheten, og som vil være kritiske for den videre utviklingen. Strategien for porteføljestyring i Vestre Viken er å aktivt styre strategisk viktige initiativer fra et helhetlig perspektiv, og sørge for at porteføljen som helhet er optimalisert med hensyn til usikkerhet og effektmål, og ikke minst tilgang på nødvendige ressurser.

Prosjektporteføljen skal understøtte realisering av Vestre Vikens Utviklingsplan 2035. Sammensetningen av porteføljen vurderes og oppdateres fortløpende. Prosjektene favner hele virksomheten, og kommer i tillegg til oppfølgingen av bærekraftsplanen. Det pågår en prosess for å etablere delporteføljer «Digital transformasjon» og «Intern service». Målet er å oppnå bedre innsikt, kontroll og styring som balanserer innsatsen mellom strategiske, taktiske og operasjonelle initiativer i områder med flest investeringsprosjekter. Beste praksis innen porteføljestyring, MoP-rammeverket (Management of Portfolios), skal anvendes for porteføljestyring på delporteføljenivåer.

For tiden er det følgende prosjekter/ programmer som følges av porteføljestyret:



Det er ingen endringer i porteføljeplanen, bortsett fra den oppdaterte sluttdatoen for Grønn mobilitet, som er forsinket 4 måneder. Forsinkelsen skyldes i hovedsak personalendringer i prosjektlederrollen.

Initiativenes bidrag til å nå foretakets overordnede mål.

Kolonnen «Total poengsum» illustrerer den totale poengverdien av effektene som hvert enkelt initiativ har på realiseringen av Vestre Vikens strategiske mål.

Skala			
Stor effekt	Moderat effekt	Ingen effekt	Negativ effekt
★ 2	+ 1	○ 0	■ -1

Strategisk mål	Total poengsum	BRK	Avhending Blakstad sykehus	Digital Hjemmeoppfølging	Vestre Vikens Digital Transformasjon	Grønn mobilitet
Styrke brukermedvirkning og brukerstyring	5	+	○	★	★	○
Skape trygge og helhetlige pasientforløp	5	★	○	+	★	○
Styrke samhandling og nettverk	6	★	○	+	★	+
Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi	4	○	○	★	★	○
Sikre personell med rett kompetanse	3	+	○	+	+	○
Sikre bærekraftig økonomi*	7	★	★	+	+	+
Bidra til realisering av Klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030**	7	+	+	★	+	★

* Sikre bærekraftig økonomi er ikke definert som strategisk mål i den oppdaterte VVHF strategi 2035. Men en bærekraftig økonomi er en viktig forutsetning til at andre strategiske mål kan oppnås.

** Gjennom konkrete tiltak skal Vestre Viken sørge for å nå målene som de regionale helseforetakene har gitt i felles Klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030.

Prosjekter og programmer i porteføljen bidrar mest til å realisere målene om «Bidra til realisering av Klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030» (7 poeng) og «Sikre bærekraftig økonomi» (7 poeng). Prosjektporteføljen har minst effekt på realisering av følgende mål: «Sikre personell med rett kompetanse» (3 poeng) og «Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi» (4 poeng). Det er imidlertid mange tiltak i bærekraftsplanen som bidrar til realisering av disse målene.

Matrisen under visualiserer status for de viktigste styringsparameterne pr. 30.08.2024:

Delportefølje	Prosjekt/program	Område	Prosjektleder	Overordnet status	Kostnad / ressurser	Fremdrift	Omfang / kvalitet	Risiko	Gevinstpotensial
Eiendom	BRK	KIS	Lisbeth Sommervoll	Tom Darre Lybeck	→	→	→	→	→
	Avhending Blakstad sykehus	KIS	Lisbeth Sommervoll	Irene Beheim	→	→	→	→	→
	Grønn mobilitet	KIS	Kristin Fagerhaug	Christine Prebensen	→	→	→	→	→
Digital transformasjon	VIDT	Teknologi	Robert Nystuen og Anders Debes	Thomas Iversen	→	→	→	→	→
	Digital Hjemmeoppfølging	Fag	Anders Debes	Kristine Kleivi Sahlberg	→	→	→	→	→

- Ingen endring
- ↑ Forbedring
- ↓ Forverring

Vestre Vikens Digital Transformasjon (VIDT)

Helselogistikk - løsningsområde C som består av intern kommunikasjon og varsling på mobil er i skarp drift, men løsningen er ikke robust nok. Leverandøren prioriterer utbedringer som leveres fortløpende. Det er også utfordringer knyttet til Sykehuspartners mobilitetsplattform og mobilitetskonsept, samt drift og forvaltning av disse. Tatt i betraktning at det er stor forsinkelse er risikoen fortsatt stor for at ansatte ikke får nok tid til å trene i bruk av løsningen før innflytning til NSD. Saken er diskutert i strategisk partnernemøte med Sykehuspartner. For å redusere risiko vil Vestre Viken styrke strategisk oppfølging av IKT-leveranser til NSD i neste periode.

LVMS og Digital Patologi har laget en business case og gevinstrealiseringsplan. Det forventes at gevinstrealisering knyttet til begge løsningene vil starte i 2025.

Grønn mobilitet

Det er identifisert behov for en mye grundigere forankringsprosess bredt i organisasjonen enn opprinnelig planlagt, dette vil kreve ekstra tid før effektivisering kan iverksettes.

Digital Hjemmeoppfølging

Post: Vestre Viken HF, Postboks 800, 3004 Drammen | **Telefon:** 03525 | **Org. Nr:** 894.166.762 | postmottak@vestreviken.no
Vår bank: DNB Bank ASA | **Kontonummer:** 1506 91 85816. | **IBAN:** NO61 1506 9185 816. | **BIC:** DNBANOKK (erstatte SWIFT)

Programmet rapporterer god fremdrift. Det er til sammen 24 forløp i drift og 7 under implementering. Programorganisasjonen har mye fokus på gevinstrealisering. En modell for gevinstplanlegging og oppfølging er utviklet og brukes i klinikker. 22 forløp har etablert gevinstrealiseringsplaner. Gevinstpotensialet er primært tidsbesparelse og reduksjon av liggedøgn, som beregnes ut fra antall DHO-pasienter og antall liggedøgn etter implementert DHO. Sosialøkonomiske effekter for pasienter, som spart tid og reduserte transportkostnader, samt reduksjon i CO2 utslipp kalkuleres også basert på antallet pasienter som får hjemmeoppfølging. 7 forløp har begynt å registrere resultater. Forløpet NRH-Epilepsi på DS rapporterer om betydelig reduksjon i forbruk av liggedøgn i T1/2024. Resterende forløp rapporterte om 2821 DHO-pasienter i T1, noe som resulterte i tidsbesparelser og ISF-inntekter.

Rapportering bærekraftsplan

Foretaket skal ha et betydelig løft i resultat fra ordinær drift de nærmeste årene. Bærekraftsplanen er det viktigste virkemiddelet for å få dette til. I ØLP 2025 – 2028 er det forutsatt en resultatforbedring på EBITDA med 368 MNOK. Dette krever en realisering av forbedringer i driften med vel 200 MNOK fra 2024 til 2025. Bærekraftsplanen, som ble vedtatt i august i fjor, la til grunn 145 MNOK i driftsforbedringer i 2024 og ytterligere 128 i 2025. Prognosen for 2024 tilsier et resultatavvik på ca. 100 MNOK. Det er behov for vesentlige forbedringer de kommende månedene. Klinikken jobber med å identifisere ytterligere tiltak for å sikre resultatoppnåelse i 2025. Foreløpig er det estimert gevinster på 151 MNOK. Arbeidet vil fortsette utover høsten i forbindelse med budsjettarbeidet og revisjonen av bærekraftsplanen.

Klinikker og staber arbeider strukturert med sine respektive handlingsplaner for bærekraftig utvikling. Status på fremdrift, risiko og resultatoppnåelse rapporteres månedlig.

Status per august 2024 er som følger:

- 37% av milepæler og aktiviteter rapporteres som fullført, og kun 4% som forsinket.
- Resultatmålet hittil i år er imidlertid ikke nådd. Det rapporteres realisert 67,7 millioner kroner, som tilsvarer 65 % (62 % i juli) av planlagte 103,8 millioner kroner, så langt i år. Avviket er – 36 MNOK.
- PHR og KMD er klinikken som har realisert de planlagte resultatene så langt i år. KMD har realisert 60% mer enn planlagt. PHR har realisert 63% mer enn planlagt.
- Tiltakene knyttet til tiltaksområdet «Organisering og struktur» har gitt størst gevinst så langt i år, 30,9 millioner kroner.
- Det rapporteres at 11 (2%) tiltak er beheftet med vesentlig risiko. De fleste risikopunktene har potensiell negativ konsekvens for uttak av gevinster.

Klinikkene og stabene som ikke har realisert planlagt gevinst og/eller indikerer høy risiko for redusert gevinstrealisering, arbeider med å definere og sette i gang kompenserende tiltak. Realisering av tiltakene vil bli fulgt tett opp i de månedlige oppfølgingsmøtene mellom administrerende direktør og klinikken.

En detaljert statusrapport for gjennomføring av handlingsplanen for bærekraftig utvikling er vedlagt.

Risikovurdering av måloppnåelse for 2024 pr. 2. tertial

Status i risikovurderingene – angitt risiko for at mål ikke oppnås etter planlagte tiltak:

Risikoområde	Vurdering i virksomhetsplan 2024	Vurdering pr. 1. tertial 2024	Vurdering pr. 2. tertial 2024	Kommentar
--------------	----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------

Styrke bruker-medvirkning og brukerstyring	Moderat	Moderat	Moderat	Flere tiltak pågår og det forventes effekt gjennom 2024.
Skape trygge og helhetlige pasientforløp	Betydelig	Betydelig	Moderat	Ventetider er høyere enn mål. Fortsatt stor pågang av pasienter innen psykisk helsevern.
Styrke samhandling og nettverk	Moderat	Moderat	Moderat	Positiv utvikling innenfor flere fagområder som i økende grad samhandler og standardiserer.
Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi	Moderat	Moderat	Moderat	Forsinkede IKT leveranser Komplekse systemer. Generelt høyt trusselbilde.
Sikre personell med rett kompetanse	Betydelig	Moderat	Moderat	Vedvarende høyt sykefravær, vanskelig tilgang på kvalifisert personell, men flere virkningsfulle tiltak er godt i gang.
Sikre bærekraftig økonomi	Moderat	Betydelig	Betydelig	Forsinkede og manglete effekter av planlagte tiltak, høyt sykefravær, manglende midler til investeringer. Betydelig risiko knyttet til finansiering av fremtidige investeringer som følge av økt styringsramme for NSD.
Miljøkrav	Moderat	Moderat	Moderat	

Administrerende direktørs vurderinger

VVHF leverer helsetjenester av god kvalitet, men vi har ikke klart å snu utviklingen når det gjelder ventetider. Dette gjelder samtlige helseforetak, og har utløst en nasjonal satsning, kalt Ventetidsløftet. Tiltak for bedring av ventetidene er identifisert, og midler fordeles til klinikkene. Resultatene følges nøye opp. Det er et absolutt krav at ventetidene er lavere enn 60 dager innen juni 2025.

Det arbeides godt og systematisk med tiltakene i bærekraftsplanen, men effektene er for enkelte områder forsinket. Hovedsakelig gjelder dette de somatiske klinikkene. Dette preger også disse

klirikkenes økonomiske resultater. PHR og KMD leverer resultater i tråd med budsjett. Det gjelder også KIS og PHT.

Kongsberg sykehus har i hovedsak realisert sine planlagte tiltak, men resultatene er forsinket på grunn av rekrutteringsutfordringer. Det medfører forbruk av dyre timer ved innleie og overtid. Det er forventet at personell er på plass i november.

Ringerike hadde et godt resultat i juli, mens august forverret seg igjen. Klinikken har både lavere inntekter og økte lønnskostnader. Også her ser vi at sommerferieavviklingen har vært mer kostbar enn forutsatt i budsjett.

Drammen sykehus hadde positiv utvikling i månedene mai til og med juli, men har større avvik på lønnskostnader knyttet til sommerferieavviklingen i august. Bærum sykehus har gjennom hele året strevd med å nå resultatmålene sine. Her er lavere aktivitet og høyt sykefravær sterkt medvirkende. Man har ikke lyktes med å tilpasse bemanningen til den lavere aktiviteten.

Bemanningsutviklingen i september ser imidlertid bedre ut. Det er flere tiltak som vil få effekt først fra nyttår.

Langvakter er tatt i bruk ved flere steder i sommer, og resultatene vil nå evalueres ved hjelp av Oslo Economics. Denne rapporten foreligger ennå ikke.

Bærekraftsplanen har høyeste prioritet, og er avgjørende for en resultatutvikling i tråd med forutsetningene i ØLP. Denne planen gjennomgås og oppdateres nå. En Bærekraftsplan 2.0 vil presenteres for styret i desember i forbindelse med budsjettbehandlingen.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar virksomhetsrapporten pr. 2. tertial til etterretning.

Vedlegg:

1. Virksomhetsrapportering pr. 2. tertial 2024
2. IKT Tertialrapport NSD 2. tertial 2024
3. Bærekraftsplan statusrapport august 2024

Vedlegg 1

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr. 2. tertial 2024

Innholdsfortegnelse

Mål 2024 med risikovurderinger.....	2
1. Styrke brukermedvirkning og brukerstyring	2
2. Skape trygge og helhetlig pasientforløp	6
3. Styrke samhandling og nettverk	11
4. Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi.....	13
5. Sikre personell med rett kompetanse.....	16
6. Sikre bærekraftig økonomi.....	26
6.1. Areal – bruk, vedlikehold og utvikling.....	36
7. Klima og miljø (ISO14001)	42

Mål 2024 med risikovurderinger

Nedenfor følger statusrapportering, planlagte tiltak for å nå målene og vurdering av risiko knyttet til målene i utviklingsplanen. I tillegg kommer et kapittel om foretakets økonomi, herunder drift og utvikling av eiendommene, samt foretakets miljømål.

1. Styrke brukermedvirkning og brukerstyring

Helsetjenesten skal ta utgangspunkt i pasientenes behov, ressurser og preferanser. Pasientene skal oppleve likeverdighet i møte med helsepersonell, og respekt for den enkelte pasient skal være fundamentet i all behandling. Brukermedvirkning innebærer at pasienter og pårørende deltar i beslutninger om egen helse og behandling, samt utvikling av helsetjenestene på alle nivå. Det forutsetter blant annet tilstrekkelig informasjon på en måte pasienten forstår, og anledning til å medvirke i valg av behandlingsalternativer.

Etter pandemien har altfor mange pasienter stått på venteliste for utredning eller behandling. Det er flere grunner til at sykehusene ikke har klart å ta igjen etterslepet. Fortsatt for høy andel ikke-møtt, for kort planleggingshorisont og det at det i for stor grad fortsatt settes opp kalenderbaserte kontroller der en skjemasert kontroll burde redusert behovet for antallet kontrolltimer, er noen av årsakene til at vi ikke benytter kapasiteten på riktig måte.

Pasientens kunnskap og erfaring skal brukes i arbeidet med å utvikle og forbedre helsetjenestene. Å tilrettelegge for bruk av SMS ved innhenting av brukererfaringer gjennom brukerundersøkelser, er avgjørende for å øke mengden tilbakemeldinger.

Med brukerstyring menes i denne sammenheng at tilbudene skal være behovsstyrt, ikke kalenderstyrt som har vært tradisjonen. Blant annet gjennom bruk av teknologi og digital hjemmeoppfølging legges det til rette for økt bruk av behovsstyrt oppfølging.

Brukermedvirkning på systemnivå ivaretas gjennom Brukerutvalget og Ungdomsrådet. Brukermedvirkning tilstrebes ivaretatt på alle aktuelle områder, også utover de rent medisinske områdene. Blant annet er det brukermedvirkning ved utforming av arealer.

VVHF		August	Hittil i år	Prognose
AKTIVITET - Telefon- og videokonsultasjoner - ANDEL	Resultat	11,6	11,2	15,0
	Plan	15,0	15,0	15,0
	Avvik	-3,4	-3,8	0,0
	I fjor	12,3	11,4	11,7

Prognosen for året er ikke justert og gir uttrykk for målet ved utgangen av året.

Styringsbudskap i OBD	Status august 2024	Tiltak
Helseforetaket skal øke bruken av digital hjemmeoppfølging og digitale behandlingsprosesser for å styrke total behandlingsskapasitet. Aktuelle tiltak inkluderer brukerstyrt (behovsstyrt) poliklinikk med digital monitorering og interaksjon, også innenfor psykisk helsevern. Andelen pasienter som mottar digital hjemmeoppfølging, video- eller telefonkonsultasjoner skal øke sammenliknet med 2023. Her inngår digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering og nettbasert behandlingsprogram.	Videokonsultasjoner: 0,9% (hittil i år 1,1%) Telefonkonsultasjoner: 10,6% (hittil i år 10,1%) Egenregistrering: ca. 7 450 pasienter MTU fjernmonitorering: ca. 2 450 (CPAP og dialyse) eMestring: 283 pasienter	Det arbeides for å øke antall/andel digitale konsultasjoner (video og telefoni) og behovsstyrt oppfølging. Økt andel digitale konsultasjoner er et virkemiddel i ventetidsløftet. Ny nasjonal plattform for digital behandling (Youwell) vil bidra positivt til økning av internett-veiledet behandling.

Risiko for ikke å oppnå målene

Det gjennomføres fortsatt fysiske konsultasjoner hvor en digital konsultasjon kunne vært tilbudt og/eller at digitale konsultasjoner kommer i tillegg til tradisjonell oppfølging av pasienter. Klinikene har ikke tilstrekkelig kapasitet til å sikre innføring i alle egnede forløp.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2024	3	3	Moderat
• Vurdering per 1.tertial 2024	3	3	Moderat
• Vurdering per 2. tertial 2024	3	3	Moderat

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Innføre digitale brukerundersøkelser via SMS-lenke	1.3.2025	Systemet for å gjøre bruk av pasienters og pårørendes erfaringer i forbedring av tjenesten har ikke vært tilfredsstillende, men går nå mot en løsning fra 2025. Helse Sør-Øst har tatt initiativ til å videreutvikle forbedringsundersøkelsen som benyttes i hele HSØ, til også å omfatte tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende. Dette vil gi oss muligheten til å sende ut undersøkelsen på SMS, noe vi har arbeidet for i flere år. Sykehuspartner vil ha ansvaret for undersøkelsen og vi er forespeilet oppstart 2025. Det vil fortsatt være mulig å utarbeide lokale undersøkelser.
Utrede alternative muligheter for timeinnkalling, avbestilling og ny time	1.9.2024	Et tiltak for å korte ned ventelistedørene er at pasienter må være mer involvert og ta mer styring over egen helse. Det krever innsikt i eget forløp og et økt informasjonsbehov om diagnose og behandling. Prosjektet Digitale innbyggertjenester i Helse Sør-Øst har som målsetning å bidra til at flere møter til time, og at de som møter er korrekt forberedt. Prosjektet skal levere en innbyggertjeneste på helsenorge.no for visning av timeavtaler med informasjon og digital dialog mellom spesialisthelsetjeneste og pasient. Tjenesten planlegges være ferdigstilt og tilbys våre pasienter september 2024.
Etablering av Vestre Viken-kortet	1.5.2025	Vestre Viken-kortet informerer pasientene om deres rettigheter og muligheten til å be om digitale behandlingsalternativer. På baksiden gir kortet samme informasjon til helsepersonellet om deres plikter. Kortet er brukt som en del av kampanjen #DigitaltFørst og er et kontinuerlig bidrag for å øke pasientenes helsekompetanse.
Nytt tiltak: Videreføring av #DigitaltFørst kampanje	31.12.2024	Kampanjen #digitaltFørst videreføres og intensiveres for å øke antall/andel digitale konsultasjoner (video og telefoni) samt behovsstyrt oppfølging. En informasjonskampanje rettet mot pasienter og pårørende i ventesonene på sykehusene skal gjennomføres denne høsten.
Nytt tiltak: Transformasjon av det virtuelle sykehuset	1.3.2025	Økt andel digital oppfølging er ett av flere sentrale tiltak for å redusere ventetidene. Et systematisk arbeid er derfor igangsatt for å sørge for bredding av allerede etablerte digitale pasientforløp ut i hele foretaket. Dette vil bl.a. involvere en transformasjon av det virtuelle sykehuset slik at den skjemabaserte oppfølgingen overtas av det virtuelle sykehuset og avlaster poliklinikkene. Det vil føre til økt kapasitet ved poliklinikkene og følgelig bidra til reduserte ventetider og en mere målrettet oppfølging av pasientene.

Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	2	2	Moderat

2. Skape trygge og helhetlig pasientforløp

Riktig og virkningsfull pasientbehandling er den viktigste oppgaven for Vestre Viken. Planlegging og samarbeid skal sikre sammenhengende helsetjenester for den enkelte pasient. Gode pasientforløp skal utvikles i samarbeid med pasienter og kommunehelsetjenesten. Sårbare pasienter og pasientgrupper skal vies særskilt oppmerksomhet. Helsetjenestene skal være likeverdige. Sammen med brukere og kommunehelsetjenesten skal VVHF utvikle nye arbeidsformer og modeller. Ny teknologi skal bidra til utvikling av trygge og helhetlige pasientforløp. Forbedringsmodellen brukes i forbedringsarbeid.

VVHF		August	Hittil i år	Prognose
KVALITET - Kreftbehandling: Pakkeforløp gjennomført innen definert forløpstid - ANDEL	Resultat	0	59	70
	Plan	70	70	70
	Avvik	-70	-11	0
	I fjor	65	71	70
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avvirket Somatikk - DAGER	Resultat	88	77	65
	Plan	65	65	65
	Avvik	23	12	0
	I fjor	83	71	73
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avvirket PHR - DAGER	Resultat	53	46	40
	Plan	40	40	40
	Avvik	13	6	0
	I fjor	52	48	46
KVALITET - Overholdelse av pasientavtaler - ANDEL	Resultat	84	84	95
	Plan	95	95	95
	Avvik	-11	-11	0
	I fjor	87	87	87
AKTIVITET - Avslag BUPA - ANDEL	Resultat	6,1	11,4	10,0
	Plan	10,0	10,0	10,0
	Avvik	3,9	-1,4	0,0
	I fjor	14,7	18,5	17,5

Prognosen for året er ikke justert og gir uttrykk for målet ved utgangen av året.

Styringsbudskap i OBD	Status august 2024	Tiltak
Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for somatikk. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikk.	pr. aug.24: 77 dager pr. apr.24: 78 dager pr. des.23: 73 dager	Det er etablert en plan for systematisk arbeid med Ventetidsløftet, jf. Sak 56/2024.
Helseforetaket skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene (passert planlagt tid).	pr. aug.24: 84 % pr. apr.24: 85 % pr. des.23: 87 %	Tiltak henger sammen med tiltak for forbedring av ventetider.
Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 pst.	pr. aug. 24: 59 % pr. apr. 24: 58 % pr. des. 23: 70 %	Det er gjennomført kartlegging blant pakkeforløpskoordinatorene for å identifisere flaskehals og hindringer for å oppnå resultatmål. Det er nylig tilsatt medisinsk rådgiver som også får som oppgave å styrke arbeidet med å følge opp pakkeforløpene. Det skal bl.a. være månedlige oppfølgingsmøter med forløpseier(e) som ikke oppnår mål. I forbindelse med ventetidsløftet skal det anskaffes medisinsk teknisk utstyr til KMD som også vil bidra til raskere svar på ulike patologiprøver, som igjen vil kunne bidra til økt mulighet for resultatoppnåelse.
Ansatte i spesialisthelsetjenesten skal oppleve det som trygt å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter, og helseforetakets system og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring skal bidra til færre pasientskader.	Det er varierende kvalitet i saksbeskrivelse og saksbehandling i Synergi Life. Hittil i 2024 er det registrert 231 #Råbra meldinger i Vestre Viken.	Det gjennomføres jevnlig undervisning og workshop for ansatte. Enkeltstående uønskede hendelser blir benyttet som utgangspunkt i forbedringsarbeid, hendelsesanalyser og hendelser med tilsvarende årsaksforhold danner grunnlag for læringsnotater og handlingsplaner.

		<i>Regionalt senter for digital læring og kompetanseutvikling</i> utvikler elæringsprogram for meldere av hendelser. VVHF deltar i prosjektet.
Helseforetaket skal videreføre antibiotika-styringsprogram med ledelsesforankring, overvåkning og rapportering om antibiotikabruk og -resistens, samt antibiotika-team.	Vestre Viken har i flere år hatt et antibiotika-styringsprogram. Det er etablerte, aktive antibiotikautvalg ved tre av fire somatiske klinikker.	Det arbeides aktivt med å få dette etablert ved den siste klinikken, det har vært utfordrende å finne ressursene og lage en organisering.
Forbruket av bredspektrede antibiotika skal holdes på samme nivå, eller lavere, enn i 2019 (målt i DDD/100 liggedøgn).	Målet for forbruk av bredspektrede antibiotika i Vestre Viken er 16,9 DDD/100 (resultat for 2019, data fra NSAS). I følge NSAS nådde VVHF målet første tertial 2024 idet forbruket var 16,6 DDD/liggedøgn. Resultater på lavere organisasjonsnivå er ikke tilgjengelig hos NSAS.	Reduksjon i bruk av bredspektret antibiotika krever systematisk langsiktig tverrfaglig innsats der sykehusvise antibiotika-team er essensielle. Se ovenfor.
Realveksten i kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn realveksten i de regionale helseforetakenes ordinære, frie driftsbevilgninger, jf. Prop. 1 S (2023–2024). Det innebærer at den nominelle kostnadsveksten skal være høyere enn 5,5 pst. (deflator 4,3 pst. pluss vekst i ordinære, frie driftsbevilgninger 1,2 pst.).	Prognose for 2024 viser en kostnadsvekst som er over kravet på 5,5 % for både VOP, BUP og TSB.	
Den polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere i 2024 sammenlignet med 2023.	1,8 % lavere sammenlignet med pr. august 2023	Aktiviteten ligger bak budsjett i 2. tertial og det jobbes målrettet med å fortsette aktivitetsøkningen. Dette kan delvis forklares med høyt sykefravær, og det analyseres fortløpende årsaker og settes inn tiltak.

<p>Døgnaktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2024 sammenliknet med 2023.</p>	<p>Antall liggedøgn og antall utskrivelser døgn er samlet noe lavere sammenliknet med august 2023</p>	<p>Det er en ugunstig fordeling mellom beleggspersent i sykehuspsykiatrien som vurderes å ligge på for høyt nivå, og DPS døgn som ligger stabilt på ca. 70% belegg. Det er iverksatt et utredningsarbeid av utnyttelse av DPS døgnkapasitet. Det vises til sak 76/2024 Strukturendringer i klinikk psykisk helse og rus for detaljer.</p>
<p>Døgnkapasiteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2024 sammenliknet med 2023. Helseforetaket skal gi en halvårlig status for faktisk døgnkapasitet i psykisk helsevern sett opp mot framskrevet behov.</p>	<p>Døgnkapasitet er på likt nivå som pr. august 2023</p>	<p>Det planlegges med økt kapasitet i sykehuspsykiatrien i forbindelse med innflytting i nytt sykehus, høst 2025</p>
<p>Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for psykisk helsevern for barn og unge, psykiske helsevern for voksne og TSB. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB.</p>	<p>BUP: pr. aug.24: 43 dager pr. apr.24: 43 dager pr. des.23: 46 dager</p> <p>VOP: pr. aug.24: 47 dager pr. apr.24: 48 dager pr. des.23: 46 dager</p> <p>TSB: pr. aug.24: 40 dager pr. apr.24: 47 dager pr. des.23: 39 dager</p>	<p>Det jobbes kontinuerlig med å få ventetid ned, samtidig settes det inn ekstra tiltak ref. Ventetidsløftet</p>
<p>Andel pasienter i pasientforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.</p>	<p>Oppdaterte tall er ikke tilgjengelig grunnet utfordringer med å trekke ut grunnlag.</p>	<p>Etter overgangen til DIPS arena er det utfordring med tilgang til styringsdata for pasientforløp psykisk helse og rus på klinikknivå. Det pågår aktiviteter med å strukturere opp arbeidet med oppfølging på avdelingsnivå og det må samtidig ses i sammenheng med endringer/oppdatering av</p>

		pasientforløp PHR. Disse er forventet lansert av Helsedirektoratet 30. september 2024.
--	--	--

Risiko for ikke å oppnå målene
Økt ventetid for helsehjelp med økt sykkelighet for pasienter/brukere dersom vi ikke får til å øke kapasiteten. Uønsket variasjon og manglende standardisering mellom klinikkene. Økte kostnader for bemanning. Inntektssvikt som følge av redusert ø-hjelp og elektiv drift.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2024	4	3	Betydelig
• Vurdering per 1.tertial 2024	4	3	Betydelig
• Vurdering per 2. tertial 2024	3	3	Moderat

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Gjennomføre minst to fagrevisjoner på utvalgte (risikobasert) områder.	31.12.2024	Det er i perioden fra november 2023 til mars 2024 gjennomført klinisk fagrevisjon <i>Bruk av kirurgi ved degenerative meniskrupturer</i> på fire somatiske lokasjoner. Det pågår fagrevisjon om henvisninger og vurderinger av voksne pas. til CT hode ved Bærum og Drammen.
Øke intensivkapasitet, fleksibilitet: <ul style="list-style-type: none"> - Transport av syke nyfødte fra Bærum sykehus, Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus til nyfødtintensiv. - Opplæringstiltak for å kvalifisere personell til å håndtere intensivpasienter, oppgavedeling. Gjennomføre strukturelle grep for å øke fleksibilitet og kapasitet	31.12.24	Videreføre og fullføre arbeidet med å øke intensivkapasiteten i henhold til oppdrag gitt fra HSØ RHF i 2023. Bygge på rapport levert HOD desember 2022 samt regional rapport fra våren 2023. Døgkontinuerlig, legebemannet ambulans for transport av syke nyfødte og planlagt intensivtransport ble etablert i februar 2024. Dette gir økt mulighet for å utnytte intensivkapasiteten på tvers mellom klinikkene. Arbeidet har ikke hatt ønsket fremgang og frist for gjennomføring må derfor forskyves.

Implementere metodikk «kloke valg»	31.12.2024	Informasjon om “kloke valg” er del av introduksjonsprogram for LIS1 fra 2024.
Ventetidsløftet 2024	31.12.24	Det jobbes kontinuerlig med systematisk rydding av ventelister og det er utarbeidet overordnet plan for arbeidet. Flere av områdene som løftes i denne tertialrapporten vil påvirke valgte styringsindikatorer. Det er gjort en prioritering med tanke på styrke oppmerksomhet på digitale virkemidler. I tillegg ses det på flere tiltak for reduksjon av ventetider knyttet til håndtering av innstrøm henvisninger, flyt og tilpasning av kapasitet. Det er laget en organisering omkring arbeidet med organisert oppfølging og bistand til klinikker fra det sentrale ressursteamet.

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	3	Moderat

3. Styrke samhandling og nettverk

Samhandling og samarbeid i nettverk er en forutsetning for å skape gode helsetjenester.

Samhandlingsarenaer og faglige møteplasser med kommunene skal videreutvikles i helsefellesskapet.

Vestre Viken HF skal kjennetegnes ved et sterkt fellesskap som samarbeider for å skape bedre helsetjenester for pasienten. Sykehusene skal utvikles i nettverk som legger til rette for klinisk samarbeid om pasienten og sikrer robuste og likeverdige helsetjenester til befolkningen i hele sykehusområdet.

Det skal videreutvikles en felles lærende kultur der fagmiljøene deler kompetanse på tvers, for å fremme pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring.

Styringsbudskap i OBD	Status august 2024	Tiltak
Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen én dag etter utskrivning innen somatikk.	pr. aug.24: 79,1% pr. apr.24: 78,6 %	Stabile tall, kontinuerlig arbeid.

	pr. des.23: 78,9 %	
Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen én dag etter utskrivning innen psykisk helsevern for voksne og TSB.	pr. aug.24: 65,2 % pr. apr.24: 64,3 % pr. des.23: 62,1 %	Stabile tall, dette jobbes det med kontinuerlig for å oppnå resultatmål.
Helseforetaket skal foreslå tiltak for hvordan de minste fødestedene kan utvikles og hvordan de ansatte kan få mengdetrening hvis det er få fødsler ved institusjonen.	Nye retningslinjer for føde/barselområdet ble publisert mai 2024 og endrede seleksjonskriterier for differensiert fødselsomsorg er implementert ved våre fødeavdelinger og kvinneklinikken. Dette har gitt et økt antall fødsler til Kongsberg sykehus og redusert belastning på Drammen sykehus.	Føde-/barselområdet skal videreutvikles slik at helseforetaket i større grad enn tidligere får utnyttet ressurser på tvers. En rotasjonsordning mellom Drammen og Kongsberg skal vurderes innført i løpet av høsten 2024.

Risiko for ikke å oppnå målene

Uønsket variasjon i innretning av pasientforløp, samt forbruksrater og resultater av behandlingen ved foretakets klinikker. Ulik arbeidsbelastning og unødvendig merbelastning på fast personell. Økte kostnader.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2024	3	3	Moderat
• Vurdering per 1.tertial 2024	3	3	Moderat
• Vurdering per 2. tertial 2024	3	3	Moderat

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Forbedret ferieplanlegging, blant annet at sårbare fagmiljøer skal samordne ferie på tvers av lokasjoner.	I løpet av 2024	Påbegynt tidlig høst 2023, med foreliggende ferieplan for de fleste områder for 2024. Egen prosess for føde/barsel-området.

Helhetlig ambulansetjeneste i VVHF	Innen utgangen av 2024	Pågående regional utredning for organisering av prehospitaltjenester, planlagt slutført i løpet av 3. tertial 2024.
Nytt tiltak: Etablere flere fagråd på tvers mellom klinikkene for å øke ressursutnyttelsen på tvers samt samarbeid og standardisering.	1.6.2025	Allerede etablert fagråd innen ortopedi og svangerskapsomsorg. Utvide med flere fagområder.
Nytt tiltak: <u>Urologi:</u> overføre leger (LIS og overleger) ved Ringerike sykehus til Bærum. Dette for å beholde utdanningsstatus samt redusere effektene av et lite og sårbart fagområde på Ringerike sykehus. Det vil fortsatt være urologisk aktivitet på Ringerike, både poliklinikk og dagkirurgi/kirurgi, men legene vil komme fra Bærum sykehus.	31.12.24	Arbeidet er påbegynt pr. september 2024.

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

4. Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi

Forskning, innovasjon og teknologi skal heve kvaliteten i helsetjenesten, være tett integrert i pasientbehandlingen, og en naturlig del av virksomheten. Pasientene skal ha tilgang til fremtidsrettet behandling gjennom deltakelse i kliniske studier. Alle pasienter skal vurderes for deltakelse i klinisk forskning.

Samarbeid med kommuner, utdanningsinstitusjoner og andre helse- og næringslivsaktører skal bidra til nye løsninger og behandlingsmetoder, høyere forsknings- og innovasjons-aktivitet, og bedre helsetjenester.

Teknologi skal bidra til utvikling av trygge og helhetlige pasientforløp og forbedring av diagnostikk og behandling. Digitalisering og digital hjemmeoppfølging skal bidra til økt brukermedvirkning, behovsstyrte tilbud og behandlingstilbud nær pasienten. Nytt sykehus i Drammen gir nye muligheter til tjenesteinnovasjon og utvikling av nye digitale løsninger. Mottaksprosjektet i nytt sykehus er et virkemiddel for å utvikle helsetjenestene og nye arbeidsformer i hele Vestre Viken. De nye teknologiske løsningene skal bidra til raskere og mer tidseffektive prosesser for pasienter og ansatte. Vestre Viken skal ligge i front med digital samhandling med pasient, fastlege, kommune og andre helseaktører.

All behandling av sensitiv informasjon i foretaket skal foretas innenfor en akseptabel risiko som ivaretar informasjonssikkerhet og i samsvar med de krav som er gitt i lov og avtaler.

Sikkerhetsmål og nivå for akseptabel risiko for informasjonssikkerhet gjelder for all informasjonsbehandling av helse- og personopplysninger, herunder pseudonymiserte (avidentifiserte) personopplysninger. Sikkerhetsmål og nivå for akseptabel risiko for informasjonssikkerhet gjelder uavhengig av hvor opplysningene oppstår, og omfatter også informasjon i MTU og annet teknisk utstyr.

En sentral aktivitet for å undersøke akseptabel risiko og etablerte sikkerhetsmål for informasjonssikkerhet er å gjennomføre kontroller av om iverksatte tiltak eller prosesser fungerer etter hensikten. En konkret og enkelt metode for å utføre kontroller er å foreta stikkprøver innenfor konkrete og avgrensede områder. I 2. tertial er det forankret opp mot foretaksledelsen fire områder som kontrolleres gjennom stikkprøvekontroll, hvo to av kontrollene er rettet mot Sykehuspartner og to rettes internt. Vurderinger, konklusjon og anbefaling av tiltak vil legges frem for foretaksledelsen i 3. tertial.

Styringsbudskap i OBD	Status august 2024	Tiltak
Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetaket som inkluderer pasienter i 2024 skal økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2023, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.	12 nye KBS er innmeldt i 2. tertial 2024. I samme periode i 2023 var det 6 nye innmeldte KBS. (Antall pasienter telles nasjonalt årlig)	Det er tildelt midler til 9 postdok.stillinger for KBS. Det er tildelt midler til 6 nye stillinger for studiepersonell. Viderefører arbeidet og videreutvikler tiltaksplan for KBS.
Helseforetaket skal ta i bruk løsninger med kunstig intelligens som kan bidra til å frigjøre tid hos helsepersonell og redusere ventetider. Effekten av løsningene skal dokumenteres slik at det legger til rette for videre innføring.	<u>KI – bilde:</u> 29300 pasienter diagnostisert med støtte av KI 15 legekonsultasjoner spares daglig <u>KI-turnus:</u> Utprøving utført – evaluering pågår <u>KI – på nye områder:</u> Bruk av sensor av vitale parametere på sengepost.	Etablere team med læring fra innføring av KI-bilde på nye områder. Sikre gode rammebetingelser for gjennomføring og måloppnåelse. Forskning på flere av områdene pågår.

	Operasjonsplanlegging ved Bærum sykehus. Forenkle arbeid med oppsummering av journaltekst innen psykisk helsevern og rus.	
Det vises til Dokument 3:6 (2023–2024) Utnyttelse av IT-systemer på sykehus. Helseforetaket skal vurdere forbedringsarbeid i lys av rapporten, og følge opp hovedfunn, vurderinger og anbefalinger.	Søkelys på å redusere plunder og heft og øke digital kompetanse. Digital medarbeider planlagt på flere områder (henvisninger, registrering av fødende, etc) etableres 3.tertial for å lette registrering og rapportering, med fokus på å bedre ventetidene	Rapporten dok 3:6 funn og anbefalinger innpasses i det videre arbeidet for å sikre bedre utnyttelse av IT-systemene. Følges opp gjennom systemeierforum som del av IKT-styringssystem.

Risiko for ikke å oppnå målene

Innovasjon/forskning: ingen vesentlig risiko. God økning på forskning og innovasjon. Ingen nye tiltak planlegges.

Digitalisering – Ta i bruk teknologi:

Forsinkelser i prosjekter og vedtatte investeringer resulterer i senere gevinstuttak.

Digital kompetanse og modenhet til å ta i bruk teknologi på nye måter og flere områder.

Manglende oppfyllelse av krav definert i IKT-styringssystem og systemeiers ansvar for forvaltning og utvikling.

Informasjonssikkerhet:

Lovbrudd. Manglende oversikt og internkontroll. Sensitive data på avveie. Omdømmetap for helseforetaket. Foretaksbøter

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2024	2	3	Moderat
• Vurdering per 1.tertial 2024	3	3	Moderat
• Vurdering per 2. tertial 2024	3	3	Moderat

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Etablere systemeierforum	29.05.2024	Systemeierforum er etablert. Følges opp med møte i 3. tertial, samt plan for regelmessige møter i 2025.
Program Vestre Viken digital transformasjon (VIDT)	30.06.2024	Programmet pågår med jevnlig programstyremøter. VIDT programmet retter fokus på raskere læring og en metodikk for brukernær digital utvikling. Dette for å raskere komme i gang med tiltak som forbedrer brukeropplevelsen for medarbeidere og pasienter, samt løser plunder og heft.
Ferdigstille system for risiko- og restanserapportering	30.06.2025	Registeret er forsinket som årsak av utvikler har avsluttet sitt arbeidsforhold i Vestre Viken. Ny ansatt er på plass, men kursing ifm. utvikling og opplæring må iverksettes
Etablere delportefølje Digital transformasjon i Vestre Vikens portefølje	31.12.2024	Delporteføljen etableres i 3.tertial med formål om å sikre fremdrift, prioritering av tiltak knyttet til realisering av gevinstpotensiale i henhold til bærekraftsplanen.

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

5. Sikre personell med rett kompetanse

Pasientens behov skal være styrende for fremtidens kompetanseutvikling og kompetansesammensetning. Vestre Viken skal være en faglig attraktiv arbeidsplass med tilbud om utviklingsmuligheter og faglige karriereveier for alle yrkesgrupper. Det observeres økende turnover og frafall fra helsetjenesten, særlig innenfor områder med høy aktivitet gjennom hele døgnet og uka. Medarbeidere etterspør i økende grad fleksibilitet i arbeidslivet, og er opptatt av balanse mellom jobb og fritid i livets ulike faser. Arbeidstidsordninger, teamarbeid og oppgavedeling skal tilpasses nye arbeidsformer. Det pågår utprøving av modell med bruk av langvakter (12,5 timers vakter). Gjennom sommeren har ansatte i 20 ulike enheter deltatt i dette, basert på frivillighet.

Helseforetaket skal ta i bruk ny kunnskap og nye arbeidsmetoder som bidrar til sikker og virksom pasientbehandling. Det er gjennomført en pilot med bruk av kunstig intelligens i turnusplanlegging ved Medisin 1 på Drammen sykehus. Piloten ble gjennomført i samarbeid med Sykehuspartner. Prosjektet anbefaler å fortsette utvikling av løsning i samarbeid med en eller flere leverandører og at VVHF blir pilotbruker. Beslutning gjøres i HR-direktørmøtet i HSØ i slutten av september.

Et helsefremmende arbeidsmiljø med trygge ansatte som opplever mestring i arbeidsdagen gir bedre behandling og pasientsikkerhet. Psykologisk trygghet og et godt arbeidsmiljø er en av faktorene for å beholde kompetanse og lykkes med nødvendige omstillingsprosesser. Utdanning av helsepersonell for å dekke fremtidens kompetansebehov skal skje i samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Vestre Viken skal ha en ledelseskultur som er preget av åpenhet og forbedring.

VVHF		August		Hittil i år		Prognose	
HR - Sykefravær totalt - PROSENT	Resultat	8,0		8,6		8,6	
	Plan	6,7		7,9		8,0	
	Avvik	-1,3		-0,6		-0,6	
	I fjor	7,5		8,3		8,6	
HR - Brudd på arbeidstidsbestemmelsene - ANDEL	Resultat	2,8		2,9		0,0	
	Plan	0,0		0,0		0,0	
	Avvik	-2,8		-2,9		0,0	
	I fjor	2,8		2,7		2,8	

Styringsbudskap i OBD	Status august 2024	Tiltak
Helseforetaket skal sørge for at arbeidet med hensiktsmessig oppgavedeling skal ha en systematisk tilnærming, pågå kontinuerlig og gi bedre organisering av arbeidsprosesser. Det skal legges til rette for partssamarbeid og medarbeiderinvolvering på alle nivåer i arbeidet.	Det arbeides med oppgavedeling i klinikkene. Eksempler på dette er at KIS har overtatt portørtjenester fra KMD på RS. På DS vurderes det hvilke sykepleieroppgaver som helsesekretærene kan utføre.	Videre oppfølging av oppgavedeling DS, fødeseksjonene. 2 team i Vestre Viken skal delta i pilot del 2 i Læringsnettverk som del av Tørn-programmet i HSØ. Videre oppfølging av gjennomføring av opplæring i teamledelse, jf. Status.

	<p>Retningslinjen «VV System/rammer for oppgavedeling» er utarbeidet i eHåndbok.</p> <p>Sertifisering av helsefagarbeidere ved sengetun RS. Målinger, evaluering og systematisk opplæring pågår.</p> <p>Fødeseksjonen ved DS har deltatt i oppgavedelingsprosjekt i regi av HSØ, med oppgavedeling mellom jordmor, barnepleier og helsefagarbeider. 86% av barnepleierne og 100% av helsesekretærene har fått opplæring i oppgaver som er aktuelle for oppgavedeling.</p> <p>Tildeling og gjennomføring av ny kompetanseplan "VV Teamledelse i Vestre Viken" ble fulgt opp i driftsmøtene gjennom sommeren. Ca. 1500 ansatte hadde pr 19/8 fått tildelt planen og mange har gjennomført.</p>	<p>Innføre krav om teamarbeid og oppgavedeling i tråd med bærekraftsplanen.</p>
<p>Økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger kan være et gode både for arbeidstakere og arbeidsgivere, gitt at dette er basert på frivillighet for arbeidstakersiden og forankret i partssamarbeid. Det er ønskelig å</p>	<p>Pågående.</p> <p>Pilotering langvakter ved 20 enheter gjennom sommeren. I</p>	<p>Pilot med kunstig intelligens i turnusplanlegging pågår.</p>

<p>vurdere alternative arbeidstidsordninger som kan bedre den samlede ressursbruken og styrke heltid.</p>	<p>samarbeid med HSØ er Oslo Economics engasjert for å evaluere pilotene. Dette arbeidet startet i slutten av august.</p>	
<p>Sykefraværet ser ut til å ha festet seg på et urovekkende høyt nivå etter pandemien. Dette gjelder i alle regioner. Det er behov for forsterket innsats og økt oppmerksomhet for å redusere sykefraværet, hvilket også er av betydning for bemanningssituasjonen og innleiebehov. Helseforetaket skal forsterke arbeidet med sykefraværsinnsats og -oppfølging, med sikte på reduksjon i sykefravær sammenholdt med 2023.</p>	<p>Det jobbes med oppfølging og tiltak i klinikkene, med støtte fra stab. Sykefraværet i 2024 var på sitt laveste i mai (8%). I juli var det på 9%. Sykefraværet så langt i år er høyere enn i fjor.</p> <p>Trenden i Vestre Viken synes å være på nivå med HSØ, men også nasjonalt. Som i resten av landet er sykefraværet spesielt høyt for kvinner. IA avtalen skal reforhandles i høst.</p> <p>I august inviterte BS til seminar om kvinnehelse med fokus på overgangsalder (ca. 120 deltakere)</p>	<p>Aktiv oppfølging og lederstøtte med bistand fra HR, NAV og BHT: IA/ ledernetverk, frokostmøter/webinarer, tett sykefraværsoppfølging i klinikk, nærværsgupper, arbeidsmiljøprosesser, seniorseminar, bruk av Ekspertbistand og lønnstilskudd. Bransjeprogrammene "Der skoen trykker" og "Tett og tidlig" pågår. Konseptet "Råbra" er systematisert og benyttes i stadig større omfang.</p> <p>Innføre krav om teamarbeid og oppgavedeling i tråd med bærekraftsplanen.</p>
<p>Helseforetaket skal forebygge vold og trusler mot helsepersonell i tråd med anbefalinger i rapport fra Helse Sør-Øst om forebygging av vold og trusler mot ansatte.</p>	<p>Pågående.</p> <p>Anbefalinger fra HSØ følges opp i avviks- og forbedringssystemet Synergi.</p> <p>Status er lagt frem for HAMU i september.</p>	<p>Tverrfaglig arbeidsgruppe for oppfølging av HSØ-rapport og interne sikringsrisikoanalyser skal etableres.</p> <p>Pilot med VR-basert opplæring innen vold og trussel problematikk startet i august, bl.a. i ambulansetjenesten. Dette kan utvides.</p>

<p>Det er utfordringer med tilgang til personell i helse- og omsorgstjenestene. Helsepersonellkommisjonen mener at konsekvenser for personellbehov og bemanningsmessige effekter må vurderes særskilt ved innføring av nye tiltak i helse- og omsorgstjenesten. I tråd med Helsepersonellkommisjonens anbefalinger vil regjeringen at det skal stilles krav om at personellkonsekvenser skal utredes som del av beslutningsgrunnlaget for tiltak innenfor Helse- og omsorgsdepartementets sektoransvar. Helseforetaket skal utrede personellkonsekvenser særskilt som del av beslutningsgrunnlaget for alle tiltak innenfor eget ansvarsområde. Vurderingen bør inneholde personellkonsekvenser gitt dagens organisering og oppgavedeling, konsekvenser for forbruk og tilbud av andre typer helsetjenester, samt konsekvenser for utdanningskapasitet.</p>	<p>Pågående.</p> <p>Et foretaksovergripende rekrutteringsteam er etablert for å bistå ledere i hele, eller deler av, rekrutteringsprosessen samt å jobbe med branding/ markedsføring og deltakelse på messer og høyskoler er etablert. I tillegg til en overordnet og strategisk tilnærming til rekrutteringsarbeidet, skal dette bidra til synergier og effektivisering av ulike rekrutteringsprosesser.</p>	<p>Det arbeides med tiltak på foretaksnivå og i den enkelte klinikk innen mange områder på dette punktet.</p> <p>Se tiltak beskrevet under punktet om oppgavedeling.</p> <p>Innføre krav om teamarbeid og oppgavedeling i tråd med bærekraftsplanen.</p>
<p>Vestre Viken ønsker å være en god og trygg arbeidsplass for alle, og målet er å kunne sørge for at alle har en forsvarlig arbeidshverdag. I samarbeid med DNLF ble det laget en spørreundersøkelse hvor formålet er å innhente informasjon om hvordan leger i Vestre Viken opplever sin arbeidssituasjon. Undersøkelsen ble gjennomført i januar med svarprosent på 52%.</p>	<p>Oppfølging av undersøkelsen pågår på foretaksnivå og i den enkelte klinikk.</p> <p>Retningslinje for avtalefestet utdanningspermisjon ble oppdatert i første halvår. Tilhørende kompetanseplan er opprettet i Kompetanseportalen.</p>	<p>Det er stor oppmerksomhet på tiltak for helsefremmede legeplaner. Dette er et pågående arbeid.</p> <p>Innføre krav om teamarbeid og oppgavedeling i tråd med bærekraftsplanen.</p>
<p>Helseforetaket skal, med utgangspunkt i antallet LIS2/3-stillinger i 2023, kartlegge og utarbeide en oversikt over behov for endringer i utdanningskapasitet (LIS-stillinger) for å dekke opp behovet for overleger for de ulike sykehusspesialitetene. Det skal utarbeides en plan som særskilt beskriver hvordan dekke behovet for tilstrekkelig antall LIS og overlegestillinger innenfor breddespesialitetene generell indremedisin og kirurgi. Tilbakemelding skal oversendes Helse Sør-Øst RHF innen 15. juni 2024. Fristen er i ettertid utsatt til 30. juni 2024.</p>	<p>Levert.</p> <p>I vårt arbeid med å kvalitetssikre data for bruk i vurderingen av fremtidig behov for utdanningskapasitet i de ulike spesialiteter, se vi at det er varierende overenstemmelse med</p>	

	<p>de faktiske forhold. I vår tilbakemelding til HSØ den 1.juli har vi påpekt at det hadde vært hensiktsmessig om arbeidet med å kartlegge behovet for fremskrevet spesialist- og generalistkompetanse hadde vært noe mer sentralt koordinert, for å sikre at alle HF både forstår oppdragets innhold, og definisjon av generalistkompetanse likt. Vi har, på lik linje med de andre utdanningsvirksomhetene i HSØ, tilbakemeldt at det er behov for mer tid for å gjøre et grundig arbeid.</p>	
<p>Helseforetakene skal utarbeide skriftlig handlingsplan for hvordan en skal arbeide for å rekruttering og beholde personell innen psykisk helsevern. Planen skal særskilt omtale hvordan en skal øke og understøtte tilstrekkelig utdanningskapasitet (LIS3 stillinger) av spesialister innen VOP/BUP basert på framtidig framskrivninger. Tilbakemelding skal oversendes Helse Sør-Øst RHF innen 15. juni 2024.</p>	<p>Leverert innen 15. juni.</p> <p>Klinikk for psykisk helse og rus har utarbeidet handlingsplan, som er oversendt Helse Sør-Øst RHF.</p>	
<p>Vestre Viken står foran store endringer, blant annet i forbindelse med nytt sykehus Drammen. Å lykkes med endringsprosessene er avgjørende.</p>	<p>Bygge kompetanse i endringsledelse.</p> <p>Det er iverksatt en serie halvdagskurs i endringsledelse etter valgt metodikk fra HSØ. Pr. august er det gjennomført 9 halvdagsseminarer i endringsledelse med til sammen</p>	<p>Det pågår endringsprosesser i klinikkene som skal inn i NSD, i samarbeid med de ansattes organisasjoner og vernetjenesten. Bistand fra sentrale staber for å sikre oppfølging i tråd med VV prosedyrer.</p>

	ca. 180 deltakere fra klinikker og staber. Av dette ble 3 halvdagskurs spesifikt satt opp for alle ledere og nøkkelpersoner/stab på Drammen Sykehus. Det planlegges oppfølgingskurs i endringsledelse i 2025.	
--	---	--

Risiko for ikke å oppnå målene

Manglende kompetanse til stede i avdelingene til pasientbehandling. Utsiktede pasienthendelser, utilfredsstillende arbeidsmiljø, brudd på arbeidstidsbestemmelsene, økt turnover, økt sykefravær, økte kostnader til variabel lønn og bruk av innleie fra eksterne bemanningsbyrå.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2024	4	3	Betydelig
• Vurdering per 1.tertial 2024	4	3	Betydelig
• Vurdering per 2. tertial 2024	4	3	Betydelig

Prioriterte risikoreduserende tiltak	Forventet full effekt	Status
Iverksette tverrfaglig gruppe for strategisk kompetansestyring og forbedre styringsdata for oppfølging av kritisk kompetanse.	31.12.2024	Påbegynt.

Arbeide systematisk med oppgavedeling.	31.12.2024	Overordnet retningslinje for oppgavedeling i VVHF er utarbeidet og publisert. Veileder i arbeidet med oppgavedeling, "Wibe-modellen", er vedlegg til retningslinjen. Arbeid med oppgavedeling pågår i alle klinikker, og flere enheter deltar i regionalt prosjekt rundt oppgavedeling i HSØ. På DS vurderes det hvilke sykepleieroppgaver som kan utføres av helsesekretærer. Den nye sterilsentralen i NSD vil kunne avlaste sykepleiere ved å ta over oppgaver som innebærer rengjøring og sterilisering. Intern service (KIS) har overtatt portørtjenester fra KMD på RS, og det planlegges for full portørdekning på DS ved årsskiftet 24/25. Det jobbes også med å bredde aktiv forsyning (logistikkmedarbeider bestiller via strekkode, gjør varemottak og plasserer ut varer på avdeling). Teamarbeid er viktig for gjennomføring av oppgavedeling. Kompetanseplan for opplæring i teamledelse ble etablert før sommeren 2024, og tildelt personell i klinikkene som ville ha en teamlederrolle på vakt.
Forbedre systemer og strukturer for HMS i virksomhetsstyringen, og styrke lederes kompetanse innen forebyggende HMS-arbeid og arbeidsmiljø.	31.12.2024	Sjekkliste HMS-runden er oppdatert og digitalisert i 2024. Bistand og opplæring til ledere og kvalitetsrådgivere innen risikovurderinger og forebyggende HMS-arbeid pågår. Forbedring av HMS-tematikken i virksomhetsstyringen. HMS-årsrapporter for klinikkene med årsrapportering, overordnet risikobilde og tilhørende tiltak.
Iverksette tiltak fra utredningen av jordmorsituasjonen fra den partssammensatte arbeidsgruppen.	31.12.2024	Arbeidet er påbegynt ved å gjennomgå og prioritere foreslåtte tiltak, men arbeidet tar lengre tid enn opprinnelig planlagt. Føde-barsel området utredes nærmere i samarbeid med klinikkene og avdelingene. Den nye nasjonale retningslinjen for føde- og barselområdet, utgitt i mai 2024, implementeres nå i Vestre Viken HF, noe som fører til endringer i seleksjonskriteriene for differensiert fødselsomsorg.
Iverksette elektroniske sluttundersøkelse til alle som slutter i VV og følge opp resultatene med konkrete tiltak	31.12.2024	Første utsendelse av automatisk sluttundersøkelse til ansatte som slutter i VV ble gjennomført 15.1.2024. Per 1. september er svarprosenten 38% (av 340 utsendte spørreskjemaer har 140

		valgt å svare). Det må arbeides med hensiktsmessig bruk av resultatene i undersøkelsen, samt forbedringer i samarbeid med Sykehuspartner og HSØ, herunder tiltak for å øke svarprosenten, se under.
Iverksette tiltak for å sikre god onboarding for nyansatte medarbeidere	31.12.2024	Sykehuspartner har startet et arbeid for å kunne sende ut sluttundersøkelsen raskere, og helst før den ansatte har hatt sin siste arbeidsdag for å øke antall svar. Rapportene gir god informasjon på strategisk nivå om årsaker til at ansatte slutter, hvor de går videre og om det er forhold som gjør at vi på sikt kan rekruttere inn igjen tidligere ansatte. Den overordnede hensikten er å samle inn informasjon som kan gjøre helseforetaket bedre rustet til å beholde og rekruttere medarbeidere for å møte fremtidig bemanningsbehov. Så snart svarprosenten er bedret, skal det utarbeides en strategisk handlingsplan med tiltak innen dette området.
Iverksette mentorprogram for ledere	31.12.2024	Første gjennomføring av mentorprogrammet ble gjennomført med 13 mentorer og adepter med oppstart høsten 2023. Det er svært gode tilbakemeldinger på programmet. Det starter opp 13 nye mentorpar i andre kull med oppstart høst 2024.
Aktiv og målrettet bruk av digitale medier og sosiale plattformer ved rekruttering til ledige stillinger	31.12.2024	Det benyttes i utstrakt grad henvisningsannonser på sosiale medier. Tilbakemeldingene på dette har vært gode, og er en profilering av foretaket som vi håper fører til flere jobbsøkere. Arbeidet med å bygge en god arbeidsgiverside nettsiden Karrierestart.no videreføres. Dette er en digital arbeidsmarkeds plass hvor foretaket profileres for jobbsøkere.
Iverksette arbeid med systematisk kompetanseheving og kvalifisering av medarbeidere til nye oppgaver ifbm. oppgavedeling	31.12.2024	Pågår i klinikkene. Se eksempler over i fm. Rapportering på OBD styringsbudskap.
Nytt oppsett for opplæringstilbud innen vold og trusler i somatiske klinikker	30.06.2024	Pilotering av MAP-somatikk er gjennomført. Plan for MAP gjennomføring høst og vinter 2024 er utarbeidet. Prosedyre for opplæring vold og trusler ble oppdatert i januar 2024, og opplæring ihht. risikonivå i den enkelte seksjon/avdeling pågår.

Pilot av 2-årig traineeprogram for helsefagarbeidere som har gjennomført lærlingeløp i VV	30.06.2025	Påbegynt, men må forankres ytterligere.
Felles internundervisning for LIS i alle fag på tvers av lokasjoner i VV	31.12.2024	Felles internundervisning utvides i takt med at fagmiljøene tar i bruk teams. Følgende fag har nå felles internundervisning på tvers av lokasjon; ortopedi, pediatri, onkologi, gyn/føde, radiologi, lunge, psykiatri, rus og avhengighetsmedisin.
Mal for overordnet utdanningsplan for leger i spesialisering er utarbeidet og godkjent	31.12.2024	Det jobbes med å implementere utdanningsplaner i alle fag VV utdanner innen (33 fag). Utdanningsavdelingen støtter prosessen, og implementering av utdanningsansvarlig overleger øker gjennomføringshastighet på arbeidet. Det gjennomføres oppstartsamling for Utdanningsansvarlige overleger i foretaket 30.10.2024.
Pilot gruppeveiledning for psykologisk trygghet utarbeidet i samarbeid med Villa Sana og Legeforskningsinstituttet	31.12.2024	Pilot inkludere alle somatiske klinikker. Egne overleger deltar som ko-veiledere for å nedarve kompetansen slik at vi kan implementere tematikken inn fast fra og med høsten 2024. Det gjennomføres instruktørsamling 14.10.2024 med Karin Rø og Ingunn Amble for å styrke veilederkompetansen og planlegge harmonisering inn i gjeldende rigg for gruppeveiledning. Planlegger overføring fra prosjekt til drift i klinikkene i 2025.
Pilotere fadderordning for LIS i medisinske avdelinger	30.06.2025	Pilot med implementering av fadderordning for LIS etter mal fra Sykehuset Vestfold. Tilskudd fra HSØ. Felles oppstartsseminar med fadderansvarlige LIS fra alle klinikker gjennomført 4. september 2024. Det settes opp et forbedringsarbeid med prosess støtte fra Team kontinuerlig forbedring. UiO-siste-års studenter gjør sin KLOK-oppgave i tilknytning til forbedringsarbeidet for å finne riktig kunnskapsgrunnlag anbefalt inn i ordningen og sikre spirallæring gjennom utdanningens ulike deler.
Samarbeid med UiO for spirallæring i kvalitet og forbedringsarbeid i helsetjenesten. Utprøving av verktøy for kompetansevurdering i LIS-utdanningen.	31.12.2024	Siste års medisinstudenter ved UiO har via sin KLOK-oppgave funnet frem til validerte vurderingsverktøy for formativ kompetansevurdering i LIS-utdanningen. Våren -24 var tema

		Føde/Gyn.avd. ved Drammen sykehus som testet ut kompetansevurderingsverktøy i praksis. Høsten-24 er tema fadderordningen og god onboarding.
Utprøving av modeller for økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger	31.12.2024	Utprøving av arbeidsplaner med langvakter pågår i somatikken. 20 piloter i 2. tertial. Evaluering med bistand av ekstern konsulent startet opp i august.
Interne kurs i endringsledelse	31.12.2025	Det gjennomføres interne kurs i endringsledelse etter ADKAR-modellen for ledere og ressurser som skal støtte ledere i gjennomføring av endringsprosesser.
Temasamlinger for ledere	31.12.2025	Etter mal fra Sykehuset i Vestfold starter vi opp ½ dags temasamlinger for ledere høsten 2024. Disse inneholder faglige innledninger etterfulgt av refleksjon og dialog med andre ledere. Første samling er fulltegnet, og gjennomføres 27. november.
Utprøving med bruk av kunstig intelligens innen arbeidsrett	31.12.2024	Pilot i perioden mai til desember 2024. 20 pilotbrukere i klinikk og sentral stab.

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	3	Moderat

6. Sikre bærekraftig økonomi

Økonomistyring

En drift der kostnadene er høyere enn inntektene er ikke bærekraftig på sikt. Plan for bærekraftig utvikling ble behandlet av styret i august og september 2023 og er foretakets viktigste satsing for å sikre en bærekraftig økonomi de kommende årene. Planen er under revisjon og vil fremlegges for styret i desember der også budsjett 2025 behandles.

VVHF		August	Hittil i år	Prognose
ØKONOMI - Driftsresultat - TNOK	Resultat	15 009	46 654	138 000
	Plan	19 834	158 667	238 000
	Avvik	-4 825	-112 013	-100 000
	I fjor	-13 015	59 436	23 251
HR - Brutto Månedverk - ANTALL (September)	Resultat	8 491	8 199	8 194
	Plan	8 375	8 084	8 088
	Avvik	-116	-114	-106
	I fjor	8 412	8 087	8 109
AKTIVITET - DRG-Poeng Somatikk - ANTALL	Resultat	9 739	80 301	123 029
	Plan	10 430	82 027	124 756
	Avvik	-691	-1 726	-1 727
	I fjor	9 701	79 519	120 383
AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	13 058	106 540	168 338
	Plan	14 473	111 061	170 798
	Avvik	-1 415	-4 521	-2 460
	I fjor	13 797	109 654	166 797
AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	7 810	62 446	97 000
	Plan	8 889	65 451	102 008
	Avvik	-1 079	-3 005	-5 008
	I fjor	7 738	62 494	95 499

Styringsbudskap i OBD	Status august 2024	Tiltak
Helseforetaket skal arbeide systematisk med prioritering på alle nivåer i tjenesten for å sikre effektiv bruk av fellesskapets ressurser, best mulig bruk av personellens kompetanse, og for å unngå overdiagnostikk og overbehandling.	Arbeidet inngår i bærekraftsplanens tiltak og rapporteres der.	

<p>Helseforetaket skal delta i kartleggingsanalyse fra Sykehuspartner HF for å få mer eksakt informasjon om oppgraderingsbehovet av de lokale IKT-rommene inkludert prisestimat for dette arbeidet. Anbefalt oppgraderingsplan per helseforetak må hensynta planene for nye bygg der dette er relevant, for å minimere «sunk cost». Videre må planene koordineres med planene for modernisering av nett ved helseforetakene. Arbeidet må skje i tett samarbeid mellom Sykehuspartner HF og både teknologi og eiendom ved det enkelte helseforetak og forankres med administrerende direktør ved helseforetaket.</p>	<p>Vestre Viken har sammen med Sykehuspartner kartlagt gjennomføringsbehov og er i gjennomføring av oppgradering i regi av Sykehuspartners prosjekt Monet (modernisering av nett).</p>	<p>Følge opp gjennomføringsplan.</p>
<p>Det vises til utfordringer helseforetakene har i enkelte større investeringsprosjekter, spesielt når det kommer til implementerings-/mottaksfasen. Det må etableres gode rutiner for implementerings-/mottaksfasen. Det er tidligere gitt krav om evaluering av alle prosjekter. Implementerings-/mottaksfasen skal også inkluderes i evalueringen, for å muliggjøre erfaringsoverføring mellom ulike prosjekter, helseforetak og helseregioner. Helseforetaket skal arbeide med god prosjekteier- og prosjektstyring for større investeringsprosjekter.</p>	<p>Mottak av NSD er organisert gjennom et mottaksprosjekt ledet av prosjektorganisasjonen VV-NSD. Prosjektets arbeid er i hht. planen.</p>	<p>I prosjektorganisasjonen NSD er det avsatt dedikerte ressurser til å sikre oppfølging av fremdrift, risiko og eierskifte</p>
<p>Vestre Viken HF skal i 2024 basere sin virksomhet på de tildelte midler.</p>	<p>Resultat er ved utgangen av august 112,0 MNOK bak budsjett.</p>	<p>Bærekraftsplanen RNB</p>
<p>Vestre Viken HF skal benytte midlene som er stilt til rådighet, på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Resultatkrav skal nås gjennom god drift og riktig bruk av ressurser.</p>	<p>Resultatkrav vil ikke oppnås i 2024 som følge av manglende effekter oppnådd i bærekraftsplanen og øvrige avvik i klinikkens drift (sykefravær, aktivitetsbortfall)</p>	<p>Klinikkene følges opp månedlig om nye tiltak.</p>
<p>Årsresultat 2024 for Vestre Viken HF skal minst være på 238 millioner kroner.</p>	<p>Prognose per august: 138 MNOK</p>	<p>Klinikkene følges opp månedlig for nye tiltak for å sikre at prognosen kan opprettholdes eller forbedres.</p>
<p>Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.</p>	<p>Ingen avvik</p>	

<p>Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2024 skal ikke benyttes til investeringer i 2024 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.</p>	<p>VV følger etablerte prinsipper for likviditetsstyring</p>	
<p>Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.</p>	<p>Følges opp i foretakets investeringsforum regelmessig.</p>	<p>Det vurderes fortløpende om investeringer må utsettes om resultat ikke forbedres.</p>
<p>Helseforetak med regionalt prioriterte prosjekter i gjennomføringsfase skal oppdatere gevinstoversikter og øvrige økonomiske tiltak ved årlig rullering av økonomisk langtidsplan. Førstkommende år fra økonomisk langtidsplan skal innarbeides i årsbudsjett, og rapporteres i helseforetakets tertialvise rapportering. Oppdatering av gevinstoversikter skal vises som endringer mot forprosjektets gevinstrealiseringsplan, med forklarende kommentarer. Helseforetaket må føre endringslogg for hvert enkelt prosjekts gevinstrealiseringsplan.</p>	<p>Gevinster realisert pr august: 61,4 MNOK. Dette er 48,9 MNOK bak plan.</p>	<p>Nye tiltak utredes for 2025.</p>
<p>Vestre Viken HF skal i 2024 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med aktivitetskravene fra Helse Sør-Øst RHF.</p>	<p>Somatikk: Pr august: 1 726 DRG-poeng bak plan</p> <p>PHR: Pr august: 7 526 polikliniske konsultasjoner bak plan</p>	<p>Ved varig lavere aktivitet enn forutsatt i budsjett utredes tiltak for å ta ned kostnader, eksempelvis sammenslåing av sengeposter som iverksettes på BS 1.1.2025.</p>
<p>Helseforetaket skal sørge for bedre avtaleoppfølging/utnyttelse av legemiddelinnkjøpsavtaler ved til enhver tid å velge anbefalt avtalepreparat.</p>	<p>Høykostgruppa følger opp månedsrapportene fra Sykehusinnkjøp, bruker Helfo- og SLS databasen og sjekker mot forskrivende leger og følger opp avvik.</p> <p>Møte med HSØ for gjennomgang av funn i Legemiddeløkonomi rapporten</p>	<p>Vurderer ansettelse av klinisk farmasøyt i 20-40% stilling for tettere oppfølging av byttegrader ned på enkeltpreparater og forskrivende leger, slik at VVHF gjennomfører raske bytter etter anbefalingene.</p>

Resultat per 2. tertial

pr august 2024	Regnskap denne perioden				Regnskap hittil i år			
	Budsjett denne perioden	Avvik denne perioden	Avviks %	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Avviks %		
Basisramme inkl. RBF	640 774	621 558	19 216	3 %	5 729 777	5 671 839	57 938	1,0 %
ISF inntekter	237 473	252 259	- 14 786	-6 %	1 939 826	1 977 371	- 37 545	-2 %
Gjestepasientinntekter	14 924	14 937	- 12	0 %	133 600	127 643	5 956	5 %
Andre pasientrelaterte inntekter	53 891	44 604	9 287	21 %	410 389	383 059	27 330	7 %
Øvrige driftsinntekter	60 533	43 339	17 193	40 %	328 533	334 913	- 6 380	-2 %
Gevinst ved avgang av anleggsmidler					50		50	
SUM Inntekter	1 007 594	976 696	30 898	3,2 %	8 542 174	8 494 826	47 349	0,6 %
Varekostnader	134 338	130 776	- 3 562	-3 %	1 096 087	1 074 343	- 21 744	-2 %
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	92 587	82 505	- 10 083	-12 %	724 854	700 563	- 24 292	-3 %
Innleid arbeidskraft	4 765	4 804	39	1 %	29 480	19 784	- 9 696	-49 %
Lønnskostnader	592 923	576 710	- 16 212	-2,8 %	5 295 194	5 234 779	- 60 414	-1,2 %
Avskrivninger og nedskrivninger	27 912	27 929	18	0 %	223 753	221 390	- 2 363	-1 %
Andre driftskostnader	125 827	124 142	- 1 685	-1 %	1 024 905	1 005 483	- 19 422	-2 %
SUM Driftskostnader	978 351	946 866	- 31 485	-3 %	8 394 273	8 256 342	- 137 931	-2 %
SUM Netto finanskostnader	14 235	9 996	- 4 238	-42 %	101 247	79 816	- 21 430	-27 %
Resultat totalt	15 009	19 834	- 4 825	-24 %	46 654	158 667	- 112 013	-71 %

Resultatet per august viser et overskudd på 46,7 MNOK, som er 112,0 MNOK bak budsjett. Det er 15,3 MNOK i lavere kostnader til vedlikehold over drift per august. Korrigert for dette er resultatet fra ordinær drift 127,3 MNOK under budsjett hittil i år.

Totalt inntekter viser et positivt avvik på 47,3 MNOK hittil i år. Pr. august er 57,9 MNOK inntektsført fra revidert nasjonalbudsjett knyttet til varig bevilgningsøkning, pensjon og resultatbasert finansiering. ISF-inntekter er lavere enn budsjett både for somatikk og psykiatri pr. august og i måneden isolert. Gjestepasientinntekter er høyere enn budsjettet hittil i år og på budsjett i august måned. Det er flere utskrivningsklare pasienter som gir høyere inntekter, men også fører til høyere kostnader.

Lønnskostnader uten økt pensjon er samlet sett 34,5 MNOK over budsjett hittil i år, og 13,0 MNOK over budsjett i august måned. Det er et overforbruk på både fast og variabel lønn i flere av klinikkene spesielt innen somatikk. Høye lønnskostnader skyldes blant annet høyt sykefravær, og det er derfor også høye refusjoner.

Det er høyere varekostnader enn budsjett i august. Pr. august er det et negativt avvik på varekostnader på 21,7 MNOK. De største avvikene er på H-reseptkostnader, instrumenter, implantater, andre medisinske forbruksvarer, andre forbruksvarer og mat. H-reseptkostnader er høyere enn budsjett med totalt sett 5,9 MNOK pr. august. Dette skyldes i stor grad økt forbruk. Det jobbes tett på klinikerne for å få utnyttet alle prisfall og endring i anbud fortløpende gjennom året. Det er økte priser på mat. Av tiltak er det igangsatt kontroll av fritekstbestillinger og det forventes reduserte innkjøpskostnader som følge av dette. I tillegg er det reduserte varekostnader som følge av automasjon på laboratorieområdet.

Det er høyere gjestepasientkostnader og kjøp av tjenester enn budsjettet både i august måned og hittil i år.

I august måned er andre driftskostnader 4,5 MNOK høyere enn budsjett når mindreforbruk knyttet til vedlikehold over drift er holdt utenfor. Hittil i år er avviket på 37,5 MNOK. I dette inngår kostnader til varmesentral NSD med 0,5 MNOK i august isolert, 10,1 MNOK hittil i år. I tillegg er kjøp av utstyr høyere fordi investeringer mellom 100' og 200' nå føres som driftskostnader og investeringer reduseres tilsvarende. Ellers skyldes avviket blant annet pasienttransport, behandlingshjelpemidler, tap på fordringer, konsulenttjenester og annen ekstern tjeneste.

Nedenfor følger tabeller som viser utviklingen på postene overtid og ekstrahjelp og innleie pr. klinikk. Innleie er over budsjett på enkelte klinikker som følge av rekrutteringsutfordringer og høyt fravær. Innleie er 9,7 MNOK høyere enn budsjett. Sammenlignet med samme periode i 2023 er kostnadene redusert med 11,5 MNOK og er, tross budsjettavviket, svært lave sammenholdt med andre HF i regionen.

Det fremkommer liten endring i overtid og ekstrahjelp også som en følge av et fortsatt høyt sykefravær. Det forventes noe reduksjon i lønn på grunn av tiltak som langvakter.

Overtid og ekstrahjelp - utvikling pr. Måned (tall for september er foreløpige tall):

Faktisk pr måned - Overtid og ekstrahjelp	aug.23	sep.23	okt.23	nov.23	des.23	jan.24	feb.24	mar.24	apr.24	mai.24	jun.24	jul.24	aug.24	sep.24
10 - Klinikk Drammen sykehus	10 071	11 198	9 218	9 503	11 482	10 259	7 707	9 796	8 824	8 890	7 034	8 346	10 957	13 785
20 - Klinikk Bærum sykehus	7 247	7 803	6 949	6 303	9 007	7 048	6 586	6 988	7 028	7 139	5 840	6 617	7 009	7 463
30 - Klinikk Ringerike sykehus	3 921	5 719	4 551	4 131	5 612	3 897	4 037	3 836	3 886	3 863	3 164	3 989	5 601	5 351
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	1 708	1 861	2 094	2 205	2 795	2 195	2 082	2 530	2 113	2 329	1 813	2 515	2 764	2 653
50 - Klinikk for Intern service	650	817	680	633	1 109	832	907	992	720	971	662	1 069	1 083	1 145
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	6 686	6 419	7 676	7 088	8 371	6 753	6 257	6 987	5 991	5 835	3 522	6 241	5 985	5 568
70 - Klinikk for Prehospitaltjenester	1 852	2 405	1 517	1 556	2 467	1 530	1 387	1 872	1 770	1 692	1 072	1 530	1 690	1 569
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	2 071	2 100	2 574	2 602	3 267	2 603	2 635	3 293	2 563	2 824	3 238	2 468	2 825	2 329
Staber	1 564	2 101	1 609	1 587	1 196	1 101	1 526	1 081	1 395	1 302	222	1 673	1 287	2 008
Totalsum	35 770	40 424	36 866	35 608	45 306	36 217	33 126	37 375	34 290	34 846	26 569	34 447	39 201	41 871

Innleie – utvikling pr. måned

Faktisk pr. måned - Innleie	jul.23	aug.23	sep.23	okt.23	nov.23	des.23	jan.24	feb.24	mar.24	apr.24	mai.24	jun.24	jul.24	aug.24
10 - Klinikk Drammen sykehus	2 100	3 946	950	- 46	9	132	278	263	329	323	209	585	1 761	931
20 - Klinikk Bærum sykehus	3 496	2 030	539	125	203	264	253	155	167	98	265	1 027	2 452	1 431
30 - Klinikk Ringerike sykehus	3 292	2 271	939	1 601	1 056	1 712	412	230	621	581	782	890	2 252	1 489
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	896	769	972	999	380	747	138	371	691	872	853	713	989	344
50 - Klinikk for Intern service														597
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	883	943	540	564	924	734	695	799	710	565	619	546	736	
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	621	512	266	178	86	121	150	49	117	365	169	274	312	
Staber og fellesøkonomi	- 8	23	- 10	- 13									49	- 28
Totalsum	11 281	10 494	4 196	3 406	2 657	3 710	1 927	1 866	2 635	2 804	2 897	4 036	8 551	4 765

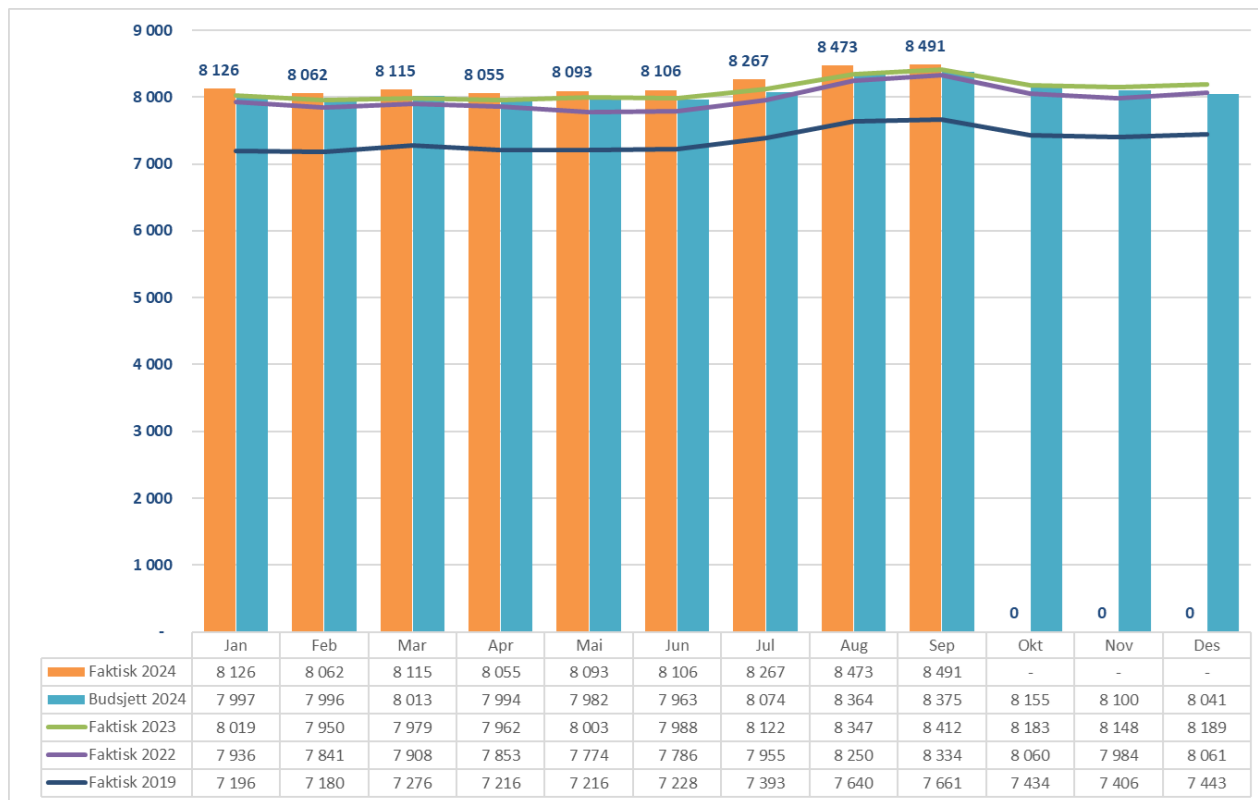
Det er høyere avskrivninger og finanskostnader enn budsjettet. Hovedforklaringen til negativt avvik kommer av et betydelig høyere gjennomsnittlig trekk på driftskreditt gjennom året enn det som er budsjettet i tillegg til høyere rentesats enn det som lå i budsjettforutsetningene. Økt trekk på driftskreditt skyldes dels et resultat under budsjett. I tillegg har vi en premiebetaling på pensjon, inkl. arbeidsgiveravgift, som er 210 MNOK høyere enn forutsatt i budsjett. Periodisert investeringsnivå er samlet sett per august 25 MNOK høyere enn budsjett. Ut året forventes et noe lavere trekk på driftskreditt som følge av at det er et større trekk på premiefond. Midler tilført i henhold til RNB gir seg også utslag i et lavere nivå av gjennomsnittlig trekk på driftskreditt ut året.

Prognose

Prognose viser et årsresultat på 138 MNOK, 100 MNOK bak budsjett. Effekter av varig basisbevilgning i RNB er hensyntatt i prognosen.

Aktivitetsprognosen er justert ned på grunn av lavere aktivitet. Prognosen forutsetter aktivitet omtrent som budsjett resten av året. Lønnskostnader ligger over budsjett og det forventes noe reduksjon i lønn på grunn av tiltak som langvakter. Lønnsoppgjør utover budsjett er beregnet til 29 MNOK, som er en økning på 6 MNOK fra forrige beregning. Økte pensjonskostnader i hht. NRS januar og midler til dette i revidert nasjonalbudsjett er hensyntatt i prognosen. Kostnader knyttet til varmesentral på nytt sykehus Drammen utgjør omtrent 18 MNOK for året og er hensyntatt i prognosen. I tillegg hensyntar prognosen økte kostnader til Sykehuspartner, samt MTU over drift som møtes av lavere investeringer. Avregning knyttet til kjøp fra private kan være med å trygge prognosen. Det er usikkerhet knyttet til effekter av tiltak. Det er fortsatt risiko knyttet til prognosen.

Brutto månedsverk



Gjennomsnittlig brutto månedsverk per september er 8 199, som er 114 brutto månedsverk mer enn budsjett. Det har vært høyt sykefravær de siste månedene og sykerefusjonene er høyere enn budsjett.

Noen klinikker har fortsatt stort avvik på månedsverk. I september er det Prehospitaltjenester, Drammen sykehus og Medisinsk diagnostikk som har de største prosentvise avvikene. Psykisk helse og rus, Intern Service og Kongsberg sykehus har positive avvik i september. Bærum sykehus viser et betydelig lavere avvik i september måned som forventes å gi positive effekter på lønnskostnad i september måned.

Bemanning - avvik 2024	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep
10 - Klinikk Drammen sykehus	50,1	33,9	22,1	12,9	21,5	33,6	55,1	79,7	75,4
20 - Klinikk Bærum sykehus	25,0	11,7	26,8	35,7	50,4	72,2	74,3	51,2	22,1
30 - Klinikk Ringerike sykehus	10,5	10,6	5,4	0,5	8,2	7,3	17,0	13,1	6,3
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	7,8	6,1	6,5	4,1	7,6	8,3	10,2	2,2	1,0
50 - Klinikk for Intern service	14,1	10,3	14,7	13,7	13,7	4,3	12,8	13,8	1,7
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	35,1	10,3	27,4	18,1	20,0	24,5	20,6	21,1	18,7
70 - Klinikk for Prehospitaltjenester	12,4	8,3	21,9	16,5	15,5	6,4	5,8	4,1	15,5
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	0,0	8,7	0,6	5,1	4,7	12,2	26,7	30,5	18,0
Staber samlet	26,5	17,8	22,0	27,1	21,9	25,6	30,6	29,6	0,2
VVHF samlet	128,6	64,7	102,1	61,1	110,4	143,3	191,8	108,1	115,6

Investeringer

Det er påløpt totalt 248,9 MNOK pr. august, hvorav 49,8 MNOK er byggvedlikehold over driftsregnskapet. Pr. august utgjør dette 25 MNOK mindre enn budsjett. Det er i tillegg til dette påløpt 26,8 MNOK i kostnader til tomt til nytt sykehus i Drammen som ikke inngår i budsjettet.

Aktiviteten på bygg hittil omfatter i all hovedsak pågående BRK-prosjekter, ambulanse- og basestasjon på Ål, samt noen mindre vedlikeholdstiltak. Byggnær IKT og grunnutrustning er i stor grad planlagt knyttet opp mot prosjektene i BRK.

Arbeid på ambulanse- og basestasjonen på Ål er i god framdrift, på tross av forsinkelser vinteren 2024 grunnet ekstreme snømengder. Det er pr. august 24 produsert for 12,6 MNOK. Arbeidet pågår for fullt og er planlagt ferdigstilt i andre halvår 2024.

For MTU er investeringene i anskaffelse ut fra den prioriterte anskaffelseslisten. Prosesser for anskaffelsene er godt i gang på mange områder.

Ambulanser til finansiell leasing – totalt 10 biler er bestilt. Det er dessverre forsinkelser på leveranser av ambulanser og det er usikkerhet rundt hvor mange som vil bli levert i løpet av året, estimert 5 ordinære ambulanser og en pasientreisebuss. Det er nødvendig å opprettholde antall i henhold til flåteplanen for å opprettholde kvaliteten på bilene i flåten og for å holde vedlikeholdskostnadene nede. Det er ved utgangen av august levert to ambulanser.

Investeringsnivået er avhengig av at vi leverer de økonomiske resultater som forutsatt. Lavere resultater vil medføre behov for å redusere totalt investeringsnivå. Dette følges nøye opp utover året.

Totale Drift + Investeringer MNOK	Budsjett i år	Overført fra i fjor	Ekstern finansiering	Disponibelt i år totalt	Prosjekt- rapport hittil i år	Prognose 2024
BRK	193,6	19,4	0,0	213,0	44,4	213,0
Øvrige bygg	59,1	35,3	0,5	94,7	36,2	94,7
MTU	116,0	16,0	6,2	138,2	112,3	142,0
Annet	15,1	-0,3	0,0	14,8	9,5	14,8
Ambulanse	28,3	1,2	0,0	29,5	5,2	18,5
IKT	9,5	22,9	0,0	32,4	11,9	32,8
SP IKT	16,6	24,4	0,0	41,0	2,5	41,0
EK-innskudd	25,3	0,0	0,0	25,3	0,0	25,3
Leasing	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ikke fordelt	1,6	35,0	0,0	36,6	0,0	36,6
Investeringer	465,1	153,9	6,7	625,5	222,0	618,7
NSD	0,0	0,0	26,8	26,8	26,8	26,8
SUM inkl. NDS tomt	465,1	153,9	33,5	652,3	248,8	645,5

6.1. Areal – bruk, vedlikehold og utvikling

Foretaket skal til enhver tid forsøke å optimalisere arealbruken i egneide og leide arealer, redusere eksterne leieavtaler til et minimum, og avhende bygningsmasse som ikke er egnet for virksomheten i fremtiden. Det generelle vedlikeholdsnivået har vært for lavt over lang tid, og det er et akkumulert vedlikeholdsetterslep. Dette vil fortsette å vokse med dagens nivåer på vedlikeholdsbudsjettene, og er ikke bærekraftig realkapitalforvaltning.

Manglende vedlikehold medfører akselererende drifts- og havarikostnader, og forkorter bygningenes levetid. De fysiske rammebetingelsene (i form av bygg og lokaler) blir ofte nedprioritert i kampen om midlene. Samtidig er de fysiske omgivelsene i form av blant annet lokaler og bygninger, lys, luft, renhold og mat viktige for pasientsikkerheten, for et godt behandlingsmiljø og for et godt arbeidsmiljø.

Mål	Status per 2. tertial	Tiltak
<p>Eiendomsplan PHR del 2: Starte prosess for finansiering og effektuering</p>	<p>Ref. styresak 90/ 2023 <i>Eiendomsplan PHR del 2</i>. Oppstart er satt til 2030 med effekt i 2040.</p> <p>Det pågår nå et arbeid i PHR vedr. konkretisering av kortsiktige tiltak som skal gjennomføres før innflytting i nytt sykehus i Drammen. Tiltakene innebærer en rocade, slik at flere bygg kan fristilles for salg/andre formål. Det vil i denne forbindelsen være behov for ca 10 MNOK i investeringsmidler for å gjøre tilpasninger i enkelte av byggene som da får ny funksjon for fortsatt drift (bla. samling av DPS-døgnplasser)</p>	<p>Ytterligere detaljering av selve eiendomsplanen er avhengig av resultatet fra arbeidet som pågår i PHR vedr. konkretisering av kortsiktige tiltak.</p> <p>Finansiering vil innarbeides i kommende års budsjett og ØLP i takt med konkretiseringen.</p>
<p>Arealplan PHT Behandling i styret og starte prosess for finansiering og effektuering.</p>	<p>PHT arealbruksplan og Drammen ambulansestasjon behandles i styremøte 23.09.2024.</p> <p>En stor del av arealene som PHT disponerer er innleide, og svært mange av dem har mangler som krever vesentlige oppgraderinger. Det er laget en plan frem til 2040 som dekker behovet for oppgraderinger mht. arbeidsmiljøhensyn (HMS), kapasitet og smitterisiko. Det er i tillegg utarbeidet en egen sak vedr. behov for ny ambulansestasjon i Drammen.</p>	<p>Sak til behandling i styret 23.09.2024 om arealbruksplan og ny ambulansestasjon i Drammen.</p> <p>Finansiering innarbeides i ØLP. Plan for effektuering utarbeides deretter.</p>

<p>BRK Som følge av manglende investeringsmidler ble BRK-planen revurdert i 2023 etter en ROS-analyse. Det er kun røde/kritiske tiltak som nå inngår i BRK. Programmet inneholder nå 26 kritiske tiltak, hvorav hovedtyngden av tiltakene er av teknisk/driftskritisk karakter, mens noe er av virksomhetskritisk tjenestekarakter. Ferdigstillelse planlegges innen utgangen av 2028.</p>	<p>Gjennomføringen av BRK er forsinket med to til tre år i forhold til opprinnelig plan, og dette har bidratt til at tilstandsgraden er forverret. I utgangspunktet var kun 60% av bygningsmassen til Bærum, Ringerike og Kongsberg dekket av prosjektet. Siden oppstart har det utviklet seg etterslep også i de resterende 40% av bygningsmassen. Årsaken er redusert investeringsnivå de siste årene, og for lavt nivå på det ordinære, løpende vedlikeholdet.</p> <p>Det vil som følge av dette ta lengre tid å hente inn vedlikeholdsetterslepet på bygningsmassen. Kostnaden til vedlikehold kan øke som følge av en dårligere tilstandsgrad.</p> <p>11 av 26 tiltak i programmet er igangsatt pt.</p> <p>Det er et betydelig antall kvadratmeter som ikke er inkludert i dagens BRK-program. Det er våren 2024 utarbeidet et vedlikeholdsprogram for alle VVHF's lokasjoner, men dette er ikke finansiert p.t. Vedlikeholdsprogrammet inkluderer alle arealer, samt oppdaterte behov ut fra dagens tilstandsgrader og de aller mest nødvendige tilpasningene til tjenestenes behov</p>	<p>VVHF må levere resultat i tråd med ØLP eller bedre for å opprettholde fremdrift i programmet. Det vil i forbindelse med budsjett 2025 vurderes ytterligere effektiviseringskrav på klinikkene for å kunne avsette økte midler til vedlikehold.</p> <p>Oppdatert vedlikeholdprogram vil bli forsøkt inkludert i prioriteringer i neste ØLP, men foretakets nåværende rammer gir i utgangspunktet ikke rom for dette.</p>
<p>Internhusleie Intern husleiemodell innføres fullt ut i samsvar med modell i løpet av 2023.</p>	<p>Implementering av internhusleie i VVHF skal ivareta incentiver til minimering av ekstern innleie av arealer, effektiv arealbruk, og sikre økte midler til</p>	<p>Det jobbes videre med kvalitetssikring av areal ned på nivå 3 nå i 2024, og utrede bruk av incentivordninger.</p>

<p>Redusere leid areal</p>	<p>forvaltning, drift og vedlikehold av arealer og bygg.</p> <p>Husleiekontrakter på klinikknivå ble ferdig i 2023. Fakturering er i gang, og underlag for arealbruk per klinikk er tilgjengeliggjort for den enkelte klinikk ned på nivå 3.</p> <p>Nivået på internhusleien er ikke tilstrekkelig til å dekke det ordinære, løpende behovet for vedlikehold. Internhusleien i sin nåværende form har begrenset effekt mht. incentiver for å effektivisere arealbruk.</p> <p>Innføring av internhusleie skal evalueres i regi av HSØ i løpet av høsten 2024.</p>	<p>Det er en målsetning at internhusleien skal speile etablerte nøkkeltall for forvaltning, drift, vedlikehold og kapitalslit.</p> <p>Det forventes at HSØs evaluering av internhusleieregimet vil avstedkomme konkrete forslag til tiltak.</p> <p>Det arbeides med standardisering av både innleie- og utleiekontrakter.</p>
<p>Avhending Blakstad Avhendingsprosessen starter opp og gjennomføres i hht plan. Det oppnås gevinst ved salg som er minimum høyere enn prisregulert salgssum minus estimerte omkostninger ved salg.</p>	<p>Avhending av Blakstad er under arbeid: Megler ble anskaffet ved årsskiftet 23/24, og en mulighetsstudie for eiendommen er avsluttet pr. august 2024. Mulighetsstudien er en viktig input til planprogrammet for Blakstad, og i salgsøyemed. Det ble i juni 2024 etablert samarbeidsavtale med Asker kommune vedr. felles planprogram for eiendommen, som en fremtidig kjøper kan tre inn i. Arbeidet er i henhold til fremdriftsplan, med mål om å legge eiendommen ut for salg våren 2025. Ny kommunedelplan fra 2023 gir begrensende føringer på boligantall i forhold til tidlige estimer. Samtidig åpner mulighetsstudien opp for et høyere boligantall med</p>	<p>Foretaket fortsetter samarbeidet med Asker kommune om planprogram utover høsten 2024/våren 2025.</p> <p>Salgsforberedende aktiviteter følges opp med megler.</p>

	<p>utgangspunkt i et landsbykonsept. Mulighetsstudien har blitt godt mottatt av offentlige instanser.</p>	
<p>Forbedre tilstandsgrad i foretakets eiendomsmasse, dvs. opprettholde verdien av foretakets realkapital</p>	<p>HSØs TG-mål er 1,2, og kostnadene ved økende TG øker eksponentielt. Trenden med årlig forbedring de siste årene snudde i 2022, da tilstandsgraden for eiendomsmassen forverret seg til 1,73 mot 1,64 i 2021. Den forverret seg ytterligere i 2023 til 1,75 som følge av redusert investeringsnivå.</p> <p>Oppdatering av status TG per bygg er gjennomført, før sommeren 2024, men snittet er pt ikke hentet ut, men det forventes at TG er forverret.</p>	<p>En bedre resultatutvikling for VVHF de nærmeste årene er nødvendig for å øke investeringsnivået.</p> <p>Se pkt. vedr. BRK mht. utarbeidet vedlikeholdsprogram</p>
<p>Arealeffektivisere administrative kontor plasser</p>	<p>G32: Pilotering i en etasje er gjennomført, evaluert og tiltak er iverksatt.</p> <p>Kan ruller ut til tilsvarende areal i foretaket.</p>	<p>Arealeffektivisering ruller ut til alle etasjer VVHF har i G32, dvs totalt 3. etasjer.</p> <p>Det settes ned en arbeidsgruppe per etasje som optimaliserer soneinndeling ytterligere, slik at arealeffektivisering kan skje.</p>
<p>Avhending Hvalstadåsen</p>	<p>Styrebehandlet desember 2023, saksnr. 123/2023 <i>Salg av Hvalstadåsen DPS-bolig</i>,</p> <p>Eiendommen er solgt og overtakelse skjer per. 30.09.2024.</p>	<p>Sørge for en god prosess vedr. overdragelse til ny eier.</p>

Risiko for ikke å oppnå målene

Redusert investeringsnivå kommende år som gir for lavt vedlikeholds nivå, og manglende utvikling av eiendomsmassen for understøttelse av pasientbehandling.

Manglende finansiering av økt styringsramme for NSD.

Eiendomsplan PHR og Arealbruksplan PHT blir ikke gjennomført pga manglende investeringsevne
Økende tilstandsgrad som gir økte vedlikeholdskostnader og behov for økte investeringer i framtiden.

Det blir kun havarier som håndteres.

Større fare for driftsstop og avbrudd i pasientflyt i sykehusene.

Avhending av eiendom utsettes, fordi en ikke får realisert nye eiendomstiltak.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2024	4	3	Betydelig
• Vurdering per 1.tertial 2024	4	3	Betydelig
• Vurdering per 2. tertial 2024	4	3	Betydelig

Prioriterte risikoreduserende tiltak	Forventet full effekt	Status
Vestre Viken må levere resultat iht budsjett kommende år	2026	Alle klinikker følges opp for budsjettbalanse. Nye tiltak må iverksettes der allerede planlagte tiltak ikke har forventet effekt.
Gevinstrealisering iht til bærekraftsplanen, sak 77/2023, for årene 2024 – 2025 og 2026 må hentes ut av alle klinikker	2026	Det jobbes kontinuerlig med oppfølging og effektivering bærekraftsplanen og å definere nye tiltak, herunder budsjett 2025
Styrebehandling av ØLP i HSØ 21.6.2024 omfatter beslutning om fremtidig inntektsstøtte for å opprettholde nødvendige investeringer i foretaket etter overtakelse av NSD til en vesentlig høyere kostpris enn forutsatt.	21.6.2024	Foretaket vil vurdere å søke om slik inntektsstøtte til finansiering av nødvendige investeringer fra 2026 og fremover.

Avhending av Blakstad sykehus – salgsprosess iverksettes V2025	2025/2026	Planarbeid pågår
--	-----------	------------------

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	3	Moderat

7. Klima og miljø (ISO14001)

Vestre Viken miljødelt mål består av felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten, samt lokale mål fra Vestre Vikens Avfallsstrategi. Det er totalt 7 delmål og ett overordnet mål. Baseline er 2019, og målsettingen er fram til 2030. Vestre Viken er sertifisert i ISO 14001 Miljøledelse, som eneste helseforetak i Norge.

Styringsbudskap i OBD	Status august 2024	Tiltak
Helseforetaket skal bidra i det regionale helseforetakets arbeid med å utarbeide en oversikt over utslippsbaner for hvordan ulike tiltak vil påvirke framtidig samlet CO2-utslipp for spesialisthelsetjenesten.	<p>VVHF har et godt innarbeidet miljøstyringssystem, som er lagt inn som et tema i lederopplæringen.</p> <p>Resultatoppfølging på klima og miljømål rapporteres hovedsak årlig, men enkelte mål følges opp gjennom året.</p> <p>VVHF har eget miljønettverk og bidrar godt inn i miljønettverket i HSØ.</p> <p>Måloppnåelse 2020 er definert.</p>	<p>Årlig revidering og resertifisering av 3. part der både avvik og forbedringer synliggjøres.</p> <p>Årlig oppfølging av måloppnåelse.</p> <p>Delta i miljønettverket i HSØ.</p> <p>Det settes prognoser som viser hvordan CO2- utslippene kan utvikle seg over tid når tiltak ift målsetting defineres.</p>

Risiko for ikke å oppnå målene

Utslippene reduseres ikke i tråd med målsettingen til Vestre Viken og HSØ

Dårlig omdømme for foretaket ved at foretaket ikke klarer å opprettholde miljøstyringsystemet og -sertifiseringen.

Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• <i>Ved inngangen til 2024</i>	4	3	Betydelig
• <i>Vurdering per 1.tertial 2024</i>	3	3	Moderat
• <i>Vurdering per 2. tertial 2024</i>	3	3	Moderat

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Redusere energiforbruket, herunder utskifting av armatur fra halogen til LED.	2030	<p>Energiforbruket skal reduseres med 20% fra 2018 til 2030. Per 31.12.2023 hadde VVHF oppnådd 11 prosentpoeng av målet for 2030:</p> <p>Etter Q1 2024 viste resultatet 6% over budsjett (dvs overforbruk) Årsak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raske og store temperatursvingninger • Økt energiforbruk i snøsmelteanlegg pga store snømengder • Budsjett 2024 basert på målt energiresultat, ikke på graddagskorrigert forbruk (forbedring 2025). <p>Overforbruket er etter Q2 redusert ned til 3%. Dette tilsvarer 1,67 GWh før graddagskorrigering. Det forventes måloppnåelse i 2024, ved hjelp av blant annet utskifting til LED, som er igangsatt. Utskifting til LED vil pågå ut 2026, og full effekt av prosjektet kommer i 2027.</p>
Øke andel fossilfrie tjenestebiler og redusere antallet biler totalt	2030	<p>Fossilbiler utskiftes til fossilfrie biler ved utløp av leasingavtaler der det er mulig, sett opp mot hva bilene skal brukes til. Andel fossilfrie biler vil etter plan være 33% i løpet av 2024. 30 fossilbiler forventes å være skiftet ut i løpet av 2024.</p>
Øke andel av avfall til material gjenvinning	2030	<p>Rullering av <i>Avfallsstrategien VV</i> er utsatt fra 2024 til 2025. I rulleringen vil det ses på muligheter for å øke antall fraksjoner og lokasjoner.</p>
Øke andel digital oppfølging av pasienter	2030	<p>Det er til sammen 24 forløp i drift og flere under implementering. Viser for øvrig til rapportering på innsats omkring økt digital oppfølging under avsnittet "<i>Styrke brukermedvirkning og brukerstyring</i>".</p>
Redusere bruk av anestesigassene Isofluran (kg) og Sevofluran (kg)	2030	<p>På intensiv brukes anestesigassene til sedasjon av pasienter over tid. Utstyret som benyttes gjør imidlertid at gassene fanges opp i et filter</p>

		som binder gassene og det er derfor tilnærmet ingen utslipp til omgivelsene. På anestesi brukes intravenøs anestesi som hovedregel (uten gass). Det er allikevel noen få tilfeller hvor pasientens tilstand tilsier at det må benyttes gass. Det er et svært lavt antall pasienter hvor dette er aktuelt.
Iverksettelse av målkrav om at klima og miljø skal vektes 30% opp mot pris og / eller kvalitet i offentlige anskaffelser (fom 1. januar 2024)	2024	Følgende vurderes i alle anskaffelser: <ul style="list-style-type: none"> - Oppnås best klima- og miljøeffekt ved å vekte klima- og miljø med 30% opp mot pris og/eller kvalitet? - Vil bruk av minstekrav i kravspesifikasjonen gi en bedre klima- og miljøeffekt enn det man kan oppnå ved å vekte klima- og miljø med 30%? Benyttes sistnevnte må det begrunnes.
Redusere tjenestereiser med fly (2023=2019)	2030	Ledere må vurdere nytteverdi og legge til rette for digital deltakelse der dette er mulig.

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

IKT Tertialrapport NSD

2. tertial 2024

Status reflekterer informasjon mottatt fra prosjektledere pr 30.08.2024

GODKJENT AV:

Navn	Stilling	Dato	Versjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør	16.09.2024	1.0

INNHOLD

1	INNLEDNING	3
2	STATUS	3
3	KRITISKE PROSJEKTER SOM VIL PÅVIRKE GEVINSTREALISERING FOR NSD	5
4	RISIKO OG AVHENGIGHETER	6

1 Innledning

I henhold til vedtak i prosjektstyret Nytt Sykehus Drammen (NSD) i oktober 2019, har Vestre Viken HF (VVHF) ansvar for rapportering tertialvis til prosjektstyret på IKT NSD. I VVHF sitt styremøte 14.12.2020 ble det gjort en gjennomgang av viktige IKT-prosjekter frem mot innflytting i NSD og det ble avtalt at styret skal motta samme rapportering som prosjektstyret.

Aktuelle IKT-problemstillinger for NSD koordineres mellom Sykehuspartner, Helse Sør-Øst, prosjektorganisasjonen for NSD (PNSD) og Vestre Viken i månedlige koordineringsmøter.

Rapporten gir status per prosjekt relatert til påvirkning av oppstart av nytt sykehus Drammen. Prosjektene status er hentet fra HSØ RHF prosjektstyringsverktøy (Clarity PPM) per 30.08.2024.

2 Status

I NSD er det lagt til grunn bruk av flere IKT-systemer som skal bidra til å oppnå en rekke ønskede resultatmål. Tabellen nedenfor viser en matrise med resultatmål på en akse og prosjekter som skal levere nødvendig funksjonalitet for oppnåelse av resultatmålet på den andre aksene. Oversikten viser status opp imot risiko for leveranse i tråd med behov og tidsplan for NSD. Status er angitt med fargekode grønn (liten risiko), gul (middels risiko) og rød (høy risiko).

Flere av prosjektene rapporteres som status gul og noen prosjekter har status rød. Bakgrunnen for dette er prosjektenes kompleksitet, tidsplaner og prosjektorganisasjonen for mottaksprosjektet i VVHF (VV-NSD) sin økende bekymring for at viktige leveranser ikke er klare til ibruktakelse på NSD. Så langt det er mulig, blir Vestre Viken prioritert i viktige regionale prosjekter.

Følgende er endret fra forrige tertialrapportering:

- I helselogistikkprosjektet er funksjoner for innsjekk/oppgjør radiologi og stråling endret fra rød til gul. Funksjoner for køhåndtering i ventesoner og styring av pasientflyt/ressurser er endret fra gul til grønn.
- Mobil arbeidsflate er lagt til som tilpasningsprosjekt og vurdert til status rød for funksjonalitet knyttet til mottak av kritiske alarmer og internkommunikasjon på mobil arbeidsflate.
- Prosjekter for sporingssystem sterilsentral og sanntidslokalisering er endret fra gul til grønn.

Resultatmål knyttet til funksjonelt behov	RHF - Regional EPJ modernisering for andre HF	MetaVision - Versjonsopp. av Reg. kurve og medikasjon - MV6.xx	Regional løsning for helselogistikk	RHF - Regional standard for integrasjon av medisinteknisk utstyr	RHF – Standard for lukket legemiddel-sløyfe (Legemiddelkjeden)	RHF – Regionalt kostdata-system	RHF - Radiologi 2.0	Innføring av mellomvare Atlas	Bredning av LVMS for regional patologi og innføring av digital patologi	Digitalisering av eiendomsforvaltningen	Tilpasningsprosjekt sporingsystem sterilforsyning (7506)	Tilpasningsprosjekt sanntid, sporing og lokalisering (7514)	Tilpasningsprosjekt Doseplan, OIS og QA system (Stråleterapi) (7505)	Tilpasningsprosjekt Mobil arbeidsflate (7516)
Pasientløsninger														
Løsning for innsjekk og oppgjør er implementert			Green											
Løsning for innsjekk og oppgjør for bildediagnostikk og strålebehandling er implementert			Yellow											
Løsning for køhåndtering med flere ventesoner inkludert varsel til pasient er implementert			Green											
Løsning for pasientbestilling av mat er implementert						Green								
Kvalitet														
Løsning for mottak av kritiske alarmer (overfallsalarm, stans-team osv.) på en mobil arbeidsflate er implementert			Red											Red
Løsning for mottak av varsler fra pasientsignal og byggtkniske løsninger på en mobil arbeidsflate er implementert			Yellow											Red
Løsning for køhåndtering og styring av pasientflyt og ressurser er implementert			Yellow											
Sporingsystem for sterilforsyning er implementert											Green			
Løsning for lagring av multimedia er implementert							Red							
Løsning for patologi og digital patologi er implementert	Green						Yellow		Green					
Løsning for integrering av MTU med IKT grensesnitt er implementert				Green										
Legemiddelhåndtering med pasientmerket endose og lukket legemiddelsløyfe er implementert		Yellow			Green			Red						
Løsning for digitalisering av bygg og FDV dokumentasjon										Green				
Løsning for IKT verktøy for bruk i strålebehandling													Green	
Løsning for kostdatasystem innført						Green								
Effektivitet														
Løsning for internkommunikasjon på mobil arbeidsflate er implementert			Green											Red
Løsning for køhåndtering ved drop-in er implementert			Green											
Løsning for sporing og lokalisering av MTU og annet flyttbart materiell (senger, rullestoler etc.) er implementert												Green		
Løsning for sporing av vaskefrekvens på senger														
Løsning for oppgavehåndtering for servicemedarbeidere inkludert selvplukk og oppgavetildeling (portør, logistikkmedarbeider, renhold etc.)			Yellow											

3 Kritiske prosjekter som vil påvirke gevinstrealisering for NSD

Regional løsning for helselogistikk

Regional løsning for helselogistikk er et kritisk prosjekt for åpning av NSD med avhengighet til mange resultatmål. Bruk av mobil enhet/rolletelefon med meldingsvarsling skal erstatte dagens bruk av personsøkere, da nåværende infrastruktur er utdatert og er ikke videreført i NSD. Mobil enhet skal benyttes for håndtering av meldinger for både kliniske og byggtekniske alarmer, som for eksempel pasientsignal, overfallsalarm, tilkalling av kritiske team, forvarsel brann, AGV, rørpost osv.

NSD er utformet med tanke på å benytte funksjonalitet fra Helselogistikk. Sykehuset har begrenset med ekspedisjoner og ventesoner, i tillegg har nye teknologiske løsninger lagt til grunn bruk av Helselogistikk.

Regional løsning for helselogistikkprosjektet er betydelig forsinket iht. opprinnelig plan og med stor risiko for ytterligere forsinkelser. Leveransen knyttet til løsning for innsjekk og oppgjør for radiologi er forsinket og blir ikke levert i R3 fra Regional Helselogistikk prosjektet (RHEL). Prosjekt RHEL skal etter planen avsluttes etter R3. Grunnet forsinkelse i leveransene vurderes det regionalt ulike alternativ for forlengelse av prosjektperioden. Det er fortsatt uavklart hvordan videre leveranseansvar skal håndteres. Dette følges tett opp fra VVHF.

For at helselogistikk skal kunne tas i bruk på en mobil enhet, er mobil arbeidsflate en forutsetning. Helselogistikk bygger på telekomplattform og mobilitetskonsept samt drift og forvaltning av disse. Ifølge regional porteføljerapport for juli 2024 henvises det til at mobilitetsplattformen og mobilitetskonseptet i Sykehuspartner ikke er robust nok i drift og organisasjonen ikke er tilstrekkelig dimensjonert. Denne risikoen følges tett opp fra VVHF.

Ved forsinkelse eller mangel på leveranse av funksjonalitet som er viktig for NSD, vil det ikke være mulig å realisere planlagte gevinster i nytt sykehus. VVHF forbereder de ansatte til flytting og ibruktakelse av nytt bygg med nye løsninger. Helselogistikk påvirker mange arbeidsprosesser som etableres eller endres. Ved manglende funksjonalitet, vil det være behov for endring av arbeidsprosesser, økning i bemanning innen flere fagområder og endringer i bruk av rom og potensielt behov for ombygging. Avhengig av manglene i helselogistikk eller trygghet for sikker bruk av løsning, vil dette også kunne påvirke planlagte datoer for innflytting.

Oppgradering av MetaVision og innføring av mellomvaren Atlas

Innføring av mellomvaren Atlas er en forutsetning for innføring av pasientmerket endose. Som følge av den stramme tidslinjen knyttet til innføringsløpet, er delprosjekt Legemiddelkjeden NSD fase 2 bedt om å se på plan B dersom leveranse av Atlas ikke når ibruktakelse.

RHF – Radiologi 2.0

Bruk av regionalt multimediearkiv er lagt til grunn i NSD. Mangel på leveranse skaper et behov for å kartlegge nødvendige endringer på eksisterende løsninger for tilpasning til nytt sykehus. Videre vil det medføre bruk av eksisterende løsning og anskaffelse av nye og kostbare lokale løsninger. Samhandling med andre helseforetak vil basere seg på rutiner som er tid- og ressurskrevende.

Regional patologi og regional LVMS

Det er mange avhengigheter knyttet til innføring av regional patologi og LVMS som medfører risiko knyttet til implementeringen. Arbeidsprosesser i NSD er utarbeidet basert på implementering av LVMS. Videre vil det ha stor påvirkning på ibruktakelse av anskaffet utstyr til

NSD. Det er lagt til grunn gevinstrealisering og økt pasientsikkerhet ved å redusere manuelle prosesser. Implementering i VVHF skal etter planen gjennomføres i oktober 2024.

Tilpasningsprosjekt sanntid, sporing og lokalisering

Ved forrige rapportering ble det varslet om bekymringer knyttet til implementering av passiv RFID i det nye sykehuset, da dette er teknologi som kan påvirke, og påvirkes av, elektromagnetisk interferens. Positive resultater fra utredningsprosess har ført til en enighet i tilnærming til løsning, og risiko er derfor nedjustert.

Tilpasningsprosjekt sporing sterilforsyning

Risiko er nedjustert etter dialog med Sykehuspartner, leverandør og PNSD hvor nye fremdriftsplaner har tatt høyde for endret omfang.

4 Risiko og avhengigheter

Risikovurderingen gjelder helhet i leveranser/prosjekter som inngår i denne rapporteringen og omfatter ikke risikovurdering for det enkelte prosjekt. Det jobbes på tiltakssiden for å håndtere risikobildet, spesielt med avklaringer rundt kapasitet og kartlegging av avhengigheter.

Risiko id 1 omhandler avhengigheter mellom leveranseområder og aktiviteter.

Organisasjonsstrukturen i DIPS er førende for mange av systemene som skal tas i bruk.

Det har nylig i dialog mellom Sykehuspartner og DIPS ASA dukket opp ny informasjon knyttet til gjenbruk versus opprettelse av nye resh-koder. En rekke tilpasningsprosjekter, som blant annet kurve og Helselogistikk, er avhengig av at organisasjonsstruktur tilgjengeliggjøres i testmiljø uten videre forsinkelse. Dette har derfor stor påvirkning på fremdriftsplan og er kritisk for leveranser av løsninger og åpning av nytt sykehus. For å skape innsikt i konsekvens er det iverksatt flere møter med relevante fagmiljøer og interessenter.

Risiko id 2 omhandler leveranser fra regionale prosjekter, hvor flere prosjekter har pågående leveranser under arbeid hvor VV-NSD er usikker på om ferdigstilling nås i tide før innflytting.

Risiko id 3 og 4 er knyttet til ressursituasjonen både i Sykehuspartner og i VVHF. Det er mange sammenfallende aktiviteter som krever tilgang på sentrale fagressurser. Av VVHF ressurser er det estimert et stort behov til gjennomføring av IKT-tilpasningsprosjektene. I tillegg er det et stort arbeid knyttet til både organisasjonsendringer, innføring av helselogistikk og et stort testregime som skal gjennomføres. Ressursbelastningen som organisasjonen påføres er stadig økende. Det er viktig at det prioriteres for å få gode løsninger som støtter opp under gode arbeidsprosesser.

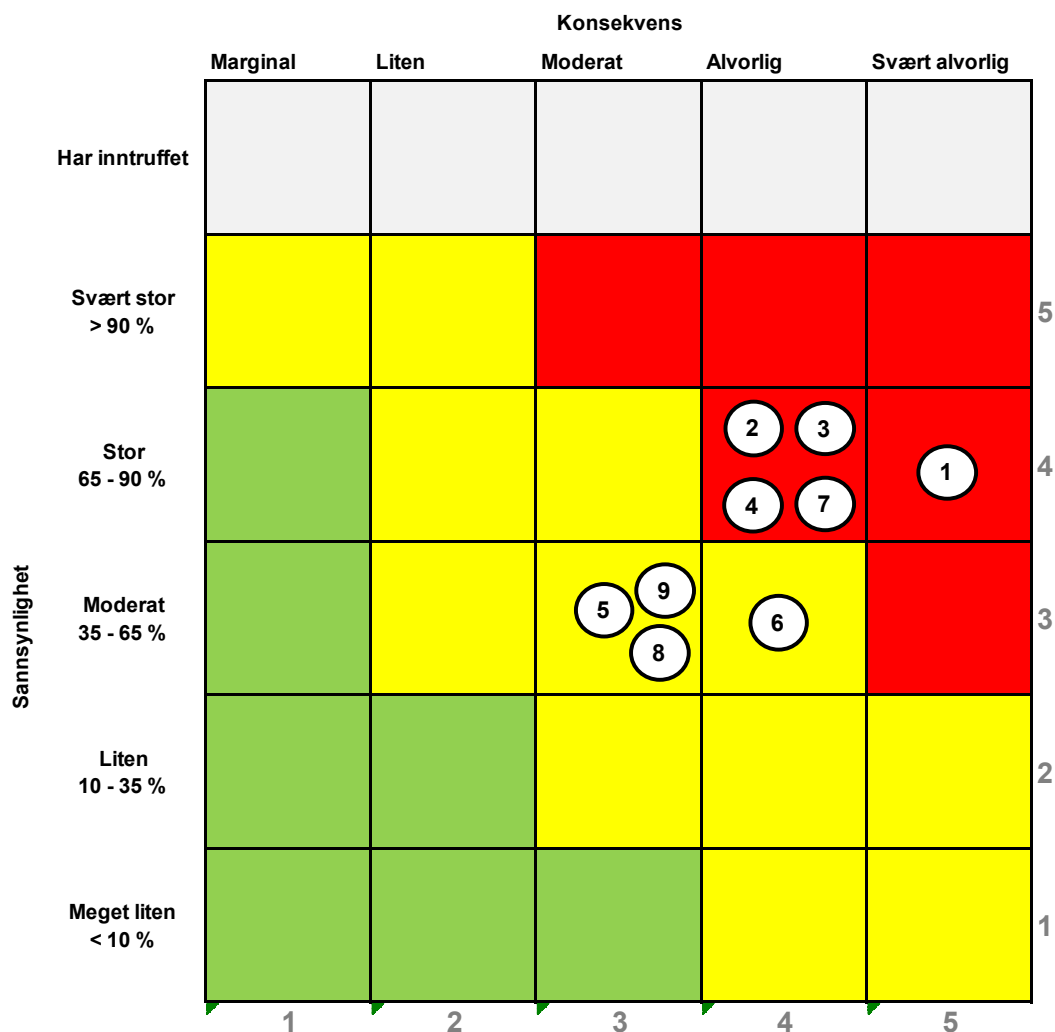
Risiko id 7 er knyttet til en fremdriftsplan med stram tidslinje hvor tid avsatt til test er knapt. Dersom systemene med tilhørende integrasjoner og utstyr ikke blir testet tilstrekkelig øker risikoen for at feil ikke avdekkes.

Risikoen samlet sett vurderes til å være på samme nivå som ved forrige rapportering. Som beskrevet i forrige avsnitt er risikoen redusert i enkelte prosjekter, men økt i andre. Risikomatriksen viser at antall risikoelementer er økt fra 6 til 9 siden forrige rapportering, og antall elementer med status rød er økt fra tre til fem.

Vestre Viken styrker nå den strategiske oppfølgingen av IKT til NSD, og tiltak vil følges opp enda tettere i det videre.

ID	Risikobeskrivelse (Bruk formatet: <i>Hendelse/tilstand</i> kan føre til <i>virkning</i>)	Sannsynlighet	Konsekvens	Totalskår	Tiltaksbeskrivelse (Presis beskrivelse, gjerne punktliste)
1	Det er usikkerhet knyttet til identifisering av avhengigheter mellom leveranseområder (U5, U6, U7) og innad i de enkelte leveranseområdene som kan føre til kritiske forsinkelser og mangler i leveranser	4	5	20	1. Eskalere til direktørnivå. 2. Pågående arbeid med gjennomgang av fremdriftsplaner og avhengigheter på tvers.
2	Forsinkelser i innføring av regionale løsninger vil få konsekvenser for arbeidsprosesser og løsninger som er forutsatt	4	4	16	VVHF eskalerer avvik, forsinkelser og konsekvenser iht. avtalte rutiner.
3	Manglende kapasitet i Sykehuspartner vil påvirke leveranser og/eller fremdrift	4	4	16	Tett oppfølging av kundeplan og andre leveranser fra SP. VVHF stab teknologi har jevnlig møter med SP for å prioritere leveranser som er viktige for NSD.
4	Manglende kapasitet i VVHF kan gi forsinkelser eller manglende leveranser	4	4	16	1. Avklare nødvendig kompetanse og ressurser som tilpasningsprosjektene behøver. 2. Allokere interne ressurser basert på etterspurt frikjøpsbehov til gjennomføring av IKT-tilpasningsprosjektene.
5	Mangelfull kontroll av teknisk arkitektur og avhengigheter mellom leveranser kan gi feil løsningsvalg, merarbeid og økte kostnader	3	3	9	Styrke kompetansen på teknisk arkitektur knyttet til VVHFs spesifikke situasjon og planer.
6	Mangelfull involvering av VVHF i PNSD prosjekter kan føre til at løsninger ikke blir som ønsket og at brukerperspektivet ikke tas tilstrekkelig hensyn til	3	4	12	Avtalematriksen mellom PNSD og SP fører tidvis til at VVHF ikke involveres tilstrekkelig inn. Dette eskaleres for å sikre at løsninger blir slik som forespeilet.
7	Ikke tilstrekkelig tid avsatt til testing av løsninger levert til NSD kan føre til at feil ikke oppdages	4	4	16	Etterspørre oppdaterte fremdriftsplaner knyttet til test fra byggherre.
8	Manglende ressurser for å håndtere overlevering til drift i VVHF	3	3	9	Få kontroll på nye, endrede tjenester og nødvendige nøkkelroller for å sikre sikker og stabil drift etter ibruktakelse.
9	Tid avsatt til opplæring og bruk av nye løsninger levert til NSD kan føre til at brukere ikke blir tilstrekkelig kjent med nye løsninger	3	3	9	1. Etablering av opplæringsplaner 2. Påse god kvalitet i opplæringsmateriell

Risikomatrix for trusler mot prosjektet



Statusrapport

Handlingsplan for bærekraftig utvikling

August 2024



Bakgrunn og innledning

Formålet med denne rapporten er å gi en samlet status på gjennomføringen av Handlingsplan for bærekraftig utvikling i Vestre Viken («Bærekraftsplan») og tilhørende resultatoppnåelse.

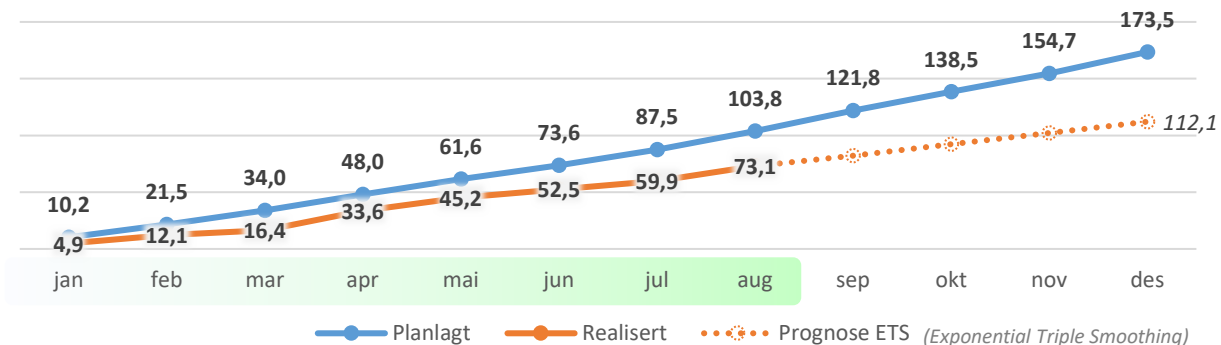


Sammendrag

Resultatmålet hittil i år er ikke nådd. **Det rapporteres realisert 73,1 millioner kroner, som tilsvarer 70% (62 % i juli) av planlagte 103,8 millioner kroner, så langt i år. Avvik – 30,6 MNOK.**

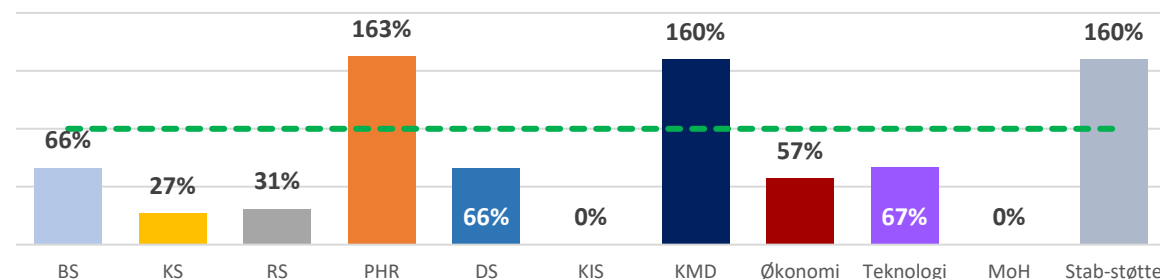
Prognosen basert på ETS (Exponential Triple Smoothing) viser at med dagens gevinstrealiseringstakt vil sluttresultatet for 2024 bli 112 MNOK, 61,5 MNOK lavere enn planlagt.

Akkumulert planlagt vs realisert gevinstuttak



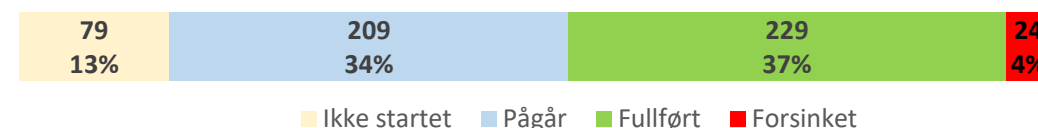
PHR, KMD og Stab-støtte er områdene som har realisert de planlagte resultatene så langt i år.

Realisert HiÅ - % av planlagt



37% av milepæler og aktiviteter rapporteres som fullført, og kun 4% som forsinket. 13% aktiviteter er ikke startet.

Fordeling per statusindikator



Statusrapport - Handlingsplan for bærekraftig utvikling

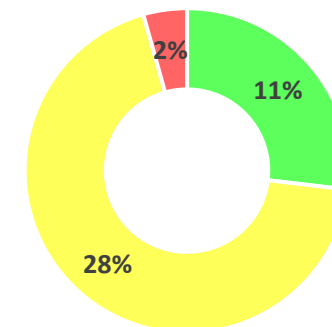
Risiko

Det rapporteres at 11 (2%) tiltak er beheftet med vesentlig risiko.

Stab teknologi rapporterer om en vesentlig risiko for at implementasjonen av helselogistikk vil bli forsinket.

Klinikkene og stabene som rapporterer vesentlig risiko for gevinstrealisering anbefales å definere risikoreducerende tiltak, eller/og nye tiltak som skal kompensere for reduserte gevinster.

Risiko - fordeling etter alvorlighetsgrad



■ Liten ■ Moderat ■ Vesentlig

Tiltak, milepæler og aktiviteter beheftet med vesentlig risiko:

Klinikk/ Stab	Tiltaksområde	Tiltak/Milepæl/Aktivitet/Oppgave	Risiko	Konsekvens av risiko	Hvis risiko - kort forklaring
DS	Standardisering	Sommerturnus 2024 med samdrift for Føde i KS/DS er ferdig og godkjent	Vesentlig	Redusert gevinst	Prosess mellom klinikkene tar lenger tid enn antatt
DS	Standardisering	Polikliniske timer satt opp for alle pasienter	Vesentlig	Redusert gevinst	Det tar lenger tid enn antatt å få formattert timebok i DIPS.
DS	Standardisering	Plan for sambruk av gynekologer KS/DS er ferdig avklart	Vesentlig	Redusert gevinst	Ikke igangsatt i VV
DS	Standardisering	Kodesikring pasientaktivitet	Vesentlig	Redusert gevinst	Allerede avdekket mindre gevinst enn antatt på deler av dette, sett opp mot VV for øvrig.
DS	Teamarbeid og oppgavedeling	Teamorganisering ortopedi dagkirurgi - Flere operasjoner	Vesentlig	Redusert gevinst	Lavere aktivitet på DK per mars enn i budsjett
BS	Teamarbeid og oppgavedeling	Fast track KIR Uro forarbeid	Vesentlig		Spørsmål om tilstrekkelig pasientgrunnlag (flere til DS)
BS	Teamarbeid og oppgavedeling	Fast track KIR Uro implementert	Vesentlig	Redusert gevinst	Spørsmål om tilstrekkelig pasientgrunnlag (flere til DS)
BS	Standardisering	Riktig arealbruk - kartlegging og utnyttelse, evt. etablering/ombygging	Vesentlig		
RS	Teamarbeid og oppgavedeling	Innføring av langvakter: kartlegging blant personale er fullført	Vesentlig	Redusert gevinst	Mulig økt behov for vikarkostnader/innleie/overtid dersom få ansatte er villige til å gå langvakter
RS	Teamarbeid og oppgavedeling	ARP AIO - Risiko for å ikke klarer budsjettet på ORT elektive operasjoner	Vesentlig	Redusert gevinst	Lavere ISF-inntekt enn budsjett
KIS	Standardisering	Grønn mobilitet.	Vesentlig	Redusert gevinst	Effekt for 2024 vil ikke kunne realiseres før i 2025. Det forventes at den grønne reiseavtale vil bli godt mottatt, mens økning av p-gebyrer opp til kollektivsatser vil møte en betydelig motstand.
Tek.	Digital transformasjon	Helselogistikk	Vesentlig	Forsinkelse	Forventer ikke oppstart realisering av gevinster før tidligst nov/des 2024. Prosjektet jobber med gevinstberegning for klinikkene. Fullskala gevinster først når alle klinikker er på hele løsningen

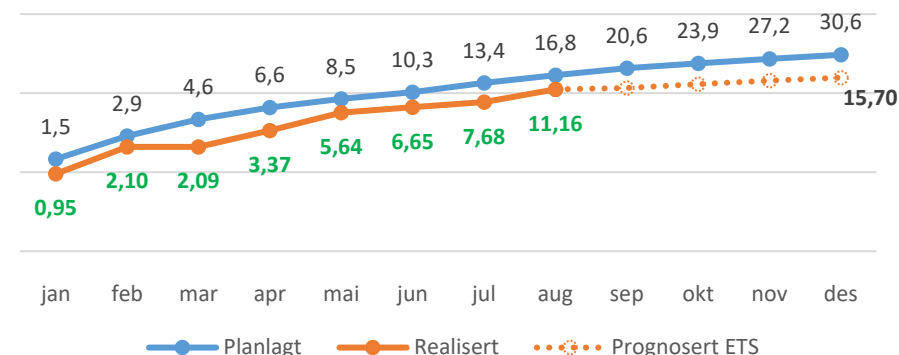
		Sannsynlighet				
		1 Meget liten	2 Liten	3 Moderat	4 Stor	5 Svært stor
		Ingen kjente tilfeller	Kjenner tilfeller	Flere enkelttilfeller	Periodevis lengre varighet	Hele tiden
Konsekvens	5 Katastrofal	Moderat	Vesentlig	Vesentlig	Vesentlig	Vesentlig
	4 Betydelig	Moderat	Moderat	Vesentlig	Vesentlig	Vesentlig
	3 Moderat	Liten	Moderat	Moderat	Vesentlig	Vesentlig
	2 Mindre alvorlig	Liten	Liten	Moderat	Moderat	Vesentlig
	1 Ingen	Liten	Liten	Liten	Moderat	Moderat

Drammen sykehus

Planlagt resultat hittil 16,8 MNOK, realisert 11,16 MNOK (-5,6).

Tiltaket knyttet til redusert bruk av vikarer fra eksterne vikarbyråer har gitt den største gevinsten hittil i år 6,05 MNOK. Avviket i gevinstrealisering hittil i år er -5,6 MNOK, og prognosen tilsier at avviket vil øke til -14,9 MNOK ved utgangen av året i forhold til planen.

DS - Akkumulert planlagt vs realisert gevinstuttak



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

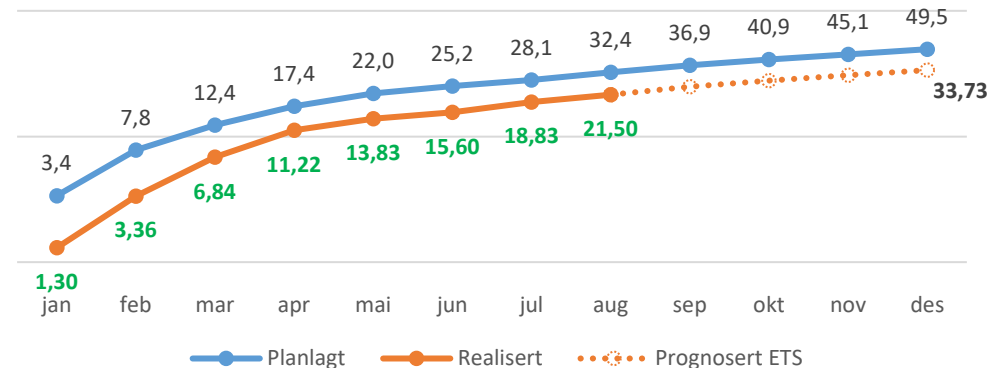
Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet	Status	Risiko	Sum av Gevinstmål	Sum av planlagt	Sum av Realisert
Digital transformasjon	DHO	DHO	Pågår	Moderat		0,90	
Organisering og struktur	Endring UTA/vaktlønn AMM leger	Endret UTA/vaktlønn AMM leger i akuttmottaket DS - kostnadsreduksjon	Fullført	-		0,36	0,24
Organisering og struktur	Samling pediatrik poliklinikk på Drammen	Fjerning ambuleringstillegg leger - kostnadsreduksjon	-	Liten		0,49	0,31
Organisering og struktur	Samling pediatrik poliklinikk på Drammen	Økning i antall behandlet på pediatrik poliklinikk - Flere pasienter	-	Moderat		0,31	0,05
Organisering og struktur	Innleie fra eksternt vikarbyrå	Redusert bruk av vikarer fra eksterne vikarbyråer - kostnadsreduksjon	Pågår	-			6,05
Standardisering	Varekostnader	Iverksatt ny avtale for implanter hofter - kostnadsreduksjon	Fullført	Liten	3,50	0,56	0,02
Standardisering	Turnusplaner 24/7	Turnusplaner 24/7	Pågår	Moderat	7,00	7,00	
Standardisering	Polikliniske timer satt opp for alle pasienter	Polikliniske timer satt opp for alle pasienter	Pågår	Vesentlig	3,00	3,00	
Standardisering	Polikliniske timer på morgenen	2,8% andel morgenstart på DS - Flere pasienter	Pågår	-		1,00	0,45
Standardisering	Polikliniske timer på morgenen	Polikliniske timer på morgenen	Pågår	Moderat	1,00		
Standardisering	Kodesikring pasientktvitet	Kodesikring pasientktvitet	Pågår	Vesentlig	7,00	1,65	
Standardisering	Sykefraværsoppfølging	Sykefraværsoppfølging	Pågår	Liten	5,00	4,98	0,62
Standardisering	Medikamentkostnader	Bytte MS medikament etter patentperiode - kostnadsreduksjon	Pågår	-		4,70	3,22
Teamarbeid og oppgavedeling	Varekostnader	Alt innkjøp overtatt av KIS - kostnadsreduksjon	Ikke startet	Moderat		0,60	
Teamarbeid og oppgavedeling	Operasjonsplanlegging	Operasjonsplanlegging	Pågår	Moderat	4,00		
Teamarbeid og oppgavedeling	Operasjonsplanlegging	Teamorganisering ortopedi dagkirurgi - Flere operasjoner	Pågår	Vesentlig		2,49	
Teamarbeid og oppgavedeling	Operasjonsplanlegging	Teamorganisering ortopedi sentraloperasjon - Flere operasjoner	Pågår	Liten		1,85	
Teamarbeid og oppgavedeling	Operasjonsplanlegging	Temaorganisering gynekologi sentraloperasjon - Flere operasjoner	Pågår	Liten		0,67	0,2
					30,50	30,57	11,16

Bærum sykehus

Planlagt resultat hittil 32,4 MNOK, realisert 21,5 MNOK (-10,9).

Tiltakene knyttet til pasientforløp på sengeposter og AKU genererte størst gevinst så langt i år etterfulgt av oppfølging av aktivitet FØB. Resultatet hittil er dessverre 10,9 MNOK lavere enn planlagt. Prognostisert resultat i desember er 33,7 millioner kroner, som er 15,8 millioner kroner lavere enn planlagt.

BS - Akkumulert planlagt vs realisert gevinstuttak



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

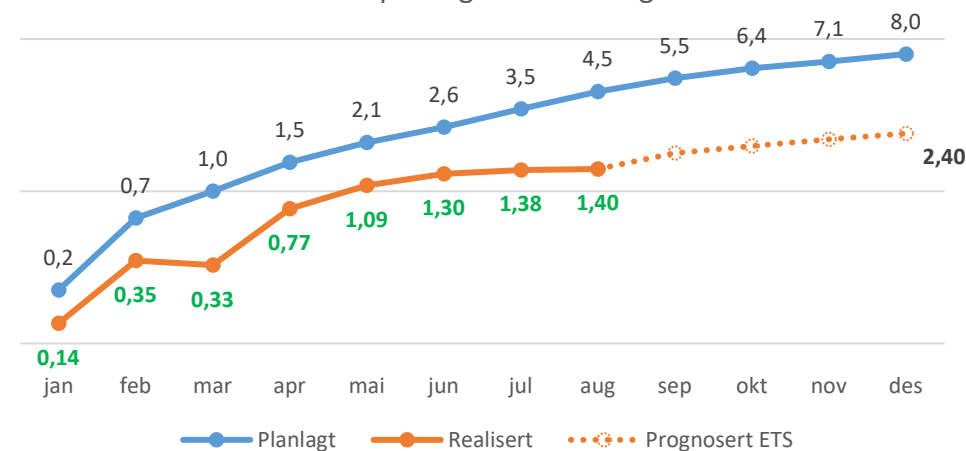
Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet	Status	Risiko	Sum av gevinstmål	Sum av planlagt	Sum av realisert
Digital transformasjon	Digital hjemmeoppfølging	Økt bruk av DHO og telefon- og videokonsultasjoner	Pågår	Moderat	1,40	1,40	
Organisering og struktur	Optimalisere ressursbruk	Optimalisering av aktivitet MED Dagpost	Pågår	Moderat	0,60	0,60	
Organisering og struktur	Optimalisere poliklinikk	Sikre pasientforløp Poliklinikk	-	Moderat	5,00	5,00	0,92
Standardisering	Engangseffekter	Ekstern finansiering, Endring ADK og kjøp av utstyr, standardisering varekost	-	-	2,00	2,00	
Standardisering	Engangseffekter 2024	Redusert sykefravær - Team og oppgavedeling (ekskl.sengeposter og leger AKU, KIR og GYN)	-	-			1,06
Teamarbeid og oppgavedeling	Sengeposter	Sikre pasientforløp sengepost inkl. redusert turnover	Pågår	Moderat	22,65	22,65	9,41
Teamarbeid og oppgavedeling	Endring ferieavvikling og bemanning i lavdriftsperioder.	Utarbeidelse av sommerferieplaner uten planlagte vakanser og med begrensede endringer i UTA for KIR leger Gastro, Uro og Generell	Pågår	Moderat	4,30	4,30	0,86
Teamarbeid og oppgavedeling	Ansettelse i vakante stillinger	Vakante intensivsykepleierstillinger besatt	Pågår	Moderat			0,36
Teamarbeid og oppgavedeling	Ansettelse i vakante stillinger	Vakante operasjonssykepleierstillinger besatt	Pågår	Moderat			0,57
Teamarbeid og oppgavedeling	Operasjonsaktivitet	Økt aktivitet dagkirurgi	Pågår	Moderat	1,80	1,80	
Teamarbeid og oppgavedeling	Operasjonsaktivitet	4 hofteproteser implementert	Fullført	Moderat			0,13
Teamarbeid og oppgavedeling	Operasjonsaktivitet	Sikre full utnyttelse av alle operasjonsteam - Forbedring Operasjonsforløpet	Pågår	Moderat	11,25	11,25	
Teamarbeid og oppgavedeling	Pasientforløp AKU	Sikre pasientforløp AKU	-	-			3,33
Teamarbeid og oppgavedeling	Aktivitet FØB	Oppfølging av aktivitet FØB	-	-	0,50	0,50	4,86
					49,50	49,50	21,50

Ringerike sykehus

Planlagt resultat hittil 4,5 MNOK, realisert 1,4 MNOK (-3,11).

Økt aktivitet ved gastromedisinsk poliklinikk (+6,4 DRG-poeng) og redusert kostnad knyttet til fristbrudd ga størst gevinst i august. Resultatet av tiltakene ved poliklinikken er imidlertid redusert med kostnader knyttet til utvidelse av kapasitet. I tillegg rapporteres det også om realisering av gevinster knyttet til redusert bruk av vikarbyrå. Resultatet hittil i år er imidlertid 3,1 MNOK lavere enn forventet. Resultatet i desember blir ifølge prognosen 5,6 millioner kroner lavere enn planlagt.

RS - Akkumulert planlagt vs realisert gevinstuttak



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet	Status	Risiko	Sum av gevinstmål	Sum av planlagt	Sum av realisert
Standardisering	Drift/ organisering av poliklinikk i de somatiske klinikkene	Aktiviteten økt med 170 kons./år - Forbedringstiltak andre poliklinikk L/S/G/N	Pågå	-	0,38	0,38	
Standardisering	Drift/ organisering av poliklinikk i de somatiske klinikkene	Gastro. - Aktiviteten økt med 930 kons./år - optimal ressursutnyttelse basert på langsiktige planer	Fullført	-	0,34	1,66	0,84
Standardisering	Drift/ organisering av poliklinikk i de somatiske klinikkene	Kardio. - Aktiviteten økt med 350 kons./år - drift med optimal logistikk og langsiktige planer	Fullført	-	0,59	0,64	0,54
Standardisering	Drift/ organisering av poliklinikk i de somatiske klinikkene	Gastro - Reduksjon i fristbrudd - Implementere og bruke prosedyren - Bruk av eksterne behandlingssteder	Fullført	-	1,01	1,01	0,46
Standardisering	Drift/ organisering av poliklinikk i de somatiske klinikkene	Gastro - Økt bemanning på gastro. for å øke kapasiteten	Fullført	-	0,0	-1,39	-0,62
Standardisering	Drift/ organisering av poliklinikk i de somatiske klinikkene	Kardio - Økt bemanning i begrenset periode - prosjektavtale. Kun poliklinikk.	Fullført	-	0,0	0,0	-0,27
Teamarbeid og oppgavedeling	Arbeidstid – rekruttering – sammensetning av Team	Fleksibel oppstart- og avslutningstidspunkt for vakter, for å redusere overtid etter vakt (ses opp mot innføring av kalenderplan)	Pågå	Liten	1,10	1,10	0,05
Teamarbeid og oppgavedeling	Arbeidstid – rekruttering – sammensetning av Team	Innføring av langvakter: kartlegging blant personale er fullført	Pågå	Vesentlig	1,17	1,17	
Teamarbeid og oppgavedeling	Arbeidstid – rekruttering – sammensetning av Team	Rekruttering av fast ansatte til 3. etg for å redusere bruk av vikarbyrå	Pågå	Moderat	1,80	1,80	0,40
Teamarbeid og oppgavedeling	ARP AIO	ARP AIO	Pågå	-	1,60	1,60	
					8,00	8,00	1,4

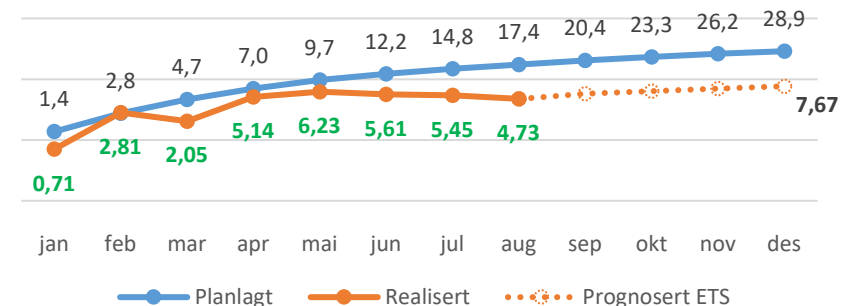
Statusrapport - Handlingsplan for bærekraftig utvikling

Kongsberg sykehus

Planlagt resultat hittil 17,4 MNOK, realisert 4,73 MNOK (- 12,6).

Kodesikring Med.avd har generert den største gevinsten så langt i år. Avviket på realisert gevinst ift. planlagt er -12,6 MNOK og har vært økende siden juni. Prognosen tilsier et resultat for hele 2024 som er 21,3 MNOK lavere enn planlagt.

KS - Akkumulert planlagt vs realisert gevinstuttak



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet	Status	Risiko	Sum av gevinstmål	Sum av planlagt	Sum av realisert
Organisering og struktur	Master surgery Scheduling, Trinn 1	Igangsette ny plan	Fullført	-	1,00	1,00	2,22
Organisering og struktur	Master surgery Scheduling, Trinn 1 (Psientflyt, felles timebok VVHF)	Bredding av timebok resten av vv (RS og BS)	Forsinket	-	1,20	1,19	
Organisering og struktur	Master surgery Scheduling, Trinn 1 (Psientflyt, felles timebok VVHF)	Bredding av timebok til DS	Forsinket	-		0,09	
Organisering og struktur	Master surgery Scheduling, Trinn 1 (Psientflyt, felles timebok VVHF)	Timebok ø-hjelp vakttid implementeres med Dips arena	Fullført	-	2,20	2,21	
Organisering og struktur	Master surgery Scheduling, Trinn 2	Iverksettelse Gyn Plan	Fullført	Moderat	0,88	0,68	0,08
Organisering og struktur	Master surgery Scheduling, Trinn 2	Iverksettelse Ort Plan	Fullført	Liten	0,68	0,68	0,08
Standardisering	Kir POL, Trinn 1.	Flytte skadepol til AKU	Fullført	-		0,25	
Standardisering	Kir POL, Trinn 1.	Iverksette ny timebok Gyn	Fullført	-	1,01	1,01	0,06
Standardisering	Kir POL, Trinn 1.	Iverksette ny timebok Ort	Fullført	-	2,10	2,10	0,06
Standardisering	Kir POL, Trinn 2. Skjemabasert oppfølging DHO	Lande struktur	Ikke startet	Moderat	0,50	0,50	
Standardisering	Kir POL, Trinn 2.	Iverksette økt sykepleier pol	Ikke startet	-	0,60	0,60	
Standardisering	Kir POL, Trinn 2.	Iverksettelsen Økt Lis 1 el pol	Ikke startet	-	0,80	0,80	
Standardisering	Med POL	Optimalisering av drift ved Med. pol.	Fullført	-	1,50	1,50	1,05
Standardisering	Ny innkjøpsavtale S&N Protese	Ny innkjøpsavtale S&N Protese	Ikke startet	-			0,18
Standardisering	Oppgavedeling Logistikk, lager og innkjøp	Oppgavedeling Logistikk, lager og innkjøp	Fullført	-	2,30	2,30	
Teamarbeid og oppgavedeling	AKU ned i drifts kost	Iverksette og oppfølging ny turnus	Fullført	Moderat	1,00	1,00	
Teamarbeid og oppgavedeling	Endre selekteringskriterier og aktiv eksponering av KS Fødetilbud	Endre selekteringskriterier og aktiv eksponering av KS Fødetilbud	-	-	-5,43	-5,43	0,10
Teamarbeid og oppgavedeling	Endre selekteringskriterier og aktiv eksponering av KS Fødetilbud	Igangsatt ny praksis med å kontakte andre klinikker for å informere om ledig kapasitet	Fullført	-		0,09	
Teamarbeid og oppgavedeling	Endre selekteringskriterier og aktiv eksponering av KS Fødetilbud	Samarbeid med BS	Fullført	-		1,70	
Teamarbeid og oppgavedeling	Innføring 12,5t-Vakter	Innføring 12,5t-Vakter Permanent sengeposter	Pågår	Moderat	0,60	0,60	
Teamarbeid og oppgavedeling	Kodesikring Med avd	Leger utfører egen kodesikring.	Fullført	-	9,96	9,96	4,39
Teamarbeid og oppgavedeling	Pasientflyt og prosesser i akuttmottaket.	Pasientflyt og prosesser i akuttmottaket	-	-	0,10	0,10	
Teamarbeid og oppgavedeling	Pukkelkostnad	Pukkelkostnad ved omstilling post B	Pågår	-			-3,26
Teamarbeid og oppgavedeling	Sengepost A, B og Intensiv PO	Sengepost A, B og Intensiv PO	Fullført	-	6,00	6,00	-0,11
					26,88	28,93	4,82

Klinikk for intern service

Planlagt resultat hittil 0,5 MNOK, realisert 0,0 MNOK (-0,5).

Tiltaket «Iverksatt nødvendige endringer for oppnåelse av beste praksis (antall rene senger og antall smittevask)» skulle etter planen gi en gevinst på 0,5 MNOK i perioden april til august, men er forsinket. Gevinstuttaket forskyves til 2025.

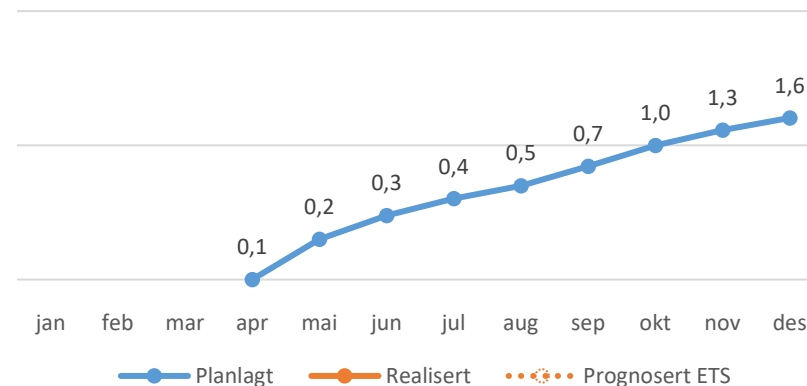
Arealeffektivisering:

«Senere oppstart enn opprinnelig planlagt vil mest sannsynlig gi noe forsinkelse i gevinstuttak. Estimert gevinstuttak 2024 er nå beregnet til 0,75 MNOK. Resterende gevinst 2024 på 0,25 MNOK tas ut i 2025.»

Miljøtiltak:

«Leveranse fra prosjektet ble utsatt fra april til juni pga. bytte av prosjektleder, og nå er det ytterligere utsatt pga. sykefravær hos prosjektleder. Det er identifisert behov for en mye grundigere forandringsprosess bredt i organisasjonen enn opprinnelig planlagt, dette vil kreve ekstra tid før effektivisering kan iverksettes. Effekt for 2024 vil derfor ikke kunne realiseres før i 2025.»

KIS - Akkumulert planlagt vs realisert gevinstuttak



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet	Status	Risiko	Sum av gevinstmål	Sum av planlagt	Sum av realisert
Standardisering	Arealeffektivisering	Gjennomføre tiltak, utskifting av 60% av lyskilder, herunder nød og ledlys, til LED lyskilder, trinnvis 2024 - 2026. EU-krav om utskifting av alle lyskilder som ikke er LED lyskilder (lysstoffrør og halogen) Produksjon av lysstoffrør og halogen er stoppet.	Pågå	Liten	1,00	0,70	
Standardisering	Beste praksis	Iverksatt nødvendige endringer for oppnåelse av beste praksis (antall rene senger og antall smittevask)	Fullført	Moderat	0,90	0,90	
Standardisering	Miljøtiltak	Grønn mobilitet. Hensikt er å redusere CO2-utslipp ved å øke kollektivbruk og sykkel/gange, minke bilbruk til/fra jobb, øke tilgj.het til p-plasser for pasienter, besøkende og ansatte som trenger det. Mer rettferdig fordeling av ansattgoder.	Pågå	Vesentlig	2,00		
					3,90	1,60	0,00

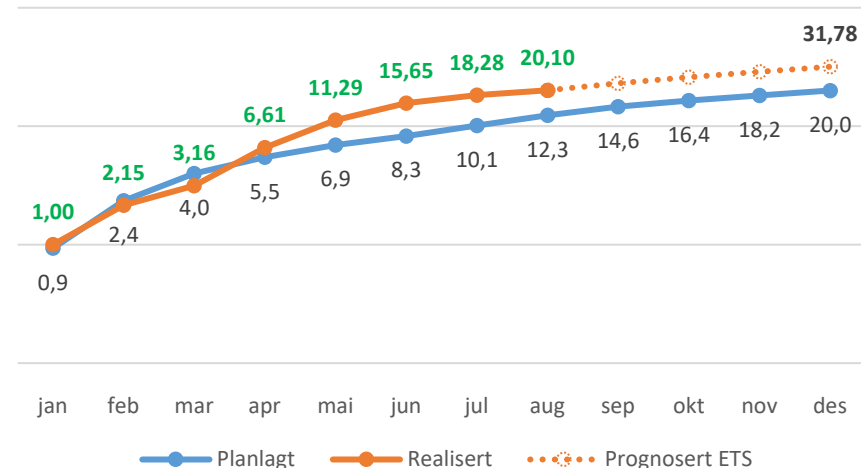
Klinikk for psykisk helse og rus

Planlagt resultat hittil 12,3 MNOK, realisert 20,1 MNOK (+7,75).

Tiltakene knyttet til endret døgndrift BUPA og avvente ansettelser i vakante stillinger ved DPS-er har gitt de største gevinstene så langt i år. Det ble gjennomført sommerstenging flere lokasjoner, noe som ga en besparelse på 0,4 MNOK.

PHR har klart å realisere 7.75 MNOK mer enn planlagt så langt i år. Den matematiske prognosen viser at med denne realiseringstakten vil PHR oppnå resultat i 2024 som er nesten 12 MNOK høyere enn opprinnelig planlagt. Det er imidlertid ikke forventet at det inntreffer.

PHR - Akkumulert planlagt vs realisert gevinstuttak



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet	Status	Risiko	Sum av gevinstmål	Sum av planlagt	Sum av realisert
Organisering og struktur	Rokade - bygg	Gjennomføring/flytting	Forsinket	Moderat	1,00		
Organisering og struktur	Bemannning - ferieavvikling/sommerstenging	Gjennomføre sommerstenging. Primært elektive Blakstad, noe på BUPA og DPS	Fullført	Moderat	1,00	0,90	0,40
Organisering og struktur	DPS - tiltak for å klare gevinster i bærekraftsplanen, avvente ansettelser i vakante stillinger	Asker DPS	Pågå	-		0,83	4,48
Organisering og struktur	DPS - tiltak for å klare gevinster i bærekraftsplanen, avvente ansettelser i vakante stillinger	Bærum DPS	Pågå	-		0,56	0,90
Organisering og struktur	DPS - tiltak for å klare gevinster i bærekraftsplanen, avvente ansettelser i vakante stillinger	Drammen DPS	Pågå	-		0,46	4,48
Organisering og struktur	DPS - tiltak for å klare gevinster i bærekraftsplanen, avvente ansettelser i vakante stillinger	Kongsberg DPS	Pågå	-		1,97	0,75
Organisering og struktur	DPS - tiltak for å klare gevinster i bærekraftsplanen, avvente ansettelser i vakante stillinger	Ringerike DPS	Pågå	-		1,32	0,94
Organisering og struktur	Endret døgndrift og opprettelse av spesialpoliklinikk BUPA	Endret drift døgnet og opprettet spesialpoliklinikk, gevinst gjennom færre ansatte i døgndrift	Pågå	Moderat	9,00	8,98	6,90
Organisering og struktur	Tilpasning til ramme Blakstad - liggetid. bemanning avd. for spesialpsyk.	ASP tilpasning av bemanning til ramme, spesielt på Sikkerhetsseksjonen	Pågå	Moderat	5,00	5,00	1,25
Standardisering	Pasientforløp VOP/TSB - forløpsstyring forbedres, tilbud etter utskrivning, FACT	Innføring/etablering	Forsinket	Moderat	1,00		
Standardisering	Tilpasning til ramme DPS - liggetid, KPP og beste praksis	Tilpasning til ramme DPS - liggetid, KPP og beste praksis	Forsinket	Moderat	3,00		
					20,00	20,02	20,10

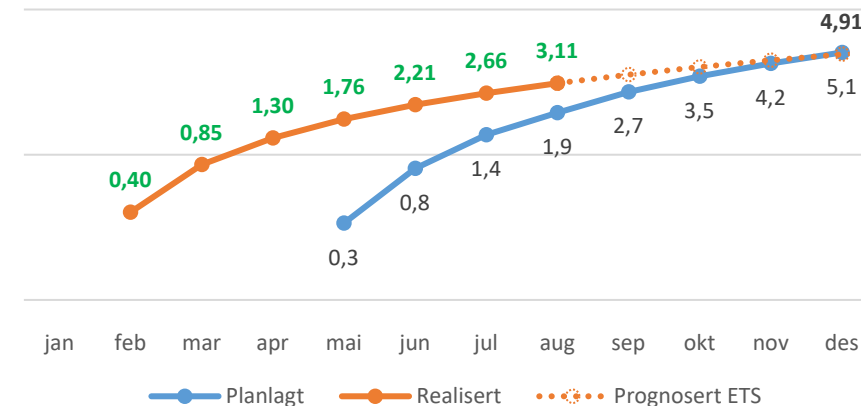
Klinikk for medisinsk diagnostikk

Planlagt resultat hittil 1,9 MNOK, realisert 3,11 MNOK (+ 1,2).

Effekter knyttet til implementering av analysehallen ved Ringerike sykehus har gitt et positivt resultat på 3,5 millioner kroner hittil i år. Implementeringskostnadene reduserer imidlertid det samlede resultatet. Gevinstrealisering ifm. kunstig intelligens var 0,26 MNOK i samme periode.

Resultatet så langt i år er 1,2 millioner kroner høyere enn planlagt. Ifølge prognosen er det stor sannsynlighet for at KMD når det planlagte resultatet i 2024.

KMD - Akkumulert planlagt vs realisert gevinstuttak



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet	Status	Risiko	Sum av gevinstmål	Sum av planlagt	Sum av realisert
Digital transformasjon	Kunstig intelligens innen bildediagnostikk	Ta i bruk applikasjon nr 3 i VV	Pågår	Moderat	0,40	0,40	
Digital transformasjon	Kunstig intelligens innen bildediagnostikk	Ta i bruk fraktur løsning på alle 4 sykehus i VV	Fullført	Liten	0,40	0,40	0,26
Digital transformasjon	Kunstig intelligens innen bildediagnostikk	Ta i bruk MS løsning i VV	Pågår	Moderat	0,20	0,20	
Standardisering	Felles analysehall	Analysehall: Anskaffet, implementering, validering, og opplæring på KS	Pågår	Liten		-0,49	-0,33
Standardisering	Felles analysehall	Analysehall: Anskaffet, implementering, validering, og opplæring på RS	Fullført	Liten		-0,49	-0,33
Standardisering	Felles analysehall	Analysehall: i rutin og kostnad gevinst realisering har begynt på KS	Ikke startet	Liten	0,10	0,05	0,00
Standardisering	Felles analysehall	Analysehall: i rutin og kostnad gevinst realisering har begynt på RS	Fullført	Liten	2,40	4,00	3,50
Standardisering	Riktig Bruk BILDE	Tiltakene fra BILDE Handlingsplan jobbes med, gevinstrealisering	Pågår	Moderat	0,60	0,60	
Standardisering	Riktig Bruk LAB	Tiltakene fra LAB Handlingsplan jobbes med, gevinstrealisering	Pågår	Moderat	0,40	0,40	
					4,50	5,06	3,11

Stab økonomi

Planlagt resultat hittil 15,6 MNOK, realisert 8,9 MNOK (-6,7).

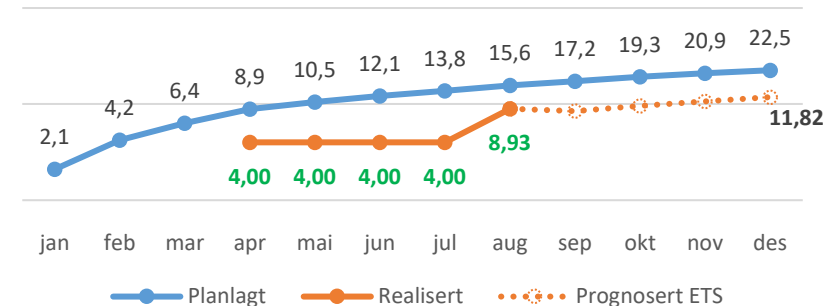
Kostnadsreduksjon knyttet til oppfølging av høykostmedisin gar gitt et positivt resultat på 8,9 MNOK hittil i år. Avviket mellom planlagt og realisert gevinst hittil i år er -6,7 MNOK. Prognosen indikerer redusert resultatoppnåelse for 2024 i forhold til planen. Det er økt forbruk på noen områder og nye og dyre medikamenter som «spiser opp» gevinster. Effektene treffer fellesøkonomien og ikke stab økonomi.

For innkjøpsområdet ekskl. Medikament er det ikke realisert gevinster som finnes igjen på bunnlinjen som følge av prisvekst på andre produkter. Effekter treffer klinikk og ikke stab økonomi.

Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet	Status	Risiko	Sum av gevinstmål	Sum av planlagt	Sum av realisert
Standardisering	Forbruksvarer	Adgang til bruk av fritekst stoppet. Setter inn to engasjementstillinger i 6 måneder for å overføre bestilling til avtaleleverandør.	Fullført	Liten	1,48	1,48	
Standardisering	Forbruksvarer	Oppfølging av variasjon i anskaffelser (jf ortopedi) på fagområder med parallelle rammeavtaler ifm implementering av nye avtaler	Pågår	Moderat	0,80	0,80	
Standardisering	Legemidler	Analysen og oppfølging av høykostmedisin			20,00	20,00	
Standardisering	Legemidler	Bytte fra Aranesp til Micera	Pågår	Moderat			0,18
Standardisering	Legemidler	Bytte fra Hyzentra til Hyqvia	Pågår	Moderat			0,80
Standardisering	Legemidler	Bytte fra Nordritropin til Omnitrope	Pågår	Moderat			2,20
Standardisering	Legemidler	Kreft, bytte fra Glivec til Imatinib	Fullført	Liten			0,70
Standardisering	Legemidler	Kreft, bytte fra Revlimid til Lenatomid	Pågår	Moderat			0,80
Standardisering	Legemidler	Kreft, bytte fra Sprycal til Dasantinib	Pågår	Moderat		0,24	0,5
Standardisering	Legemidler	Kreft, bytte fra Zytipo til Abirateon	Pågår	Liten			0,65
Standardisering	Legemidler	TNF-BIO, bytte fra Hyrimosa/hymira til Adalimumab	Pågår	Moderat			3,10
					22,30	22,52	8,9

Økonomi - Akkumulert planlagt vs realisert gevinstuttak



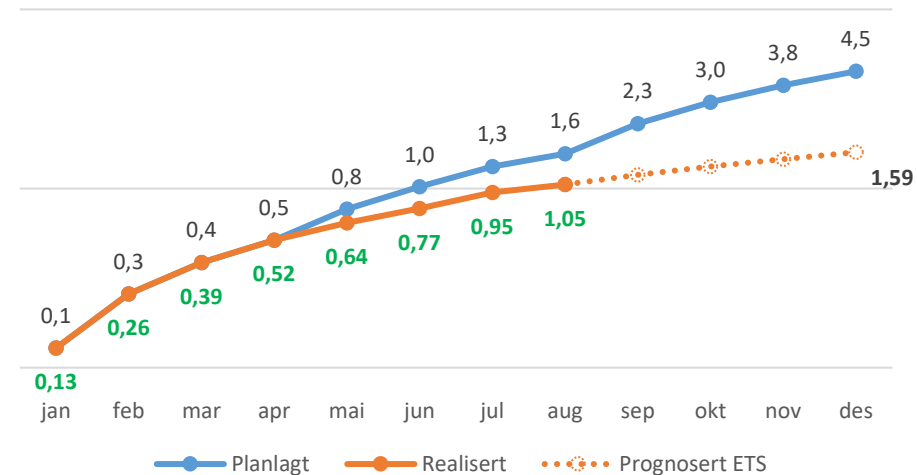
Stab teknologi

Planlagt resultat hittil 1,6 MNOK, realisert 1,05 MNOK (-0,5).

Forvaltning, drift og intern kontroll av MTU på MHH ga 0,1 MNOK gevinst i august. Det ble ikke rapportert noen effekter knyttet til reduksjon av teknologikostnader i august.

Samlet resultat i perioden januar - august er 0,5 millioner kroner lavere enn planlagt. Resultatet for 2024 vil ifølge prognosen bli 2,9 MNOK lavere enn planlagt.

Teknologi - Akkumulert planlagt vs realisert gevinstuttak



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

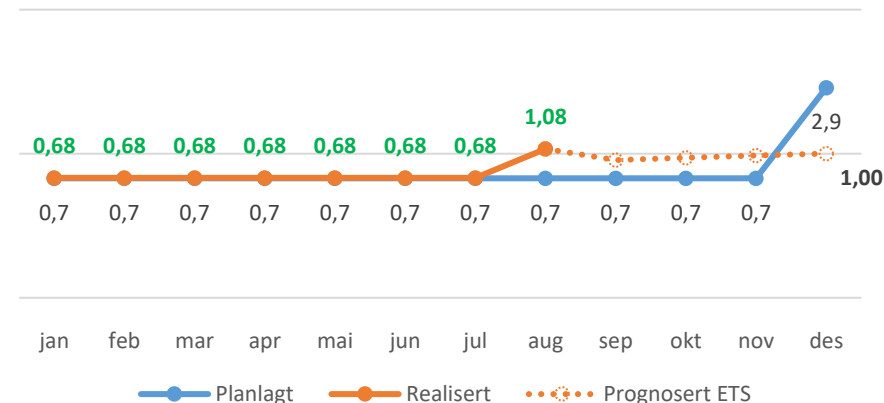
Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet	Status	Risiko	Sum av Gevinstmål	Sum av planlagt	Sum av Realisert
Digital transformasjon	Teknologikostnader	2023 Dypdykk Sykehuspartner budsjett kortsiktig tiltak 2023: Hensikt er å redusere kostnader (flere ulike tiltak/områder for oppfølging)	Fullført	Liten	0,50	0,47	0,47
Digital transformasjon	Teknologikostnader	2024-2026 Dypdykk Sykehuspartner budsjett kortsiktig tiltak 2023: Hensikt er å redusere kostnader (flere ulike tiltak/områder for oppfølging)	Pågår	Moderat	1,00	1,00	
Digital transformasjon	Teknologikostnader	Kostnadsreduksjoner telefonabonnement ansatte - forenklet abonnementsstruktur og budsjettene til disse postene nedjusteres tilsvarende.	Fullført	-	0,75	0,75	0,44
Digital transformasjon	MS 365	Implementere MS 365	Pågår	Liten		2,00	
Organisering og struktur	5Stabs- og støttefunksjoner	Inngått avtale mellom VVHF og MHH om forvaltning, drift og intern kontroll av MTU	Fullført	Liten	0,30	0,30	0,15
					2,80	4,51	1,05

Stab-støtte

Planlagt resultat hittil 0,68 MNOK, realisert 1,08 MNOK (+0,4).

Stabene Kommunikasjon og samfunnskontakt og Medisin og helsefag har redusert bemanningen i forhold til 2023, noe som ga en besparelse på 0,68 MNOK. Redusert bruk av Finn.no ga en besparelse på 0,4 MNOK. Uttak av ytterligere gevinster forventes først i desember 2024.

Stab-støtte - Akkumulert planlagt vs realisert gevinstuttak

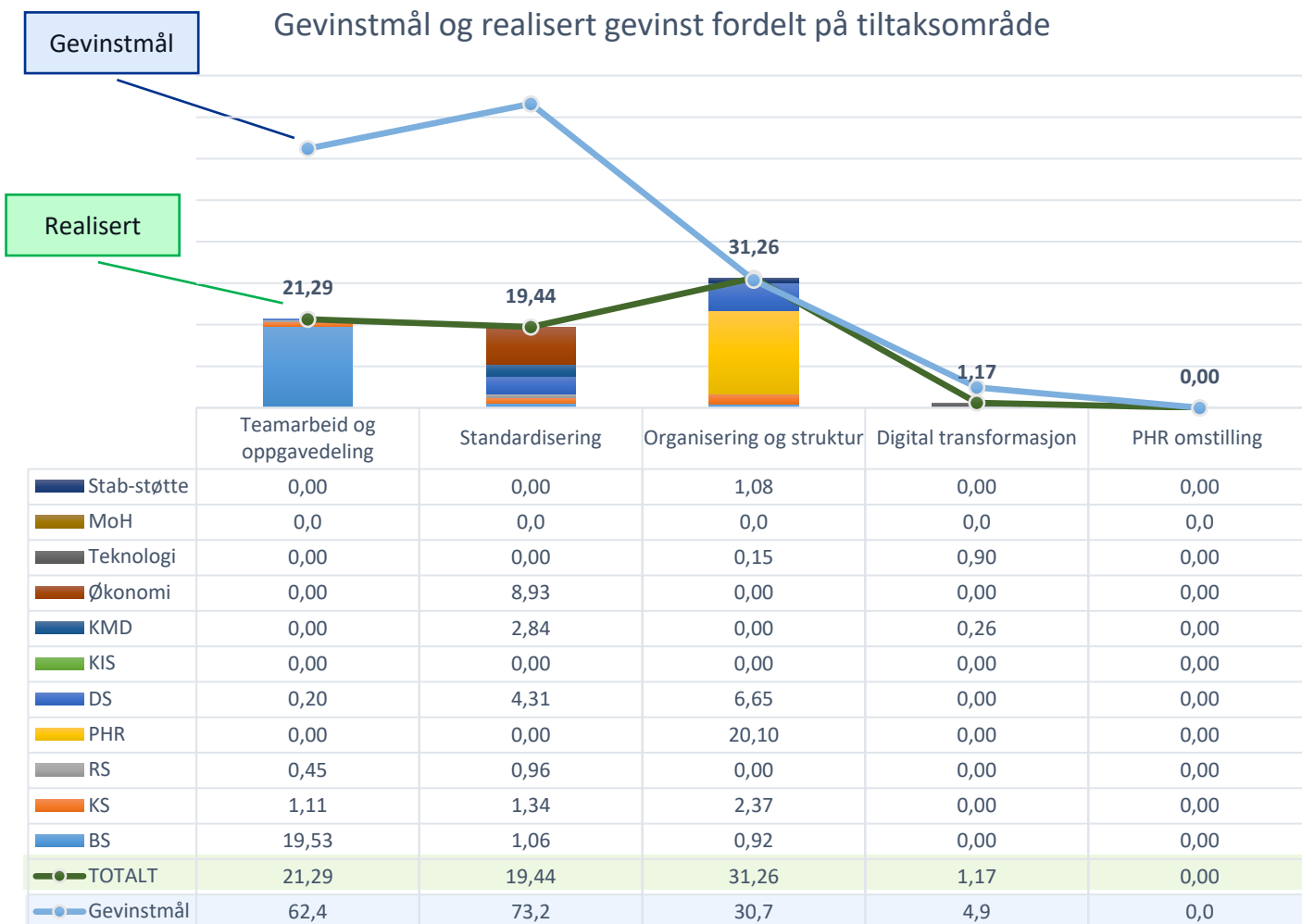


Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet/Oppgave	Startdato	Sluttdato	Status	Risiko	Gevinstmål (MNOK)	Totalt planlagt	Totalt realisert
Organisering og struktur	Bruk av Finn.no ved rekruttering - vurdering	Vurdere å avvikle eller redusere bruk av Finn.no	21.09.2023	31.04.2024	Pågår		0,70	0,70	0,40
Organisering og struktur	Rutine for nyansettelse og reansettelse	Implementere rutine for vurdering av nyansettelse og reansettelse i stabsmøter	04.09.2023	04.09.2023	Fullført		1,50	1,50	
Organisering og struktur	Redusert stilling(er) i Stab medisin og helsefag varig effekt		01.07.2023	31.12.2023	Fullført		0,30	0,30	0,30
Organisering og struktur	Redusert stilling(er) i Stab kommunikasjon og samfunnskontakt varig effekt		01.07.2023	31.12.2023	Fullført		0,38	0,38	0,38
							2,9	2,9	1,08

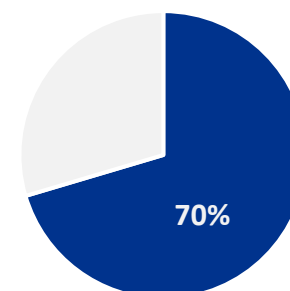
Gevinstmål og realisert gevinst fordelt på tiltaksområde

Gevinstmål og realisert gevinst fordelt på tiltaksområde

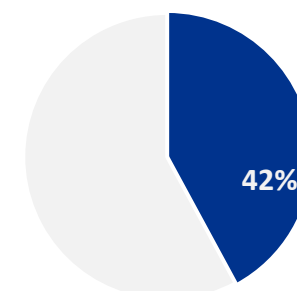


Tiltaksområdet med høyest gevinstpotensial er standardisering. Kun 4,9 MNOK (3%) knyttet til digital transformasjon. Det er imidlertid tiltakene knyttet til organisering og struktur som har gitt det største gevinstuttaket så langt i år, etterfulgt av tiltakene innen teamarbeid og oppgavedeling. Realiseringstakten er ikke tilfredsstillende. **Kun 42% av gevinstmålet for 2024 er realisert.**

Realisert vs planlagt HiÅ



% realisert i 2024





Dato: 16. 09.2024
Saksbehandler: Kirsten Hørthe

Saksfremlegg

Strukturendringer i Klinikk psykisk helse og rus (PHR)

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	76/2024	23.09.24

Forslag til vedtak

1. Styret støtter anbefalte strukturendringer i Klinikk for psykisk helse og rus.
2. Planen forutsettes realisert innenfor gitte budsjetttrammer.
3. Styret holdes orientert om det videre arbeidet gjennom virksomhetsrapporteringen.

Drammen, 16. september 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Saken er en oppfølging av styresaker 116/2021 og 90/2023 der plan for utvikling av eiendommer innen psykisk helse og rus ble behandlet i to deler:

- I del 1 fra 2021 vedtok styret følgende: *Styret slutter seg til Eiendomsplan psykisk helse og rus (PHR) del 1, som ramme for videre Eiendomsutvikling.*
- I del 2 fra 2023 ble planen ytterligere konkretisert og bygger på virksomhetsstrategien og foretakets eiendomsstrategi. Her vedtok styret: *Styret godkjenner anbefalt strategi for utvikling av eiendommer innen psykisk helse og rus sine lokalsykehusfunksjoner. Planen ivaretar faglige og ressursmessige kriterier for denne delen av virksomheten. Det konstateres at Blakstad ikke er en alternativ lokasjon.*

En viktig del av arbeidet fra høsten 2023 har vært koblingen mellom Eiendomsplan PHR og Handlingsplan for bærekraftig utvikling (bærekraftsplanen). Dette for å sikre at de anbefalte strukturendringer som nå foreslås har en strategisk langsiktig retning og et helhetlig perspektiv på utfordringsbildet i klinikken samlet sett.

Ved å se klinikken samlet sett vil mulighetsrommet til å styrke kapasiteten i sykehuspsykiatrien, styrkingen av poliklinikkene i de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) samt en forsterkning av rusakutt-tilbudet kunne muliggjøres. De foreslåtte strukturendringene beskrevet i denne saken omfatter de avdelingene som ikke skal inn i Nytt sykehus Drammen (NSD), men vil påvirke klinikken som helhet.

De anbefalte strukturendringene bygger på forutsetningen om at polikliniske og ambulante tjenester både for barn, unge og voksne opprettholdes slik som i dag og det legges også til grunn at den totale døgnkapasiteten opprettholdes, både for DPS-området og avdeling for rus og avhengighet (ARA).

Saksutredning

Dagens driftssituasjon og kapasitetsutnyttelse

Det er gjennomført et omfattende utredningsarbeid av dagens driftssituasjon og kapasitetsutnyttelse sett opp mot behovet for å styrke kapasiteten i sykehuspsykiatrien og poliklinikkene, samtidig som døgntilbudet skal bevares.

Klinikken har høyt belegg i sykehuspsykiatrien, gjennomsnittlig 100.4% for de akuttpsykiatriske døgnseksjonene så langt i 2024. Samtidig ligger samlet beleggsprosent for døgnseksjonene ved DPSene på rundt 70%.

Av statusrapportene fra akutt- og sikkerhetspsykiatri (hhv. Akuttnettverket, 2021 og SIFER, 2019) fremgår det at klinikk for Psykisk Helse og Rus i Vestre Viken har det laveste antallet sikkerhetsplasser, og det nest laveste antallet akuttpsykiatriske plasser per innbygger i HSØ. Ifølge Helsetilsynets anbefaling bør gjennomsnittlig belegg i denne type seksjoner ligge på 85%.

Det ble i 2022 utarbeidet en nasjonal framskrivningsmodell for kapasitet i psykisk helsevern og rus behandling. Denne viser at Vestre Viken har færre døgnplasser enn hva framskrevet behov tilsier. Dette gjelder antall døgnplasser på sykehusnivå for mennesker med alvorlige psykiske lidelser både i akutfase og i behandlingsfase. Dagens døgnkapasitet innenfor DPS-området er ifølge framskrivningsmodellen på nivå med beregnet kapasitetsbehov i 2040.

Dagens situasjon med kombinasjon av både overbelegg og kort liggetid i akuttpsykiatrien på Blakstad synligjør et behov for flere døgnplasser til de sykeste pasientene. Plasser for disse pasientene må komme i sykehuspsykiatrien, da dette er pasientgrupper med behov for behandling innfor rammer som DPS døgnseksjoner ikke har.

Det er også behov for å styrke poliklinikkene i de distriktpspsykiatriske senterne (DPS). Det er ved disse lokale poliklinikkene de aller fleste pasienter får sin behandling. Antall henvisninger til poliklinikkene har økt med 48 % i perioden 2019-2024.

Behov for å styrke kapasiteten i sykehuspsykiatrien

Gjennom lang tid har døgnbehandlingen i sykehuspsykiatrien hatt høyt belegg, og over lengre perioder overbelegg. Det er satt inn kompensierende tiltak, som mulighet til å iverksette bruk av ekstra senger på Blakstad, samt en modell med overordnet styring av DPS døgnsenger, også kalt «flåtestyring». Dette er tiltak som har gitt noe effekt, men tiltaket med ekstra senger på Blakstad vil være svært vanskelig å opprettholde ved innflytting i NSD, da nytt sykehus naturlig nok ikke er planlagt med ekstrarom som kan brukes ved overbelegg. Det er en samlet prioritering for klinikken å styrke akuttkapasiteten i NSD med en akuttseksjon.

Anbefalte strukturendringer

De anbefalte strukturendringer har vært drøftet med tillitsvalgte og på bakgrunn av drøftingene foreslås følgende innretning:

- DPS døgnbehandling foreslås samlet på 3 lokasjoner fremfor dagens 5 lokasjoner
- Døgnbehandlingen i ARA samles på 2 lokasjoner fremfor dagens 4 lokasjoner.

Bygningsmessig rokade:		
Avdeling/seksjon	Nåværende lokasjon	Ny lokasjon
ARA døgnbehandling og LAR-poliklinikken Buskerud	Haugesgate., Blakstad, Bærum sykehus, Torsberg	Torsberg
DPS-døgn samles på tre lokasjoner og omorganiseres til tre døgnseksjoner	Dr.Høst, Sikta, Kongsberg DPS, Røyse, Torsberg	Dr.Høststvei, Sikta, Kongsberg DPS
FACT-team Drammen DPS, akutteam Drammen DPS, FACT Ung team Drammen BUP	Torsberg og Valbrottveien 17	Haugesgate
FACT-team Ringerike DPS, FACT Ung Ringerike BUP	Røyse og i Ringerike kommune	Ringerike sykehus, utredes i samarbeid med KIS
FACT Ung team Bærum, Spesialpoliklinikken BUPA	Bjerketun	Dr. Høststvei 35 for FACT Ung, Blakstad sykehus – mulig leieavtale Spesialpoliklinikken
FACT-team Asker DPS, akutteam Asker DPS	Sikta	Mulighet for en leieavtale, utredes i samarbeid med KIS

Bakgrunn for anbefaling om samling av døgnseksjoner

Dagens spredte lokalisering av små seksjoner med mellom 11 til 19 døgnplasser er sårbar både faglig og økonomisk. Det er vanskelig å rekruttere tilstrekkelig antall lege/psykologspesialister, og når én er fraværende blir det krevende å dekke opp for denne. Større enheter med flere ansatte vil øke fleksibilitet ved fravær og gi et viktig rekrutteringsfortrinn. I tillegg vil et solid fagmiljø med høy kompetanse og stabil bemanning være av stor betydning for pasienter og pårørende.

Det er en uttalt målsetning at pasienter skal ha tilgang til likeverdige tjenester. Vedvarende utfordringer med rekruttering til flere av våre DPS døgnseksjoner og til ARAs døgnseksjoner gjør at tilgang til likeverdige tjenester varierer. Større fagmiljøer er også en nødvendighet for å få bedre effekt av oppgaveglidning og digitale løsninger.

En samling av døgnseksjoner vil gi økonomiske driftsgevinster, da drift av mange små enheter samlet sett er kostbart. Uavhengig av størrelse på enhet må eksempelvis funksjoner som ledelse og stab være etablert. Dersom man skal klare å gjennomføre nødvendige prioriteringer i årene som kommer, er det behov for å skape et økonomisk handlingsrom.

Konsekvenser, risiko og tiltak

Personneltmessige konsekvenser:

Det vil ikke nedbemannes som følge av prosessen og alle ansatte vil beholde arbeidsforhold i foretaket. Flere vil oppleve å enten få nye kollegaer eller måtte endre sitt oppmøtested. Det anerkjennes at det kan oppleves krevende for de som berøres og videre prosess vil følge retningslinjer for omstilling slik at de ansatte ivaretas på best mulig måte. Tiltak for å redusere tap av kompetanse vil være en helhetlig omstillingsprosess som innbefatter dialog og informasjon med alle berørte. Arbeidet må organiseres slik at lederlinjen settes i stand til å stå i denne omstillingen og ivareta medarbeiderne. I tillegg må det vurderes strakstiltak som hospiteringsmuligheter, bytte av personell, fleksible arbeidstidsordninger, teamarbeid med mer for å sikre forsvarlig drift mens omstillingen pågår.

Pasientrelaterte konsekvenser:

Det vil ikke reduseres antall døgnplasser som følge av prosessen. For enkelt pasienter blir reiseveien til DPS døgnbehandling lenger ved samling av DPS døgn på færre steder. Et opphold på DPS døgnseksjon varer vanligvis i to uker eller mer. Den økte reiseveien til og fra innleggelse vil derfor være en mindre ulempe for de fleste pasienter. At enkeltpasienter eller enkeltområder kan rammes uforholdsmessig av endringene, er imidlertid en risikofaktor klinikken er oppmerksom på. Det vil være mulig, og i tråd med føringene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, å utarbeide lokale modeller med polikliniske og ambulante tilbud, eller døgnplasser i kommunal regi, som tiltak rettet mot denne risikoen. Spesielt vil dette gjelde ved avvikling av driften ved Røyse, som er den delen av opptaksområdet hvor reiseveien er lengst. Det legges opp til finansieringsløsninger for samdriftsmodeller med kommunene, som vil være aktuelle å utvikle i fellesskap.

For risiko knyttet til pasientflyt finnes allerede tiltak, som har gitt verdifulle erfaringer.

Det vises spesielt til modellen med «flåtestyring» døgn DPS. Effektene fra denne kan forsterkes gjennom foreslåtte organisasjonsendringer i rapporten fra DPS døgn, med ansettelse av én avdelingssjef for det samlede døgntilbudet.

Økonomiske konsekvenser:

Sett opp mot gevinstrealiseringsplanen vil anbefalte strukturendringer bidra til å løse et helhetlig utfordringsbilde. Det er behov for å styrke kapasitet i akuttpsykiatrien, øke bemanning ved etablering av rusakutt i NSD og styrke poliklinikker i DPS. Dette skal realiseres gjennom reduserte driftskostnader og tilpasning av bemanningsplaner. Reduserte driftskostnader vil være aktuelt både for Klinikk for intern service (KIS) og PHR.

Det er en risiko for at det økonomiske mulighetsrommet blir krevende å realisere, men de foreslåtte tiltakene vurderes som hensiktsmessige og riktige for å møte dagens utfordringer og fremtidens behov.

På bakgrunn av de konsekvenser og risiko man ser er det arbeidet frem en detaljert fremdriftsplan for omstillingsprosessen.

Gevinstrealisering

Samlet sett vil dette gi muliggjøre en gevinstrealisering der investering muliggjøres i parallell med en besparelse gjennom bygningsmessige rokader og tilpasning av bemanningsplaner.

	Sum
Utgangspunkt PHR Bærekraftsplan	70 mnok
Diverse tiltak 2024:	20 mnok
Årsprognose 2024 ut fra dagens regnskap og drift, merforbruk i fht oppsatt plan	0
Utgangspunkt for 2025	50 mnok
Omprioritering i klinikken:	

Styrke akuttpsykiatrien med en akuttseksjon i NSD	+37 mnok
Økt bemanning ved etablering av rusakutt NSD	+5 mnok
Behov for å styrke poliklinikkene i DPS i fht henvisingsvekst og kompensere for bortfall av lokale døgnplasser	+20 mnok
Utfordringsbilde for klinikken	+112 mnok
Tiltak 2025/26:	
Slutføre omstilling i BUPA NSD	15 mnok
Omstille DPS døgn fra fem til tre lokasjoner/seksjoner, estimert innsparing	43 mnok
Forventet inntekstvekst ved styrking av poliklinikkene i DPS	7 mnok
Nytt driftskonsept for BET tilbudet	5 mnok
Omlegging av døgntilbudet i SUA til 5 døgns drift i NSD, som ledd i utvikling av hjemmesykehus	7 mnok
Nye bemanningsplaner for sykehuspsykiatrien	7 mnok
Samling av ARA på en lokasjon	10 mnok
Fremtidens kontortjeneste/helselogistikk-løsninger	3 mnok
Utvikling av teammodeller etter innflytting i NSD	5 mnok
Videre arbeid med oppgaveglidning	5 mnok
Digitalisering	5 mnok
Restutfordring	0

Et foreløpig grovt estimat for nødvendige tilpasninger av bygg er anslagsvis 10 -20 MNOK.

Rokaden frigjør følgende eiendommer for foretaket:

- **Bjerketun**
- **Valbrottveien 23/25 og 17**
- **Røyse**

Dette er også blant de eiendommene som i dag er i dårligst bygningsmessig forfatning (Røyse og Bjerketun). I tillegg vil det bli ledig kapasitet innad i Bærum sykehus for annen virksomhet i foretaket.

Administrerende direktørs vurderinger

Det er samlet sett gjort en grundig utredning. Det vil være risiko knyttet til kompleksitet og avhengigheter når mange medarbeidere skal gjennom en omstilling, og deler av pasienttilbudene skal legges om. Klinikken vurderer at det er en enda høyere risiko ved å ikke gjennomføre nødvendige strukturelle endringer for å sikre en bærekraftig tjeneste i årene fremover.

Administrerende direktør anbefaler på denne bakgrunn at strukturendringer gjennomføres i henhold til foreslått plan.

Vedlegg:

1. Notat Anbefalte strukturendringer i Klinikkk psykisk helse og rus (PHR). Bærekraftsplan 2024-2026
2. Oversikt over medvirkning PHR
3. Fremdrift og aktivitetsplan omstillingsprosessen
4. Referat AMU inkludert uttalelse fra klinikkk verneombud
5. Brev fra Drammen kommune "Nedleggelse av døgnseksjon Konnerud, Drammen DPS"

Dato: 10.07.2024
Saksbehandler: K.Hørthe/H.Taksrud

NOTAT

Til: Administrerende direktør Lisbeth Sommervold
Fra: Klinikkdirektør Kirsten Hørthe

Anbefalte strukturendringer i Klinik psykisk helse og rus (PHR). Bærekraftsplan 2024 – 2026.

Bakgrunn for de foreslåtte endringene:

- Behov for økt kapasitet til å behandle de sykeste pasientene.
- Behov for å styrke poliklinikkene ved alle de distriktspsykiatriske sentrene (DPSene) for å møte den økte pågangen og redusere ventetiden.
- Behov for å styrke rekrutteringen til døgnsesjonene på DPSene og i avdeling for rus og avhengighet (ARA).

De anbefalte endringene innebærer samling av døgntilbud på færre lokasjoner for DPSene og for Avdeling rus og avhengighet (ARA). I dag er disse plassene spredt på hhv. 5 og 4 steder.

Samling av døgnsesjoner vil gi økonomiske driftsgevinster. Dette er viktig for å kunne gjennomføre nødvendige prioriteringer i årene som kommer. Herunder, styrking av kapasiteten i sykehuspsykiatrien, styrking av poliklinikkene i DPSene, samt forsterkning av rusakutt tilbud.

Dagens spredte lokalisering av små seksjoner med mellom 11 til 19 døgnplasser er sårbar for fravær. Det er vanskelig å rekruttere tilstrekkelig antall lege/psykologspesialister. Større enheter med flere ansatte vil øke fleksibilitet ved fravær og gi et viktig rekrutteringsfortrinn.

Endringene bygger på følgende forutsetninger:

- Polikliniske og ambulante tjenester både for barn, unge og voksne opprettholdes lokalt, i Asker, Bærum, Drammen, Kongsberg, Ringerike og Ål.
- Det legges til grunn at den samlede døgncapasiteten opprettholdes, både for DPS-området og ARA.
- Forslaget om samling av DPS døgnsesjoner på færre lokasjoner er i tråd med anbefaling i Eiendomsplan PHR del 2 (styresak 90/2023). Planen omhandler utvikling av all eiendom i PHR utenfor nytt sykehus i Drammen.

Saksutredning

Forskjellige typer døgntilbud innen psykisk helsevern

Fordi de foreslåtte endringene i stor grad dreier seg om balansen mellom kapasitet på sykehusnivå (i dag på Blakstad) og kapasitet i døgnsesjonene på DPS-området, er det viktig å definere hvilke pasientgrupper som kan behandles hvor.

DPS døgnplasser: Har begrensede muligheter til å håndtere volds- og selvmordsrisiko. Det finnes en klar grense for når pasienter er så syke at de ikke trygt kan ivaretas på en DPS døgnseksjon.

Akuttpsykiatriske døgnplasser: Kan ta imot alle typer pasienter, og krever derfor omfattende rammer i form av bygningsmessige forhold, vaktlinjer og bemanning. Slike plasser ligger derfor samlet på psykiatriske sykehus.

Sikkerhetspsykiatriske døgnplasser: Ligger, som de akuttpsykiatriske plassene, samlet på psykiatrisk sykehus. Disse plassene spesialiserer seg på pasienter med høy voldsrisiko. Antall pasienter som dømmes til behandling har steget betydelig de siste 10 år, og er estimert å øke med over 100% frem mot topp i 2034 (overordnet plan for sikkerhetspsykiatri, 2023).

Det er fra både et faglig og ressursmessig perspektiv viktig å ha den riktige sammensetningen av døgnplasser.

Dagens driftssituasjon og kapasitetsutnyttelse

Klinikken har høyt belegg i sykehuspsykiatrien, gjennomsnittlig 100.4% for de akuttpsykiatriske døgnseksjonene så langt i 2024. Samtidig ligger samlet beleggsprosent for døgnseksjonene ved DPSene på rundt 70%.

Av statusrapportene fra akutt- og sikkerhetspsykiatri (hhv. Akuttnettverket, 2021 og SIFER, 2019) fremgår det at klinikk for Psykisk Helse og Rus i Vestre Viken har det laveste antallet sikkerhetsplasser, og det nest laveste antallet akuttpsykiatriske plasser per innbygger i HSØ. Ifølge Helsetilsynets anbefaling bør gjennomsnittlig belegg i denne type seksjoner ligge på 85%.

Det ble i 2022 utarbeidet en nasjonal framskrivningsmodell for kapasitet i psykisk helsevern og rus behandling. Denne viser at Vestre Viken har færre døgnplasser enn hva framskrevet behov tilsier. Dette gjelder antall døgnplasser på sykehusnivå for mennesker med alvorlige psykiske lidelser både i akutfase og i behandlingsfase. Dagens døgnkapasitet innenfor DPS-området er ifølge framskrivningsmodellen på nivå med beregnet kapasitetsbehov i 2040.

Dagens situasjon med kombinasjon av både overbelegg og lav liggetid i akuttpsykiatrien på Blakstad synligjør et klart behov for flere døgnplasser til de sykeste pasientene. Plasser for disse pasientene må komme i sykehuspsykiatrien, da dette er pasientgrupper med behov for behandling innfor rammer som DPS døgnseksjoner ikke har.

Det er også behov for å styrke poliklinikkene i de distriktskykiatriske senterne (DPS). Det er ved disse lokale poliklinikkene de aller fleste pasienter får sin behandling. Antall henvisninger til poliklinikkene har økt med 48 % i perioden 2019-2024.

De ovennevnte kapasitetsutfordringene i sykehuspsykiatrien ble ROS analysert i juni 2023 i forbindelse med planlagt innflytting i nytt sykehus i 2025. Det ble påvist høy risiko som viste behov for tiltak. Arbeidstaker- og arbeidsgiversiden var enige i risikobildet og behovet for tiltak for å øke kapasitet. Det ble derfor foreslått å øke kapasiteten i det nye sykehuset i akuttaksen. Arbeidstakerrepresentantene vurderte at ovennevnte forslag ikke var tilstrekkelig utredet, og at saken manglet nødvendig kobling til gjennomføring av foretakets bærekraftsplan.

Klinikkdirektør valgte å utrede forslaget ytterligere, og vurderer at alternativet som nå fremlegges har en mer langsiktig strategisk retning, og er en bedre helhetsmodell for omstillingen som håndterer utfordringsbilde i klinikken samlet sett.

Behov for å styrke kapasiteten i sykehuspsykiatrien

Gjennom lang tid har døgnbehandlingen i sykehuspsykiatrien nærmest permanent hatt høyt belegg, og over lengre perioder overbelegg. Det er satt inn kompensierende tiltak, som mulighet til å iverksette bruk av ekstra senger på Blakstad, samt en modell med overordnet styring av DPS døgnsenger, også kalt «flåtestyring». Dette er tiltak som har gitt noe effekt, men tiltaket med ekstra senger på Blakstad vil være svært vanskelig å opprettholde ved innflytting i NSD, da nytt sykehus naturlig nok ikke er planlagt med ekstrarom som kan brukes ved overbelegg. Det er en samlet prioritering for klinikken å styrke akuttkapasiteten i NSD med en akuttseksjon.

Eiendomsplan PHR del 2

Samling av DPS døgnseksjoner på færre lokasjoner

Når det gjelder den delen av klinikk PHR som ikke skal flyttes inn i NSD, er det gjennomført to utredninger knyttet til eiendomsmassen. Utredningene skjedde i tett samarbeid med tillitsvalgte, vernetjenesten og Brukerutvalget, og resulterte i Eiendomsplan PHR del 2 (vedtak i styresak 90/2023).

Det ble i planarbeidet vektlagt konsekvenser for pasienter og medarbeidere. Det er på det rene at enkelte vil få lengre reisevei til DPS døgnbehandling. Hovedkonklusjonen var likevel at for pasientene er ikke direkte nærhet til døgnvirksomhet av samme betydning som for polikliniske og ambulante tjenestetilbud. Solid fagmiljø med høy kompetanse og stabil bemanning ble vurdert å være av større betydning enn reisevei for pasienter og pårørende. Samling på færre lokasjoner med større fagmiljøer ble også vurdert å ha stor betydning for fremtidig rekruttering.

Eiendomsplanen foreslår at klinikken på sikt reduserer antall DPS døgnenheter fra dagens 5 til 2 eller 3 lokasjoner i opptaksområdet. Det forutsettes at kapasitet opprettholdes uavhengig av antall fysiske lokasjoner. Eiendomsplanen tar ikke stilling til hvor i opptaksområdet 2 eller 3 døgnseksjoner skal ligge, men planen inneholder vurderinger av tilstand på byggene og mulighet for tilpasning av bygg som i dag brukes til døgnbehandling.

Samling av døgnseksjoner i ARA på færre lokasjoner

ARA har i dag 4 døgnseksjoner spredt på 4 lokasjoner: 2 i Drammen, 1 på Bærum sykehus og 1 på Blakstad. I ny foreslått organisering vil det bli 1 seksjon for pasienter med ruslidelser i det nye sykehuset. Denne seksjonen benevnes Rusakutt og skal behandle ruspasienter som er i behov av akutt innleggelse, i tillegg til å ta elektive avrusningspasienter. Dette vil styrke den faglige delen av øyeblikkelig hjelp-tilbudet for denne pasientgruppen, som så langt har vært lagt på akuttpsykiatrien.

De 3 øvrige ARA-seksjonene utenfor NSD anbefales samlet på en lokasjon. Dette for å styrke rekruttering og beholde personell, som i dag er svært vanskelig særlig mht spesialister. Det er enighet om at samling er gunstig for pasienter og medarbeidere. Samtidig har diskusjonen gått på hvor denne samlingen bør skje, og om det er mulig å oppnå positive effekter ved å gå for en løsning som ikke samler de 3 seksjonene, men kun 2 og hvor 1 vil bli liggende alene.

Styrking av poliklinikkene i DPSene

Poliklinikkene i PHR har gjennom pandemien hatt en betydelig henvisningsvekst. For BUP'ene ser det nå ut til å flate noe ut, men DPS'ene har en vekst på 48 %, sammenlignet med 2019 (før pandemien). Begge fagområdene kan forventes å få nye arbeidsoppgaver, og det arbeides med tiltak for å sikre nødvendig prioritering av de samlede ressursene.

Gjennom revidert nasjonalbudsjett er det hovedretninger som er i samsvar med det klinikken vurderer er nødvendige omprioriteringer:

- Styrking av sikkerhetspsykiatrien, herunder mulighet for videreutvikling og eventuell utbygging av FACT sikkerhet (ambulerende team).
- Forventninger om redusert ventetid og færre avslag gjør det nødvendig å se på behovet for å styrke poliklinikkene.
- Utprøving av nye samarbeidsmodeller sammen med kommunene er aktuelt, og klinikken har det mest helhetlige og omfattende FACT tilbudet så langt i Norge, slik at det ligger godt til rette for å kunne prøve ut nye modeller.

Sammenliknende analyser av kostnadsnivå innen psykisk helsevern og rusbehandling i HSØ-foretakene

I forbindelse med klinikkens arbeid med tiltak i bærekraftsplanen våren 2023 ble det innhentet analysegrunnlag som sammenliknet PHRs kostnader med tilsvarende virksomheter i HSØ. Dette dannet grunnlag for tiltak, men var ikke tilstrekkelige for å kunne håndtere det samlede utfordringsbilde.

Sammenligningen viste også at PHR har driftskonsepter i dag som ikke er organisert på samme måte som i andre helseforetak. Dette er gode faglige tilbud som klinikken ønsker å videreutvikle. Det er påbegynt utredninger for finne ut hvilke fremtidige driftskonsepter disse bør utvikle for å møte de aktuelle pasientgruppens behov.

Status på utredningsarbeid

Det har vært gjennomført et omfattende utredningsarbeid, hvor ulike modeller for døgndrift i ARA og i DPS har vært vurdert. Parallelt har det vært arbeidet med bemanningsplaner for alle døgnsesjonene i voksenpsykiatri og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (VOP/TSB).

Det er gjort risiko- og sårbarhetsanalyser underveis i prosessen, tilknyttet de ulike delprosessene som fungerer som underlag for en samlet plan og strategisk retning for klinikken fremover. Det er særlig på kort sikt det er høy risiko, på lengre sikt er tiltakene ment å ha risikoreduserende effekt for klinikken samlet sett. Det må derfor arbeides ytterligere med tiltak for å redusere risiko på kort sikt. Det er to områder som peker seg ut med høy risiko tap av kompetanse og omfattende endringer i pasientflyt.

Medvirkning

Klinikkutvalg og klinikkverneombud har medvirket sammen med arbeidsgiver siden juni 2023 for å finne bærekraftige løsninger på utfordringene som er beskrevet over. Det har vært jobbet systematisk med problemstillingene i tråd med retningslinjer for partsamarbeid. Det har vært avholdt dialogmøter, arbeidsmøter, gjennomført risiko og sårbarhetsanalyser, workshops, drøftingsmøter med mer. Se vedlagte oversikt over avholdte medvirkningsmøter.

Informasjon til samarbeidspartnere internt og eksternt

Informasjon til medarbeidere skjer i personalmøter med nærmeste leder, i møter med verneombud og tillitsvalgte, gjennom deltakelse i arbeidsgrupper og workshops. I tillegg har klinikkdirektør informert i mail til alle berørte medarbeiderne i døgnsesjonene på DPSene og i ARA. Bedriftshelsetjenesten har vært, og vil være, en viktig ressurs for medarbeidere og ledere i slike prosesser.

Klinikkdirektør har informert og hatt dialog med Brukerutvalget i Vestre Viken om utfordringene som klinikken må finne løsninger for. Det har vært dialog gjennom året som har gått siden arbeidet med bærekraftsplanen startet.

Utfordringene og forslag til retning på strukturelle endringer i PHR har vært gjennomgått i Strategisk Samarbeidsutvalg (SSU) i Helsefelleskapet i Vest-Viken i to møter inneværende år.

Det ble også sendt mail til alle kommunene hvor det ble gitt informasjon om pågående utredningsarbeid av døgn tjenestene innen ARA og DPSene i PHR. Det ble i samme mail bedt om innspill og synspunkter på dagens tilbud.

Det er utarbeidet en omfattende fremdrifts og aktivitetsplan som inkluderer hele omstillingsprosessen. Det er tett dialog med enkelt kommuner og samtlige kommuner i opptaksområdet er invitert til en dialogkonferanse om organisering og utvikling av klinikken 11.10.24.

Konsekvenser, risiko og tiltak

Personellmessige konsekvenser:

Det vil ikke nedbemannes som følge av prosessen og alle ansatte vil beholde arbeidsforhold i foretaket. Flere vil oppleve å enten få nye kollegaer eller måtte endre sitt oppmøtested. Det anerkjennes at det kan oppleves krevende for de som berøres og videre prosess vil følge retningslinjer for omstilling slik at de ansatte ivaretas på best mulig måte. Tiltak for å redusere tap av kompetanse vil være en helhetlig omstillingsprosess som innbefatter dialog og informasjon med alle berørte. Arbeidet må organiseres slik at lederlinjen settes i stand til å stå i denne omstillingen og ivareta medarbeiderne. I tillegg må det vurderes strakstiltak som hospiteringsmuligheter, bytte av personell, fleksible arbeidstidsordninger, teamarbeid med mer for å sikre forsvarlig drift mens omstillingen pågår.

Det er i dag et stort antall ledige stillinger i døgnseksjonen som dekkes opp av kortvarige vikariater, ekstravakter og overtid. Dette medfører at klinikken vil kunne håndtere innplassering av samtlige ansatte.

Pasientrelaterte konsekvenser:

Det vil ikke reduseres antall døgnplasser som følge av prosessen. For enkelt pasienter blir reiseveien til DPS døgnbehandling lenger ved samling av DPS døgn på færre steder. Et opphold på DPS døgnseksjon varer vanligvis i to uker eller mer. Den økte reiseveien til og fra innleggelse vil derfor være en mindre ulempe for de fleste pasienter. At enkeltpasienter eller enkeltområder kan rammes uforholdsmessig av endringene, er imidlertid en risikofaktor klinikken er oppmerksom på. Det vil være mulig, og i tråd med føringene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, å utarbeide lokale modeller med polikliniske og ambulante tilbud, eller døgnplasser i kommunal regi, som tiltak rettet mot denne risikoen. Spesielt vil dette gjelde ved avvikling av driften ved Røyse, som er den delen av opptaksområdet hvor reiseveien er lengst. Det legges opp til finansieringsløsninger for samdriftsmodeller med kommunene, som vil være aktuelle å utvikle i fellesskap.

For risiko knyttet til pasientflyt finnes allerede tiltak, som har gitt verdifulle erfaringer.

Det vises spesielt til modellen med «flåtestyring» døgn DPS. Effektene fra denne kan forsterkes gjennom foreslåtte organisasjonsendringer i rapporten fra DPS døgn, med ansettelse av én avdelingssjef for det samlede døgn tilbudet.

Økonomiske konsekvenser:

Sett opp mot gevinstrealiseringsplanen vil anbefalte strukturendringer bidra til å løse et helhetlig utfordringsbilde. Det er behov for å styrke kapasitet i akuttpsykiatrien, øke bemanning ved etablering av rusakutt i NSD og styrke poliklinikker i DPS. Dette skal realiseres gjennom reduserte driftskostnader og tilpasning av bemanningsplaner. Reduserte driftskostnader vil være aktuelt både for KIS og PHR. Det er en risiko for at det økonomiske mulighetsrommet blir krevende å realisere, men de foreslåtte tiltakene vurderes som hensiktsmessige og riktige for å møte dagens utfordringer og fremtidens behov.

På bakgrunn av de konsekvenser man ser vil det bli arbeidet ytterligere med en helhetlig plan for omstillingsprosessen, hvor det vil bli tydeliggjort tidspunkt for nærmere avklaringer.

Anbefalt alternativ

Klinikkdirektørs forslag har vært drøftet med tillitsvalgte, og på bakgrunn av drøftingene foreslås følgende innretning:

- DPS døgntilbud foreslås samlet på 3 lokasjoner: Døgnseksjonen Sikta i Asker DPS, døgnseksjonen Dr. Høstsvei i Bærum DPS og døgnseksjonen ved Kongsberg DPS.
- Dagens døgnkapasitet i Drammen DPS beliggende på Torsberg (Konnerud) og døgnvirksomheten på Røyse i Hole flyttes og samles på de tre øvrige.
- Døgnbehandlingen i ARA samles på Torsberg i Drammen.

Se tabell under for nærmere informasjon om lokalisering.

Bygningsmessig rocade:		
Avdeling/seksjon	Nåværende lokasjon	Ny lokasjon
ARA døgntilbud og LAR-poliklinikken Buskerud	Haugesgate., Blakstad, Bærum sykehus, Torsberg	Torsberg
DPS-døgn samles på tre lokasjoner og omorganiseres til tre døgnseksjoner	Dr.Høst, Sikta, Kongsberg DPS, Røyse, Torsberg	Dr.Høstsvei, Sikta, Kongsberg DPS
FACT-team Drammen DPS, akutteam Drammen DPS, FACT Ung team Drammen BUP	Torsberg, Valbrottveien 17	Haugesgate
FACT-team Ringerike DPS, FACT Ung Ringerike BUP	Røyse, Ringerike kommune	Ringerike sykehus, utredes i samarbeid med KIS
FACT Ung team Bærum, Spesialpoliklinikken BUPA	Bjerketun	Dr. Høstsvei 35 for FACT Ung, Blakstad sykehus – mulig leieavtale Spesialpoliklinikken
FACT-team Asker DPS, akutteam Asker DPS	Sikta	Mulighet for en leieavtale, utredes i samarbeid med KIS

Rokaden frigjør følgende eiendommer for foretaket:

- Bjerketun i sin helhet
- Valbrottveien 23/25 og 17
- Røyse

Dette er også blant de eiendommene som i dag er i dårligst bygningsmessig forfatning (Røyse og Bjerketun). I tillegg vil det bli ledig kapasitet innad i Bærum sykehus for annen virksomhet i foretaket. Rokaden gir også effektiviseringsmuligheter for KIS, knyttet til driftsøkonomi, ved å skulle drifte færre lokasjoner samlet sett.

Klinikk for intern service har i samarbeid med PHR gjort foreløpige utredninger av behov for tilpasninger av dagens bygg for å kunne realisere forslaget om døgn drift på færre lokasjoner. Utredningene viser et investeringsbehov på mellom 5 – 20 MNOK.

Tabellen under viser innretning på Bærekraftsplan for PHR i perioden 2024 – 2026.

Gvinstrealisering

	Sum
Utgangspunkt PHR Bærekraftsplan	70 mnok
Tiltak 2024:	20 mnok

Årsprognose 2024 ut fra dagens regnskap og drift, merforbruk i fht oppsatt plan	0
Utgangspunkt for 2025	50 mnok
Omprioritering i klinikken:	
Styrke akuttpsykiatrien med en akuttseksjon i NSD	+37 mnok
Økt bemanning ved etablering av rusakutt NSD	+5 mnok
Behov for å styrke poliklinikkene i DPS i fht henvisingsvekst	+20 mnok
Utfordringsbilde for klinikken	+112 mnok
Tiltak 2025/26:	
Slutføre omstilling i BUPA NSD	15 mnok
Omstille DPS døgn fra fem til tre lokasjoner/seksjoner, estimert innsparing	43 mnok
Forventet inntekstvekst ved styrking av poliklinikkene i DPS	7 mnok
Nytt driftskonsept for BET tilbudet	5 mnok
Omlegging av døgntilbudet i SUA til 5 døgn drift i NSD, som ledd i utvikling av hjemmesykehus	7 mnok
Nye bemanningsplaner for sykehuspsykiatrien	7 mnok
Samling av ARA på en lokasjon	10 mnok
Fremtidens kontortjeneste/helselogistikk-løsninger	3 mnok
Utvikling av teammodeller etter innflytting i NSD	5 mnok
Videre arbeid med oppgaveglidning	5 mnok
Digitalisering	5 mnok
Restutfordring	0

Omstilling - tidsperspektiv

Gevinstrealiseringen vil skje ved gjennomføring av omstilling for å tilpasse bemanningsplaner, samt gjennomføre de bygningsmessige rokadene. Tidsperspektivet vil måtte koordineres med innflytting i NSD. Når det gjelder tiltakene med helselogistikk, teammodeller, digitalisering og oppgaveglidning vil konkretiseringen av disse jobbes ut frem mot 2026.

Vurdering

Samlet sett er det nødvendig for klinikken å finne en helhetlig løsning, som gir mulighet til å gjennomføre de prioriteringer som er gjort ved styrking av akuttkapasiteten i sykehuset og også ha midler til å kunne styrke den polikliniske kapasiteten ved DPS. Beslutningene som skal fattes vil få konsekvenser for pasienter og medarbeidere for flere år fremover. Perspektivet i beslutningen må være tilstrekkelig langsiktig.

Det vurderes at det er nødvendig å opprette større fagmiljøer for å lykkes med rekruttering. Dette gjelder alle områdene, men TSB i særdeleshet, da fagområdet har særskilte rekrutteringsutfordringer.

Det er en uttalt målsetning at pasienter skal ha tilgang til likeverdige tjenester. Vedvarende utfordringer med rekruttering til flere av våre DPS døgnseksjoner og til ARAs døgnseksjoner gjør at tilgang til likeverdige tjenester varierer. Større fagmiljøer er også en nødvendighet for å få bedre effekt av oppgaveglidning og digitale løsninger.

Det vurderes at risikoen ved omfattende endringer samtidig i klinikken ikke oppveier den mulige gevinsten klinikken vil få ved å reorganisere tjenestetilbudet samlet sett, i tråd med de prioriteringer som er gjort. Klinikken har betydelige økonomiske rammer til disposisjon samlet sett, og det er vesentlig å gjøre nødvendige prioriteringer slik at beslutninger og føringer som er fattet, enten internt, fra foretaket, fra HSØ eller fra politisk hold, kan realiseres innen de gitte rammene.

Videre saksgang

Forslagene til drøfting har medført uro i organisasjonen. Det har vært betydelig interesse for saken i lokalpressen, og det har vært politisk interesse både lokalt og fra Stortinget.

Det er slik at enkelte tillitsvalgte mener at forslaget ikke er tilstrekkelig utredet, og i etterkant anfører at det ville vært mer hensiktsmessig med en utredning av konkrete lokasjoner tidligere i prosessen. Arbeidsgiver vurderer likevel at påpekningene fra tillitsvalgte og klinikkhovedverneombud som fremkom i uenighetsprotokollen fra januar 24, er tilstrekkelig belyst for å kunne fatte beslutning. Videre er det noe uenighet om risikovurderingene som er gjort er på et høyt nok konkretiseringsnivå for å kunne vurdere risiko tilstrekkelig, og dermed iverksette relevante tiltak.

Klinikkdirektør vurderer at det samlet sett er gjort en grundig utredning, men at det uansett vil være høy grad av risiko knyttet til gjennomføring. Dette skyldes kompleksitet og avhengigheter når mange medarbeidere skal gjennom en omstilling og deler av pasienttilbudene skal legges om.

Det er etablert en særskilt organisering i klinikken for å kunne håndtere en omstilling av en slik størrelse.

Selv om det er risiko knyttet til forslaget, er vurderingen at det er en enda større risiko ved å ikke gjennomføre dette. Denne handler primært om de områdene i klinikken som kapasitetsmessig har store utfordringer (akuttpsykiatrien, sikkerhetspsykiatrien og de voksenpsykiatriske poliklinikkene).

Viser til eget vedlegg for oversikt over medvirkning i forbindelse med gjennomføring av tiltak i bærekraftsplanen og Eiendomsplanen for PHR., samt vedlagt dokumentoversikt. Dersom det er ønskelig, kan øvrig aktuell dokumentasjon oversendes.

Vedlegg 2 - Gjennomført og planlagt medvirkning i forbindelse med gjennomføring av tiltak i Bærekraftsplanen og Eiendomsplanen for PHR.
Oversikt gjennomførte møter

Dato	Tema for møte	Deltakere	Dokumentasjon
22.06.23	Programstyre	Ledere, KHTV, KHVO, brukerrepresentant	Saksfremlegg og protokoll
14.09.23	WS utviklingsarbeid 2024 - 2026	Ledere, TV, VO	
05.10.23	Budsjettmøte	Ledere, TV, VO	
20.10.23	Risikovurdering budsjett 2024	Ledere, TV, VO	Risikomodulen
25.10.23	Kortsiktige muligheter Eiendomsplanen	OPAK, Ledere, TV, VO	
09.11.23	Drøfting budsjett 2024	Ledere, TV, VO	Drøftingsnotat og drøftingsreferat
01.12.23	WS 1 DPS-døgn	Ansatte DPS døgn, TV, VO, ledere	
01.12.23	Risikovurdering prosess DPS	Ledere, TV, VO	Referat (Excel)
11.12.23	Drøftingsmøte DPS/ARA – del 2	Ledere, TV, VO	Drøftingsnotat og drøftingsreferat
13.12.23	Arbeidsgruppe bemanningsplaner NSD	Ledere, VO, TV	
19.12.23	Arbeidsgruppe bemanningsplaner NSD	Ledere, VO, TV	
20.12.23	Mulighetsrom samling DPS seksjoner og samling ARA	OPAK, Ledere, TV, VO	
10.01.24	Risikovurdering lokasjon samling DPS døgn/samling ARA – del 1	Ledere, VO, TV	
15.01.24	Risikovurdering lokasjon samling DPS døgn/samling ARA – del 2	Ledere, VO, TV	Referat (Excel)
18.01.24	Risikovurdering ARA lokasjon	Ledere, TV, VO	Referat (Excel)
19.01.24	Mulighetsrom samling DPS seksjoner og samling ARA etter innspill fra KHTV og KHVO – kun oversendt presentasjon - ikke møte	OPAK, Ledere, TV, VO	
25.01.24	Arbeidsgruppe bemanningsplaner NSD	Ledere, VO, TV	
29.01.24	Drøftingsmøte DPS/ARA – del 2	Ledere, TV, VO	Drøftingsnotat, drøftingsprotokoll, uenighetsprotokoll
31.01.24	WS 1 Bemanningsplaner NSD	Ledere, TV og VO	

02.02.24	WS 2 DPS-døgn	Ansatte DPS døgn, TV, VO, ledere	
02.02.24	Arbeid med tidslinjer ARA og DPS	Ledere, VO, TV	
15.02.24	Arbeidsgruppe bemanningsplaner NSD	Ledere, VO, TV	
19.02.24	Utvidet dialogmøte – status bærekraftsplanen og plan for videre medvirkning	Ledere, TV, VO	Referat
07.03.24	Utvidet dialogmøte – videre arbeid med tidslinje og planer	Ledere, TV, VO	
07.03.24	Arbeidsgruppe bemanningsplaner NSD	Ledere, VO, TV	
11.03.24	Forberede WS 3 DPS-døgn	Ledere, TV, VO	
18.03.24	Utvidet dialogmøte. Retningsvalg og mulighetsrom Bærekraftsplanen m.m. Tidslinjer, fremdrift identifisere oppg. Ansvarsfordeling.	Ledere, VO, TV	
03.04.24	WS 3 DPS-døgn	Ansatte DPS døgn, TV, VO, ledelse	
11.04.24	Arbeidsgruppe bemanningsplaner NSD	Ledere, VO, TV	
15.04.24	Evaluering risikovurdering budsjett 24	Ledere, VO, TV	Risikomodulen
17.04.24	WS 4 DPS-døgn	Ansatte DPS døgn, TV, VO, ledelse	
19.04.24	Risikovurdering driftskonsept ARA	Ledere, TV og VO	Referat (Excel)
24.04.24	WS 2 Bemanningsplaner NSD	Ledere, TV og VO	
03.05.24	WS 1 Bemanningsplaner ARA	Ledere, TV og VO	
06.05.24	Lokalisering ARA – beskrive drift ARA alternative lokasjoner	Prosjektgruppe, ledelse, TV, VO	
08.05.24	WS 1 BET	Ledere, TV og VO	
16.05.24	WS 2 BET	Ledere, TV og VO	
20.05.24	Leveranse anbefaling driftsmodell for DPS og ARA		Saksfremlegg til programstyret 29.05.24
21.05.24	Risikovurderinger av modeller DPS døgn	Ledere, VO, TV	Referat (Excel)
21.05.24	Gjennomgang estimerer DPS døgn	Ledere, VO, TV	
23.05.24	Dialogmøte om bærekraftsplanen og fremtidige omstillinger	Ledere, VO, TV	

29.05.24	Ekstraordinært programstyremøte	Ledere, VO, TV	Saksfremlegg
30.05.24	WS mulighetsrommet bærekraftsplanen og eiendomsplanen	Ledere, VO, TV, OPAK	Referat (PowerPoint)
31.05.24	WS 3 BET	Ledere, TV og VO	
01.06.24	Leveranse NSD bemanningsplaner		Rapport
03.06.24	Ekstraordinært dialogmøte, sårbarhetsanalyse	Ledere, VO, TV	Referat (PowerPoint)
12.06.24	Drøftingsmøte 1	Ledere, KHVO, KHTV	Drøftingsreferat
13.06.24	Programstyremøte	LG, KHTV, KHVO, brukerrepresentant	Protokoll og saksfremlegg
17.06.24	Drøftingsmøte 2	Ledere, KHVO, KHTV	Drøftingsreferat
20.06.24	Utvidet ledersamling PHR	Ledernivå 2 - 5, KHTV, KHVO,	
20.06.24	Planlegge høsten	Ledere, KHVO, KHTV	

Tentativ fremdriftsplan – helhetlig rokade

Uke	Aktivitet	Deltakere
Uke 34	Revidert ROS-analyse omstilling – tiltak for å redusere risiko	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO
Uke 34	Ferdigstille tidslinje for bygningsmessig rokade	PHR ledergruppe, KIS
Uke 34	Konkretisering av mulige tiltak for å beholde personell, workshop	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO, HR, BHT
Uke 35-37	Utarbeide scenarier potensiell turnover for de seksjoner med vurdert høyest risiko	ARA – Blakstad, Bærum DPS – Torsberg, Røyse
Uke 35	E.o. AMU	AMU
Uke 36	Felles samling ledere, tillitsvalgte, verneombud – tema partssamarbeid og omstilling	Ledere som har roller i omstillingsarbeidet, TV, VO, HR
Uke 35 - 38	Arbeidsprosess SUA, handlingsplan for dreining av konsept mot hjemmesykehus	Egen arbeidsgruppe/ arbeidsprosess etableres
Uke 35 - 38	Slutføring av konseptmodell BET	Fortsetter prosess med WS
Uke 36 - 38	Organisering ARA og DPS døgn, ledernivåer, seksjoner, avdelinger WS	Organiseres som WS
Uke 41	Drøfting av organisering, kompetansekrav ledere, utvalgskrets	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO
Uke 38-42	Bemannings- og kompetansekrav for alle seksjoner i omstilling	Egne arbeidsgrupper
Uke 41-43	Prosess med kartleggingsamtaler ledere / utlysning	Nærmeste leder ihht omstillingsavtalen
Uke 43	ROS gjennomgang av tiltak, vurdering av scenarier	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO
Uke 44 og uke 45	Drøftingsmøte bemannings- og kompetanseplaner	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO

Uke 46	Felles gjennomgang omstillingsavtalen, planer for kartleggingssamtaler etc	Ledere som har roller i omstillingsarbeidet, TV, VO, HR
Uke 47 – uke 51	Gjennomføring av kartleggingssamtaler	Lokale ledere
Uke 1 – uke 2	Gjennomgang og utarbeide forslag til innplassering	PHR ledelse
Uke 3	Drøftingsmøte innplassering	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO, HR
Uke 4-6	Omstillingssamtaler	Lokale ledere, bistand HR
Uke 7	Drøftingsmøte 2 - innplassering	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO, HR
Uke 8-10	Eventuell omstillingssamtale 2	Lokale ledere, bistand HR
Uke 11	Avsluttende drøftingsmøte innplassering	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO, HR
Uke 12	ROS - tiltak	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO, HR
Uke 13 – uke 15	Arbeid med turnus, tilrettelegging, møter BHT etc – mottak av nye medarbeidere	Lokale ledere
Uke 18	Felles samling – håndtering av omstilling / arbeid med fremdriftsplaner	Ledere som har roller i omstillingsarbeidet, TV, VO, HR, BHT
Uke 20	WS – fremtidige evalueringskriterier	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO, HR
Uke 24	Evaluering av omstillingsprosessen	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO, HR

I tillegg er det behov for følgende:

- Ukentlige dialogmøter med TV/KVHO for fortløpende avklaringer

Det må utarbeides en kommunikasjonsplan med faste tidspunkt og nivå for informasjon

FREMDRIFTS- OG AKTIVITETSPLAN – HELHETLIG ROKADE PHR

Dato	Aktivitet	Deltagere	Sted	Ansvarlig	Kommentar
19.08.24, kl 1400 - 1500	Dialogmøte	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO	Digitalt	Kirsten Hørthe	Gjennomgang drøftingsprotokoll
28.08.24, kl 1400 - 1500	e.o. AMU	AMU PHR	Digitalt	Svein Gabrielsen	AMU-behandling av foreslått omstilling
30.08.24	Møte representanter brugerutvalget	Representanter Brukerutvalget, Kirsten Hørthe, Sondre S Engebretsen		Kirsten Hørthe/Sondre S Engebretsen	Dialog med brugerutvalget, plan for brugerinvolvering
02.09.24, kl 1200 - 1500	ROS - områdenivå	Nivå 2,5, 3, 4 i DPS, ARA, Blakstad akutt, Unge, VO samme seksjoner, TV klinikk, KHVO, representanter døgn	Gymsalen Blakstad	Heidi Taksrud/ Aasmund Ørbeck-Nilsen	ROS i grupper for alle områder, regi OU/HMS
02.09.24	Orientering Strategisk samarbeidsutvalg	SSU		Kirsten Hørthe	Orientering nivå 2 samarbeid
06.09.24, kl 0900 - 1200	Felles samling ledere, tillitsvalgte, verneombud – tema partssamarbeid og omstilling	Ledere i PHR nivå 2-4, tillitsvalgte og verneombud samme nivå	Håndverker- gården, Drammen	Heidi Taksrud	Felles samling
Uke 35 - 40	Slutføring av konseptmodell BET	Egen organisering av denne		Marit Opsahl/ Sondre S Engebretsen	Under planlegging
Uke 36 - 38	Organisering ARA - Egen WS basert på innspill i drøftinger før sommeren	Representanter ARA, tillitsvalgte/VO		Halstein Oskarsen/ Svein Gabrielsen	Tidspunkt og sted avklares
Uke 36 - 38	Organisering DPS – beskrivelse av ledernivå, omrokking av stabsressurser	DPS ledergruppe		Katrine Hippe	Klargjøring av dokument til drøfting basert på godkjent prosjektrapport

Dato	Aktivitet	Deltagere	Sted	Ansvarlig	Kommentar
09.09.24*, kl 1400 - 1530	Dialogmøte – klargjøring partssamarbeid i omstillingsprosessen og evalueringskriterier for prosessen	PHR ledergruppe, KTV/KHVO	Digitalt	Kirsten Hørthe/Heidi Taksrud	Må muligens flyttes grunnet møtekollisjon med AD's ledersamling
11.09.24, kl 1000 - 1130	Utvidet ledermøte PHR	Ledere nivå 2-4, Akutt Blakstad, Unge Blakstad, DPS døgn, ARA	Hallingskarvet G32, Drammen	Heidi Taksrud	Gjennomgang omstillingsavtalen
16.09.24, kl 1330 - 1530	Budsjettmøte PHR	PHR ledergruppe, KTV/KHVO	Tyrifjord, G32	Svein Gabrielsen	
23.09.24, kl 1400 - 1500	Dialogmøte PHR	PHR ledergruppe, KTV/KHVO	Digitalt	Kirsten Hørthe	Tema omstilling, eventuelt budsjett
26.09.24, kl 1200 - 1500	Utvidet ledermøte PHR – tema NSD	Nivå 2-4 for seksjonene i PHR som skal flytte inn i NSD	Gymsalen Habilitering, inngang Wergelandsgt Drammen	Heidi Taksrud/ Aasmund Ørbeck-Nilsen	Arbeidsmøter klinikkovergripende temaer i NSD
30.09.24, kl 1400 - 1500	Dialogmøte PHR	PHR ledergruppe, KTV/KHVO	Digitalt	Kirsten Hørthe	
07.10.24 kl 1400 - 1530	Drøfting av organisering, kompetansekrav ledere, utvalgskrets	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO	Tyrifjord, G32	Heidi Taksrud	
Uke 35-42	Bemannings- og kompetansekrav for alle seksjoner i omstilling	Egne grupper med nivå 3		Svein Gabrielsen	Klargjøring av dokumenter for drøfting
Uke 41-42	Prosess med kartleggingssamtaler ledere	Nærmeste leder ihht omstillingsavtalen		Halstein Oskarsen, Katrine Hippe, Marit Opsahl	

Dato	Aktivitet	Deltagere	Sted	Ansvar	Kommentar
10.10.24, kl 1200 - 1500	Utvidet ledermøte DPS døgn, ARA	Ledere nivå 2-4, ARA og DPS døgn	Gymsalen Habilitering, inngang Wergelandsgt Drammen	Heidi Taksrud/ Aasmund Ørbeck-Nilsen	Arbeidsmøte utvikling av døgntilbudet utenfor NSD
11.10.24, kl 0900 - 1400	Dialogkonferanse kommunene	Kommunene i opptaksområde, ledere nivå 2-3 PHR og deltagere fra hver avdeling	Scandic Ambassadør, Drammen	Heidi Taksrud/ Aasmund Ørbeck-Nilsen	Dialogkonferanse med kommunene, omstilling i PHR
14.10.24, kl 1400 - 1500	Dialogmøte PHR	PHR ledergruppe, KTV/KHVO	Digitalt	Kirsten Hørthe	
21.10.24, kl 0815 - 0915	Drøftingsmøte innplassering seksjonsledere	PHR ledergruppe, KTV/KHVO	Digitalt	Heidi Taksrud	
21.10.24 kl 1230 - 1530	ROS Budsjett PHR	PHR ledergruppe, KTV/KHVO	Tyrifjord, G32	Svein Gabrielsen/ Kirsten Nystuen	
28.10.24, kl 1200 - 1500	Drøftingsmøte 1 bemanning- og kompetanseplaner	PHR ledergruppe, KTV/KHVO	Tyrifjord, G32	Heidi Taksrud	
04.11.24, kl 1100 - 1230	Drøftingsmøte Budsjett PHR	PHR ledergruppe, KTV/KHVO	Tyrifjord, G32	Svein Gabrielsen	
04.11.24 kl 1200 - 1500	Drøftingsmøte 2 bemannings- og kompetanseplaner	PHR ledergruppe, KTV/KHVO	Tyrifjord, G32	Heidi Taksrud	
07.11.24 kl 1200 - 1500	Utvidet ledermøte PHR – tema NSD	Nivå 2-4 for seksjonene i PHR som skal flytte inn i NSD	Hallingskarvet, G32	Heidi Taksrud/ Aasmund Ørbeck-Nilsen	

Dato	Aktivitet	Deltagere	Sted	Ansvar	Kommentar
11.11.24 kl 1400 - 1500	Dialogmøte, gjennomgang ROS	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO	Digitalt	Heidi Taksrud/ Svein Gabrielsen	
14.11.24, kl 1200 - 1500	Felles gjennomgang omstillingsavtalen, planer for kartleggingssamtaler etc	Ledere som har roller i omstillingsarbeidet		Heidi Taksrud; Aasmund Ørbeck-Nilsen	Hensikt: enhetlig gjennomføring av kartleggingssamtaler
Uke 47 – uke 51	Gjennomføring av kartleggingssamtaler	Lokale ledere		Halstein Oskarsen, Katrine Hippe, Marit Opsahl	
Uke 46-50, man kl 14- 15	Ukentlig dialogmøte PHR	PHR ledergruppe, KTV/KHVO	Digitalt	Kirsten Hørthe	
Uke 45– uke 51	Nye vaktordninger	Egne arbeidsgrupper		Sondre S Engebretsen	Under planlegging
12.12.24 kl 0830 - 1200	Ledersamling PHR	Ledere nivå 2-5, KTV/KHVO	Skur 1, Drammen	Svein Gabrielsen	
Uke 1 – uke 2	Gjennomgang og utarbeide forslag til innplassering	PHR ledelse		Heidi Taksrud	
06.01.24, kl 1400 - 1500	Dialogmøte PHR	PHR ledergruppe, KTV/KHVO	Digitalt	Kirsten Hørthe	
16.01.24, kl 1200 - 1500	Utvidet ledermøte PHR, omstilling	Ledere nivå 2-4 fra seksjonene i omstilling		Heidi Taksrud	
13.01.25, kl 1200 - 1500	Drøftingsmøte 1 innplassering	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO, HR	Tyrifjord, G32	Heidi Taksrud	
Uke 4-6	Omstillingssamtaler	Lokale ledere, bistand HR		Halstein Oskarsen, Katrine Hippe, Marit Opsahl	

Dato	Aktivitet	Deltagere	Sted	Ansvar	Kommentar
30.01.25, kl 1200 - 1500	Utvidet ledermøte PHR – tema NSD	Nivå 2-4 for seksjonene i PHR som skal flytte inn i NSD		Heidi Taksrud/ Aasmund Ørbeck-Nilsen	
Uke 4 – 6, man kl 14- 15	Ukentlige dialogmøter PHR	PHR ledergruppe, KTV/KHVO	Digitalt	Kirsten Hørthe	
10.02.25, kl 1200 - 1500	Drøftingsmøte 2 - innplassering	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO, HR	Tyrifjord, G32	Heidi Taksrud	
Uke 8-10	Eventuell omstillingssamtale 2	Lokale ledere, bistand HR		Halstein Oskarsen, Katrine Hippe, Marit Opsahl	
Uke 8-10, man kl 14- 15	Ukentlige dialogmøter PHR	PHR ledergruppe, KTV/KHVO	Digitalt	Kirsten Hørthe	
06.03.25, kl 1200 - 1500	Utvidet ledermøte PHR – tema NSD	Nivå 2-4 for seksjonene i PHR som skal flytte inn i NSD		Heidi Taksrud/ Aasmund Ørbeck-Nilsen	
10.03.25, kl 1200 - 1500	Avsluttende drøftingsmøte innplassering	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO, HR	Tyrifjord, G32	Heidi Taksrud	
13.03.25, kl 1200 - 1500	Utvidet ledermøte PHR, omstilling	Ledere nivå 2-4 fra seksjonene i omstilling		Heidi Taksrud/ Aasmund Ørbeck-Nilsen	
17.03.25, kl 1400 - 1530	ROS – tiltak	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO		Heidi Taksrud/Svein Gabrielsen	
Uke 13 – uke 15	Arbeid med turnus, tilrettelegging, møter BHT	Lokale ledere		Svein Gabrielsen	Planlegges nærmere oppstart

Dato	Aktivitet	Deltagere	Sted	Ansvar	Kommentar
Uke 13-15, man 14-15	Ukentlig dialogmøte PHR	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO	Digitalt	Kirsten Hørthe	
03.04.25, kl 1200 - 1500	Utvidet ledermøte PHR – tema NSD	Nivå 2-4 for seksjonene i PHR som skal flytte inn i NSD		Heidi Taksrud/ Aasmund Ørbeck-Nilsen	
24.04.25, kl 1200 - 1500	Felles samling – håndtering av omstilling / arbeid med fremdriftsplaner	Ledere som har roller i omstillingsarbeidet, TV, VO, HR, BHT		Heidi Taksrud/ Aasmund Ørbeck-Nilsen	Planlegges nærmere oppstart
Uke 18-23, man 14-15	Ukentlige dialogmøter PHR	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO	Digitalt	Kirsten Hørthe	
15.05.25, kl 1200 - 1500	Utvidet ledermøte PHR – tema NSD	Nivå 2-4 for seksjonene i PHR som skal flytte inn i NSD		Heidi Taksrud/ Aasmund Ørbeck-Nilsen	
12.06.25	Ledersamling PHR	Ledere nivå 2-5, KTV/KHVO	Skur 1, Drammen	Svein Gabrielsen	
16.06.25, kl 1300 - 1500	Evaluering av omstillingsprosessen	PHR ledergruppe, tillitsvalgte, KHVO, HR		Heidi Taksrud/ Aasmund Ørbeck-Nilsen	

Oppdatert 19.08.24

Referat

Møte:	Ekstraordinært AMU Klinikk Psykisk helse og Rus	Til stede:	Kirsten Hørthe Nils-Jørgen Aagaard-Gjestvang Marthe Wang Eriksen Hanne van den Weghe Maria Josefsen Gundersen Michelle Strand Håkull Margrethe Nysterud
Møtedato:	28. august 2024		
Tidspunkt:	14.00-15.00		
Sted:	Teams		
Møteleder:	Kirsten Hørthe		Andre: Jakob Winther Westlie, HMS Therese Bratvold, Falck BHT Svein Gabrielsen
Referent:	Ragnhild Teigen	Forfall:	Joan Sigrun Nygard og vara

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Innkalling og agenda – godkjent
	Saker til behandling
12/2024	<p>Omstilling PHR i tråd med bærekraftsplanen og eiendomsplanen</p> <p>Kirsten Hørthe orienterte. Det er laget aktivitetsplan, gjort risikovurdering og gjennomført drøftinger. Denne AMU-behandlingen er neste steg i forberedende fase før klinikkdirektørens innstilling sendes videre til behandling i foretaksledelsen og styret.</p> <p>Vedleggene er fra risikovurderingen, drøftingene og verneombudet uttalelse. Endelig referat fra drøftingene blir klart i dag.</p> <p>Det er også laget en fremdriftsplan, denne blir ettersendt AMUs medlemmer.</p> <p>Dette er en omfattende sak der det er sannsynlig at det blir nye orienteringer i AMU flere ganger fremover.</p> <p>Det er mye aktivitet i ulike medier. Saken har vært hos HOD og i spørretimen i Stortinget. Det er også kommet innsynsbegjæringer. Alt dette svares ut fortløpende.</p> <p>Det samarbeides med Brukerutvalget, særlig i BET-saken.</p> <p>Det har vært møte med Hole kommune, er også invitert til et møte med politisk og administrativ ledelsen i Hole og omkringliggende kommuner. Dessuten er det planlagt en stor kommune-/dialogkonferanse i oktober.</p>

Innspill og refleksjoner i AMU:

Tap av kompetanse

Det blir helt sikkert tap av kompetanse, men kanskje særlig i det korte perspektivet, men samtidig kan større og mer robuste fagmiljøer på sikt gi en bedre rekrutteringssituasjon og bedre faglige muligheter for de ansatte.

At ansatte ønsker å slutte, kan bl.a. handle om reisevei, lønn ved endrede arbeidsplaner og usikkerhet i omstillingsperioden.

Det er stort spenn, noen har bestemt seg for å slutt, mens andre ønsker å bli med videre. Noen har greid å bearbeide endringene mens andre er fremdeles er lei seg og sinte.

Det er risiko ved forsinkelse i innplasseringen, den usikkerheten merkes allerede nå ved rekruttering.

Leger - Vaktlinjer for leger må endres, behovet blir ikke mindre, men det blir annerledes. F.eks. må det ses på digitale muligheter.

I forbindelse med risiko for tap av kompetanse, kan det medføre uheldig belastning for de som blir igjen, som også kan få følger for ansattes motivasjon og helse og arbeidsmiljøet.

Det er behov for å legge gode planer med tiltak for å motivere ansatte til å bli, men også hvordan ivareta de som blir igjen og ta imot nye.

Noen ansatte ønsker seg mellom avdelingene, men det kan bidra til skjevhet i kompetanse, da det er en antakelse om at det kan være ulikhet i ansiennitet mellom avdelingene. Et lite obs på dette videre i prosessen.

Kommunikasjon:

Mange prosesser som går samtidig, betyr at må jobbe med mange saker samtidig. Det er viktig at det lages en god kommunikasjonsplan slik at lik informasjon kommer ut til alle.

Klinikkdirektør skal sende ut en epost til berørte i løpet av noen dager, men tidsplan for videre saksgang med behandling i foretaksledelsen og styret (23.sept.).

Annet:

Viktig at alle innplasseringer og nyansettelser skjer riktig og i åpenhet.

Dette store omstillingsarbeidet krever gode, tette planer og godt samarbeid. Det er viktig med god deltakelse i veldig mange aktiviteter. Dette krever mye planlegging og fleksibilitet. Det må forankres hos alle lederne slik at de ansatte får anledning til å delta.

Sluttkommentarer:

Klinikkhovedverneombudet kommenterte at han opplever at denne prosessen er den som har vært best utredet av alle de endringer han har deltatt i. Aktivitetsplanen er også noe av det beste han har sett i løpet av disse årene. Den er fin å kommunisere, og gir trygghet på når hva skjer.

Ansattrepresentant og leder av AMU kommenterte at disse refleksjonene er gjenkjennbare, hun hører det samme i flere fora. Hun pekte på følgende hovedhovedjobber:

- Vi må jobbe med å beholde og rekruttere.
- Vi må være gode på kommunikasjon, med riktig informasjon til riktig tid.
- Vi må ivareta den enkelte og arbeidsmiljøer.

Klinikkdirektør kommenterte at hun kjenner igjen innspillene, men samtidig opplever hun at det er bevegelse, endringer siden mai. Men det som fortsatt står, er sårbarheten og risikoen ved tap av kompetanse, særlig på kort sikt.

Pasientstyringen har gått bra i sommer, så den risikoen oppleves kanskje som noe redusert.

Det må jobbes hardt med å rekruttere og beholde.

Vedtak

- AMU tar redegjørelsen om planlagt omstilling i PHR til orientering med de innspill som er referert
- AMU ser at tidslinjen og aktivitetsplanen er gode verktøy som kan bidra til å ivareta at alle stemmer kommer frem, at de ansattes muligheter til å delta og medvirke ivaretas.

VESTRE VIKEN HF
Postboks 800
3004 DRAMMEN

Dato: 14.09.2024
Saksnr.: 22/33760-24
Deres ref.:

VESTRE VIKEN HF

Nedleggelse av Døgnseksjon Konnerud, Drammen DPS

Jeg viser til styremøte i foretaket 23. september hvor nedlegging av Døgnseksjon Konnerud, Drammen DPS behandles. Som ordfører vil jeg uttrykke bekymring for konsekvensene knyttet til den foreslåtte omorganiseringen.

Etter at nedleggelsen ble kjent har jeg hatt samtaler med pasienter og tillitsvalgte. Gjennom denne dialogen har det for meg blitt tydelig at det er en vesensforskjell på innleggelse ved lokal DPS vs. andre alternativer.

Pasienter jeg har hatt samtale med fremhever at det å reise utenfor kommunen i seg selv kan være en utfordring og oppleves som belastende i forbindelse med forverring av psykisk lidelse. I en sårbar fase er det enklere og billigere å ta en buss til Konnerud enn tog til Asker/Kongsberg og deretter buss til.... Dersom pasienten ikke har penger til eller motivasjon for reisen, hva er da alternativet?

Pasientgruppen som består av mange personer med kronisk psykisk sykdom kjenner tjenestetilbudet på Konnerud og de ansatte der. Ansatte ved DPS kjenner de kommunale aktørene og samarbeider godt. Pga. kompetanseflukt og geografisk avstand er det ikke selvsagt at dagens samarbeid uten videre kan reetableres. Det vil ta tid å bygge nye kompetansemiljøer med en pasientrelatert kultur. Pasienter med langvarige alvorlige psykiske lidelser vil med fraværet av et lokalt DPS døgntilbud kunne oppleve usikkerhet, noe som kan gjøre det vanskeligere for fastlege og psykisk helseteam å motivere for innleggelse når dette anbefales. Jeg er av den grunn også bekymret for at nedleggelsen av Døgnseksjon Konnerud vil medføre økt arbeidspress for kommunens fastleger.

Ved alvorlig psykisk sykdom er dessuten godt pårørendesamarbeid viktig. Pasienter jeg har snakket med påpeker at dette blir vanskelig med større geografisk avstand. Det er en særskilt bekymring for barns mulighet for samvær med forelder når den geografiske avstanden øker. Dette er vurderinger jeg deler.

Gjenværende lokale aktører (psykisk helse, fastleger og NAV) mister også en lokal ressurs de kjenner og samarbeider godt med. De får en ressurs mindre å spille på, noe som igjen kan medføre et dårligere helhetlig tjenestetilbud. Med større geografisk avstand vil det ta tid å reetablere samarbeid mellom tjenestenivåene. Dette forsterkes ytterligere dersom ansatte med god lokalkunnskap om kommunen slutter.

Ordfører

Politisk sekretariat

Organisasjonsnummer
921234554

Postadresse
Postboks 7500
3008 DRAMMEN

Besøksadresse

Telefon +4732040000
kommunepost@drammen.kommune.no

Jeg forutsetter at Vestre Viken HF har vurdert momentene ovenfor i en ROS-analyse. Selv om denne skulle foreligge, er det likevel nærliggende å anta at fravær av døgntilbud lokalisert i Drammen vil ha konsekvenser for kommunens innbyggere. Før det eventuelt fattes en beslutning om å nedlegge Døgnseksjon Konnerud, ber jeg derfor styret forsikre seg om at det foreligger konkrete tiltak som sikrer en videreføring og ytterligere forbedring av gode rutiner for samarbeid mellom øvrige DPS-lokasjoner som erstatter Døgnseksjon Konnerud samt psykiatrisk avdeling ved nytt sykehus og tjenesteaktører i Drammen kommune.

Som ordfører står jeg til disposisjon dersom VVHF ønsker en dialog om bekymringene uttrykt ovenfor.

Med hilsen

Kjell Arne Hermansen
Ordfører i Drammen kommune

Dokumentet er sendt elektronisk uten underskrift



Ringeriksregionen



Til
Styret i Vestre Viken HF
sekretariatet@vestreviken.no

Klinikkdirektør Kirsten Hørthe
Kirsten.Horthe@vestreviken.no

Ringeriksregionen, 16. september 2024

Uttalelse fra Interkommunalt politisk råd (IPR) for Ringeriksregionen til planlagte omstillinger for døgnbehandling i DPS-området – varsel om nedleggelse av Ringerike DPS Røysetoppen

Interkommunalt politisk råd for Ringeriksregionen er orientert om at styret i Vestre Viken HF skal behandle sak om forslag til nedleggelse av Ringerike DPS Røysetoppen. På møte i Interkommunalt politisk råd 9. september ble de fem kommunene i regionrådet orientert om saken av Kirsten Hørthe, klinikkdirektør og Sondre Sperle Engebretsen, fagsjef/klinikkoverlege, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF.

Regionrådet fattet følgende uttalelse til varsel om nedleggelse:

IPR Ringeriksregionen registrerer med stor bekymring planene om å legge ned Røysetoppen behandlingssenter. Døgntilbudet med nærhet og et godt faglig tilbud er viktig for regionen. Regionrådet ber derfor Vestre Viken HF revurdere planene om å legge ned DPS døgnplasser på Røysetoppen.

Hilsen

Morten Lafton

Ordfører i Jevnaker
Leder av regionrådet

Sunni Grøndahl Aamodt

Ordfører i Modum

Syver Leivestad

Ordfører i Hole

Andreas Kagiavas Torp

Ordfører i Krødsherad

Runar Johansen

Ordfører i Ringerike



Ringeriksregionen



Interkommunalt politisk råd for Ringeriksregionen e-post: ringeriksregionen@ringerike.kommune.no

Dato: 12.09.2024
Saksbehandler Kristin
Fagerhaug

Saksfremlegg

Arealbruksplan PHT

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	77/2024	23.09.2024

Forslag til vedtak

1. Styret godkjenner anbefalt strategi for arealbruksplan for prehospitaler tjenester. Planen ivaretar arbeidsmiljø, samt faglige og beredskapsmessige kriterier for denne delen av virksomheten.
2. Administrerende direktør følger opp planen i forhold til økonomisk langtidsplan og innarbeider nødvendige bevilgninger innenfor de årlige budsjettene.
3. Styret holdes orientert om det videre arbeidet gjennom virksomhetsrapporteringen.

Drammen, 16. september 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Forhold som påvirker resultatet

Det er særlig tre forhold som vil ha betydning for arealmengde og arealkostnader for PHT:

1. Forventet framtidig vekst i oppdragsmengde.
2. Utnyttelsesgrad for ambulansene.
3. Arealstandard.

De to første forholdene ble avklart i et eget løp, og vedtatt i styringsgruppen den 4.2.2022;
Det ble besluttet å sette en årlig vekst i antall oppdrag på 2,5 % med en terskelverdi/ utnyttelsesgrad per ambulanse på 55%, som er 2014 nivå, her kalt medium.

Når det gjelder arealstandard, så anbefales det å legge standarden også her på et middels nivå; Dette innebærer 400 kvm for en én-bils stasjon og 130 kvm i tillegg for hver ekstra bil. For øvrig legges statens grense på maks. 23 kvm bruttoareal pr administrativ arbeidsplass til grunn. Dette vil gjennomgående resultere i et godt, men nøkternt nivå.

Det er som et alternativ estimert kostnader for et minimum av tiltak for å opprettholde beredskap. Dette vil ikke gi samme fordeler i forhold til smittevern og arbeidsmiljø, men fortsatt være lovlig i drift.

Virknings av planen

De aller fleste av dagens ambulansestasjoner har mangler med hensyn til ren/uren sone i garderobene, og det er knapphet på arealer til hvilerom, hygienerom, soverom som er støyuksatt, etc., samt tilrettelegging av logistikk i garasjer med tilhørende rom. De fleste av ambulansestasjonene har altså manglende romkapasitet, i tillegg til HMS-mangler. Dagens ambulansestasjoner er stort sett samlokalisert med andre kommunale "blålysfunksjoner", i bygninger med store oppgraderingsbehov, men med lav leie. Med unntak av ambulansestasjonene i Drammen og Asker har imidlertid dagens ambulansestasjoner god plassering i forhold til beredskap.

AMK-sentralen er samlokalisert med politiet i Grønland 36, og Vestre Viken har en leiekontrakt med politiet. Politiet skal imidlertid flytte rundt 2029, og ønsker ikke videre samlokalisering.

Med utgangspunkt i rett plassering og dimensjonering i forhold til beredskapsevne, så er det vurdert to løsningsalternativer: Begge alternativene vil gi god beredskapsevne overfor befolkningen i opptaksområdet i perioden.

Alternativ 1 vil gi varig godt smittevern, og tilnærmet like godt arbeidsmiljø for alle ansatte, uansett hvilken lokasjon de jobber på. Dette alternativet gir også klinikken mulighet for god driftsøkonomi i forhold til vikarer, arbeidstøy osv.

Alternativ 2 er et minimumsalternativ, med kun de aller mest nødvendige tiltak for å opprettholde lovlig drift. Dette alternativet har 14% lavere årlig huskostnad enn alternativ 1, men kvaliteten på lokalene fortsetter å være svært forskjellig fra sted til sted, og det blir dårligere smittevern, arbeidsmiljø og driftsmessige forhold.

Arealbruksplanen har et perspektiv frem til 2040, men et tyngdepunkt i utbedringer/fremskaffing av nye lokaler, og derved leieøkninger, bør komme før 2030. Hovedsakelig på grunn av behovet for økt kapasitet i Drammensområdet (nye ambulansestasjoner i Drammen og Lier, samt ny AMK-sentral).

Det må påregnes betydelig økte årlige leiekostnader fremover. Årskostnaden for leie ved *alternativ 1* vil øke fra 13,3 mnok i 2023 til 36,5 mnok i 2040. *Alternativ 2* vil øke fra 13,3 mnok i 2023 til årlig leie på 32,0 mnok i 2040.

Kostnadsøkningen skyldes behov for mer areal for å avbøte dagens utfordringer knyttet tilsnittevern og arbeidsforhold/HMS, samt at det er lagt inn ordinære leieprisnivåer for lokalene. En del av dagens lokaler leies til svært lave kvadratmeterkostnader, i hovedsak som følge av gamle og lite markedsrettede avtaler med vertskommunene.

Forutsetning for vellykket gjennomføring

Det er en forutsetning for en vellykket gjennomføring av planen at beslutninger tas på tidspunkter som gjør at tiltak er på plass innen beredskapsbehovene oppstår. Tidslinje er vist i figur 20 på side 56 i rapporten.

Anbefaling

Begge alternativ vil ivareta behov for kapasitet og beredskapsevne fram til 2040. I forhold til dagens struktur vil de dessuten framtidssikre Vestre Viken i forhold til eventuell framtidig forskriftsfesting av responstidskrav.

Det anbefales likevel at Vestre Viken beslutter å legge alternativ 1 til grunn for framtidig eiendomsutvikling for Klinikken for prehospitale tjenester. Unntaket er tiltaket som gjelder PHT Ledelse og administrasjon. Det er i etterkant av rapportutarbeidelsen fremkommet at ledelse og administrasjon kan lokaliseres i G32, sammen med sentral stab og de andre tverrgående klinikkene i Vestre Viken.

Alternativ 1 bygger på middels arealstandard både for administrative arealer og for ambulansestasjoner, er relativt nøkternt og i tråd med det man forventer å finne i nye ambulansestasjoner ellers i landet. Det vil gi denne klinikken formålstjenlige lokaler fra et arbeidsmiljøperspektiv, samtidig som behovet for kapasitet og beredskap fram mot 2040 blir ivaretatt.

Det anbefales videre å prioritere å få på plass ny ambulansestasjon i Drammen, og å starte opp arbeid med mulighetsstudie for plassering av AMK-sentralen i nye, leide lokaler, eller på et av sykehusene i foretaket.

Administrerende direktørs vurderinger

Ambulansetjenesten driver stedvis i lokaler som ikke tilfredsstillende offentlige krav, og flere av stasjonene vil få behov for økt kapasitet. Enkelte av stasjonene har også lokalisering som ikke er god nok i forhold til anbefalinger for aksjonstid gitt av Helsedirektoratet. Det er derfor nødvendig med tiltak.

Den vedlagte planen viser to alternativer for å få nødvendige tiltak på plass. Administrerende direktør støtter anbefalingen om å legge rapporten til grunn med utgangspunkt i alternativ 1. Administrerende direktør vil følge opp planen i forhold til økonomisk langtidsplan, og innarbeide nødvendige bevilgninger innenfor de årlige budsjettene og innenfor foretakets bærekraft. Styret holdes orientert om det videre arbeidet gjennom virksomhetsrapporteringen.

Vedlegg

1. Prosjektrapport Arealbruksplan PHT, mars 2024.

Arealbruksplan PHT

Prosjektrapport



Mars 2024

GODKJENT AV:

Versjon og dato	Navn	Rolle	Stilling	Dato
Endelig, 27.2.2024	Lisbeth Sommervoll	Leder av styringsgruppen	Administrerende direktør	8. mars 2024

Innhold

1	Bakgrunn.....	6
1.1	Vurderingsområder for løsninger	6
2	Dagens virksomhet	7
2.1	Klinikkledelsen, avdelingsledelsene og sentral administrasjon	7
2.2	AMK-sentralen	8
2.3	Pasientreiser	9
2.4	Luftambulanseavdelingen.....	9
2.5	Ambulansestasjoner	9
2.5.1	Drammen ambulansestasjon	11
2.5.2	Sætre ambulansestasjon.....	12
2.5.3	Eiker ambulansestasjon	12
2.5.4	Modum Ambulansestasjon	12
2.5.5	Ringerike ambulansestasjon	12
2.5.6	Noresund ambulansestasjon	12
2.5.7	Nesbyen ambulansestasjon	13
2.5.8	Gol ambulansestasjon.....	13
2.5.9	Ål ambulansestasjon	13
2.5.10	Geilo ambulansestasjon.....	13
2.5.11	Hemsedal ambulansestasjon	14
2.5.12	Kongsberg ambulansestasjon	14
2.5.13	Rødberg ambulansestasjon.....	14
2.5.14	Veggli ambulansestasjon.....	14
2.5.15	Sigdal ambulansestasjon.....	14
3	Enkel as-is analyse av arealene	15
3.1	Klinikkledelsen, avdelingsledelsene og sentral administrasjon	15
3.2	AMK	15
3.3	Pasientreiser	17
3.4	Luftambulanseavdelingen.....	18
3.4.1	Luftambulansebase Ål.....	18
3.4.2	Administrasjon	18
3.4.3	Legebemannet akuttbil i Drammen – 626 og Intensivambulanse.....	18
3.5	Ambulansestasjoner	18
3.5.1	Drammen ambulansestasjon	19
3.5.2	Sætre Ambulansestasjon	20
3.5.3	Eiker ambulansestasjon	21

3.5.4	Modum ambulansetasjon	21
3.5.5	Ringerike ambulansetasjon	22
3.5.6	Noresund ambulansetasjon	22
3.5.7	Nesbyen ambulansetasjon	23
3.5.8	Gol ambulansetasjon.....	24
3.5.9	Ål ambulansetasjon	24
3.5.10	Geilo ambulansetasjon.....	25
3.5.11	Hemsedal ambulansetasjon	25
3.5.12	Kongsberg ambulansetasjon	26
3.5.13	Rødberg ambulansetasjon.....	27
3.5.14	Veggli ambulansetasjon.....	27
3.5.15	Sigdal ambulansetasjon.....	28
4	Analyse av framtidig kapasitetsbehov.....	28
4.3	Metode for analyse av fremtidig behov.....	28
4.4	Framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitet.....	29
4.5	Dimensjonering av klinikkledelsen, avdelingsledelsene og sentral administrasjon 2035-2040	30
4.6	Dimensjonering av AMK-sentralen 2035-2040.....	31
4.7	Dimensjonering av Pasientreiser	31
4.8	Dimensjonering av Luftambulanseavdelingen	33
4.8.1	Luftambulansebase Ål.....	33
4.8.2	Administrasjon	33
4.8.3	Legebemannet akuttbil i Drammen – 626 og Intensivambulanse.....	33
4.9	Dimensjonering av kapasitet ved ambulansetasjoner	34
5	Framskrevet arealbehov	36
5.1	Klinikkledelsen, avdelingsledelsene og sentral administrasjon.....	36
5.2	AMK	36
5.3	Pasientreiser	37
5.4	Ambulansetjenesten.....	37
5.5	Luftambulansetjenesten	38
5.5.1	Luftambulansebase Ål.....	38
5.5.2	Administrasjon	38
5.5.3	Legebemannet akuttbil i Drammen – 626 og Intensivambulanse.....	39
6	Lokalisering	39
6.1	Klinikkledelsen, avdelingsledelsene og sentral administrasjon.....	39
6.2	AMK	39
6.3	Pasientreiser	39
6.4	Ambulansetasjonene.....	40

7	Standard og teknikk	41
7.1	Teknikk.....	41
7.2	Standard	42
7.2.1	Arbeidstilsynets krav.....	42
7.3	Arealstandard	44
8	Framtidige løsningsmuligheter	47
8.1	Klinikkledelsen, avdelingsledelsene og sentral administrasjon.....	47
8.2	AMK	48
8.3	Pasientreiser	49
8.4	Ambulansetjenesten.....	49
8.4.1	Drammen ambulansestasjon	49
8.4.2	Sætre ambulansestasjon.....	50
8.4.3	Eiker ambulansestasjon	50
8.4.4	Modum Ambulansestasjon	51
8.4.5	Ringerike Ambulansestasjon	51
8.4.6	Noresund ambulansestasjon	51
8.4.7	Nesbyen ambulansestasjon	51
8.4.8	Gol ambulansestasjon.....	51
8.4.9	Ål ambulansestasjon	51
8.4.10	Geilo ambulansestasjon.....	51
8.4.11	Hemsedal ambulansestasjon	52
8.4.12	Kongsberg ambulansestasjon	52
8.4.13	Rødberg ambulansestasjon.....	52
8.4.14	Veggli ambulansestasjon.....	52
8.4.15	Sigdal ambulansestasjon.....	52
9	Vurdering av økonomi og mulig fremdrift	53
9.1	Tiltak	53
9.2	Tidslinje.....	56
9.3	Kostnadsbilde.....	56
10	Anbefaling.....	57
11	Vedlegg.....	59

1 Bakgrunn

Planen tar utgangspunkt i to saker:
utviklingsplan for Vestre Viken.

styresak 22/2019, eiendomsstrategi for Vestre Viken 2019-2022.

Arbeidet har vært organisert som et prosjekt, med egen styringsgruppe og egne arbeidsgrupper for hver funksjon. Medvirkning er sikret ved at gruppene har vært bredt sammensatt av fagpersoner fra alle funksjoner som planlegges. I alle gruppene har det deltatt representanter fra de tillitsvalgte og vernetjenesten. Brukerutvalget har hatt gitt innspill som er innarbeidet i rapporten. Arbeidet er, så vidt det har vært mulig og med tilpassinger til situasjonen, gjennomført i henhold til Sykehusbygg sine veiledere; *Veileder for utvikling og forvaltning av bygg og eiendom fra 2020*, *Veileder for hovedprogram fra 2019* og *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter fra 2017*. Arbeidet bygger videre på utviklingsplanen og eiendomsstrategien, samt virksomhetenes strategier. Det er gjort en framskrivning av aktivitet fram mot 2040 for ambulansestasjonene, mens det for AMK og Pasientreiser er gjort vurderinger basert på forventet utvikling i den samme perioden. Prosjektet har vurdert nødvendig arealbehov i forhold til fremskrevet og vurdert aktivitet.

Rapporten beskriver en plan for administrasjon og ledelse i Klinikk for Prehospitale tjenester (PHT), Ambulansetjenesten, AMK-sentralen, Luftambulans og Pasientreiser. For Drammen ambulansestasjon er arbeidet i prosjektet ført fram til og med konseptfaserapport som underlag for nødvendige beslutningsprosesser. Denne var ferdig sent i 2022.

1.1 Vurderingsområder for løsninger

Det er flere forskrifter som regulerer virksomheten rundt arealene, særlig ved en ambulansestasjon. Det er eier sitt ansvar at lovkrav og forskrifter er oppfylte. De vesentlige av forskriftene nevnes her, men listen er ikke uttømmende.

Foruten soveromsdelen av ambulansestasjoner så defineres stasjoner å være et yrkesbygg.

Ambulansestasjoner skal derfor tilfredsstillende gjeldende forskrifter og veiledninger til

Arbeidsmiljøloven. Kriterier for arbeidsplassenes kvalitet reguleres av:

- Arbeidsplassforskriften, kap 2, § 2-1. Utforming og innredning av arbeidsplasser og arbeidslokaler skal følges. Det betyr blant annet at en arbeidsplass bør være ha et golvareal på 6 m². Det vises på generelt grunnlag til Arbeidstilsynets hjemmeside; www.arbeidstilsynet.no.
- Akuttmedisinforskriften. Forskrift om krav til organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) tredje i kraft 1. mai 2015. Forskriften skal bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinert akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Byggene i seg selv må tilfredsstillende de gjeldende krav i Plan- og bygningsloven på oppføringstidspunktet.

Der hvor det er sovende personell i bygget skal selve bygningen i nye bygninger tilfredsstillende de branntekniske kravene ift. at bygget er i Risikoklasse 4.

Så gjelder krav til effektiv ressursbruk i staten.

- Krav til effektiv ressursbruk i staten. Instruks om håndtering av bygge- og leiesaker i statlig sivil sektor fra kommunal- og moderniseringsdepartementet, med tilhørende rundskriv (Rundskriv om normer for energi- og arealbruk for statlige bygg) nr H-2/16. «For framtidige statlige kontorlokaler og for kontordelen i bygg til virksomheter med arealkrevende formål fastsettes en arealnorm på 23 kvm. BTA per ansatt.» Arealnormen på 23 kvm BTA er å anse som en øvre grense.

- 80 % dekningsgrad for kontorplasser er lagt til grunn.

Arealdefinisjoner

- BTA – bruttoareal er areal inkludert yttervegger og summeres for alle plan i en bygning.
- NTA – nettoareal er areal mellom omsluttende bygningsdeler/vegger
- BRA - bruksareal er bruttoareal (BTA) minus arealet som opptas av yttervegger (inkludert innvendige vegger)
- KOA Kommunikasjonsareal bestemmes separat for hvert plan. Måles etter det som er hensiktsmessig, avhengig om det er utvendig eller innvendig. Heissjakter, rulletrapper etc. inngår.
- TEA Teknisk areal er det NTA som opptas av tekniske anlegg. TEA = NTA - FUA – KOA
- FUA Funksjonsareal er den delen av NTA som svarer til formål og bruk. FUA = NTA - KOA – TEA

2 Dagens virksomhet

Både AMK og Pasientreiser har områdeansvar for deler av Vestre Viken sitt opptaksområde. Ambulansetjenesten og AMK betjener ikke Bærum kommune og deler av (gamle) Asker kommune. Fra januar 2020 ble det følgende endringer i ansvar og oppgaver for PHT Vestre Viken bl.a. pga. endrede kommunegrenser;

- AMK: 113 telefoner fra gamle Røyken og Hurum kommuner i nye Asker kommune går til AMK Oslo i stedet for til AMK Vestre Viken. 113 telefoner fra gamle Sande kommune i nye Holmestrand kommune går til AMK Vestfold/Telemark i Tønsberg i stedet for til AMK Vestre Viken.
- Ambulanse: Vestre Viken skal ikke lenger ha ansvar for ambulansetjenesten i gamle Sande kommune. Det tillegges ambulansetjenesten ved sykehuset Vestfold. Vestre Viken har fortsatt ansvar for drift av Sætre Ambulansestasjon i gamle Hurum kommune, men AMK Oslo har ansvar for flåtestyring av ressursene ved denne stasjonen.
- Pasientreiser: Vestre Viken har fortsatt ansvar for pasientreiser i gamle Sande i Holmestrand kommune og gamle Røyken og Hurum kommuner i Asker.

2.1 Klinikkledelsen, avdelingsledelsene og sentral administrasjon

Klinikk for prehospitaltjenester har sentral ledelse og administrasjon i Drammen. Denne består av:

- PHT klinikkledelse og stab med klinikkdirektør, 4 fagsjefer og IKT rådgiver. (6 personer, 6 årsverk).
- Ambulanseavdelingens avdelingssjef, seksjonsledere og stab. (18 personer, 12,5 årsverk)
- Pasientreisereisens avdelingssjef, seksjonsleder og stab. (6 personer, 6 årsverk).
- Luftambulansetjenestens avdelingssjef, medisinske rådgivere og avdelingskonsulent (5 personer, 1,9 årsverk).
- AMK-sentralen med avdelingssjef, seksjonsleder og stab (5 personer, 4,5 årsverk)

Klinikkdirektør med stab, samt avdelingsledelse for Ambulanseavdelingen, Luftambulansetjenesten og Pasientreiser har sine arbeidsplasser i Grønland 32. Totalt utgjør dette 35 ansatte i ulike stillingsbrøker – totalt 26,4 årsverk

AMK avdelingsledelse og administrasjon har tilhold i Grønland 36 sammen med avdelingens operative virksomhet.

Framtidig endring i antall personer i administrative roller i avdelingenes ledelse og staber er beskrevet i egne kapitler.

Det er noe usikkert hvordan antall personer i PHT klinikkleidelse og stab vil utvikle seg og dermed arealbehovet, men det er to forhold som kan føre til at det blir flere personer også her.

Det ene er at stab og støttefunksjoner for flere avdelinger og relaterte fagområder i Vestre Viken (bilforvaltning) vil bli organisert på klinikknivå (dette er pr. feb. 2024 kun inkludert med 1 fagsjef i staben til klinikkdirektør).

Det andre vil være en evt. utvidelse av PHT sitt ansvarsområde i Vestre Viken til også å omfatte Bærum sykehus og Asker og Bærum kommuner. Dette blir i dag ivare tatt av OUS.

Det er stor sannsynlighet for at Grønland 32 vil kunne dekke dette behovet, samt andre administrative funksjoner i klinikken i tiden fremover.

Etter pandemien har det blitt endringer i behov for areal til administrativt arbeid i forbindelse med at flere velger å arbeide hjemmefra deler av arbeidsuken.

Framtidig endring i antall personer i administrative roller for Pasientreiser, Luftambulansse og ledelse og stab i Ambulanseavdelingen er beskrevet i egne kapitler.

Det er noe usikkert hvordan antall personer i PHT ledelse og stab vil utvikle seg og dermed arealbehovet, men det er to forhold som tilsier at det vil bli flere personer også her. Det ene er at stab og støttefunksjoner for flere avdelinger og relaterte fagområder i Vestre Viken (bilforvaltning) vil bli organisert på klinikknivå. Det andre vil være en evt. utvidelse av PHT sitt ansvarsområde i Vestre Viken til også å omfatte Bærum sykehus og Asker og Bærum kommuner. Dette blir i dag ivare tatt av OUS.

Det er stor sannsynlighet for at Grønland 32 vil kunne dekke behovet for PHT ledelse og stab samt andre administrative funksjoner i klinikken i tiden fremover.

Etter pandemien har det blitt endringer i behov for areal til administrativt arbeid i forbindelse med at flere velger å arbeide hjemmefra deler av arbeidsuken.

Avdelingsledelse for Ambulanseavdelingen, Luftambulansseavdelingen og Pasientreiser er lokalisert samme sted som klinikkleidelsen i Grønland 32.

AMK avdelingsledelse og administrasjon har tilhold i Grønland 36 sammen med avdelingens operative virksomhet. Dagens bemanning ved virksomhetene er vist i påfølgende kapitler.

2.2 AMK-sentralen

Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) besvarer alle telefonhenvendelser vedrørende akutt sykdom og skade (113) og har ansvaret for nødmeldetjenesten i gamle Buskerud fylke, nå en del av Viken. Fra 7. januar 2020 er nødnummeret i de tidligere kommunene Hurum og Røyken, som nå inngår i nye Asker kommune, overført til AMK i Oslo. Det pågår et arbeid i Helse Sør Øst som blant annet ser på funksjonsdeling som kan få betydning for OUS og Vestre Viken.

Nødmeldinger via 113-linjer mottas samtidig av både en medisinsk operatør og en ressurskoordinator. Det betyr at to helsearbeidere lytter til samtalen og kan iverksette oppgaver samtidig som innringeren gir informasjon. Medisinsk operatør er en sykepleier med spesiell kompetanse i vurdering av hendelser og veiledning i livreddende førstehjelp, samt andre viktige tiltak på skadestedet før lege og/eller ambulanse ankommer.

Ressurskoordinatoren vurderer behovet for hjelp på stedet og sender ut lege, ambulanse og/eller luftambulansse etter behov. Arbeidet som utføres av medisinsk operatør og ressurskoordinator er

nøye regulert av nasjonalt prosedyreverk; "Norsk indeks for medisinsk nødhjelp", og sikrer lik respons og behandling uavhengig av hvor i landet man kontakter 113.

2.3 Pasientreiser

Pasientreiser har ansvaret for planlegging og bestilling av reiser med rekvisisjon i Vestre Viken. Enheten har også ansvar for å utstede rekvisisjon for pasientreise i tilfelle der rutegående transport ikke finnes. De regionale helseforetakene skal sørge for at personer i helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon.

Det rettslige grunnlaget for ordningen fremgår av blant annet spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 a) om de regionale helseforetakenes sørge for ansvar og av pasientrettighetslovens § 2-1 om rett til nødvendig helsehjelp.

2.4 Luftambulanseavdelingen

Luftambulansen rykker primært ut til pasienter med akutt sykdom eller skade, men utfører også overflytninger av spesielt behandlingstrengende pasienter mellom sykehus, samt en del søk- og redningsoppdrag. En del utrykninger foregår med uniformert legebil, både fra Luftambulansebasen på Ål og med egen legebemannet akuttbil – 626 i Drammensregionen.

Luftambulansebasen Ål ligger i nær tilknytning til Hallingdal sjukestugu (HSS) og er samlokalisert med bilambulansen på Ål. Vestre Viken bemanner Luftambulansen og legebemannet akuttbil/intensivambulanse med anestesileger. Legene som er tilknyttet klinikken har i tillegg oppgaver som medisinske rådgivere for både ambulanse og AMK.

Luftambulanseavdelingen har pr. november 2023 8 årsverk.

De fast ansatte legeressursene i Luftambulanseavdelingen dekker vakter på legehelikopteret på Ål og **Legebil 626**, har turnus på anesthesiavdelingen på Drammen sykehus og har funksjon som medisinske rådgivere for Ambulanse og AMK.

Avdelingskonsulent deler sin stilling mellom AMK og LAT. Avdelingssjef i Luftambulanseavdelingen er også operativ både på anesthesiavdelingen i Drammen og på Luftambulansebasen på Ål.

Eksakt fordeling av de 8 årsverkene på ulike kliniske oppgaver og administrative oppgaver i denne avdelingen er ikke utarbeidet, og anses ikke som nødvendig for formålet i denne planen.

Eventuelle justeringer i administrative arbeidsplasser vil kunne håndteres i Grønland 32, og kliniske vil kunne håndteres innenfor de reservemarginene som legges inn i arealberegningene i de enkelte prosjektene som er luftambulansebasen på Ål og Drammen ambulansestasjon.

2.5 Ambulansestasjoner

Ambulansetjenesten ved Vestre Viken er inndelt i tre distrikter og dekker områdene for befolkningen som tilhører sykehusene i Drammen, Ringerike, Kongsberg, samt Hallingdal Sjukestugu. Dette omfatter ambulansestasjonene i Sætre, Drammen, Hokksund, Prestfoss, Geithus, Noresund, Kongsberg, Veggli, Rødberg, Ringerike, Nes, Ål, Gol, Hemsedal og Geilo.

Alle ambulanser uavhengig av stasjonstilknytning styres av AMK til områder med høy aktivitet eller lav beredskap i hovedregel innenfor Vestre Viken sitt nedslagsfelt (flåtestyring).

Ambulanseavdelingens kjerneoppgaver er beredskap, utrykning, observasjon, transport og behandling av akutt syke og skadde personer. I tillegg utføres planlagte transporter av pasienter som har behov for medisinsk behandling, omsorg eller behov for å ligge under transport.

Definisjon av aktive ambulanser:

- Døgnbil: 24 timer

- Deldøgnbil: 0800-2000
- Dagbil: 0800-1600

Det finnes i tillegg såkalte operative beredskapsambulanser. Disse er ikke bemannet, men fullt utstyrt og i beredskap for uforutsette hendelser. Klinikken foreslår at alle operative ambulanser stasjoneres i garasje med tanke på responstid og kostnadskontroll.

Og det finnes reserveambulanser, som er til bruk ved svikt, f.eks. teknisk problem ved en ambulanse i drift. Alle operative beredskapsambulanser (OBA) bør optimalt stasjoneres i garasje, alternativt plasseres under tak med tilkobling til strøm.

Reserveambulanser ønskes oppbevart under tak, med tilkobling til strøm.

Dagens praksis i Vestre Viken er svært varierende. Noen få stasjoner har flere garasjeplasser enn aktive ambulanser, og dermed plass til operative beredskapsambulanser eller reserveambulanser. På de fleste ambulansestasjoner er det kun plass til aktive ambulanser.

Ambulansestasjoner er døgnbemannet og benytter en av følgende vaktordninger:

1. 2-delt turnus: Vaktene går som regel fra kl 8:00 til kl. 20:00 og fra kl. 20:00 til kl 8:00. (Det forekommer også andre deldøgn-turnus). Denne vekten defineres som en aktiv vakt. Etter arbeidstilsynet sine krav til arbeidslokaler i ambulansestasjonen bør ansatte ha et egnet hvilerom. Hvilen kommer i tillegg til spisepauser.
2. Døgnvakter: Vaktene består av 24 timer, som regel fra kl. 8:00 til kl. 8:00. Vaktene defineres som hvilende vakter, dvs at ansatte har krav til et soverom. Rommet må ha tilgang til toalett og dusj, fortrinnsvis uten gjennomgang til andre rom.

Alle faste ansatte har sin egen garderobeskap. Garderobeskapene skal være atskilte (privat tøy/arbeidsklær), etter kravene fra Arbeidstilsynet.

I praksis så er det fordel 3 sett arbeidsklær til hver ansatte inkl. ytterjakke, lue, votter og sko. Disse går etter størrelse. Klærne er markert med navn.

Ansatte tar ikke med arbeidsklærne hjem. Alt blir vasket på ambulansestasjonen.

Det er to typer vikarer:

Vikarpool: Vikarer tar løse vakter. De har ikke behov for egne skap, men det er en forutsetning at det finnes ledige garderobeskap i den enkelte ambulansestasjon. Totalt er det 99 vikarer knyttet ambulansetjenesten.

I overtall: Dette er en type vaktordning hvor en person er ansatt 100% hos en ambulansestasjon og har dermed sitt eget garderobeskap på arbeidsstedet. Ved behov kan en ansatt i overtall jobbe som vikar hos andre ambulansestasjoner eller jobbe med andre forfallende oppgaver.

Stasjon	Medarbeidere
Drammen	6
Eiker	6
Gol	3
Kongsberg	5
Modum	2
Nesbyen	2

Noresund	2
Ringerike	2
Rødberg	3
Sigdal	1
Sætre	2
Ål	7
Sum	41
Uten stasjon	4
Totalt	45

Figur 0: Oversikt over overtallsmedarbeiderne:

Det vil alltid være behov for noen ledige garderobeskap til vikarer. Selv om disse ikke er faste ansatte, har de også behov for tilgang til garderobefasiliteter.

Det praktiseres slik at det skal være tilgjengelig 2 sett arbeidstøy av alle størrelser tilgjengelige til vikarer i hver ambulansestasjon.

For en stor ambulansestasjon som Drammen så ble det regnet ut i konseptstudie et behov for minimum 5 garderobeskap til vikarer.

Akkurat nå har ambulansestasjonene et lavt antall lærlinger og studenter. Antall medarbeidere pr. stasjon varierer med tiden etter som medarbeidere går opp og ned i stillingsbrøk. Ved planlegging av nye stasjoner vil det ifølge klinikken måtte tas høyde for et noe høyere antall lærlinger og studenter på de ulike stasjonene enn det de har nå. Økningen er ikke kvantifisert.

2.5.1 Drammen ambulansestasjon

Primært område for tjenesten er Drammen (inkludert gamle Svelvik og Nedre Eiker) og Lier kommune, som utgjør et areal på 523 km² og dekker en befolkning på ca. 107 160 innbyggere.

Per oktober 2023 er det 86 ansatte som jobber 2-delt turnus, inkludert 3 lærlinger og 2 studenter/hospitanter. I tillegg er det 6 i overtallsbemanning. To personer bemanner hver bil, i tillegg er vanlig praksis med en lærling.

Totalt ansatte på stasjonen fordeles slik:

Dagtid: 8 biler med 2-3 personer er 16-24 personer

Kveld: 6 biler med 2-3 pers er 12-18 pers

Natt: 3 biler med 2-3 per er 6-9 pers

Ambulansestasjonen har totalt 13 ambulanser, fordelt på 3 døgnambulanser, 2 deldøgnambulanser, 1 dagambulanser, 1 legebil, 1 hvit bil (pasienttransport), 1 intensivambulanse, 2 operative beredskapsambulanser (OBA), 1 reservebil til legebil, 1 reservebil til hvit bil.

En operativ beredskapsambulanse (OBA) er en ambulanse som ikke er bemannet. Den står i beredskap, er fullt utstyrt og som kan brukes for ekstra beredskap ved behov. Bilen må stå koblet til strøm for å unngå skade på medisinsk teknisk utstyr og medisiner.

En reservebil er biler uten utstyr. Disse kan brukes når en ambulanse får en skade, feil på motor, mm og må tas ut av drift. Reservebilen klargjøres med utstyret fra den skadede bilen. Vanligvis er det 2-3 reserbiler som står parkert utenfor Svanevillaen på Drammen sykehus.

2.5.2 Sætre ambulansestasjon

Primært område for tjenesten er deler av Asker kommune som har et areal på 393 km² og en befolkning på 36 491 innbyggere.

Sætre ambulansestasjon har tre ambulanser, hvorav en er beredskapsambulanse (OBA) To av disse ambulansene er operative på dagtid, mens en ambulanse er i tjeneste på kveld.

Per oktober 2023 har stasjonen 25 ansatte som jobber i 2-delt turnus. I tillegg er det 1 lærling og en student. Stasjonens to ambulanser gir seks ansatte samtidig på vakt på dagtid.

2.5.3 Eiker ambulansestasjon

Hokksund ambulansestasjonen har som primært tjenesteområde Øvre Eiker kommune, med en utstrekning på 617 km² og en befolkning dekker et areal på 617 km² og en befolkning på 37 806 innbyggere.

Ambulansestasjonen disponerer i dag fire ambulanser, hvorav en er beredskapsambulanse (OBA). Tre av disse ambulansene er operative på dagtid og aften, mens to av dem er i tjeneste på natt.

Per i dag er det 34 ansatte som jobber i døgnvakter, i tillegg til fire lærlinger. Det kan være opptil ni arbeidstakere per vakt samtidig.

2.5.4 Modum Ambulansestasjon

Modum ambulansestasjon betjener hovedsakelig Modum kommune, som dekker et område på 672 km² og har en befolkning på 14 889 innbyggere.

Modum ambulansestasjon er det nyeste anlegget og ble tatt i bruk i 2021.

Stasjonen har 8 fast ansatte pluss to i overtall som jobber døgnvakter. Ingen lærling eller student/hospitant i 2023.

Stasjonen har en operativ ambulansebil og en OBA. Inntil tre personer samtidig på vakt.

2.5.5 Ringerike ambulansestasjon

Ambulansetjenesten har primært sine oppdrag for Ringerike kommune med et område på 1297 km² og ca. 41 313 innbyggere, men ruller mot andre kommuner i forhold til flåteplan og der det er mindre ressurser tilgjengelig.

Ambulansestasjonen har i dag tre ambulanser, samt to beredskapsambulanser (OBA). Tre av ambulansene er operative på dagtid og aften, mens to av dem er i tjeneste på natt.

I dag er det 35 ansatte og to i overtall som jobber i 2-delt turnus, i tillegg til 1 lærling i 2023. Inntil 9 samtidig på vakt på 3 ambulanser.

2.5.6 Noresund ambulansestasjon

Noresund ambulansestasjon har som primært tjenesteområde Krødsherad kommune, men kan rullere mot andre kommuner ved behov. Dette utgjør et areal på 1088 km² og dekker en befolkning på ca. 3748 innbyggere.

Ambulansestasjon på Noresund er en forholdsvis ny stasjon, som ble tatt i bruk i mai 2017.

Noresund ambulansetjenesten har 9 fast ansatte pluss 2 i overtall som går på døgnavakter. Ingen lærling i 2023. Stasjonen har en ambulanse og ingen OBA. Inntil 3 ansatte samtidig på vakt.

2.5.7 Nesbyen ambulansestasjon

Ambulansetjenester har primært sine oppdrag for Nesbyen og Flå kommune med et område på 1173 km² og ca. 4342 innbyggere.

Stasjonen har en operativ ambulansebil og en OBA.

Stasjonen har 8 ansatte, 2 i overtall og ingen lærling i 2023. Ansatte jobber døgnavakter. Inntil 3 samtidig på vakt.

2.5.8 Gol ambulansestasjon

Gol ambulansestasjon har hovedsakelig sine oppdrag i Gol kommune, men har muligheten til å utføre oppdrag i andre kommuner ved behov. Den dekker et område på 1182 km² og betjener en befolkning på 2423 innbyggere.

Ambulansestasjonen har 9 ansatte tilknyttet stasjonen i tillegg til 3 i overtall og 1 lærling i 2023. Ansatte jobber døgnavakter.

For øyeblikket er det en operativ ambulanse og en OBA plassert ved stasjonen. Inntil 3 samtidig ansatte på vakt.

2.5.9 Ål ambulansestasjon

Ambulansetjenesten på Ål er eiet av Vestre Viken og samlokalisert med Luft ambulansetjeneste HF på Helsetunveien 25 (Basebygg). Nærmeste naboen er Hallingdal sjukestugu som tilbyr desentraliserte spesialisthelsetjenester i Hallingdal område. Statens luftambulansetjeneste har base i tilknytning til sjukestugu.

I 2023 er det 22 ansatte knyttet stasjonen, i tillegg til 7 i overtall og 1 lærling. Ansatte jobber i døgnavakter.

Pr. i dag er det to operative ambulanserbiler og en OBA. Inntil 6 samtidig på vakt.

2.5.10 Geilo ambulansestasjon

Geilo ambulansestasjon har hovedsakelig sine oppdrag i Hol kommune, men har muligheten til å utføre oppdrag i andre kommuner ved behov. Den dekker et område på 759 km² og betjener en befolkning på 4475 innbyggere.

Dagens ambulansestasjon er lokalisert i Geilo med besøksadresse Trekanten 2.

Ambulansestasjonen leies fra Hol kommune. Leieforholdet har en tidsubestemt løpende leieavtale med 12 måneders oppsigelsesfrist.

Samlet areal er 186,50 m² BRA. Årsløen er ca. 0,23 mnok pluss renhold og driftskostnader på ca. 0,05 mnok.

Ambulansestasjonen er samlokalisert med legesenter og legevakten på Geilo og holder til i 3. etasje, mens legevakten og legesenter befinner seg i etasjene under.

Per dags dato er det 7 ansatte tilknyttet stasjonen som jobber i døgnvakter, ingen lærling.

Det er en operativ ambulansebil plassert ved Geilo ambulansestasjon. Inntil 3 samtidig på vakt.

2.5.11 Hemsedal ambulansestasjon

Hemsedal ambulansestasjon dekker et geografisk område på 383 km² og har en befolkning på ca. 2400 innbyggere.

Ambulansestasjonen har 7 ansatte tilknyttet stasjonen og som går på døgnvakter.

Ambulansetjenesten disponerer av en operativambulanse i området. Ingen OBA. Inntil 3 ansatte samtidig på vakt.

2.5.12 Kongsberg ambulansestasjon

Kongsberg ambulansestasjon betjener hovedsakelig Kongsberg kommune, som har et geografisk område på 943 km² og en befolkning på 30 007 innbyggere.

Per i dag disponerer ambulansestasjonen fire ambulanser, inkludert to beredskapsiler (OBA). To av ambulansene er operative på dag- og kveldstid, mens én er i tjeneste om natten.

For øyeblikket har ambulansetjenesten 30 ansatte som jobber i 2-delt turnus i tillegg til 5 i overtall og 2 lærlinger. Inntil 6 personer på vakt.

2.5.13 Rødberg ambulansestasjon

Rødberg ambulansestasjon har som primært tjeneste område Nore og Uvdal kommune som strekker seg over 1182 km² og har en befolkning på 2 423 innbyggere.

Per i dag opererer Rødberg ambulansestasjon 1 ambulansebil. Ingen OBA.

Stasjonen har en totalt bemanning på ni hele stillinger, samt 3 i overtall. Ingen lærling eller student/hospitant i 2023. Stasjonen er bemannet med døgnvakter. Inntil 3 samtidig på vakt.

2.5.14 Veggli ambulansestasjon

Veggli ambulansestasjon har som sitt primære tjenesteområde Rollag kommune, og betjener et område som streker seg over 560 km² med en befolkning på 2 042 innbyggere.

Veggli ambulansestasjon disponerer to ambulansebiler, inkludert en OBA.

Ambulansestasjonen opererer med døgnvakter og har to soverom for personalet. Totalt er det 10 ansatte tilknyttet stasjonen. Antallet lærlinger kan variere fra år til år, men i 2023 er det ingen lærling ansatt. Inntil 3 samtidig på vakt.

2.5.15 Sigdal ambulansestasjon

Sigdal ambulansestasjon dekker et geografisk område på ca. 962 km² og en befolkning på ca. 4.097 innbyggere. Stasjonen er lokalisert i Sigdalsveien 2536, Prestfoss.

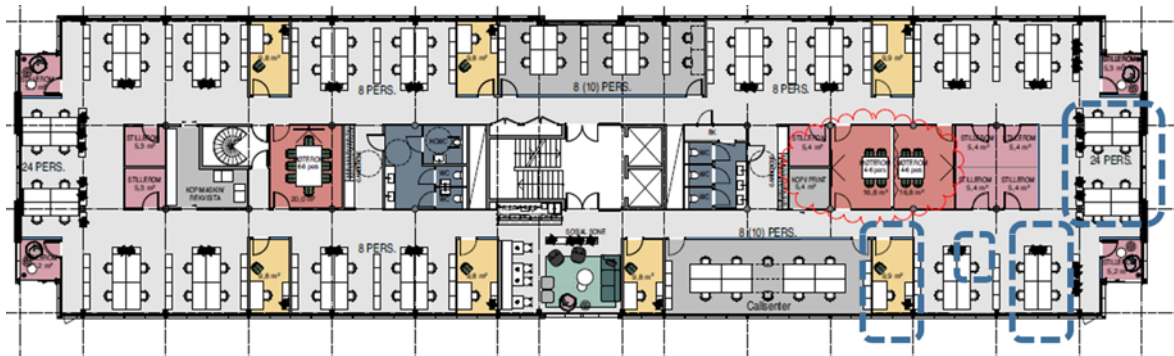
Ambulansestasjonen disponerer en operativ ambulansebil og en OBA.

Stasjonen opererer med døgnvakter. I 2023 er det 9 ansatte tilknyttet stasjonen i tillegg til 1 i overtall. Ingen lærling. Inntil 3 samtidig på vakt.

3 Enkel as-is analyse av arealene

3.1 Klinikkledelsen, avdelingsledelsene og sentral administrasjon

Klinikkledelsen med sentral administrasjon holder til i Grønland 32. Det disponeres arbeidsplasser i 5. etasje som vist i figuren under.



Figur 1: Plantegning av 5. etasje i Grønland 32. PHT klinikkledelse og administrasjon omtrentlig avmerket.

Lokalene i Grønland 32 ble bygget for Vestre Viken i 2021. Leieforholdet varer til 15. juni 2031, og kan forlenges med 2 ganger 5 år på samme vilkår, men med markedstilpasset leie for siste periode. Årlig kostnad er 17.83 mnok (i 2023). Arealene er på 4969 m² BTA med plass til 283 arbeidsplasser og 242 møteroms- og stilleromplasser. I tillegg bra personalfasiliteter som kantine, sosiale soner og treningsrom med garderober. Det er i utgangspunktet beregnet 80 % arbeidsplassutnyttelse, dvs. ca. 0,8 arbeidsplasser pr. hele stilling. Noe som betyr at lokalene i utgangspunktet er svært fleksible i bruk.

Etter pandemien har arbeidsmønstre forandret seg en del. Det er gjort enkle analyser av plassutnyttelsen i Grønland 32 generelt. De viser gjennomsnitt på 30 – 50 % utnyttelsesgrad for arbeidsplassene. Det betyr at lokalene i bygget har potensial for å huse flere ansatte.

3.2 AMK

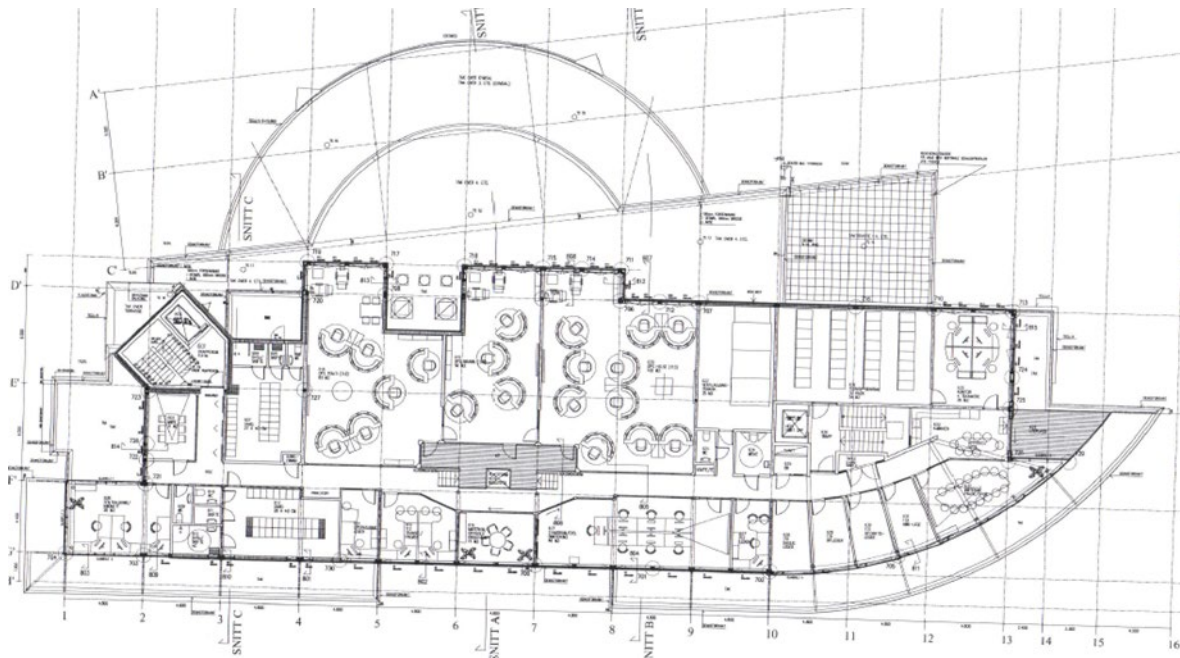
AMK er i dag lokalisert i Grønland 36 i Drammen. Det er der bygget operasjonssentral for brann, politi og helse i et felles tilbygg på 866 kvm i på toppen av politihuset i Drammen.

Dette er lokaler som justisdepartementet / Søndre Buskerud politidistrikt leier av Bergen kommunale pensjonskasse / Grønland 36 AS, og fremleier en andel til Vestre Viken.

Operasjonssentralen for brann er 56 kvm og har 4 operatørplasser, sentralen som tidligere ble brukt av politi er 83 kvm og har 6 operatørplasser. Disse er ikke lenger i bruk som operasjonssentraler. De nyttes tidvis til andre formål, men kan teknisk sett enkelt omdisponeres til helse. Politiet har imidlertid også plassbehov og vil selv benytte disse arealene.

AMK disponerer i dag totalt 292,6 kvm leieareal, hvorav 171 kvm er felles areal og 121,6 kvm er areal til eksklusiv bruk. Lokalene består av en operasjonssentral på 102 kvm som er prosjektert for 10 operatørplasser (p.t. møblert og utrustet for 8 plasser). For øvrig er det garderober, WC/dusj,

kjøkken, møterom og trimrom som deles med politiet, og 6 egne kontor plasser i tre rom. Arealbruk oppgitt i NTA.



Figur 2: Plantegning av samlokaliserte alarmsentraler for politi, brann og helse

AMK-sentralen skal være kontinuerlig i drift, uten avbrudd. I tillegg skal sentralen kunne være reservefunksjon for AMK Vestfold og Telemark. Behovene i forhold til driftssikkerhet og innbruddssikkerhet, også under kritiske situasjoner, er derfor høye.

I nåværende lokaler i øverste etasje på politihuset i Drammen er den nødvendige sikkerheten på plass ved at bygningen er bygget med redundans og sikkerhet tilsvarende AMK behov. I disse lokalene, som er bygget for sambruk mellom nødetatene, er det en ledighet av slikt spesialtilpasset areal etter at politiet flyttet sin sentral til Tønsberg. De 4 operatørplassene til brann og 6 plasser til politi benyttes ikke lenger som operatørplasser. Men fordi politiet allerede i dag har plassmangel, og deres framtidige arealbehov ikke er endelig avklart så blir ikke operatørplassene tilgjengelige for Vestre Viken.

Leiekostnader inkl. felleskostnader for arealene var kr 1.770.073,- i 2022. Det er 6.049 kr/m² leid areal.

Fremleieavtalen mellom Søndre Buskerud politidistrikt og Vestre Viken HF er ikke eksakt datert, men signert i 2011. Den har 20 års løpetid fra overtakelse og med rett til fornyelse ytterligere 20 år. Dette tolkes som at dagens fremleiekontrakt utløper 31.12.2031, men kan forlenges til 31.12.2051. Uavhengig av om politiet blir i sin del av lokalene.

I avtale mellom Grønland 36 AS og Den norske stat / Justisdepartementet, signert 7. mars 2008, er løpetiden for leiekontrakten satt til 20 år fra overtakelsen. Ettersom det ikke er arkivert informasjon om når overtakelsen skjedde, så antas det at løpetiden i justisdepartementets kontrakt sammenfaller med Vestre Vikens. Det vil si fram til 31.12.2031. I denne avtalen er det ikke tatt inn rett til forlengelse.

Adm. dir. i Bergen kommunale pensjonskasse, som eier Grønland 36 AS, opplyser imidlertid at som følge av diverse ombygginger av politistasjonen så er løpetid for politiets leiekontrakt forlenget ut 2034.

Ettersom kontraktsforholdene ikke er entydige har det blitt gjennomført et møte på rådgivernivå mellom Sør Øst politidistrikt og Politiets fellestjenester på den ene siden og Vestre Viken på den andre. Det er heller ikke etter dette møtet fremkommet noen entydig felles fortolkning av kontraktene. Politiets fellestjenester vil derfor gjøre en juridisk gjennomgang, og komme tilbake med sin tolkning.

Politidistriktet opplyser at de på sin side har plassmangel i politistasjonen og ikke har mulighet til å fristille areal til AMK helse. Det skal lages en masterplan for eiendom med utgangspunkt i politiets fremtidige behov fra 2034 som er utløpet av politiets leiekontrakt i nåværende politihus. Politiet opplyser at tidsbruk for arbeid med slike planer som kan innebære nyanskaffelser av leieforhold, fra behovsanalyse til innflytting, normalt er 8 år. Arbeidet skal derfor starte i 2026. Planen vil bli unntatt offentlighet, men hovedinnholdet er skissert for Vestre Viken i et eget møte.

Hovedpunktene, slik vi vurderer det nå er:

- Plassmangel i nåværende politihus i Grønland 36 i Drammen.
- Noe virksomhet er derfor under flytting til midlertidig lokasjon.
- Har leiekontrakt i Grønland 36 ut 2034.
- Starter behovsanalyse for fremtidig løsning i 2026.
- Vil bli vurdert flere alternativer/konsepter.
- Vurderer 8 år for planlegging, beslutning og anskaffelse av ny stasjon. Kortere tidsforbruk dersom dagens stasjon beholdes.
- Gyldigheten av Vestre Vikens opsjon på leie AMK-sentral til 2051 er ikke helt avklart. Politiet vil gjøre en juridisk gjennomgang.
- Om opsjonen er gyldig, vil den måtte videreføres i ny lokasjon, dersom dette blir politiets løsning. (Helse må da flytte samtidig som politiet).

3.3 Pasientreiser

Pasientreiser er siden sommeren 2021 lokalisert i 5. etasje i Vestre Vikens hovedkvarter i Grønland 32 i Drammen. Der disponeres 10 operatørplasser hvorav 2 ikke er heltids plasser på grunn av at arealet er innglasset mot øvrig kontorlandskap, samt 9 kontorarbeidsplasser hvorav 1 i enekontor. I tillegg har virksomhetens 5 minibusser parkering og oppbevaring av nøkler og det mest nødvendige forbruksmateriellet på ambulansetasjonen i Skotselvsveien 29, Hokksund. For øvrig disponeres lagerplass i Grønland 32 til annet utstyr. Minibussenes 5 sjåførere er tidvis innom kontoret i Grønland 32. Det er ingen plan om å øke antallet minibusser.

Avdelingen rapporterer at administrasjonen har akkurat nok plass i dag. Operatørrommet er egentlig allerede litt for lite. Det har imidlertid vært mye sykefravær og noe arbeid hjemmefra som har gjort at utfordringen med alle operatører på jobb samtidig ikke har kommet helt på spissen det siste året.

Det oppleves at dagens parkeringsfasiliteter for minibusser er ikke optimal, først og fremst på grunn av manglende beskyttelse mot snø på takene til minibussene. Det er heller ikke god løsning for lagerplass og manglende tilknytning til resten av de ansatte i pasientreiser i G32 oppleves som en ulempe.

Sammenlignet med andre bygg er Grønland 32 et bygg med god fleksibilitet, generalitet og intern elastisitet.

SINTEF Byggforsk bruker følgende definisjoner:

Fleksibilitet: Evnen en bygning har til å møte vekslende krav gjennom å forandre egenskaper.

Generalitet: Evnen en bygning har til å møte vekslende krav uten å forandre egenskaper.

Elastisitet: Evnen en bygning har til å utvide eller redusere arealer innenfor en gitt geometri.

Arbeidsplassene i bygget er også lavt utnyttet. Dette betyr at det er god mulighet for å endre på hvem som bruker hvilke arbeidsplasser i bygget.



Figur 3: Plantegning av 5. etasje i Grønland 32. Pasientreisere plasser grovt avmerket.

Eiendommen Grønland 32 eies siden 1. mars 2023 av Bane NOR Eiendom. Vestre Viken har leiekontrakt som løper i 10 år fra 15. juni 2021, med rett til å fornye leieavtalen i to perioder á 5 år. Det betyr at arealene kan disponeres til og med februar 2041. Årlig leie inkl. felleskostnader er 17.834.712,- i 2023. Pasientreiser sin andel av arealet er ca. 6,8 %, eller kr 1.212.760,-. Parkeringsareal for minibusser leies av Øvre Eiker kommune. Kontrakten er for ett år ad gangen, og årskostnad kr 24.000,-.

3.4 Luftambulanseavdelingen

Luftambulanseavdelingen har sin virksomhet spredt på flere områder.

3.4.1 Luftambulansebase Ål

På Ål foregår et ombyggingsprosjekt for å modernisere basen slik at bygningsfasilitetene vil tilfredsstille dagens krav til sikker drift og arbeidsmiljø i basebygget, både for drift av luftambulanse og av bilambulanse. Disse er lokalisert i samme bygning. I byggeperioden er luftambulansebasen lokalisert i midlertidige lokaler på Torpomoen.

3.4.2 Administrasjon

Denne virksomheten er lokalisert i 5. etasje i Grønland 32. Der er kontorarbeidsplasser for avdelingssjef i luftambulanseavdelingen, luftambulanselegene når de skal ha kontorarbeid i rollen som medisinske rådgivere samt til disposisjon for avdelingskonsulent LAT som har fast tilhold og kontor plass i AMK-sentralen.

3.4.3 Legebemannet akuttbil i Drammen – 626 og Intensivambulanse

Dette er en ny funksjon som ikke har vært gjenstand for budsjettbeslutning i foretaket. Den bruker på nåværende tidspunkt derfor ingen arealer.

Dette er en ny funksjon som er utvidet til fulltids drift fra 2024. Den vil bli samlokalisert med Drammen ambulansestasjon. Dette vil kreve at areal som beregnet i konseptstudie for ny stasjon i Drammen må bli ca. 130 m² større.

3.5 Ambulansestasjoner

Mange av ambulansestasjonene i foretaket har utfordringer i forhold til funksjonalitet. Klinikken rapporterer at særlig to forhold er viktig å få adressert:

- Garderober. Nødvendigheten av kjønnsdelt garderobe og tilstrekkelig garderobeskap for å skille arbeidstøy og privattøy poengteres. I tiltaksplanen bør det fremkomme ett tidsperspektiv for stasjoner der dette ikke er etablert.
- Kjøretøyplassering. Vår anbefaling er at alle operative ambulanser stasjoneres i garasje med tanke på responstid og kostnadskontroll. Alle operative beredskapsambulanser (OBA) bør optimalt stasjoneres i garasje, men som ett minimum bør disse plasseres under tak med tilkobling til strøm. Reserveambulanser bør oppbevares under tak, med tilkobling til strøm.

3.5.1 Drammen ambulansestasjon

Dagens ambulansestasjon er lokalisert i Wergelandsgate 11 og deler tomt med to andre bygninger – Wergelandsgate 9 og 13 – som rommer kommunale virksomheter. Stasjonen leies fra Drammen Eiendom KF. Leiekontrakten utløper ved utgangen av 2025 uten opsjon på forlengelse. Ved ønske om videre leie utover dette, må samtale med Drammen Eiendom innledes. Samlet areal er 720 m² BRA, med en årlig leie på ca. 2,0 mnok, pluss kostnader for energi, renhold og driftskostnader til ca. 0,40 mnok. I tillegg ble leiebudsjetten for 2023 økt med 0,5 mnok som følge av leieavtalene på provisorier (fem garderobebrakker og en plathall for utrykningskjøretøy) på henholdsvis 96 m² og 175 m² BRA.

Per oktober 2023 er det 86 ansatte som jobber 2-delt turnus, inkludert 3 lærlinger og 2 studenter/hospitanter. I tillegg er det 6 i overtallsbemanning.

Ambulansestasjonen har totalt 9 operative biler, 2 OBA og 2 reservebiler.

Ambulansestasjonen har 4 garasjeplasser og en vaskehall. Under koronapandemien ble det satt opp et stort telt som klimaskjerm for parkering av ambulanser rett utenfor ambulansestasjonen for å lette klargjøring av nedfrosne og nedsnødde biler før utrykning. Her er det plass til 6 biler. Hvit-bil må parkeres ute.

De siste 2 reservebilene til legebil og hvitbil parkeres i bakgården utenfor forsyningsblokka på Drammen sykehus.

Drammen ambulansestasjon er underdimensjonert og tilfredsstillende ikke de kravene som arbeidstilsynet stiller til arbeidslokaler og personalrom i ambulansetjenesten. Dette skyldes hovedsakelig mangel på garderobeplass og tilrettelegging av ren/uren sone for ambulansearbeiderne.

For å bidra til en bedre hverdag for ambulansearbeiderne, ble det søkt til Drammen kommune og arbeidstilsynet om etablering av fem midlertidige garderobebrakker rett utenfor ambulansestasjonen.

Brakkene gir en kortere vei mellom garderobe og vaskerom enn tidligere løsning hvor garderobene var spredt rundt om på stasjonen. Garderobebrakkene tilfredsstillende ikke Arbeidstilsynets krav til garderober og rent/urent område på stasjonen.

Søknaden ble innvilget med bakgrunn i at tiltaket er av midlertidig karakter for en periode på inntil 2 år. Samtykket fra Arbeidstilsynet er tidsbegrenset til 07.11.2024 og det må søkes på nytt dersom det er nødvendig etter fastsatt dato.

Det er utarbeidet en egen konseptstudie for Drammen og Lier ambulansestasjon. Den er godkjent i styringsgruppen og oversendt fra klinikkdirektør KIS til foretaksledelsen den 7.12.2022. Omfanget av nye stasjoner i Drammen og Lier har en leiekostnad som tilsvarer en investering som i konseptrapporten ble anslått til omkring 270 mnok. Alle finansielle leieavtaler med kontraktsverdi over 100 millioner kroner skal godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF og foretaksmøtet. Dette forventes å ta 3 – 7 måneder, etter at styret i Vestre Viken har besluttet å søke.

Samtidig som denne planen er under ferdigstilling blir det klargjort for tilbudskonkurranse om leiekontrakt på ny stasjon i Drammen. Denne vil bli sendt ut i februar 2024, etter en grundig markedsanalyse utført av Sykehusbygg, hvor det er funnet minst to mulige lokasjoner for ny ambulansestasjon.

Så vil konkurranse om ny stasjon i Lier følge etter at Drammen er gjennomført.

3.5.2 Sætre Ambulansestasjon

Ambulansestasjonen i Sætre er for tiden lokalisert i Åsveien 2 og deler bygningen med to andre private virksomheter. Leieavtalene løper ut den 31. desember 2027, men opsjon på 5 nye år. Samlet areal er 345,6 m² BRA, med en årlig leie på ca. 0,5 mnok, pluss kostnader for energi, renhold og drift til ca. 0,25 mnok.

Sætre ambulansestasjon har tre ambulanser, hvorav en er beredskapsambulanse (OBA) To av disse ambulansene er operative på dagtid, mens en ambulanse er i tjeneste på kveld. Stasjonen disponerer en vognhall med kapasitet til to biler pluss egen vaskehall.

Per oktober 2023 har stasjonen 25 ansatte som jobber i 2-delt turnus. I tillegg er det 1 lærling og en student.

Sætre ambulansestasjonen er underdimensjonert og oppfyller ikke Arbeidstilsynet sine nye krav til nye lokaler for ambulansetjenesten. Ettersom stasjonen ble tatt i bruk lenge før den opprinnelige bygningen ble designet for å huse 12 ansatte med døgnavtalt, nå er bemanningen økt til 25 ansatte med 12-timers vakt.

Det er derfor utfordringer knyttet til garderobekapasitet. Garderobene har ikke umiddelbar tilgang til servant, WC/dusj. Grunnet plassmangel er det ikke tilrettelagt for atskilte skap (privat- og arbeidstøy) til alle faste ansatte på stasjonen (Arbeidstilsynet § 3-4. Garderobe). I tillegg er garderobene plassert i 2. etasje, som er en ugunstig plassering mtp at garasjen befinner seg i 1. etasje. Fra garasjen må ansatte gå opp en trapp og gjennom spisestue for å få tilgang til garderobene.

I tilfelle ansatte blir tilsølt så må de gå gjennom en felles korridor i 1. etasje for å komme til vaskerommet hvor dusj og vaskemaskin/tørketrommel er plassert for å deretter gå opp til garderobene i øverste etasje. Dette motstrider kravene om rent/urent sone fra arbeidstilsynet. Det er inntil 6 personer samtidig på vakt, og rapporteres om mangel på lagringsplass og egnede område for prosedyreøvelser.

Damegarderoben fungerer også som undervisningsrom ved behov for førstehjelpsøvelser o.l. Det eksisterer ingen dedikert rom for plassering av rengjøringsutstyr (B.K.), disse er plassert i herregarderoben.

Personlig smittevernutstyr brukt under pandemien har blitt sendt til Drammen ambulansestasjon da det ikke er plass til oppbevaring på nåværende stasjonen.

Vaskehallen oppleves som trang.

Det er 2 hvilerom (tidligere soverom) med egne bad.

Det er derfor behov for en ompakking/oppgradering og mindre utvidelse på ca. 50 m² til garderober og øvingsrom for å imøtekomme utfordringene som har oppstått ved den endrede vaktordningen.

Mellom 2035 og 2040 blir en ytterligere utvidelse på ca. 130 m² nødvendig fordi kapasiteten øker fra to til tre ambulanser.

3.5.3 Eiker ambulansestasjon

Ambulansestasjonen ligger for øyeblikket i Skotselveien 29 og deler bygningen med Øvre Eiker brannstasjon. Denne bygningen er leid av Øvre Eiker kommune, og leiekontrakten har utløpsdato 21.12.24 med opsjon på nye 10 år. Samlet areal er 479m² BRA. Årsleien er ca. 0,65 mnok, i tillegg til kostnader for renhold og drift som utgjør ca. 0,1 mnok.

Ambulansestasjonen disponerer i dag fire ambulanser, hvorav en er beredskapsambulanse (OBA). Tre av disse ambulansene er operative på dagtid og aften, mens to av dem er i tjeneste på natt. Vognhallen er utformet for å huse to biler og fungerer både som vognhall og vaskehall. De andre to biler oppbevares utendørs under en carport.

Per i dag er det 34 ansatte som jobber i døgnvakter, i tillegg til fire lærlinger.

Stasjonen har et areal på 479 m² BTA, fordelt på 368 m² opprinnelig stasjon som senere er utvidet med 78 m² carport og 33m² eksternt lager. Generelt oppleves lokalet som slitt. Stasjonen oppfyller ikke dagens krav ift. ren/uren sone og lider av kapasitetsutfordringer. Dette gjelder hovedsakelig begrenset garderobeplass (ikke mulig å tilrettelegge for adskilte skap), mangel på egnede områder for kontorarbeid, øvelser og opplæring.

Stasjonsleder sitt kontor står vegg i vegg med vognhallen. Siden vask av bilene utføres også her så er det mye støy fra høytrykkspyleren som er utfordrende.

Stasjonen har to hvilerom med bad, som pga. dårlig garderobekapasitet har blitt fylt opp med garderobeskap.

Det eksisterer heller ikke et dedikert rom for lagring av kjemikalier, og disse oppbevares på gulvet inne i vognhallen.

Etter betydelige utfordringer knyttet til lagerkapasitet ble det i april 2023 inngått en tilleggsavtale for leie av et eksternt lager, som er plassert i bygget rett ved siden av.

Det er behov for en ompakking/oppgradering og mindre utvidelse på ca. 60 m² til garderober, kontor og øvingsrom for å imøtekomme utfordringene som har oppstått. I tillegg er det behov for litt areal for rekvisita lager til bilene som Pasientreiser har på stasjonen. Mellom 2035 og 2040 blir en ytterligere utvidelse på ca. 130 m² nødvendig fordi kapasiteten øker fra tre til fire ambulanser.

3.5.4 Modum ambulansestasjon

Lokalene til Modum ambulansestasjon ble ferdigstilt i juni 2021. Den er strategisk plassert ved Nedmarken industriområde, med samlokalisert med brannvesen og hjemmesykepleie. Besøksadressen er Geithusveien 67 B, 3370 Vikersund.

Hjemmetjenesten er også lokalisert i samme bygget med egen inngang.

Leiekontrakten for stasjonen utløper den 30.06.36 med opsjon på 5 +5 nye år. Samlet areal er 419,7 m² BRA fordelt på 312 m² pluss 22,7 m² vaskehall/lager + 85 m² forholdsmessig andel av

fellesarealer. Årlig leie er ca. 0.95 mnok, i tillegg til kostnader for renhold, energi og drift til ca. 0,35 mnok.

Stasjonen har 8 fast ansatte pluss to i overtall som jobber døgnavakter. Ingen lærling i 2023. Stasjonen har en operativ ambulansebil og en OBA.

Ambulansstasjonen ble oppført etter kravene til arbeidslokaler for ambulansetjenester som er fastsatt av Arbeidstilsynet.

Det vil si at det er en egen inngang til den urene sonen, som er utstyrt med en barrieremaskin, som opererer slik at urent tøy legges inn i den urene sonen og tas ut i den rene sonen. Fra uren sone er det tilgang til dusj og videre inngang til ren garderobe. Det er atskilte garderober for menn og kvinner. Alle har egne skap tilknyttet avtrekkssystemet. Vikarer har egne skap for oppbevaring av tøy.

For øvrige består ambulansstasjonen av to soverom med eget bad, kontorrom treningsrom, god lagerplass og varemottak med egen inngang.

Vognhallen har kapasitet til å huse to biler. I tillegg har ambulansstasjon sammen med hjemmetjenesten tilgang til felles vaskehall.

3.5.5 Ringerike ambulansstasjon

Dagens ambulansstasjon ble ferdig bygd i 2021 og er samlokalisert med legevakten i Trygstadveien 8 i Hønefoss. Ambulansstasjonen deler tomt med Ringerike sykehus. Stasjonen leies fra Ringerike kommune. Leiekontrakten utløper 01.01.50. Arealene til leietakers eksklusive bruk utgjør ca. 562 m². Leietakers andel fellesarealer utgjør 430 m². Totalt antall m² inkludert fellesarealer er 992 m² BRA. En årlig leie på ca. 2,5 mnok, pluss kostnader for energi, renhold og driftskostnader til ca. 0,30 mnok.

Ambulansstasjonen har i dag tre ambulanser, samt to beredskapsambulanser (OBA). Tre av ambulansene er operative på dagtid og aften, mens to av dem er i tjeneste på natt. Vognhallen kan huse opptil 4 biler, den femte bilen parkeres utenfor under en carport. Ambulansstasjonen har egen vaskehall som også benyttes til desinfisering av bil.

I dag er det 35 ansatte og to i overtall som jobber i 2-delt turnus, i tillegg til 1 lærling i 2023.

Ambulansstasjonen tilfredsstiller kravene til ren/uren sone. Garderobefasiliteter (ren sone) er felles med legevakten. Det er tilfredsstillende lagerkapasitet. Stasjonen har tilgang til felles møteromslokaler med legevakten, selv om det ikke er så enkel å få booket et møterom pga høy aktivitet fra Ringerike sykehus og Ringerike kommune som også har tilgang til møteromslokalene.

Ringerike ambulansstasjon er bare noen år gammel. Det er imidlertid noen forhold som ansatte påpeker: kjøkkenet/oppholdsrommet oppleves litt liten når alle er på vakt og mangel på et flerbruksrom hvor ansatte kan ha undervisning eller utføre administrativ arbeid. Ved planlegging av nye stasjoner må det tas hensyn til det maksimale antall personer som skal oppholde seg samtidig, når det gjelder f.eks. plass til spising, oppbevaring og tilberedelse av mat m.m. Et samtalerom/hvilerom uten bad.

3.5.6 Noresund ambulansstasjon

Lokalene leies fra Krødsherad kommune og er lokalisert på Norestrand 40 i Noresund. Kontrakten utløper den 01.03.22 med opsjon på 10 nye år. Samlet areal er 282,60 m² BRA, målt etter NS 3940. Årsleien er ca. 0,75 mnok pluss renhold, energi og driftskostnader på ca. 0,3 mnok.

Noresund ambulansetjenesten har 9 fast ansatte pluss 2 i overtall som går på døgnvakter. Ingen lærling i 2023. Stasjonen har en ambulanse og ingen OBA.

Ambulansestasjonen lar lyse og trivelige lokaler, og det er tilstrekkelig plass på oppholdsrom. Det er ikke eget kontor til stasjonsleder, men det finnes kontorarbeidsplasser på et felles kontor. Stasjonen har 2 soverom med eget bad og møblert med seng og kontorpult som også benyttes som arbeidsplass.

Det er tilrettelagt for ren og uren sone ved stasjonen, men vaskerommet er plassert inne på stasjonen i ren sone. Det er avtalt med Krødsherad kommune at en barrieremaskin vil komme på plass i våren 2023.

Det er dame- og herregarderobe ved stasjonen. HC-toalettet er tatt i bruk som ekstra garderobe.

Stasjonen har tilstrekkelig med lagerplass. Det er et eget rom for oppbevaring av renholds utstyr, lagring av oksygen, diverse tøy. I tillegg til lager for bilutstyr og smittevernutstyr og forbruksvarer.

Noresund ambulansestasjon har eget treningsrom, som også benyttes som soverom for lærlinger.

Garasje og vaskehall er ikke atskilt, gassing av bilene foregår i Sigdal. Derimot er det god kapasitet i garasjen med to oppstillingsplasser.

3.5.7 Nesbyen ambulansestasjon

Ambulansestasjonen er samlokalisert med legevakten i Nesbyens sentrum med adresse Jordeslykkja 6 og leies fra Nesbyen kommune. Leiekontrakten fornyes automatisk for en periode på tre år av gangen med 12 måneders oppsigelsesfrist. Samlet areal er 184,16 m² BRA. Årlig leie er ca. 0,25 mnok, i tillegg til kostnader for renhold, energi og drift til ca. 0,2 mnok.

Stasjonen har en operativ ambulansebil og en OBA. Stasjonen har 8 ansatte, 2 i overtall og ingen lærling i 2023. Ansatte jobber døgnvakter.

Stasjonen oppleves som liten og tilfredsstillende ikke kravene til ren/uren sone i garderober, og garderoberne har kun adkomst via lokalene til legevakten som ligger i samme bygning.

Stasjonen har fire soverom, som benyttes ved skift av klær.

Det er plassert noen garderobeskap i gangen utenfor soverommene som brukes til oppbevaring av klær og personlig eiendeler. Dersom ambulanspersonell blir kontaminert så må de gjennom korridoren for å benytte seg av dusjene i soverommene.

Oppholdsrommet oppleves som liten ved vaktskift, spesielt ved ekstra bemanning på stasjonen (påske/ferie). Oppholdsrommet fungerer også som kontor til stasjonsleder og ansatte. Ved behov brukes det også som øvelsesrom.

Et av soverommene brukes av stasjonsleder som kontor når det er behov for sensitive samtaler.

Når det er vinterberedskap så er dette ikke praktisk mulig.

Det er også dårlig kapasitet mtp lager av utstyr og forbruksvarer.

Det er 4 soverom med eget bad.

Som det er forklart tidligere i kapittel 2 så er legesenter samlokalisert i samme bygget. Legesenteret har et behandlingsrom i korridoren til ambulansestasjonen, noe som betyr at uvedkommende (for eks. pårørende) har fri tilgang til alle arealene som ambulansestasjon disponerer.

Det er plass til to ambulanserbiler i garasjehallen. Denne fungerer også som vaskehall.

3.5.8 Gol ambulansestasjon

Dagens ambulansestasjon er lokalisert i Gol kommune med besøksadresse Heradveien 9. Den deler bygningen med Sletto bygg AS og flere lokale små bedrifter. Ambulansestasjonen leies fra Sletto Invest, og den nåværende leiekontrakten utløper den 31.12.27 med opsjon på nye 5 år. Samlet areal er 397 m² BRA. Årsleien er ca. 0,64 mnok pluss renhold og driftskostnader på ca. 0,2 mnok.

Ambulansestasjonen har 9 ansatte tilknyttet stasjonen i tillegg til 3 i overtall og 1 lærling i 2023. Ansatte jobber døgnvakter.

For øyeblikket er det en operativambulanse og en OBA plassert ved stasjonen. Vognhallen er utformet for å huse to biler og fungerer både som vognhall og vaskehall.

Bygningen har en god standard, med tilstrekkelig kontor plass og soverom. Ambulansestasjonen oppfylder kravene for å opprettholde en ren og uren sone.

Imidlertid har herregarderoben blitt for liten, og det har vært behov for å flytte det ene garderobeskapet til damegarderoben. Det kan potensielt by på utfordringer i fremtiden hvis det er behov for å legge til en ekstra ambulansebil, da det er begrenset plass for å utvide garderobeområdet.

Det er 4 soverom med eget bad.

3.5.9 Ål ambulansestasjon

Ambulansestasjoner dekker et geografisk område på 772 km² og har en befolkning på ca. 4839 innbyggere. Samlet areal er ca. 600 m² BRA. Energi, renhold og driftskostnader er ca. 0,3 mnok. Basebygget ble tatt i bruk i 1998.

I 2023 er det 22 ansatte knyttet stasjonen, i tillegg til 7 i overtall og 1 lærling. Ansatte jobber i døgnvakter.

Pr. i dag er det to operative ambulanserbiler og en OBA.

Lokalet opplevdes som slitt og det ble registrert i en årrekke tilbakemeldinger om dårlig inneklime og ikke egnede kontorlokaler for administrativ arbeid. Slik som det var, så var kravet om ren/uren sone ikke tilfredsstillt.

Dårlig planløsning som forårsaket lang responstid (lang avstand mellom vognhall og oppholdsstue). Beredskapsbil måtte stå ute under telt pga. manglende plass i garasjehallen. Det var egen vaskehall.

Ombyggingen av Basebygget er allerede satt i gang og ferdigstilling er planlagt til våren 2024. På den nye ambulansestasjon er kravene om ren/uren sone ivaretatt med to barrieremaskiner. Garasjehallen er utvidet til 4 biler. Egen vaskehall følger med. Gassing av bilene foregår i vaskehallen.

I tillegg vil ambulansestasjon bestå av 4 soverom med eget bad, eget treningsrom, møterom/øvelsesrom og 2 kontorer.

Ål ambulansestasjon har god plass på oppholdsrommet, og det vil bli kontor i en del av det som er oppholdsrom/stue nå.

3.5.10 Geilo ambulansestasjon

Dagens ambulansestasjon er lokalisert i Geilo med besøksadresse Trekanten 2. Ambulansestasjonen leies fra Hol kommune. Leieforholdet har en tidsbestemt løpende leieavtale med 12 måneders oppsigelsesfrist.

Samlet areal er 186,50 m² BRA. Årsleien er ca. 0,23 mnok pluss renhold og driftskostnader på ca. 0,05 mnok.

Ambulansestasjonen er samlokalisert med legesenter og legevakten på Geilo og holder til i 3. etasje, mens legevakten og legesenter befinner seg i etasjene under.

Per dags dato er det 7 ansatte tilknyttet stasjonen som jobber i døgnvakter, ingen lærling.

Det er en operativ ambulansebil plassert ved Geilo ambulansestasjon. Vognhallen er felles med legevakten og fungerer også som vaskehall.

Geilo ambulansestasjon oppfyller ikke de nødvendige bygningsmessige kravene til ren og uren sone. På grunn av plassbegrensinger er det felles dame/herre garderobe uten tilgang til dusj. Det er to soverom med eget bad og et tredje rom som benyttes til daglig som kontor til ansatte, øvelsesrom og gjesterom til overnatting av ambulanspersonell.

Stasjonen fremstår som upraktisk med lang avstand fra oppholds- og soverom til garasjen, noe som gir utfordringer med å opprettholde raske responstider under utrykninger.

Stasjonen har to soverom med bad, samt et ekstra rom med seng som benyttes av vikarer etter behov. Dette ekstrarommet fungerer også som lager og treningsområde.

Temperaturregulering har vært en vedvarende bekymring. Kommunen sliter med optimalisere ventilasjons- og varmesystemet, noe som har resultert i perioder med ubehagelige lave eller høye temperaturer inne på stasjonen. I tillegg har støy fra ventilasjonsanlegget i soverommene forhindre ansatte i å få tilstrekkelig søvn om natten

Lagerkapasiteten er begrenset, og stasjonen deler forbrukslager i 1. etasje med legevakten. Loftet og det ekstrarommet i 3. etasje fungerer også som lagerområder.

I samarbeid med kommunen blir det implementert i vinteren 2023 tiltak for å forbedre disse forholdene, inkludert kjøling på soverommene og lydfelle i ventilasjonsanlegget.

Hol kommune har lenge hatt et ønske om å etablere et felles beredskapssenter for brann, politi og ambulans på Geilo. Dessverre har de ennå ikke klart å konkretisere dette forslaget.

3.5.11 Hemsedal ambulansestasjon

Stasjonen er samlokalisert med legevakt i Hemsedal sentrum, like bak kommunehuset og har adresse Hemsedalsvegen 2887. Lokaler til ambulansestasjonen leies fra Hemsedal kommune. Leiekontrakten utløper den 31.12.28 og har opsjon på 5 nye år.

Leiearealet er ca. 179 m² i tillegg til gangareal og hwc toalett på ca. 40 m². Årsleien er ca. 0,47 mnok pluss energi og driftskostnader som utgjør ca. 0,1 mnok.

Ambulansestasjonen har 7 ansatte tilknyttet stasjonen og som går på døgnvakter. Ambulansetjenesten disponerer av en operativambulanse i området. Ingen OBA.

Stasjonen er samlokalisert med legevakt og deler korridor og HC-toalett med dem. Legevakten er felles for Hemsedal og Gol. Pasienter som kommer til legevakten må fraktes gjennom felles korridor.

Ambulansestasjon er ikke tilrettelagt for ren/uren sone. Det er ikke egne dame- og herregarderobes, men felles.

Det er lite plass på oppholdsrommet, spesielt ved vaktskifter da det kan være seks personer til stedet. Det ble anskaffet en varmpumpe til oppholdsstuen pga. tilbakemeldinger på svært høye temperaturer på sommeren.

For å komme inn og ut av oppholdsrommet må det passeres kontor til stasjonsleder. Kontoret er ikke egnet til konsentrasjonsarbeid eller medarbeidersamtale grunn dårlig lydisolering.

Stasjonen har to soverom med bad. Når det er tre personer (hospitant) på stasjonen, er det bare plass til to stykker.

Garasjen har plass til to biler, og fungerer også som vaskehall. Det er presenninger som trekkes for når det vaskes, og avtrekksvifte som starter automatisk når porten åpnes. Ambulansebilen kjører til Ål når den skal gasses.

Ved behov så leies møteromslokaler av kommunen.

3.5.12 Kongsberg ambulansestasjon

Den nåværende beliggenheten for ambulansestasjonen i Kongsberg er på sykehustomten i Gamle Drammensvei 5, 3613 Kongsberg. Bygget har som de to nærmeste naboene legevakten og Kongsberg sykehus.

Samlet areal er 360,8 m² BRA. Energi, renhold og driftskostnader er ca. 0,3 mnok.

Per i dag disponerer ambulansestasjonen fire ambulanser, inkludert to beredskapsiler (OBA). To av ambulansene er operative på dag- og kveldstid, mens én er i tjeneste om natten.

For øyeblikket har ambulansetjenesten 30 ansatte som jobber i 2-delt turnus i tillegg til 5 i overtall og 2 lærlinger.

Det økende antallet ansatte på stasjonen og endringen i skiftordning har ført til betydelige utfordringer, særlig mangel på tilstrekkelig garderobeplass og lagerkapasitet. Tilrettelegging av ren/uren sone er også fraværende.

Stasjonen har to hvilerom med eget bad.

Lagerrommet er ikke tilstrekkelig til oppbevaring av smittevernutstyr, og det har vært nødvendighet å leie en container som står utenfor stasjonen for dette formålet.

Vognhallen er dimensjonert for to biler og fungerer både som garasje og vaskehall. Imidlertid er det begrenset med plass, og to av ambulansene må oppbevares utendørs. Hver ambulanse bemannes av to personer, i tillegg til at en lærling normal er til stede.

Desinfeksjon av ambulanser og utvending bilvask må utføres i samme rom. Under bilvask oppstår det mye damp i garasjen, og avtrekksystemet fungerer dårlig. Dette fører til utfordringer som rustdannelse på metallskapene som brukes til oppbevaring. Gulvet i vaskehallen er preget av slitasje og krever vedlikehold.

3.5.13 Rødberg ambulansestasjon

Stasjonen er lokalisert på Syljerudveien 35, 3630 Rødberg, og den leies av ES motor AS. Den deler bygningen med andre instanser og privat virksomhet.

Opprinnelig ble leiekontrakten inngått den 01.01.2010 og er ikke fornyet med tidsbestemt avtale. Leiekontrakten er gått over til å bli tidsubestemt avtale med gjensidig oppsigelsestid på 6 mnd. Iht. kontrakten.

Samlet areal er 247,0 m² BRA. Årsleien er ca. 0,3 mnok pluss renhold, energi og driftskostnader som utgjør ca. 0,02 mnok.

Per i dag opererer Rødberg ambulansestasjon 1 ambulansebil. Ingen OBA.

Stasjonen har en totalt bemanning på ni hele stillinger, samt 3 i overtall. Ingen lærling eller student/hospitant i 2023. Stasjonen er bemannet med døgnavakter.

Ambulansestasjonen oppleves som liten. Ansatte trenger et flerbruksrom som kan brukes til administrasjonsarbeid, undervisning/øvelser mm. Det er ikke tilrettelagt for ren/uren sone ved stasjonen. Det finnes heller ikke nok plass til adskilte skap for privat- og arbeidstøy i garderobene. Lang avstand mellom oppholdsrom og vognhallen er ikke optimalt i forhold til utrykningstid. Det er to soverom med eget bad. Vognhallen har plass til en bil. Vask av ambulansen utføres også der.

Lokalene ved ambulansestasjonen oppfattes som slitte.

Gulvet i garasjen er skadet, noe som gjør det vanskelig å opprettholde god renslighet og hygiene.

Leieferholdet oppleves som noe utfordrende i forhold til å få gjennomført prosjekter for ombygging og utbedring av mangler/feil på stasjonen.

3.5.14 Veggli ambulansestasjon

Ambulansestasjonen er plassert i Bakkelidveggen, 3627 Veggli, og er samlokalisert med brannstasjonen. Stasjonen leies fra Rollag kommune, men en leieavtale som utløper den 31.12.26 og har opsjon på 5 nye år.

Samlet areal er 275 m² BRA. Årsleien er ca. 0,50 mnok pluss renhold og driftskostnader ca. 0,15 mnok.

Veggli ambulansestasjon disponerer to ambulanserbiler, inkludert en OBA.

Den operative ambulansen parkeres i vognhallen, mens beredskapsbilen får plass i brannvesenets garasje. Stasjonen har også tilgang til en kommunal felles vaskehall i samme bygg. Disse tilleggsarealene er skjematisk vurdert til 85 m².

Ambulansestasjonen opererer med døgnavakter og har to soverom for personalet. Totalt er det 10 ansatte tilknyttet stasjonen og ingen lærling i 2023.

Stasjonen oppfyller ikke kravene for ren og uren sone, dvs. at det ikke er direkte tilgang fra garasje til dusj og skiftemuligheter. Garderobene befinner seg i 2. etasje på stasjonen og har ikke plass til flere skap enn de som allerede finnes på stedet. Dette kan bli en utfordring dersom det ansettes mer enn en lærling pr. år.

Det er to soverom med eget bad.

Ansatte har ikke tilgang til et egnet område for å gjennomføre undervisninger og pålagte øvelser. Det er kun et lite kontor utstyrt med to arbeidsstasjoner som stasjonsleder deler med ansatte. Møteromslokaler kan lånes av byggherren, men er ofte opptatt av andre brukere av bygget.

Ansatte har tilgang til et felles treningsrom som de deler med brannvesenet.

Det er to soverom ved stasjonen, dessverre er de dårlige isolert, noe som hindrer de ansatte fra å få tilstrekkelig ansatte hvile.

Generelt oppleves det som at det er et godt samarbeid med både brannvesenet og Rollag kommune tross mangler på fasilitetene i lokalene. Det er ønskelig med tilleggsareal.

3.5.15 Sigdal ambulansestasjon

Leieforholdet utløpt 31.12.22 med opsjon på 2 + 2 år og det arbeides med å få på plass en ny tidsbestemt avtale.

Samlet areal er 120 m² BRA. Lokalene er ikke nøyaktig oppmålt. Årsleien er 0,37 mnok pluss renhold, energi og driftskostnader på ca. 0,12 mnok,

Ambulansestasjonen disponerer en operativ ambulansebil og en OBA.

Stasjonen opererer med døgnvakter. I 2023 er det 9 ansatte tilknyttet stasjonen i tillegg til 1 i overtall. Ingen lærling.

Bygget fremstår som godt vedlikeholdt og det er et veldig godt samarbeid med gårdeier.

Dessverre så holder ikke stasjonen dagens krav til ren /uren sone.

Stasjonen har to soverom. Tilgang til disse er gjennom garderobene, noe som ikke er heldig mtp kontaminering.

Det er to soverom med eget bad.

Garasjen fungerer også som vaskehall og er plassert i et eget bygg. Gassing av bilene foregår også her.

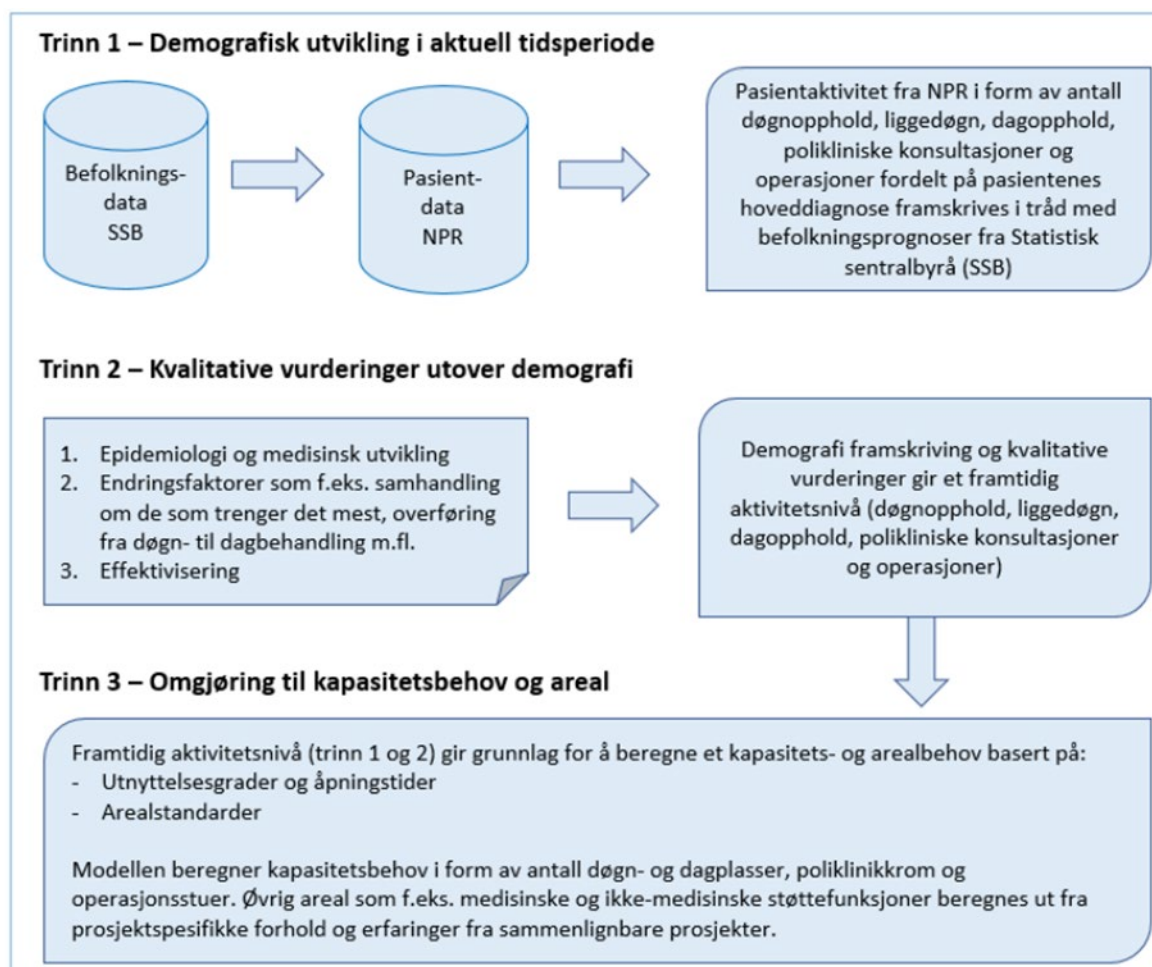
Ansatte har tilgang til treningsrom og et stor møterom i en annet bygg som også ligger på gården. Optimalt sett er å kunne samle alle fasilitetene i et og samme bygg.

Gårdeier er positiv til å sette i gang en plan for å bygge om ambulansestasjonen dersom Vestre Viken ønsker tar initiativ til det.

4 Analyse av framtidig kapasitetsbehov

4.3 Metode for analyse av framtidig behov

Generelt i sykehusplanlegging benyttes som oftest en utprøvd metode fra Sykehusbygg for å finne dimensjoneringsbehov og sammensetning av arealer. Metoden er dokumentert i egen veileder; *Beskrivelse av RHF-enes modell for framskriving av aktivitet og beregning av kapasitet.*



Figur 4: Nasjonal framskrivings modell. Kilde: Sykehusbygg

Modellen er utviklet først og fremst for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser. I forbindelse med framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitet for prehospitaltjenester er det vanskelig å finne gode eksempler på forutsetninger som bør legges til grunn i trinn 2 og delvis for trinn 3. Det er derfor gjennomført et eget arbeid for å velge hvilke dimensjonerende forutsetninger som skal inngå.

4.4 Framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitet.

I Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør Øst fastslås det at helt fra starten av sykehusreformen har det vist seg vanskelig å gjøre gode framskrivninger av aktivitet og kapasitet i sykehussektoren. Framtidens kapasitetsbehov avhenger av hvilke kommende endringer som velges gjennomført.

Basis for framskrivningen av PHT ledelse og administrasjon, AMK og Pasientreiser er bemanningstall fra 2022-23, mens det for ambulansetjenesten er antall ambulanser i 2021 og bemanning av disse. Framskrivning varierer noe for de ulike avdelingene. Input for trinn 1-3 i modellen er kort beskrevet nedenfor.

Framskrivning for PHT ledelse og sentral administrasjon

Det er tatt utgangspunkt i dagens bemanning på 15 årsverk, og beregnet en årlig vekst på 2,5 % som i underliggende virksomhet, uten effektivisering.

Det er noe usikkert hvordan antall personer i PHT ledelse og stab vil utvikle seg, men det er to forhold som tilsier at det kan bli flere personer også her. Det ene er at stab og støttefunksjoner for flere avdelinger og relaterte fagområder i Vestre Viken (bilforvaltning) vil bli organisert på klinikknivå. Det andre vil være en evt. utvidelse av PHT sitt ansvarsområde i Vestre Viken til også å omfatte Bærum sykehus og Asker og Bærum kommuner. Dette blir i dag ivare tatt av OUS.

Framskrivning for AMK:

Forventet bemanning til 2035 og 2040 baseres på 2,5 % årlig økning av ambulanseoppdrag. I tillegg må sentralen dimensjoneres for reservefunksjonen for AMK Vestfold og Telemark.

Det pågår et arbeid i HSØ vedr. organisering av de prehospitale tjenestene og ansvarsområder. Dette arbeidet skal etter planen være ferdig innen utgangen av 2023, men det er allerede noe forsinkelser i prosjektet. Ved en eventuell overflytting av «Gamle Asker» og Bærum til Vestre Viken vil befolkningen øke med 230 000 innbyggere, til ca. 500 000. Dette er ikke lagt inn i framskrivningen av AMK i denne planen fordi det utgjør et så stort sprang at det vil måtte håndteres separat. Det vil innebære behov for oppbemanning av AMK sentralen.

Framskrivning for pasientreiser:

Ved framskrivning av pasientreiser benyttes nøkkeltallene antall rekvirerte reiser og antall telefonhenvendelser. For antall telefonhenvendelser er det lagt til grunn en årlig vekst på 2,5%, mens for rekvisisjoner er lagt til grunn avdelingens egen prognose på 0,89 % årlig vekst.

For Pasientreiser så er det mye som påvirker aktiviteten som er usikkert, så det er vanskelig å estimere eksakt hvilke behov virksomheten vil ha frem mot 2035 og 2040. Dette gjelder både dimensjonering, lokalisering og struktur. Det jobbes med en rekke tiltak som kan medføre at aktivitet endrer seg samtidig som at virksomheten påvirkes av aktivitet og tiltak ellers i helsevesenet.

Framskrivning for ambulansetjenesten:

For framskrivning av ambulansetjenesten er det tatt utgangspunkt i en årlig økning i antall oppdrag på 2,5 %, som en ramme for hele ambulansetjenesten. Det beregnes ulik vekst i ulike områder.

Generelt om effektiviseringsfaktor

Ved framskrivning av *bemanning* er det i trinn 2 i lignende framskrivninger ofte trukket fra en faktor for effektivisering. Faktoren har ofte vært basert på krav om 0,6 % effektivisering per år (ref. NSD og Eiendomsplan for funksjoner som ikke skal inn på nytt sykehus i Drammen, basert på krav i statsbudsjett). Årlig effektivisering på 0,6 % gir samlet effektiviseringskrav på ca. 10 % for planleggingshorisonten. I denne rapporten er dette ikke medtatt som egen faktor, fordi det er gjennomført et separat arbeid ledet av foretakets direktør for helsefag, og besluttet i prosjektets styringsgruppe å legge 2,5 % generell årlig vekst til grunn.

Fremskrevet aktivitet er beregnet for klinikkledelse, AMK, Pasientreiser og ambulansestasjonene, og veksten er skjønnsmessig noe fordelt mellom ambulansestasjonene.

4.5 Dimensjonering av klinikkledelsen, avdelingsledelsene og sentral administrasjon 2035-2040

Kapasitetsbehov ved matematisk framskrivning av bemanning med 2,5 % hvert år gir følgende resultat:

	2023	2035	2040
Sum stillinger	15	16,1	18,3

Figur 5: Framskrivning av arbeidsplassbehov AMK

Bemanning av administrative tjenester gjøres ikke lineært, men helst med hele stillinger. Og som regel er det heller ikke et lineært forhold mellom ledelse/administrasjon og operativ virksomhet. Det er heller ikke lagt inn noen effektiviseringsfaktor. Det antas derfor relativt sikkert at 19 årsverk (18,3) er øvre grense dersom ikke driftsmodell endres eller Asker og Bærum innlemmes i Vestre Viken.

4.6 Dimensjonering av AMK-sentralen 2035-2040

Kapasitetsbehov beregnes ut fra fremskrevet aktivitet. Det finnes ingen standard for areal og årsverk ved AMK sentraler. Det er store forskjeller og mange faktorer påvirker. Noen ytre faktorer er forskjeller i geografi, demografi, antall sykehus, spesialistoppgaver. Forskjellene illustreres av tabellen under.

Sentral	Befolkning	Nødsamtaler (113)	operatørplasser	Årsverk inkl adm
Vestfold/Telemark	419 000	60 000	9	32
Sørlandet	315 000	60 000	6	25
Innlandet	337 000	48 400	9	39
Vestre Viken	270 000	41 000	8	33

Figur 6: AMK-sentraler i HSØ. (Tall fra 2022)

Dagens 33 årsverk vil med 2,5 % årlig vekst øke til 44 årsverk i 2035 og til 50 årsverk i 2040. Av dette vil dagens 8 spesialarbeidsplasser for operatører øke til 11 spesialarbeidsplasser i 2035 og til 13 i 2040). Her er 4 av spesialarbeidsplassene definert som beredskapsplasser / reserveplasser for AMK Vestfold - Telemark.

Behov for arbeidsplasser til ledelse og stab øker fra dagens 4 arbeidsplasser til 6 i 2035 og 6 i 2040.

Plasser	2019			2035			2040		
	Led.st.	øvrige	total	Led.st.	øvrige	total	Led.st.	øvrige	total
AMK	4	8	12	6	11	17	6	13	19

Figur 7: Framskrivning av arbeidsplassbehov AMK

4.7 Dimensjonering av Pasientreiser

Tallene er levert fra Avdeling for pasientreiser, som har gjort undersøkelser uten å finne tilgjengelige standarder for generelle prognoser for pasientreisevirksomhet. Prosentvis årlig økning av rekvirerte reiser er derfor skjønnsmessig vurdert.

Aktivitet antall reiser:

Det forventes noe økning i antall reiser. Det er estimert at den årlige økningen i antall rekvisisjoner vil bli 0,89 %. Dette utgjør en økning fra dagens nivå på 13 % i 2035 og 16 % i 2040. Tallet vil først og fremst si noe om behov for antall biler ikke så mye om håndtering av telefonhenvendelser. Her presiseres det at antall rekvisisjoner påvirker arbeidet med planlegging og samkjøring som planleggerne jobber med, samt det har litt å si for økningen i telefonhenvendelser da det er potensielt flere som kan få forsinkelser og flere som ringer og har spørsmål knyttet til reisen.

Estimert antall rekvisisjoner						
2022	2023	2024	2025	2030	2035	2040
248496	250708	252939	255190	266750	278834	291465

Figur 8: Framskrivning av antall rekvisisjoner på pasientreiser

Det er ikke noen standard for antall rekvisisjoner per ansatt for at planleggingsoppgavene skal bli ivaretatt. Planleggingen skjer manuelt og det er ikke laget noe tidsramme for når man vil få et bedre planleggingsverktøy enda. Virksomheten forventer derved at det frem mot 2035 er behov for å øke bemanningen med 1 planlegger, fra 4 til 5. Dette er en kapasitetsøkning på 25% og vil da også være tilstrekkelig i 2040.

Samtidig er det mulighet for at kapasiteten kan økes uten bemanningsøkning dersom bedre planleggingsverktøy blir tilgjengelig.

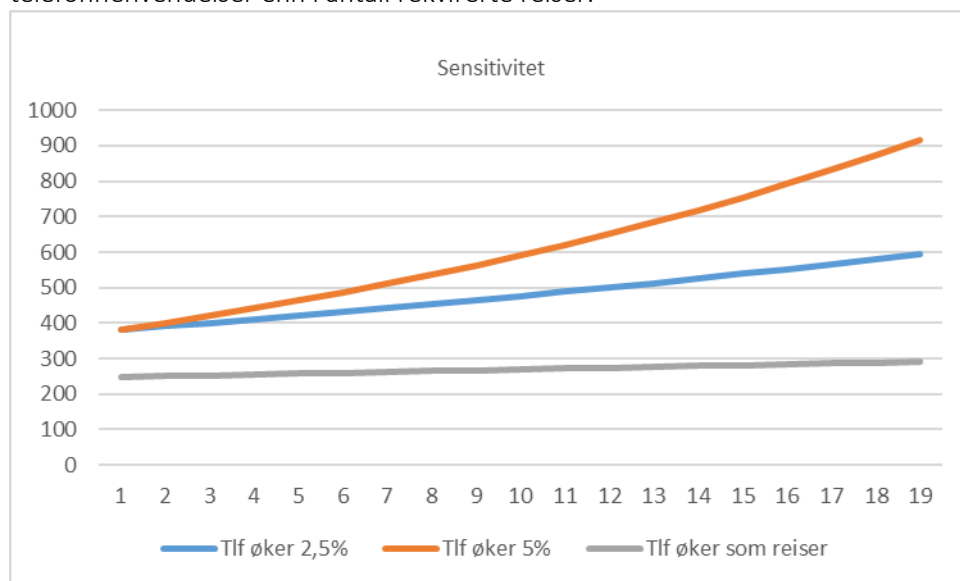
Aktivitet antall telefonhenvendelser:

Fra 2021 til 2022 har det vært en betydelig økning i antall telefonhenvendelser. Fra 17% på fredager til 30% på mandager. Forholdet er delvis forklart ved utfordringer i transportnæringen ved høyt sykdomstrykk i samfunnet, nye løyveregler og vær og kjøreforhold.

Det forventes ikke like store årlige økninger fremover, men innføring av ny rekvisisjonspraksis og selvbetjeningsordning forventes å gi en midlertidig høyere vekst i telefonhenvendelser enn vekst i rekvisisjoner. Virksomheten har derfor vurdert to scenarier.

- 2,5 % årlig økning i telefonhenvendelser vil gi en samlet økning på 38 % til 2035 og 56 % økning til 2040.
- 5% årlig økning vil bety en samlet økning på 89% i 2035 og 140% økning til 2040.

Som Figur 5 viser så vil begge scenarier innebærer en betydelig høyere prosentvis økning i antall telefonhenvendelser enn i antall rekvirerte reiser.



Figur 9: Utvikling av telefonhenvendelser i forhold til rekvisisjoner i 19-års perioden 2022-2040

Dersom 2,5% senarioet inntreffer det bli behov for 2 ansatte til på telefon, noe som er en bemanningsøkning på 40%.

Dersom 5% senario inntreffer vil det være behov for å øke bemanningen med 4 ansatte på telefon på mandager innen 2035. Øvrige dager holder det med 3 ekstra ansatte. Det betyr bemanningsøkning på 80% og 75%.

Bemanning og arbeidsplassbehov

Årsverk 2022			Årsverk 2035			Årsverk 2040		
Adm.	Operatør	Tot.	Adm.	Operatør	Tot.	Adm.	Operatør	Tot.

6	9	15	7	10	17	7	11	18
---	---	----	---	----	----	---	----	----

Figur 10: Framskrivning av årsverk Pasientreiser

Basert på at usikkerheten i virksomhetens prognoser er stor grunnet mulighet for nye planleggingsverktøy og omlegging av rekvisisjonspraksis og kan slå ut i både større og mindre bemanningsbehov, så er det vurdert å legge en samlet økning i bemanning med 1 planlegger og 2 telefonoperatører til grunn for arealbehovet i 2040. Framskrivningen er da basert på samme prinsipp som øvrige avdelinger. På grunn av usikkerhet grunnet forventning til at ny rekvisisjonspraksis med selvbetjeningsordning vil det kunne gi uttelling er tallene mer og mer usikre mot slutten av den perioden. Dette betyr samtidig at tallene er ikke er kvalitetssikret ved sammenligning mot tilsvarende virksomheter.

I slutfasen av arbeidet med denne rapporten har Avdeling for pasientreiser opplevd mye høyere vekst enn det som i utgangspunktet ble estimert, som vist i figur 10. Det er snakk om en plutselig vekst i rekvisisjoner på 22 %. Avdelingen selv mener derfor at det er mer sannsynlig med en årlig økning av antall reiser på 2,5 % enn på 0,89 % som tidligere antatt. Dette viser den store usikkerheten i dimensjonering av denne avdelingens virksomhet og arealbehov. I videre arbeid må dette derfor adresseres ved en beskrivelse av muligheten for rask etablering av 2 til 3 ekstra arbeidsplasser, dersom behovet oppstår.

4.8 Dimensjonering av Luftambulanseavdelingen

Som for den øvrige virksomheten er det også her lagt til grunn årlige oppdragsvekst på 2,5% så langt det passer.

For luftambulanse-flygninger gjelder at det er estimert gjennomføring av 570 oppdrag i året. Det er ikke lagt opp til økning av oppdragsmengden i 2024. Videre er det slik at dimensjonering av virksomheten må skje i store sprang, med ett helikopter ad gangen fra ett til to fly. Noe som ville gi et fordoblet bemanningsbehov og kapasitet, og samtidig et fordoblet arealbehov på Ål. Dette er det ikke lagt opp til ved ombyggingen av den eksisterende basen som pågår nå.

4.8.1 Luftambulansebase Ål

For luftambulansen er det tatt utgangspunkt i at kapasiteten på Ål vi bestå av ett fly med bemanning i hele planperioden. Og at en oppdragsøkning ut over 570 oppdrag i året vil skje med økt utnyttelse av dagens ressurser. Det er ikke lagt opp til økning av bemanning eller antall ved ombyggingen av den eksisterende basen som pågår nå.

4.8.2 Administrasjon

Klinikken opplyser at det er noe usikkert hvorvidt det er behov for økt antall administrative funksjoner i luftambulanseavdelingen i tiden fremover. Samtidig er det snakk om en relativt liten virksomhet i forhold øvrig administrasjon, og dermed relativt enkelt å løse eventuell endring i arealbehov. Det ansees ikke som nødvendig å framskrive en økning i administrasjon.

4.8.3 Legebemannet akuttbil i Drammen – 626 og Intensivambulanse

Intensivambulanse er en ny funksjon som ikke har vært gjenstand for budsjettbeslutning i foretaket. Den bruker på nåværende tidspunkt derfor ingen arealer.

Ved vedtak om opprettelse av denne som en ekstra særskilt funksjon vil det med valgt arealstandard bli ivarettatt i ny Drammen ambulansestasjon. Kapasitetsøkningen blir 1 bil og 8-10 ekstra årsverk som dekker turnus på bilen.

Det samme kapasiteten vil gjelde for legebemannet akuttbil i 24 timers drift med 2-delt turnus.

Det er ikke lagt inn egen framskrivning av disse to funksjonene. Begrunnelsen er at en eventuell kapasitetsøkning må skje i store sprang ved en dobling av kapasiteten, mens framskrivning med 2,5 % årlig til 2040 gir ca. 50 % økt kapasitetsbehov.

4.9 Dimensjonering av kapasitet ved ambulansestasjoner

Som vist i kapittel 4.2 så er det tatt utgangspunkt i en *ramme* for årlig vekst med 2,5 %. Denne er ulikt fordelt mellom de forskjellige områdene. Resten av kapittelet handler om hvordan den årlige kapasitetsøkningen på 2,5 % er fordelt mellom ambulansestasjonene.

Det er sett på ulike beredskapsområder - ikke kun på enkeltstasjoner og kommuner. Flere stasjoner dekker sammen opp et større område - og flåstyreres av AMK. Områdene er:

- Hallingdal utgjøres av kommunene Hol, Ål, Gol, Hemsedal, Nes. Her har historisk oppdragsmengde økt med 4,2 % fra 2015 – 2022.
- Ringerike og Midtfylke har Flå, Krødsherad, Ringerike, Jevnaker, Hole, Modum, Sigdal kommuner. Veksten var 1,9 % årlig i den samme perioden.
- Numedal med Nore og Uvdal og Rollag kommune har hatt ingen endring i årlig oppdragsmengde i snitt i perioden.
- Kongsberg med Kongsberg, Øvre Eiker, Flesberg har hatt årlig oppdragsvekst på 2,4 % i perioden.
- Drammen med Lier, gamle Nedre Eiker, Drammen, Svelvik og Sande kommuner har hatt årlig oppdragsvekst på 2,4 % i snitt i perioden.
- Hurumlandet består av gamle Røyken og Hurum som nå en del av Asker kommune. Her har det vært en årlig vekst i oppdragsmengde på 1,7 %.

Den årlige endringen / veksten som refereres er gjennomsnittstall for hvert år i perioden 2015 - 2022. Veksten varierer fra område til område.

Beregnet og skjønnsmessig vurdert kapasitetsutnyttelse

Ettersom tilpassing av ambulanskapasitet til et økt eller redusert behov må gjøres trinnvis med én ambulanse av gangen så benyttes terskelverdier for utnyttelsesgrad.

I beredskapsanalyse PHT fra 2019 foreligger en statistisk sammenheng mellom ambulansenes utnyttelsesgrad og responstid kode haster. Det er den beste parameter for kapasitetsvurdering man har funnet.

Jo mer ambulansen er opptatt ut over en viss andel av sin beredskapstid – desto dårligere blir responstiden på kode haster.

Ulike stasjoner er gitt ulik terskelverdi for utnyttelsesgrad. Fordi en stasjon i tettbygd strøk hvor flere ressurser er tilgjengelig kan brukes aktivt i en større andel av sin vakttid uten at det går ut over akuttberedskap eller transportkapasitet – sammenlignet med en stasjon som er alene om å dekke opp et større grisgrendt område.

Terskelverdien er beregnet med utgangspunkt i terskelverdien det året belastningen medførte starten på en negativ trend for responstid på «gule» oppdrag med kode haster, eller på det tidspunktet responstidene på gule oppdrag passerte den anbefalte grensen på 40 minutter.

Tallene for terskelverdi for kapasitetsutnyttelse av ambulansene på hver stasjon er skjønnsmessig vurdert etter at de ble beregnet.

Resultatene etter beregning er vist med blå tall og etter skjønnsmessig vurdering vist med sorte tall nedenfor.

Stasjon	Dag	Aften	Natt	Dag	Aften	Natt
Drammen	55 %	57 %	34 %	55%	55%	35%
Sætre	41 %	47 %	24 %	45%	45%	30%
Eiker	47 %	53 %	20 %	55%	55%	40%
Kongsberg	30 %	37 %	15 %	40%	40%	30%
Veggli	21 %	25 %	5 %	25%	25%	25%
Rødberg	21 %	18 %	6 %	25%	25%	25%
Sigdal	29 %	37 %	9 %	35%	35%	35%
Noresund	29 %	33 %	9 %	35%	35%	35%
Modum	57 %	55 %	20 %	55%	55%	40%
Ringerike	44 %	44 %	19 %	45%	45%	35%
Nesbyen	32 %	35 %	13 %	35%	35%	35%
Gol	40 %	50 %	18 %	40%	40%	35%
Hemsedal	26 %	35 %	11 %	30%	30%	30%
Ål	29 %	55 %	16 %	45%	45%	45%
Geilo	32 %	26 %	10 %	30%	30%	30%

Figur 11: Terskelverdier for utnyttelsesgrad for ambulanser pr. stasjon. Blå tall er beregnet. Sorte tall er skjønnsmessig vurdert og anbefalt av ambulansetjenesten.

Tabellen under viser hvilke kapasitetsøkning som vil behøves med aktivitetsvekst beregnet etter forbruksprofil for ulike aldersgrupper og befolkningsendring, aktivitetsvekst etter en flat framskriving på 2,5 % pr år og til slutt en skjønnsmessig vurdering og anbefaling ut historisk aktivitet, men innenfor en samlet ramme på 2,5 % årlig aktivitetsvekst fra nivået i 2022. Terskelverdier for når det er behov for ekstra ressurser ved de enkelte stasjoner er justert skjønnsmessig ut fra beregninger gjennomført i 2019.

Stasjon (område)	I dag	2035	2040
Rødberg (Numedal)	1	1	1
Veggli (Numedal)	1	1	1
Ringerike (Midtfylket)	3	4 (+1)	5 (+1)
Modum (Midtfylket)	1	1	1
Sigdal (Midtfylket)	1	1	1
Noresund (Midtfylket)	1	1	1
Kongsberg (Kongsbergområdet)	2	3 (+1)	4 (+)
Eiker (Kongsbergområdet)	3	3	4 (+1)
Sætre (Hurum)	2	2	3 (+1)
Nesbyen (Hallingdal)	1	1	1
Gol (Hallingdal)	1	1	2 (+1)
Hemsedal (Hallingdal)	1	1	1

Ål (Hallingdal)	2	3 (+1)	3
Geilo (Hallingdal)	1	1	1
Drammen	9	9	9
Lier	0	5 (+5)	5
Sum	30	38 (+8)	43 (+7)

Figur 12: Framtidig behov for ambulanser ved ulike stasjoner 2035 og 2040.

5 Framskrevet arealbehov

For kontorlokaler er det benyttet arealstandarder på 6,5 m² for enkeltarbeidsplasser og 23 m² BTA for samlet bruttoareal ved nybygg eller separate leieforhold.

Det er benyttet 80% dekningsgrad for administrative kontorarbeidsplasser og 100% for operatørplasser.

5.1 Klinikkledelsen, avdelingsledelsene og sentral administrasjon

Arbeidsplassbehovet er beregnet ut fra 80 % dekningsgrad, på samme måte som for de øvrige administrative funksjonene i Grønland 32. Denne funksjonen vil da ha behov for et totalt funksjonsareal på 188 m² i 2035 og 221 m² i 2040.

År	2023	2035	2040
Sum stillinger	27	36	42
Sum arbeidsplasser	18	29	34
FUA m ²	117	188	221
BTA m ²	414	667	782

Figur 13: Framtidig arealbehov basert på arbeidsplassbehov 2035 og 2040.

I tillegg til rene administrative arbeidsplasser er det behov for ca. 50 m² lager og 8 P-plasser med strøm til ambulanser som står i beredskap.

5.2 AMK

Utformingen av fremtidige arealer for AMK må endres, for å få samlet alle operatørplassene i et enkelt rom så snart behovet overskrider 10 operatørplasser. Med den årlige vekstraten som ligger til grunn vil dette inntreffe ca. i 2033.

Kode	Rom	Arealstd.	Type	Ant. 2023	Areal 2023	Fremskrevet ant. 2040	Areal 2040
Primærrom							
	AMKsentral (plasser)	6,5	Spesialrom	8	102	14	91
Støtterom							
SR.198.00	WC	2	Standardrom	3		3	6
SR.098.02	Møterom (delt m. politiet)	12	Standardrom	2		2	24
Personalfasiliteter							
SR.048.05	Garderobes, personal	5	Standardrom			1	5
SR.077.01	Kontor leder, 1 plass	9	Standardrom	1		1	9
SR.077.02	Kontor (2plasser)	12	Standardrom	1		0,5	6
SR.005.00	Arbeidsplass	3	Standardrom	3		6	18
SR.071.07	Kjøkken (deles med politiet)	5	Standardrom	1		1	5
SR.067.00	Kantine (tilgang til)	1,5	Standardrom	12		18	27
	Trimrom (tilgang til)	1	Spesialrom	12		18	18
	Sum				172		209

Figur 14: Romprogram AMK, 2040 er beregnet i FUA, etter Sykehusbygg sin standardromkatalog.

Romprogrammet viser at AMK har behov for et noe større funksjonsareal FUA i 2040. Økningen er 37 m² FUA.

I helt nytt leieforhold uten noe sambruk av areal krever dette inntil 437 m² BTA.

Ved etablering som gir mulighet for sambruk av støtterealer, f. eks. på ett av sykehusene i Vestre Viken kan kravet reduseres til ca. 285 m² BTA.

5.3 Pasientreiser

For denne virksomheten er det beregnet 100 % arbeidsplassdekning. Pasientreiser vil ha behov for å øke sitt netto arealbruk med 20 m² til ca. 117 m² FUA.

Det er ikke satt opp eksplisitt romprogram for denne funksjonen, da støtterom og personalfasiliteter forutsettes delt med andre administrative funksjoner.

Men dersom funksjonen skulle ha tilhold i helt separate lokaler uten felles bruk av støtterom, så vil maksimalt arealbruk være like under 400 m² BTA.

5.4 Ambulansetjenesten

Arealbehov i ambulansestasjonene er beregnet på to måter.

- Ved behovsanalyse av erstatning for dagens Drammen stasjon er utarbeidet eget hovedfunksjonsprogram.
- Behovsanalyse for full erstatning av andre stasjoner eller utvidelse som følge av økt antall biler er vurdert i forhold til sammenligning med arealbruk ved andre stasjoner.
- Behovsanalyse ved endringsbehov ved eksisterende leide stasjoner er gjort av eiendomsforvalter basert på problembeskrivelser fra PHT.

Det er beregnet et behov for seks nye ambulanser innen 2035 hvorav tre i Drammen/ Lier, og en på hver av Ringerike, Kongsberg og Ål ambulansestasjon.

Så blir det behov for ytterligere 7 biler innen 2040, hvorav to i Drammen/ Lier og en på hver av Ringerike, Kongsberg, Eiker, Sætre og Gol stasjoner.

Som vist i kapittel 2.5 og 3.3 så er det store forskjeller i arealstandard på ambulansestasjonene. Det er her tatt utgangspunkt i middels arealstandard, at det vil kreve 400 m² BRA for en-bils stasjoner

og 130 m² BRA i tillegg for å øke kapasiteten på en eksisterende stasjon med en bil. Samlet areal beregnes ut fra største antall samtidig aktive ambulanser.

Så er det nyere krav fra Arbeidstilsynet ved bygging av ambulansestasjoner. Disse vil også tre i kraft ved ombygging av eksisterende ambulansestasjoner. Dette gjelder bl. a. garderobeforhold, hvilerom m.m. og er anslått at dette vil kreve en ekstra utvidelse på ca. 30 m² BRA pr bil. Tabell 15 er beregnet etter lav arealstandard på enkelte eksisterende stasjoner og må beregnes som minimum arealvekst mens arealene i figur 20 kapittel 9.2 er basert på middels arealstandard.

Stasjon (område)	Biler 2023	Areal (BRA) i dag	Biler 2035	Arealbehov 2035	Biler 2040	Arealbehov 2040
Rødberg (Numedal)	1	247	1	247	1	247
Veggli (Numedal)	1	360	1	360	1	360
Ringerike (Midtfylket)	3	992	4 (+1)	992	5 (+1)	1034
Modum (Midtfylket)	1	442	1	442	1	442
Sigdal (Midtfylket)	1	258	1	258	1	300
Noresund (Midtfylket)	1	283	1	283	1	283
Kongsberg (Kongsbergområdet)	2	361	3 (+1)	491	5 (+2)	621
Eiker (Kongsbergområdet)	3	401	3	401	4 (+1)	800
Sætre (Hurum)	2	321	2	600	3 (+1)	600
Nesbyen (Hallingdal)	1	185	1	285	1	285
Gol (Hallingdal)	1	397	1	397	2 (+1)	530
Hemsedal (Hallingdal)	1	197	1	297	1	297
Ål (Hallingdal)	2	981	2	981	3 (+1)	981
Geilo (Hallingdal)	1	186	1	400	1	400
Drammen	9	720	9	1959	9	1959
Lier	0	0	5	1129	5	1129
Sum	21	6304	24 (+3)	9495	31 (+7)	10241

Figur 15: Vekst i ambulanser og areal.

5.5 Luftambulansetjenesten

5.5.1 Luftambulansebase Ål

På Ål foregår et ombyggingsprosjekt for å modernisere basen slik at bygningsfasilitetene vil tilfredsstille dagens krav til sikker drift og arbeidsmiljø i basebygget, både for drift av luftambulanse og av bilambulanse. Disse er lokalisert i samme bygning. I byggeperioden er luftambulansbasen lokalisert i midlertidige lokaler på Torpomoen.

5.5.2 Administrasjon

En økning av administrativ bemanning fra dagens 1,5 årsverk til muligens 2,3 årsverk i 2040 vil kreve ca. 0,7 ekstra kontorplasser, eller ca. 6 kvm. Tallet er usikkert fordi behovet er usikkert. Dette

utlignes i noen grad av et visst behov fra luftambulansелеgene når de skal ha kontorarbeid i rollen som medisinske rådgivere. Vi tar derfor utgangspunkt i et fremtidig økt behov med 1 kontor plass.

5.5.3 Legebemannet akuttbil i Drammen – 626 og Intensivambulanse

Dette er funksjoner som har fått utvidet driftstid fra dagdrift til døgndrift fra 1.1.2024. Dette fører ikke til øket antall aktive ambulanser, men medfører behov for noe ekstra garderobekapasitet til to vaktlag, til sammen fire ansatte. Behovet dekkes ved at det blir innarbeidet i kravspesifikasjonen for ny ambulansestasjon i Drammen.

6 Lokalisering

6.1 Klinikledelsen, avdelingsledelsene og sentral administrasjon

Enhetene er ikke operative og har sånn sett ikke behov for en spesifikk lokasjon. Etter en vannskade i september 2023 er disse administrative enhetene nå flyttet fra Svanevillaen på Drammen sykehus til 5. etasje Grønland 32, og samlokalisert med Pasientreiser.

6.2 AMK

AMK-sentralen er en teknologibasert virksomhet som skal være kontinuerlig i drift, uten avbrudd. I tillegg skal den kunne være reservefunksjon for AMK Vestfold og Telemark. Lokaliseringen er hovedsakelig bestemt av behov for driftssikker infrastruktur, ikke av pasientstrømmer. I nåværende lokaler i øverste etasje på politihuset i Drammen er dette på plass ved at bygningen har redundans og sikkerhet tilsvarende AMK behov. I disse lokalene, som er bygget for sambruk mellom nødetatene, er det en viss ledighet av operatørplasser etter at politiet flyttet sin sentral til Tønsberg. Men politiet har plassmangel og ønsker selv å benytte plassene til annet formål. Deres framtidige behov er heller ikke avklart.

Klinikk for prehospitaltjenester har uttalt ønske om å se på mulighet for å ha AMK og PHT administrasjon i samme bygg, med flerbruk av fellesareal etc. Netto arealbehov til sentraladministrasjonen for ambulansetjenesten er vurdert i konseptrapport for ny Drammen ambulansestasjon til 248 m² når sambruk av rom er hensyntatt. Det er ikke helt avklart, men kraftige signaler fra politiet om at dette ikke kan rommes i ledige lokaler etter politiet i 6. etasje i politihuset. Det vil kunne endelig besvares først i 2026 etter at politiet har avklart sitt behov, og sees derfor bort fra som en mulighet.

6.3 Pasientreiser

Pasientreiser er også en virksomhet som trenger godt og driftssikkert samband, men hvor funksjonen ikke er avhengig av lokalisering. Driftssikkerheten ansees som ivaretatt i lokaler bygget for administrativ virksomhet.

Parkering av virksomhetens minibusser på Hokksund ambulansestasjon oppleves ikke som optimal, fordi sjåførene får lite tilknytning til de øvrige ansatte som har tilhold i Grønland 32 i Drammen. Dette gir også noe økt tidsforbruk til logistikk mellom ulike oppbevaringssteder for lagring av utstyr til minibussene. Det er ikke gjort analyse av beste parkeringssted for minibusser i forhold til pasientlogistikk.

6.4 Ambulansestasjonene

Lokalisering av ambulansestasjonene tar utgangspunkt i at ambulansene fordeles etter hvilken lokasjon som gir kort utrykningstid / god beredskapsevne.

Beredskapsanalysen som PHT fikk laget i 2019 inneholder kjøretidsanalyser for hver stasjon som viser i hvilken grad de når ut til befolkningstyngdepunkt innen en gitt tid. Disse beregningene viser at de aller fleste stasjonene er hensiktsmessig lokalisert, også i forhold til framtidig behov.

Unntaket er Sætre stasjon – som bør flyttes nærmere Røyken sentrum, evt. at eksisterende stasjon beholdes for å dekke gamle Hurum, og at det bygges en ekstra stasjon i Røyken.

Og Drammensområdet, som foreslås fordelt på to stasjoner for å ta forventet oppdragsvekst og samtidig øke beredskapsevnen i Drammensområdet.



Figur 16: Lokalisering av ambulansestasjoner

Så har Sintef i en rapport til Helsedirektoratet (*rapport nr. 2022:00596*) gitt et estimat på de økonomiske konsekvensene av å realisere en ambisjon om å få til en 90 % måloppråelse i forhold til responstid ved akutte hendelser knyttet til bilbasert ambulansetjeneste i Norge.

Det er beregnet hvilken ambulansestructur som vil være optimal for de fire helseregionene, og regionenes helseforetak (HF) tatt i betraktning kvalitetsstandarder for responstid og tilgjengelighet i forhold til akutte hendelser, hvor 90 % av alle utrykninger i kategorien Akutt skal være hos pasienten innen 12 minutter i byer/tettbygde strøk, og 90 % av alle utrykninger skal være hos pasienten innen 25 minutter ute i distriktene.

Rapporten viser at videre planer i Vestre Viken for basestruktur, eller plassering og dimensjonering av ambulansestasjonen, samsvarer godt med beredskapsanalysen som er referert ovenfor. En noe styrket og mer distribuert fordeling av ambulanseflåten Drammen kommune vil ha en sterk påvirkning på responstiden i Vestre Viken. Og i Asker kommune vil det være gunstig å flytte stasjonen på Sætre til Gleinåsen-Katrineåsen i Røyken.

Ettersom kun lokalbefolkningen legges til grunn så antyder beregningsmodellen som Sintef har benyttet at Hol og Ål ses i sammenheng, og det samme med Gol og Hemsedal. Rent teoretisk ville Hemsedal og Hol falle ut.

Dette må i praksis vurderes både i forhold til gjennomgangstrafikk og turisme over deler av året. Og er tatt hensyn til ved at terskelverdi for utnyttelsesgrad er justert noe mellom stasjonene slik som ambulansetjenesten har skjønnsmessig vurdert og anbefalt. Se kapittel 4.5.2.

Dette betyr at den foreslåtte lokaliseringen av stasjonene er en fornuftig kombinasjon av beredskapsevne og kostnadsoptimering, gitt at man har som målsetting å få til 90 % måloppnåelse i forhold til responstid ved akutte hendelser i Vestre Viken.

Videre viser analysen at Oslo universitetssykehus sine stasjoner på Bondi i Asker og på Dønski i Bærum (Bærumsykehus) har god beliggenhet. Samlet sett viser derfor denne analysen at en annen / ny funksjonsfordeling av ambulansetjenesten mellom OUS og Vestre Viken ikke vil ha betydning for plassering eller dimensjonering av stasjonene i denne planen, spesifikt i Drammen/ Lier og Sætre/ Røyken.

7 Standard og teknikk

7.1 Teknikk

Utvikling innen informasjonsteknologi (IT) vil i stor grad prege utviklingen av helsetjenester i framtiden. Pasienter og brukere stiller i økende grad klare forventninger til hvordan leverandører av helsetjenester tar i bruk moderne teknologi som gir bedre pasientservice, økt pasientinvolvering og bedre kvalitet og tilgjengelighet. Den teknologiske utviklingen som påvirker helsesektoren er omfattende og for å skape sømløse og koordinerte tjenester for pasienter og brukere vil utviklingen innenfor informasjonsteknologi og bruken av denne, prege utviklingen av helsetjenester i årene framover.

I *Utviklingsplan 2035* er ett av målene at Vestre Viken skal forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi. Dette målet er konkretisert i *Strategiplan 2019 – 2022*, der det er definert at foretaket skal etablere et program for å ta i bruk medisinsk avstandsoppfølging og at vi skal forbedre vår evne til å ta i bruk dette.

Kommunikasjon via skjerm mellom pasient og helsepersonell, eller mellom helsepersonell vil kunne redusere både belastning og kostnader og øke presisjon ved ambulansenes beredskap.

Det er viktig at det fremover arbeides med å videreutvikle eksisterende systemer og verktøy for bruk innen dette feltet. Man kan f. eks. se for seg at det vil bli behov for fasiliteter for elektriske ambulanser og droner.

Det forventes en utvikling i tekniske løsninger, men dette har vært vanskelig å konkretisere nok, og konsekvens for areal er ikke vurdert.

Det er imidlertid viktig at det tas høyde for å vurdere dette ved utarbeidelse av kravspesifikasjoner for nye bygg/utbedring av bygg.

Konkrete eksempler er at strømforsyning bør være tilrettelagt for utvidelser i forhold til mulighet for utvidelse av kontaktpunkter til f.eks. hurtigladere for ambulanser og andre kjøretøy. (Ved nybygg av biloppstilling er dette allerede forskriftsfestet).

Videre medtas det i alle kravspesifikasjoner til nye stasjoner at full innendørs dekning for mobiltelefon og nødnett samt GPS repeater i alle garasjer med ambulanser for at AMK skal til enhver tid vite hvor alle ambulanser befinner seg.

7.2 Standard

Det er tatt utgangspunkt i at kontorarbeidsplasser skal ha samme standard i PHT som for øvrig i Vestre Viken.

For AMK-sentral gjelder særlige behov for utforming av operatørplasser. Dette er beskrevet i en grundig kravspesifikasjon med skisseprosjekt, inkludert omfattende risikoanalyser, i forkant av etableringen av dagens AMK-sentral. Arbeidet ble gjennomført i et eget forprosjekt kalt samlok-prosjektet.

For Pasientreiser ble kravspesifikasjon for arbeidsplasser for telefonoperatører utarbeidet i forbindelse med flytting til Grønland 32 i juni 2021. Standarden fra da er videreført.

For ambulansetjenesten gjelder at utforming og plassering/orientering av bygninger og utearealer må være gunstige for beredskapen. Det må ikke finnes hindringer for rask respons hverken i bygget eller ved tomten. Dernest må arealene være utformet for å ivareta både ambulansebilene med nødvendig utstyr og de ansatte på en god måte. Ivaretagelse av ansatte har to hovedperspektiver.

- Å sørge for tilrettelegging for å utføre oppgavene mest mulig effektivt.
- Å sørge for et godt arbeidsmiljø.

I utforming av ambulansestasjoner har det etter at Arbeidstilsynet i 2018-2019 gjennomførte tilsyn i et utvalg ambulansestasjoner ved landets helseforetak vært kraftig fokus på arbeidsmiljø, og særlig smittevern. Som et resultat av dette ble det utarbeidet krav til ambulansestasjoner som en hjelp til alle som har ansvar for å utforme, drifte og vedlikeholde slike bygg. Kravene er gjengitt i neste kapittel.

7.2.1 Arbeidstilsynets krav

Det presiseres at kravene her gjelder ved ombygging eller nybygging av ambulansestasjoner. Det betyr ikke at det er ulovlig å drive eksisterende stasjoner videre selv om ikke alle nye krav er oppfylt. I eksisterende bygg skal kravene ivaretas så langt det er mulig.

Ambulansestasjonene er bemannet døgnet rundt, og arbeidstakerne skal kunne dusje, spise, hvile eller sove, gjennomføre møter, gjøre kontorarbeid, øve på arbeidsteknikk og eventuelt trene. De fleste vasker/desinfiserer arbeidstøy, utstyr, ambulanser og lokaler selv. Det er derfor viktig at de har lett tilgang til vann, toalett og smitteverntiltak, og at de har mulighet for hvile, spesielt ved nattarbeid.

Ambulansestasjoner må være utformet slik at eksponeringen for biologiske faktorer blir minst mulig, og slik at færrest mulig arbeidstakere blir eksponert.

Blant annet skal det være skille mellom rent og urent område.

Urene områder er:

- avkledningsrom der ambulansarbeideren skal ta av seg forurenset tøy
- rom der en skal rengjøre brukt eller forurenset utstyr og arbeidstøy

- garasje/vaskehall for bil

Ambulansearbeidere som kommer tilsølt til ambulansestasjonen skal ha mulighet til å ta av forurenset arbeidstøy i avkledningsrom med tilgang til toalett og håndhygienefasiliteter (urent område). Herfra må det være tilgang til dusj og ren garderobe.

Det skal være atskilte avkledningsrom for kvinner og menn. Rommet skal ha direkte atkomst fra garasjen/vaskehallen. Det skal ha toalett og håndhygienefasiliteter og adgang til kjønnsdelt dusjrom. Dusjrommet skal ha videre adgang til kjønnsdelt ren garderobe.

Vannkraner bør være slik at hånd eller fot utløser vannet med fotocelle. Desinfeksjonsmidler kan være nødvendig i tillegg til vaskemuligheter.

I urent område må det også:

- være rom for rengjøring/desinfisering av forurenset utstyr
- være rom for vask av arbeidstøy dersom tøyet ikke sendes til vaskeri, som er den beste løsningen
- legges til rette for renhold av det urene området, og for oppbevaring av renholdsutstyr slik at eventuell smitte ikke spres til resten av ambulansestasjonen.
- Rom eller plass til tørking av vått yttertøy og fottøy
- Dersom renhold av biler og utstyr utføres på ambulansestasjonen, må det legges til rette for dette.
 - o Ventilasjon: Det er krav til ventilasjon og eventuelt prosessavsug/eksosavsug i garasje og vaskehall. Det skal ikke komme lukt fra garasje og vaskehall inn i de øvrige lokalene.
 - o Støy: Vurder om det er behov for ekstra støyisolering mellom garasje og vaskehall og øvrige arealer for å sikre at arbeidstakerne kan hvile uforstyrret. Maskiner som gir helseskadelig støy (høytrykkspyler, kompressor o.l.) skal plasseres i støyisolert rom/skap.

Rene områder er alle andre områder på ambulansestasjonen.

Ambulansearbeidere som kommer til ambulansestasjonen uten å være tilsølt, skal kunne bruke en inngang til rent område, i praksis en hovedinngang. I tillegg kan det være en ren inn-/utgang til garasjen som kan brukes dersom arbeidstakerne ikke har behov for å skifte arbeidstøy.

Håndvask eller mulighet for å vaske/desinfisere hendene bør plasseres i nærheten av den rene (hoved)inngangen og ved inngangen til spiserommet. Spiserommet skal ikke legges i direkte tilknytning til garasjen, men være inne i det rene området av stasjonen.

Alle ambulansestasjoner skal ha atskilte garderober for kvinner og menn. Garderobene regnes som rent område. Garderobene skal ivareta behov for å skifte til arbeidstøy når man kommer på jobb, om nødvendig til rent arbeidstøy i løpet av arbeidsdagen, og til private klær etter jobb.

Garderoben skal ha stort nok gulvareal til det antallet personer som skal skifte samtidig. Det må være atskilte skap for privat tøy og arbeidstøy.

Det skal være atskilte avkledningsrom hvor ambulansarbeidere som kommer tilsølte til ambulansestasjonen kan ta av forurenset arbeidstøy. Rommet skal ha direkte atkomst fra garasjen med tilgang til toalett, håndvask og adgang til kjønnsdelt dusjrom. Deretter videre adgang til kjønnsdelt garderobe (rent område).

Garderoben skal ha stort nok gulvareal til det antallet personer som skal skifte samtidig. Det må være atskilte skap for privat tøy og arbeidstøy.

Det må være lagerplass for arbeidstøy, sengetøy, håndklær og utstyr til ambulansene og pasientene.

Personalrom: Ved ambulansestasjoner foregår det døgnkontinuerlig arbeid. Som for andre yrkesgrupper skal personalrom i ambulansestasjoner oppfylle kravet til «en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utviklingen i samfunnet»

(arbeidsmiljøloven § 1-1). Det betyr at krav til klima, luftkvalitet, dagslys og utsyn osv. også gjelder her.

Kontorplass: Det skal være tilgang til kontorplass for administrativt personale og/eller møterom for debrifing eller personalsamtaler. Kontorarbeidsplassene skal være store nok for det antallet arbeidstakere som skal arbeide der samtidig.

Hvilerom/soverom: Arbeidslokalene bør ha et egnet hvilerom for ansatte som har behov for hvilepauser i arbeidstiden. Hvilen kommer i tillegg til spisepauser. Soverom bør være et enkeltrom som er plassert slik at arbeidstakeren unngår unødige forstyrrelser. Rommet bør være uten gjennomgang til andre rom, ha vindu som kan åpnes, og ha tilgang til toalett og dusj uten å passere gjennom urent område.

Alle ambulansestasjoner skal ha tilgang til spiserom. Spiserommet

- bør gi mulighet for både matpause og avkobling
- må ha mulighet for tilberedning av mat
- må ivareta hygieniske forhold på en tilfredsstillende måte

Arbeidstakerne må ha mulighet for håndvask når de kommer utenfra og skal inn på spiserommet.

Det bør være eget oppholdsrom dersom spiserommet ikke er egnet til hvilepauser. Dersom ambulansestasjonen benytter en ekstern kantine, må denne være tilgjengelig når det er behov for det. Ved ekstern kantine må stasjonen ha pauserom i egne lokaler.

7.3 Arealstandard

Arealstandarder

Arealstandarder tar utgangspunkt i følgende:

PHT ledelse og sentral administrasjon.

For å finne arealstandard for kontorlokaler så er det benyttet 6,5 m² for enkeltarbeidsplasser, og maksimalt 23 m² BTA for samlet bruttoareal pr. ansatt ved nybygg eller separate leieforhold.

AMK har fått utarbeidet romprogram etter standardromkatalogen fra Sykehusbygg. Ca. 16 m² FUA pr operatørplass. Kontorer og støtterom er inkludert.

Pasientreiser er beregnet etter dagens arealbruk som ble etablert i 2020. 6,5 m² NTA pr arbeidsplass.

Det finnes ingen felles arealstandard for ambulansestasjoner. Arealbruk kan være situasjonsbetinget. For denne rapporten er søkt å finne en middelvei mellom minst mulig arealbruk og bruk av mer areal for å oppnå optimale forhold for drift og arbeidsmiljø.

Det er utarbeidet veiledende romprogram for erstatning av Drammen ambulansestasjon. For øvrig er det innhentet sammenlignbare tall fra 63 andre ambulansestasjoner ved UNN, Sykehuset Stavanger, Sykehuset Sørlandet og Sykehuset Østfold for å gjøre sammenligninger av størrelse på ambulansestasjoner i forhold til antall ambulanser og type vaktordning. Fire av foretakene har svart. Størrelse på stasjonene varierer fra 95 til 400 m² per ambulanse. Det er også mange andre forhold enn selve behovet som påvirker arealene. Så som alder, tilgjengelige leieobjekter, valg om å ha flere reserveambulanser på stasjonen, osv. Dette gjør at tallene fra undersøkelsen ikke er direkte overførbare, og må ansees som svært usikre som underlag for arealstandard i stasjoner som skal oppfylle nye krav fra arbeidstilsynet.

Årsaken til at arealbruk i eksisterende stasjoner ikke kan benyttes som standard ved nybygg eller ombygging skyldes bl.a.:

- Driftsmodell som er valgt vil påvirke arealbehov. (Antall ansatte pr. bil, ordning for vask og lagring av arbeidstøy, om stasjonen skal ha vaskehall eller ikke osv.) gir store utslag i arealbehov.
- Alder og «modell» ved eksisterende stasjoner. Flere av de eksisterende stasjonene er gamle, men vanskelige å skifte ut uten å gjøre store investeringer. F.eks. er garasjer, garderober osv. veldig små.
- Arbeidstilsynet holdt landsomfattende tilsyn i 2019 og kom etter det med nye krav til stasjoner som bygges eller ombygges og som er arealkrevende.

Det er gjennomført en undersøkelse av arealbruk ved ambulansestasjoner i andre helseforetak. Svar er vist i tabellen nedenfor.

Stasjon	Operative ambulanser	Garasjer	Areal (BRA)	Areal/bil
Sokndal	1	1	250	250
Hjelmeland	1	1	270	270
Sirdal	1	2	142	142
Lyngdal	1	1	178	178
Hægebostad	1	2	196	196
Åseral	1	1	95	95
Vennesla	1	2	220	220
Åmli	1	1	214	214
Grimstad	1	1	193	193
Risør	1	1	292	292
Gjerstad	1	2	140	140
Nissedal	1	0	133	133
Fyresdal	1	1	148	148
Bykle	1	0	126	126
Valle	1	1	158	158
Bygland	1	1	167	167
Evje	1	2	241	241
17 en-bils gjennomsnitt pr ambulanse				186
Strand	2	3	650	325
Egersund	2	3	800	400
Flekkefjord	2	4	256	178
Farsund	2	2	581	291
Mandal	2	2	300	150
Lillesand	2	5	383	192

<i>Halden</i>	2	2	750	375
<i>7 to-bils gjennomsnitt pr ambulanse</i>				273
<i>Arendal</i>	3	8	620	207
<i>Sandnes</i>	3	5	?	
<i>Jæren</i>	3	4	?	
<i>1 tre-bils gjennomsnitt pr ambulanse</i>				207
<i>Kristiansand</i>	4	3	451	113
<i>Indre Østfold</i>	4	6	1100	275
<i>Fredrikstad</i>	4	8	950	238
<i>3 fire-bils gjennomsnitt pr ambulanse</i>				209
<i>Sarpsborg</i>	5	9	1700	
<i>1 fem-bils gjennomsnitt pr ambulanse</i>				
<i>Moss</i>	8	9	1200	150
<i>1 åtte-bils gjennomsnitt pr ambulanse</i>				150
<i>Figur 17: Arealbruk i en del eksisterende stasjoner.</i>				

Figur 17: Arealbruk ved ambulansestasjoner

Basert på den store variasjonen av arealbruk på andre norske stasjoner er det vurdert at det ikke er formålstjenlig å ta utgangspunkt i eksisterende stasjoner for å foreslå en arealstandard.

På de eldre stasjonene er det derfor kun mulig å gjennomføre mindre forbedringstiltak som ikke medfører ombygging. Ved ombygging vil de nyeste kravene fra arbeidstilsynet tre i kraft, og arealstandard vil bli nesten som for nybygg.

I tillegg til spørreundersøkelsen som viser virkelig arealbruk i stasjoner, er det gjort forespørsel til andre foretak samt nettsøk om hvilke kravspesifikasjoner som legges til grunn ved nyanskaffelser via Mercell / Doffin.

Her er det kun mottatt / funnet to nye stasjoner hvor eksakt areal er oppgitt, og plantegningene er tilgjengelig.

Den ene er en en-bilstasjon på Støren fra november 2022. Den har 306 m² BTA areal pr ambulanse. Den andre er en to-bilstasjon i Hemnes. Skisseprosjektet for denne viser en planløsning på 380 m² BTA som er 154 m² pr. ambulanse.

Ingen av disse inneholder separat vaskehall eller innendørs oppbevaring av ambulanse som ikke er operativ, men er fullt utrustet og står i beredskap.

Begge disse planløsningene er nye og vil tilfredsstille de seneste kravene fra Arbeidstilsynet.

Etter granskning av de to planløsningene opp mot arbeidstilsynets krav så vurderes det at en minimum arealstandard på 300 m² BTA for første bil, med tillegg av 120 m² BTA for hver ekstra bil oppfylle Arbeidstilsynets krav.

Bølgeblikk arkitekter har laget skisse til romprogram for en - bilstasjoner i Vestre Viken basert på innspill fra Ambulanseavdelingen. Programmet må oppfattes som en ideell ambulansestasjon for Vestre Viken og resultatet er et areal på 567 m² BTA. Det store arealet kommer blant annet av en

driftsmodell for arbeidstøy som krever store garderobearealer, større vognhaller, egen vaskehall, generelt få flerbruksrom m.m.

Som en middelvei mellom minimum og ideelt kan det virke fornuftig for Vestre Viken å benytte en middels arealstandard. Det kan erfaringsmessig være god økonomi å spandere noen ekstra kvadratmeter for å oppnå økt flyteffektivitet samt ivaretagelse av utstyr og arbeidsmiljø. 400 m² BTA for en-bilstasjoner, samt 130 m² BTA i tillegg per ekstra ambulanse vil blant annet gi rom for garderobeløsning som bedre tilfredsstiller den driftsmodellen for arbeidstøy som benyttes, en noe bedre vognhall med uren sone og stedvis mulighet for å prioritere innendørs oppbevaring av ambulanse som står i beredskap. Det er den middels arealstandard som er brukt i tiltaksplanen i kapittel 9.1, bortsett fra i for nye stasjoner i Drammen og Lier. Der er egne romprogram utarbeidet i forbindelse med konseptfasestudie.

Ved ombygging av eksisterende stasjoner eller inngåelse av leieavtaler på nye stasjoner vil både lav og middels arealstandard kunne medføre øket leieareal.

I det enkelte prosjekt vil romprogrammet uansett måtte tilpasses tomtesituasjonen, om stasjonen skal ha ekstra reserve- eller beredskapsambulanse osv. Det medtas i tillegg krav til utvidelsesmulighet på 15 % i kravspesifikasjonen ved anskaffelse av alle nye ambulansestasjoner.

8 Framtidige løsningsmuligheter

Det er lagt vekt på tre forhold for å beskrive gap mellom dagens situasjon og fremtidig situasjon som må løses.

- Det ene gjelder arealenes kvalitet. Det er beliggenhet, leieforhold, teknisk tilstand og egnethet i eksisterende bygg.
- Det andre gjelder kapasitet. Det er flytte- eller utvidelsesbehov som følge av forventet endring i bemanning og oppdragsmengde og/eller terskelverdi for utnyttelsesgrad.
- Det tredje gjelder muligheter og forpliktelser i eksisterende leieavtaler.

8.1 Klinikkledelsen, avdelingsledelsene og sentral administrasjon

Klinikkledelse og administrasjon av PHT er fremskrevet fra 27 årsverk i 2023 til 36 årsverk i 2035 og 42 årsverk i 2040. Dette krever en areal økning på 43 m² NTA i 2035 og ytterligere 29 m² NTA i 2040.

Ut over kontorarbeidsplasser til enhetens faste bemanning har man behov for prosjektkontorer, garderober og sanitærom, møterom, stillerom, kjøkken/kantine osv. i tilknytning til kontorplassene, beregnet til 100 m² NTA.

Så er det et behov for lager til bilutstyr og kompetanse på 50 m² NTA, samt biloppstillings- plass med strøm for 8 ambulanser i beredskap.

Disse behovene kan løses på to måter:

1. Det er mulig å huse fremskrevet økning i antall ansatte både innen 2035 og 2040 Grønland 32 dersom opsjon på forlengelse av leieavtalen benyttes. Det er stor sannsynlighet for at Grønland 32 vil kunne dekke behovet for PHT ledelse og stab samt andre administrative funksjoner i klinikken i tiden fremover, selv med tilførsel av nye oppgaver som bilforvaltning og evt. utvidet opptaksområde med Asker og Bærum kommuner. Det er usikkert/ lite sannsynlig at lager til bilutstyr og kompetanse på 50 m² NTA, samt oppstillingsplass for 8 ambulanser i beredskap kan løses innenfor de eksisterende arealene.

Eventuelt må dette løses ved tilleggsleie i eller nær Grønland 32 eller i forbindelse med etablering av nye stasjoner i Drammen og Lier.

2. Behovet, samlet på 219 m² NTA kontorfunksjon og 50 m² NTA lagerfunksjon samt 8 biloppstillingsplasser med strøm kan leies i separat leieforhold. Det vil kreve leie av 420 m² BTA pluss 8 p-plasser med strøm.

8.2 AMK

AMK-sentralen bør utvides med 2 fysiske operatørplasser og flyttes innen 2034. Det bør være tett kontakt med politiet for å få tidlig varsel, senest i 2026, dersom avslutning av leieforholdet i 2029 blir nødvendig.

Arealene som i dag benyttes av AMK ligger i øverste etasje i politihuset i Grønland 36, Drammen. Dette er det dyreste leieforholdet i Vestre Viken, dersom vi ser på kvadratmeterprisen. Og dette gjenspeiler sannsynligvis også at byggekostnadene har vært særlig høye som følge av krav til sikkerhet og driftssikkerhet/redundans.

Leieavtalen for Grønland 36, arealene for AMK, utløper i 2029. Det er en opsjon på forlengelse i 20 år, men denne må ifølge gårdeieren som er Bergens kommunale pensjonskasse, vurderes å ikke kunne vare lengre enn politiets tilstedeværelse, som sannsynligvis er 2034.

Dagens beredskapssentral har tilstrekkelig kapasitet fram mot til 2034 med 10 operatørplasser. Sentralen er bygget for ti plasser og møblert for 8. Det er derved mulig å øke kapasiteten til ti plasser ved å installere og møblere de siste to plassene.

Etter dette er det behov for ytterligere 2 plasser frem mot 2040. Dette kan ikke løses i dagens sentral, og det blir behov for nye lokaler mellom 2035 og 2040.

Kontraktsmessig så kan AMK-sentralen brukes til 2029. Det arbeides med politiet for å kunne være til 2034. Plassbehovet tilsier at sentralen ikke kan brukes lenger enn til 2035. Det er altså både kontraktsforhold og plassbehov som gjør at AMK-sentralen må inn i nye lokaler.

Det er i utgangspunktet kanskje slik at politiet har en kontraktsforpliktelse til å ta AMK-sentralen med når de anskaffer nye lokaler. Sør Øst politidistrikt har signalisert at det antagelig ikke er noen synergieffekter, og kun vil medføre ekstra komplikasjoner ved deres prosess for å finne nytt bygg på ny lokasjon til politihus. Og Vestre Vikens husleie hos politiet er høy.

En annen løsning vil være å gå til anskaffelse av nye lokaler i egen regi. Enten ved å leie eller å bygge selv.

En mulig samlokalisering av AMK og Drammen legevaktsentral/legevakt i Helseparken på Brakerøya er utredet og det er skrevet et mandat for en pilot. Gevinstene ved å samlokalisere er beskrevet i mandatet.

Det er ennå ikke avklart om Drammen legevakt skal flytte til Helseparken, men dette vil ifølge leder av Drammen legevakt trolig avklares første halvår av 2024 med eventuell innflytting nærmere 2030.

Denne piloten mener Drammen kommune det blir vanskelig å gjennomføre, men de har gitt signaler til AMK-sentralen om at de er positive til en evt. samlokalisering hvis det blir praktisk mulig.

På grunn av krav til driftssikker og redundant infrastruktur vil det være teknisk og økonomisk krevende å bygge om for AMK-sentral i vanlige bygg, dersom det ikke er mulig å dele teknologi – investeringene med andre virksomheter som har samme behov. Arealbehovet på 209 m² FUA vil utgjøre en liten del av de fleste utleiebygg, mens det meste av infrastrukturen vil være felles for hele bygget.

For å tallfeste dette så er det slik at dagens leie på 6.049 kr/m² leiet areal vil forsvare en investering i nye arealer for mellom 100.000 og 180.000 kr/m² avhengig av utleieres krav til internrente. Sikker betaler med langsiktig leieforhold peker mot øvre del av spennet.

Det vil være teknisk enklere og økonomisk mer gunstig å plassere AMK-sentralen på et av de fire sykehusene i Vestre Viken. Der finnes det meste av nødvendig infrastruktur allerede. Så vil felles fasiliteter som kantine, sanitærom, større møterom som brukes sjelden, osv. allerede være på plass. Det kan gi noe lavere samlet arealbehov for støtterom, men ikke endre behov for funksjonsareal.

Det vil uansett bli nødvendig med en ny løsning som må være klar til 2029 eller 2034. Det foreslås derfor å gjennomføre en konkret mulighetsstudie og vurdering av organisatorisk konsekvens for plassering på ett av sykehusene. Dersom dette ikke er mulig bør det senest i løpet av 2026 tre år før flytting, søkers etter leide lokaler.

Mulighetsstudie AMK på ett av sykehusene. 2024-2025.

- Dersom ja, byggeprosjekt. 2027-2029 (evt. 2031-2034).
- Dersom nei, leieprosjekt. 2027-2029 (evt. 2031-2034).

8.3 Pasientreiser

I følge Handlingsplan for bærekraftig utvikling i Vestre Viken, kapittel 2.10, er det ledig kontorplass i dagens lokaler på Grønland 32. Det er derfor naturlig at den fremskrevne økningen gjøres ved at Pasientreiser får dekket behovet for 3 nye arbeidsplasser der. Dette kan bety mindre ombygging. Årsaken er at det er valgt en løsning hvor arbeidsplasser til operatører og planleggere er innglasset i et eget område adskilt fra resten av kontorlandskapet.

Løsningen er ikke medtatt som eget tiltak i planen, ettersom det er snakk om små fysiske inngrep i eksisterende lokaler, og det er noe usikkerhet om økning vil dekkes av teknologisk fremskritt eller bemanningsøkning.

8.4 Ambulansetjenesten

Alle foreslåtte utvidelsestiltak er her beskrevet med middels arealstandard, j.fr. kapittel 7.3. Unntaket er Drammen og Lier ambulansestasjon hvor egne romprogram er utarbeidet.

8.4.1 Drammen ambulansestasjon

Drammen ambulansestasjon har både kortsiktige og langsiktige behov, som beskrevet i kapittel 3. De kortsiktige problemene er forsøkt løst ved provisorier som er midlertidig godkjent av byggesaksavdelingen i Drammen kommune for to år.

De mer langsiktige behov av beregnet kapasitetsbehov på grunn av forventet oppdragsvekst er analysert og vist i vedlagt hovedfunksjonsprogram (vedlegg 1). Oppsummert er behovet 12 ambulanser i 2035 og 14 ambulanser i 2040.

Det er utredet tre alternative løsninger med en, to eller tre stasjoner i en konseptvalgstudie (vedlegg 2). Alternativene er:

- A: Å leie to stasjoner. Drammen og Lier.
- B: Å eie to stasjoner i Drammen og Lier.
- C: Å leie en stasjon i Drammen.

Alternativene er vurdert etter følgende kriterier:

Alternativ	Eiendoms-kost	Driftskost	Tidsrisiko	Responstid	Snitt
A, leie to	3	3	4	4	3,5
B, eie to	4	3	2	4	3,25
0, leie en	3	4	3	2	3,0

Figur 18: Evaluering av tre alternative løsninger i konseptstudien

Det foreslås i konseptvalgstudien at alternativet med å leie to stasjoner velges. Dette er i tråd med styringsgruppens behandling. Leieperiode anbefales i 15 år, med opsjon på forlengelse inntil 10 år. Alternativet gir god responstid ved utrykning, har omtrent samme kostnadsbilde som de øvrige, og kan ferdigstilles raskest og mest fleksibelt. Samtidig vil en lang løpetid på kontrakten sikre tilstrekkelig kapasitet innenfor den perioden som er fremskrevet.

Leiekontrakt som anbefalt vil ha en samlet leieforpliktelse på kr 286.058.000,-. Beregnet ut fra leieperiode på 20 år multiplisert med årlig leie kr 14.302.900,-. Den nye leiekostnaden representerer en stor økning fra leienivået på dagens ambulansestasjon.

Alle operasjonelle leieavtaler med kontraktsverdi over 100 millioner kroner skal godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF, og alle finansielle leieavtaler med kontraktsverdi over 100 millioner kroner skal godkjennes av foretaksrådet i Helse Sør Øst RHF.

Styringsgruppen for Arealbruksplan PHT har anbefalt at Vestre Viken arbeider videre med å leie eller eie to stasjoner i Drammensområdet. På bakgrunn av dette er det igangsatt et arbeid med å undersøke markedsmulighetene for leie av to stasjoner. Arbeidet utføres av Sykehusbygg og er organisert som en markedsundersøkelse med prospektsøk. Neste skritt er å gå ut med tilbudskonkurranse med finansieringsforbehold. Tidsperspektivet er i skrivende stund at konkurranseutlysning kan skje i mars. Tidligste mulige godkjenning i Foretaksrådet vil trolig være mai 2024, og tidligste innflytting i første kvartal 2026.

En slik konkurranse vil medføre at flere aktører i eiendomsmarkedet må prosjektere løsning av ambulansestasjoner på aktuelle tomter. Dette er kostnadskrevende for tilbyderne, og anskaffelsen bør derfor være besluttet i Vestre Viken med finansieringsforbehold.

8.4.2 Sætre ambulansestasjon

Sætre ambulansestasjon trenger utvidelse på lang sikt. Innen 2040 må stasjonens kapasitet økes med 1 ambulanse, fra 2 til 3 stk. Dagens beliggenhet er ikke ideell for beredskapen. Dette vurderes som ikke løsbart på nåværende lokasjon. På kort sikt bør det gjøres tiltak innenfor eksisterende areal for å forbedre funksjonaliteten i garderobedelen. Dagens leieavtale utløper i 2027, men kan forlenges i 5 år. På sikt bør det etableres ny stasjon i nærheten av Røyken sentrum, enten innen 2027 eller 2032.

8.4.3 Eiker ambulansestasjon

Eiker ambulansestasjon trenger utbedring på grunn av uhensiktsmessig utforming og innen 2040 må også stasjonens kapasitet økes med 1 ambulanse, fra 3 til 4 stk.

På kort sikt bør det gjøres tiltak innenfor eksisterende areal for å forbedre funksjonaliteten. Begge deler bør være løsbart på nåværende lokasjon hvor beliggenheten gir god beredskap. Det har vært dialog med Øvre Eiker kommune som er positive til å gjennomføre ombygging. Ved ombygging vil Arbeidstilsynets retningslinjer slå inn fullt ut, og utvidelsen vil derfor bli ganske stor. Dagens leieavtale utløper i 2024, men kan forlenges i 10 år.

8.4.4 Modum Ambulansstasjon

Modum ambulansstasjon er ny, og ingen behov for endringer forventes. Dagens leieavtale utløper i juni 2036, men kan forlenges i 10 år.

8.4.5 Ringerike Ambulansstasjon

Ringerike ambulansstasjon er bygget i 2021, etter godkjenning av Arbeidstilsynet, og har de med ingen utbedringsbehov. Det er beregnet at kapasiteten må økes med en bil innen 2035. Denne økningen kan huses i stasjonen slik den er bygget, fordi både vognhall og garderobe- og hygienearealene er bygget med denne utvidelsen for øye. Innen 2040 blir det nødvendig å øke kapasiteten med ytterligere en bil. Det er plass til en slik utvidelse på tomten.

8.4.6 Noresund ambulansstasjon

Noresund ambulansstasjon har bra beliggenhet i forhold til beredskap, er bygget i 2017 og har kun behov for mindre endringer som gjelder ren og uren sone i garderober. Dette vil bli ivaretatt i løpet av våren 2024 av Krødsherad kommune som eier bygget. Dagens leieavtale utløper i mars 2032, men kan forlenges i 10 år.

8.4.7 Nesbyen ambulansstasjon

Nesbyen ambulansstasjon er trang og uhensiktsmessig, men ligger bra plassert i forhold til beredskap. Det vil ikke bli behov for å øke kapasiteten. Ved ombygging vil Arbeidstilsynets retningslinjer slå inn fullt ut, og utvidelsen vil derfor bli ganske stor. Ca. 400 m² med middels arealstandard. Dagens leieavtale med Nesbyen kommune løper med 12 måneders oppsigelsesfrist.

8.4.8 Gol ambulansstasjon

Gol ambulansstasjon er bygget i 2013, har god plassering i forhold til beredskap og har ingen større utbedringsbehov. Det er beregnet at kapasiteten må økes med en bil innen 2040. Denne økningen kan huses i stasjonen slik den er bygget, fordi både vognhall, garderobe- og hygienearealene og soverom er bygget med denne utvidelsen for øye. Det betyr imidlertid at beredskapsambulans må stå utomhus.

8.4.9 Ål ambulansstasjon

Ål ambulansstasjon eies av Vestre Viken, og er under ombygging nå. Det er beregnet at kapasiteten må økes med en del-døgnsambulans bil innen 2035. Denne økningen kan huses i stasjonen slik den er bygget, fordi både vognhall og garderobe/ hygienearealene er bygget med denne utvidelsen for øye. Og del-døgnutvidelse krever ikke flere soverom.

8.4.10 Geilo ambulansstasjon

Ambulansstasjonen har til dels uhensiktsmessig utforming, men ligger bra plassert i forhold til beredskap. Det vil ikke bli behov for å øke kapasiteten.

Hol kommune er utleier, og har tatt initiativ til å forbedre fasilitetene ved å bygge beredskapssenter med brannvesen, ambulansetjeneste og eventuelt politi på ny tomt, og frigjøre lokaler i legevakten ved å flytte ambulansestasjonen til nytt beredskapssenter. Det vil da bli nødvendig å forlenge og utvide dagens leieavtale til ca. 400 m² BTA. Dette vil løse Vestre Vikens behov til 2040.

8.4.11 Hemsedal ambulansestasjon

Hemsedal ambulansestasjon er noe og uhensiktsmessig, men ligger bra plassert i forhold til beredskap. Det vil ikke bli behov for å øke kapasiteten. Ved ombygging vil Arbeidstilsynets retningslinjer slå inn fullt ut, og utvidelsen vil derfor bli ganske stor fra 180 til mellom 300 og 400 m². Dagens leieavtale med Hemsedal kommune løper ut 2028 og kan forlenges med 5 år.

8.4.12 Kongsberg ambulansestasjon

Denne ambulansestasjonen trenger kapasitetsutvidelse med en bil innen 2035 og en til innen 2040. Utformingen er også noe uhensiktsmessig. Det er ganske sikkert at både kapasitetsutvidelse og forbedring av funksjonalitet kan løses på dagens lokasjon på Kongsberg sykehus. Men usikkert om behovet kan løses ved utvidelse av eksisterende bygg, eller om det må bygges helt nytt et annet sted på tomten. Helt nytt bygg vil være mellom 790 - 990 m²

8.4.13 Rødberg ambulansestasjon

Rødberg ambulansestasjon har visse utfordringer med arealenes funksjonalitet, men ligger bra plassert i forhold til beredskap. Det vil ikke bli behov for å øke kapasiteten med flere ambulanser. Det er behov for en del oppgradering av arealene. Dersom stasjonen skal ombygges for å forbedre funksjonaliteten så vil Arbeidstilsynets seneste retningslinjer slå inn fullt ut, og utvidelsen vil derfor bli ganske stor. Arealet vil da øke fra 247 til ca. 400 m² ved middels arealstandard. Trolig blir da nytt leieforhold og flytting nødvendig. Dagens leieavtale med privat gårdeier løper med 6 måneders oppsigelsesfrist. Det er samtidig en utfordrende markedssituasjon ved leie i så spredt bebygde områder. Som et minimum er det behov for noe innvendig oppgradering av slitte lokaler.

8.4.14 Veggli ambulansestasjon

Veggli ambulansestasjon har behov for å få garderobesone for å forbedre smittevern. Utbedring kan muligens gjennomføres innenfor eksisterende areal, med noen mindre ombyggingstiltak. Det bør uansett på kort sikt gjøres tiltak for forbedret lydisolering av soverom på stasjonen. Dette er ren teknisk utbedring som ikke krever ekstra areal, men som vil gi noe høyere årlig leie. Det vil ikke bli behov for å øke kapasiteten med flere ambulanser. Leie av ny stasjon er utfordrende fordi et tradisjonelt eiendomsmarked ikke eksisterer. For å unngå unormalt høy leie vil det være nødvendig å inngå leieforhold med minst 30 år uoppsigelighet. Selv da vil leien bli høy fordi utleier ikke kan legge inn noen restverdi av bygningen. Dagens leieavtale med Rollag kommune løper til 2027 og kan forlenges med 5 år. Det antas at beste strategi på Veggli er utbedring av dagens lokaler som leies av kommunen, framfor flytting til nytt leieforhold.

8.4.15 Sigdal ambulansestasjon

Arealene i Sigdal ambulansestasjon har noe lav funksjonalitet, men ligger bra plassert i forhold til beredskap. Det vil ikke bli behov for å øke kapasiteten med flere ambulanser. Dagens leieavtale

med privat gårdeier løper til 2026. Alternativene her er å leie videre eller å søke helt nytt leieforhold, enten med eksisterende eller ny eier. Dersom det velges å gå for ny stasjon, så vil arealet øke fra 120 til ca. 400 m².

9 Vurdering av økonomi og mulig fremdrift

Ved vurdering av økonomi i tiltak har det vært nødvendig å gjøre noen forutsetninger.

1. Leieprisnivå for utskifting av stasjoner og utvidelser av eksisterende er estimert ved hjelp av erfaringstall fra tilsvarende nye leieforhold, med unntak av for Drammen og Lier. Der er benyttet konkret undersøkelse av leieprisnivå som ble gjort av Sykehusbygg som underlag for konseptfasestudie for disse.
2. Byggekostnadsnivå for Kongsberg ambulansestasjon er beregnet ut fra prosjektrengskapet for Ringerike ambulansestasjon. Som grunnlag for byggekostnadsnivå ved bygging av AMK-sentral på et av sykehusene er det benyttet erfaringstall for bygging av laboratorier og lignende arealer. Dette antas å være mest dekkende for arealer som krever relativt mye innhold av teknisk infrastruktur. En usikkerhet er innbruddssikkerhet i lokaler til AMK.
3. Alle tall er indeksert fram til kostnadsnivå i september 2023. Det er i hovedsak gjort skjematisk estimater basert på erfaringstall.

9.1 Tiltak

Gitt at veksten i oppdragsmengden i den prehospital virksomheten blir 2,5 % som beregningene tar utgangspunkt i, og at det skal gjøres tilstrekkelige tiltak for å sikre arbeidsmiljøet, er det behov for tiltak på samtlige enheter og lokasjoner unntatt ambulansestasjonene på Modum og Noresund. Klinikkleidelsen poengterer at det er viktig å se klinikken under ett og ikke hver og en avdeling hver for seg.

Pasientreiser har i dag stor nytte av å være samlokalisert med PHT ledelse og stab, samt Ambulanseavdelingen. Det oppfordres til mest mulig samlokalisering der det er mulig. Dette gjør samhandling lettere, ressurser kan deles og reisekostnader minimeres.

Det er ikke minst viktig for arbeidsmiljøet og trivsel for å sikre rekruttering og beholde god kompetanse.

Dette er forhold som er hensyntatt i tiltaksforslagene, med unntak av at avdelingsledelse og stab for AMK er samlokalisert med sin operative enhet. Dette kan enkelt endres dersom man skulle ønske det, fordi Grønland 32 høyst sannsynlig vil ha plass til det.

Det er ikke kostnadsestimert alternative løsninger ut over det som er skissert i kapittel 8. Alle tiltak av noe størrelse må uansett utredes videre i konseptstudier. I tabellen under er det laget en grovmasket oversikt over forventede arealer ved to alternativer for hvert behov. Hensikten med det er å vise et samlet fremtidig minimum arealbehov for lovlig drift, og et areal med gode og moderne, men nøkterne arealer.

Senere valg av det ene eller andre tiltaket for hvert behov er mulig. Det bør imidlertid gjøres videre arbeid før beslutning av de enkelte tiltak.

- Alternativ 1 inneholder en utvikling av alle arealer fram til 2040 slik at arealstandard og kvalitet som vist i kapittel 7.3 oppnås. Både administrative og operative arealer.
- Alternativ 2 må forstås som at arealstandard i kapittel 7.3 benyttes på alle administrative arealer, på ambulansestasjoner som må skiftes ut, og på alle stasjoner som vil trenge å utvide med flere ambulanser for å sikre beredskapen. Det er et forsøk på å vise et nivå tilnærmet det såkalte null-alternativet i sykehusbyggeprosjekter. Et nullalternativ forstås ifølge veileder for tidligfase i sykehusbyggeprosjekter som *å ta utgangspunkt i dagens konsept/løsning og lokalisering, og sørge for lovlig drift og tilstrekkelig framtidig*

dekningsgrad. Løsningen skal ikke bli dårligere enn på beslutnings-punktet. Det vil si at ordinært, korrigerende og forebyggende vedlikehold skal inkluderes. Videre inngår utskiftninger/fornyelse (nødvendige reinvesteringer, oppgraderinger) for å kunne fungere i den tidsperioden som forutsettes i analysen, samt at det tas hensyn til andre vedtatte tiltak som er i gang eller har fått bevilgning.

Virksomhet	Area l 2023	Areal 2035	Areal 2040	Beskrivelse alt. 1	Beskrivelse alt. 2	Are al 202 3	Area l 2035	Are al 204 0
PHT Ledelse og adm.	211	398	398	Etableres sammen med ny Drammen ambulansestasjon.	Utvide i eksisterende lokale G32. Leie 50 m2 lager og 8 P-plasser m. strøm	211	303	331
AMK	293	437	437	Leie ca. 437 m2 BTA. Innen 2029	Bygge om ca 209 m2 netto / 285 brutto areal på et av sykehusene. Innen 2029.	293	285	285
Pasientreiser	263	299	316	Utvide i eksisterende areal i G32 etter hvert som behov oppstår	Som alt. 1	263	299	316
Drammen amb. st.	720	1959	1959	Leie ca. 1959 m2 BTA i Drammen innen 2026.	bygge med minimum arealstandard.	720	1260	1260
Lier amb. st.	0	1129	1129	Leie 1129 M2 BTA i Lier innen 2026.	bygge med minimum arealstandard.	0	780	780
Sætre (Hurum)	346	346	660	Forbedring innenfor eksisterende areal. Leie av ny stasjon Røyken sentrum innen 2032. 660 m2 BTA.	Forbedring innenfor eksisterende areal. Leie av ny stasjon Røyken sentrum innen 2032. 550 m2 BTA.	346	346	540

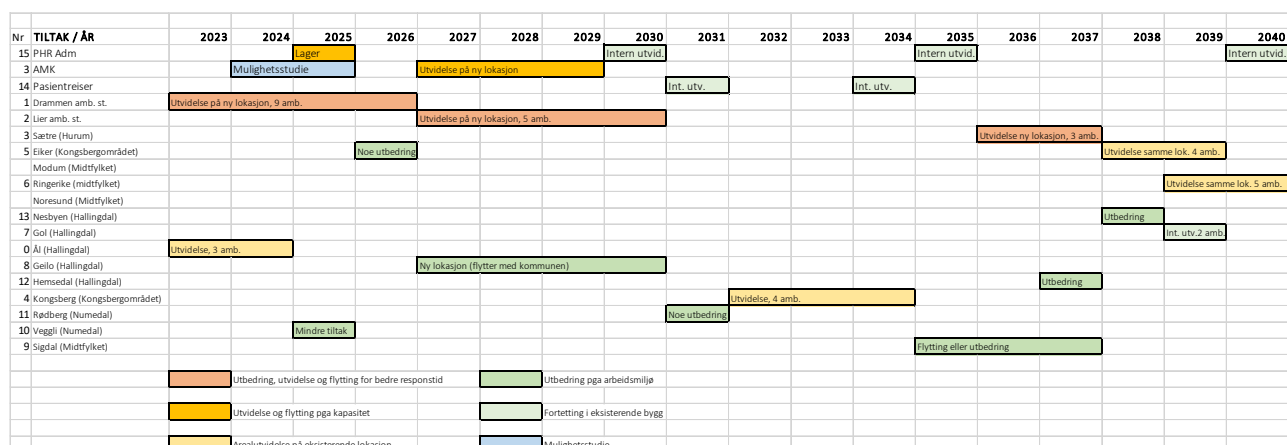
Eiker (Kongsbergområ det)	479	479	790	Forbedring innenfor eksisterende areal. Ombygging / utvidelse til 790 m ² BTA av eksisterende stasjon i samarbeid med Øvre Eiker kommune innen 2040.	Utvide med minimum arealstanda rd.	479	479	660
Modum (Midtfylket)	420	420	420	Beholdes	Som alt 1	420	420	420
Ringerike (Midtfylket)	992	992	1122	Utvide med ca. 130 m ² BTA innen 2040.	Utvides med 120 m ² BTA innen 2040	992	992	1112
Noresund (Midtfylket)	283	283	283	Beholdes. Mindre kvalitetsforbedr ing i regi av Krødsherad kommune under planlegging.	Som alt 1	283	283	283
Nesbyen (Hallingdal)	184	184	400	Ombygging eller ny leieavtale innen 2040	Beholde eksisterend e. Mindre tiltak.	184	184	184
Gol (Hallingdal)	397	397	530	Utvide på eksisterende, eller flytte innen 2040	Beholde eksisterend e	397	397	397
Ål (Hallingdal)	600	600	600	Beholdes	Som alt 1	600	600	600
Geilo (Hallingdal)	187	400	400	Nye lokaler innenfor eksisterende og leieforhold med Hol kommune	Som alt 1.	187	400	300
Hemsedal (Hallingdal)	179	179	400	Ombygging eller utskifting av lokaler innen 2040	Beholde eksisterend e	179	179	179
Kongsberg (Kongsbergområ det)	361	660	790	Utvides til 530 m ² BTA innen 2035 og 660 m ² BTA innen 2040.	Som alt 1, men lav arealstanda rd	361	540	660

Rødberg (Numeda1l)	247	247	400	Flytting til ny stasjon	Beholde eksisterende stasjon	247	247	247
Veggli (Numedal)	275	275	275	Utbedre garderober og lydisolere soverom.	Beholdes. Lydisolere soverom	275	275	275
Sigdal (Midtfylket)	120	400	400	Utvidelse eller ny leieavtale	Beholde eksisterende	120	120	120
Sum areal	6557	10084	11839			6557	8389	8949

Figur 19: Arealbruk i m2 BTA 2023 og arealbehov 2035 og 2040

9.2 Tidslinje

I figuren under er vist prioritert rekkefølge og forslag til tidsplan for tiltak. Først og fremst i forhold til kontrakter som utløper og for å få på plass nødvendige kapasitetsutvidelser i tide.



Figur 20: Prioritet, tiltakstyper og tidslinje, alternativ 1

9.3 Kostnadsbilde

Dagens utgifter til arealer som benyttes av PHT består av leie, felleskostnader og egne bygningsdriftskostnader (energi, renhold, intern drift og vedlikehold) i de leide lokalene og av avskrivninger samt FDVUS-kostnader i eide lokaler.

Ved inngåelse av nye leieforhold og ved endringer eller utvidelse av eksisterende leieforhold må det tas høyde for et leieprisnivå som tilsvarer markedspris. Et eksempel er at det i dag betales ca. 1.700 kr/m² i leie og felleskostnader for Drammen ambulansestasjon, mens markedspris for nye lokaler er vurdert av Sykehusbygg til ca. 4.700 kr/m². (leie 4.300 + felleskostnad 400) kr/m². Fram mot 2040 vil kostnadene øke mye. Hovedårsak til at veksten i kostnader er økning i areal, både som følge av oppdragsvekst og forbedret arbeidsmiljø.

Kostnadsutviklingen fram til 2040 er estimert i 2023-kroner.

Som prisgrunnlag i denne rapporten er det benyttet leieprisnivåer inkl. felleskostnader fra 3.600 til 4.300 kr/m² ut fra på stasjonenes beliggenhet.

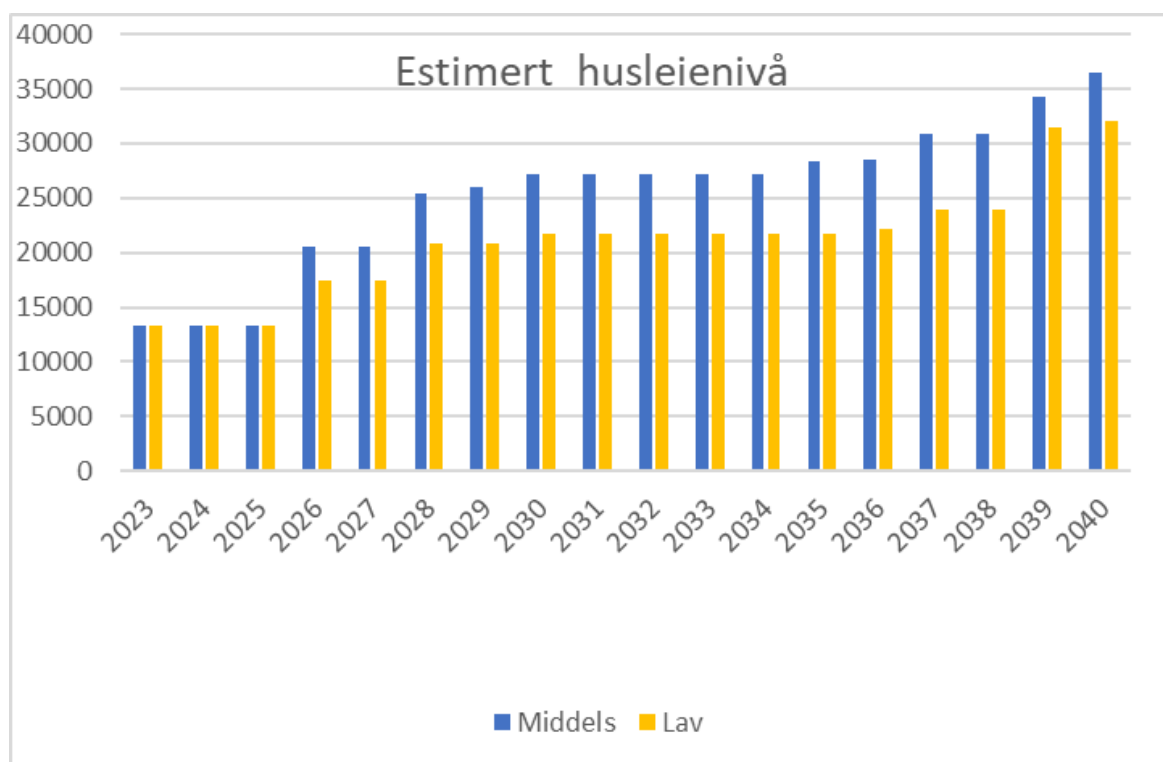
I 2023 koster leide lokaler kr 13.237.000,- inkludert felleskostnader.

I 2030 vil kostnaden være økt til kr 27.214.000,- og i 2040 til kr 36.481.000,- ved foreslått arealstandard (middels) i Alternativ 1.

Det vil være mulig å endre kostnadsbildet, og fortsatt opprettholde økningen i kapasiteter.

Da vil det kreves prioritering av arealstandard eller å velge bort tiltak for forbedret smittevern og arbeidsmiljø. Mer likt det som er beskrevet i Alternativ 2. Kostnaden ved dette vil øke til kr 21.666.000,- i 2030 og til 32.029.000,- i 2040.

Nedenfor er vist kostnadsutvikling ved de to alternativene.



Figur 21: Forventet utvikling av husleienivå. Blå er alternativ 1. Gul er alternativ 2.

I Vestre Viken er det en eiet ambulansestasjon på Kongsberg. Den har god geografisk beliggenhet på sykehustomta, men det blir behov for kapasiteten med en bil innen 2035 og ytterligere en innen 2040. Dette betyr at dagens stasjon må utvides med 429 m² fra 361 m² til ca. 790 m². Med byggekostnad på 50.000,- kr/m² betyr det en investering på 21.45 mnok innen 2035.

Dersom mulighetsstudie for AMK-sentral viser at denne virksomheten bør flyttes til et av sykehusene, så kreves en ombygging av ca. 300 m² i 2028. Med byggekostnad på 45.000,- kr/m² vil investeringen bli ca. 13,5 mnok. Da vil årlig husleie reduseres med ca. 2,93 mnok i 2029.

10 Anbefaling

Begge alternativ vil ivareta behov for kapasitet og beredskapsevne fram til 2040. I forhold til dagens struktur vil de dessuten framtidssikre Vestre Viken i forhold til eventuell framtidig forskriftsfesting av responstidskrav.

Det anbefales likevel at Vestre Viken beslutter å legge alternativ 1 til grunn for framtidig eiendomsutvikling for Klinikk for prehospitale tjenester. Dette bygger på middels arealstandard både for administrative arealer og for ambulansestasjoner, som er relativt nøktern og i tråd med det man forventer å finne i nye ambulansestasjoner ellers i landet. Det vil gi denne klinikken formålstjenlige lokaler fra et arbeidsmiljøperspektiv, samtidig som behovet for kapasitet og beredskap fram mot 2040 blir ivaretatt.

Det anbefales å prioritere å få på plass ny ambulansestasjon i Drammen, og å starte opp arbeid med mulighetsstudie for plassering av AMK-sentralen på et av sykehusene i foretaket.

Dato: 9. september 2024
Saksbehandler: Morten A. Støldal

Saksfremlegg

Status nytt sykehus Drammen

Møte	Saknr.	Møtedato
Styret i VVHF	80/2024	23.09.24

Forslag til vedtak

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Drammen 16. september 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Statusrapport nytt sykehus Drammen skal gi styret i Vestre Viken HF en overordnet status for arbeidet i Mottaksprosjektet. Rapporten omfatter rapportering på de områdene som inngår i Mottaksprosjektets oppgaver og ansvar.

Saksutredning

Status byggeprosjektet

PNSD melder at det er god fremdrift i byggeprosjektet, med noen forsinkelser på enkelte entrepriser. Det forventes at iverksatte tiltak vil gi ønsket effekt, slik at prosjektet ferdigstilles til fastsatt tid. Byggeprosjektet har en stram fremdriftsplan, og produksjonen følges opp tett. For detaljert status henvises det til tertialrapport fra PNSD til styret i HSØ RHF.

Overordnet arbeid med plan og risiko

Det er høy samtidighet og kompleksitet i prosjektet og dette kommer sterkere til uttrykk desto nærmere innflytting vi kommer. Det er derfor viktig å evne å identifisere de kritiske risikoene tidlig nok. Kritiske defineres som noe som kan 1) true innflytting på planlagt dato 2) true pasientsikkerhet før, under eller etter flytting eller 3) true organisasjonens evne til å komme raskt tilbake til full kapasitet etter innflytting.

Tiltak

Det er etablert en dedikert funksjon for plan og risiko i prosjektorganisasjonen. Denne funksjonen har jevnlig dialog med alle områdeansvarlige i prosjektet og klinikkens prosjektsjefer. På denne måten vil vi øke vår evne til å oppdage risiko innenfor et område eller risiko som "faller" mellom områder. Det gjennomføres risikomøter med alle områdeansvarlige hver 14 dag. Den 18. September gjennomføres det første av 6-7 parathetsmøter med alle involverte organisasjoner i prosjektet. Formålet med møtet er å vurdere (basert på kunnskap på møtetidspunktet) hvorvidt vi er parat til å 1) flytte på dato, med 2) god pasientsikkerhet og 3) komme raskt tilbake til full kapasitet etter flytting. Et siste ledd i risikoarbeidet er samarbeid med tidligere prosjektdirektør for A-hus, Nina Kristiansen. Hun skal bidra til en ekstern kvalitetssikring av prosjektet.

Bygg

Hovedområder det arbeides med

VV-NSD er involvert i mange slutfaseaktiviteter knyttet til gjennomganger ved mekanisk ferdigstilling av bygg og system akseptansetest (SAT) samt idriftsettelse, testing og befaringer. Opplæring av teknisk driftspersonell er påbegynt, først ut adkomstbygget. Det er utarbeidet opplæringsplaner for alle eierskifter.

Kritiske risikoer og tiltak

Det er stor samtidighet på slutfaseaktivitetene, det er derfor tilknyttet flere ressurser i gruppen. Det er ingen av aktivitetene som vurderes kritisk ift. oppfølging av byggeprosjektet. Det er god kommunikasjon med PNSD.

Eierskifter

Prosjektorganisasjonen har styrket arbeidet med eierskifteområdet. Målsetningen er å skape trygghet mellom byggherre og bruker (Vestre Viken) for at byggene overleveres i den kvalitet som forventes. Det skal også sikres at det foreligger klare avtaler for retting av feil og mangler etter eierskifte og med et grunnlag som gjør at eiendom og utstyr kan forvaltes på en god måte.

Kritiske risikoer og tiltak

Det er etablert en tydelig eierskiftefunksjon i prosjektorganisasjonen som skal koordinere fagområdene som er relevante i forbindelse med eierskiftene (bygg, utstyr, økonomi, jus, drift og forvaltning). Det er opprettet tett dialog med PNSD hvor spørsmål og tematikk rundt eierskifter diskuteres løpende. Det er innhentet ekstern juridisk bistand for å kvalitetssikre avtalene for Vestre Viken.

Utstyr

Hovedområder det arbeides med

Det er god fremdrift på de fleste anskaffelser og god koordinering mellom PNSD og VVHF. Planlegging av mottaksfase for utstyr er pågående. Det arbeides med opplæringsplaner for sikker overtakelse og bruk av nyanskaffet utstyr. Det jobbes med detaljerte planer for flytting av fastmontert og komplekse MTU systemer.

Kritiske risikoer og tiltak

Det stor arbeidsmengde for utstyrgruppen og økende kompleksitet på anskaffelsene. Det er tilknyttet flere ressurser i gruppen.

IKT

Hovedområder det arbeides med

Det er pågående arbeid med alle IKT tilpasningsprosjektene som skal tilpasse IKT-systemene til NSD. Det er generelt høy aktivitet og det er pågående arbeid knyttet til problemstillinger med ny organisasjonsstruktur. Det er kritisk å få indentifisert og kontroll over avhengigheter på tvers av leveranseområder.

Kritiske risikoer og tiltak

Det er usikkerheter knyttet til oppsett av organisasjonsstrukturen i DIPS, som er førende for mange av systemene som skal tas i bruk. Dette har stor påvirkning på fremdriftsplan og er kritisk for leveranser av løsninger og åpning av nytt sykehus.

VV-NSD er bekymret for avhengigheten til regionale prosjektleveranser som er lagt til grunn som forutsetning for bruk i NSD. Det meldes om forsinkelser i fremdrift for flere av de regionale prosjektene. Spesielt følges Helselogistikk prosjektet tett, da denne leveransen er kritisk for åpning. Helselogistikk bygger på telekomplattform og mobilitetskonsept samt drift og forvaltning av disse. Ifølge regional porteføljerapport for juli 2024 henvises det til at mobilitetsplattformen og mobilitetskonseptet i Sykehuspartner ikke er robust nok i drift og organisasjonen ikke er tilstrekkelig dimensjonert. Denne risikoen følges tett opp fra VVHF.

Risikoen knyttet til innføringen av pasientmerket endose er stor. Som følge av den stramme tidslinjen er delprosjekt Legemiddelkjeden NSD fase 2 bedt om å se på plan B dersom leveranse av Atlas ikke når ibruktakelse.

Det er estimert et stort omfang av aktiviteter med behov for fagkompetanse fra VVHF til gjennomføring av IKT-tilpasningsprosjektene. Ressursbelastningen som organisasjonen påføres er stadig økende. Det er viktig at det prioriteres for å få gode løsninger som støtter opp under gode arbeidsprosesser.

Tabellen nedenfor viser en matrise med utvalgte resultatmål på en akse og prosjekter som skal levere nødvendig funksjonalitet for oppnåelse av resultatmålet på den andre aksene. Oversikten viser status opp imot risiko for leveranse i tråd med behov og tidsplan for NSD.

Resultatmål knyttet til funksjonelt behov	MetaVision - Versjonsopp. av Reg. kurve og medikasjon - MV6.xx	Regional løsning for helselogistikk	RHF – Standard for lukket legemiddel-sløyfe (Legemiddelkjeden)	RHF - Radiologi 2.0	Innføring av mellomvare Atlas	Tilpasningsprosjekt Mobil arbeidsflate (7516)
Kvalitet						
Løsning for mottak av kritiske alarmer (overfallsalarm, stans-team osv.) på en mobil arbeidsflate er implementert		Red				Red
Løsning for mottak av varsler fra pasientsignal og byggtekniske løsninger på en mobil arbeidsflate er implementert		Yellow				Red
Løsning for lagring av multimedia er implementert				Red		
Legemiddelhåndtering med pasientmerket endose og lukket legemiddelsløyfe er implementert	Yellow		Green		Red	
Effektivitet						
Løsning for internkommunikasjon på mobil arbeidsflate er implementert		Green				Red

For å skape et felles risikobilde av IKT-området mellom VVHF, PNSD, Sykehuspartner og RHF blir det kontinuerlig gjennomført risikoworkshops for å fokusere på iverksettelse av nødvendige tiltak.

Opplæring

Det er et pågående arbeidet med sentrale og lokale opplæringsplaner i kompetanseportalen samt oppdatering av prosedyrer i e-håndbok, som er grunnlag for opplæringen som må gjennomføres før ibruktakelse. Et e-læringskurs som inneholder “alt” medarbeiderne må kjenne til og vite om NSD er påbegynt. Det samme er planarbeidet for hvordan medarbeidere skal bli kjent i bygget før innflytting.

Test

Det er definert hvilke virksomhetstester som skal planlegges for i forkant av innflytting i 2025 og detaljeringsarbeidet for enkelte tester er påstartet. Det pågår samordning av alle tester i regi av PNSD.

Flytting

Klinikkens flyttekoordinatorer er godt i gang med å kartlegge overflyttbart utstyr til NSD og det jobbes godt med å fylle ut flyttelister. Planleggingen av pasientflyttingen er i oppstartsfasen og det arbeides med å etablere pasientflytteutvalg ved klinikk Drammen sykehus og klinikk psykisk helse og rus.

Det er påstartet et arbeid for å planlegge nedtak av kirurgisk aktivitet før flytting og opptrapping til normal aktivitet raskt etter flytting. Arbeidet med beredskapsplaner for flytting NSD er påbegynt.

Klargjøring til drift

Hovedfokus på å støtte klinikkene i gjennomføring av handlingsplaner og implementering av tiltak som følge av delprosjektene. Vestre Vikens sentrale staber bidrar på ulike måter i dette. Det jobbes også med å identifisere ytterligere områder hvor stab kan bistå klinikkene frem mot innflytting.

Det er etablert halvdagskurs i endringsledelse hvor ledere og rådgivere i klinikkene som skal inn i nytt sykehus oppfordres til å delta. Kurset gir ledere praktiske verktøy for å håndtere de menneskelige sidene ved endring i klinikkene, dette for å sikre at medarbeidere vet hvilke endringer som kommer, hvorfor og hva det betyr for den enkelte.

Kommunikasjon

Post: Vestre Viken HF, Postboks 800, 3004 Drammen | **Telefon:** 03525 | **Org. Nr:** 894.166.762 | postmottak@vestreviken.no
Vår bank: DNB Bank ASA | **Kontonummer:** 1506 91 85816. | **IBAN:** NO61 1506 9185 816. | **BIC:** DNBANOKK (erstatte SWIFT)

Kommunikasjonsplan for slutfasen er ferdigstilt. Det er hovedfokus på internkommunikasjon og klargjøring for drift fram til første eierskifte i april 2025, men det er også lagt svært gode planer for arbeid med eksternkommunikasjon for å informere pasienter, pårørende og befolkningen generelt.

Det er etablert et samarbeidsforum for kommunikasjonstiltak som berører byggherre.

Prosjektdirektørs vurdering

Det er god dialog og samhandling både med PNSD og med klinikker og staber i VV. Det er høy aktivitet og kompleksiteten er økende frem mot innflytting neste år og det er iverksatt tiltak for å møte dette. Det er god fremdrift innenfor alle områder, men med noen klare risikoområder spesielt innenfor IKT. Dette følges opp tett.

Administrerende direktørs vurderinger

I tiden fremover vil det være høy og økende aktivitet i prosjektorganisasjonen og de klinikkene som skal flytte inn i nytt sykehus. Det blir viktig å følge opp at organisasjonen er så godt forberedt som overhodet mulig. Derfor er det tatt kontakt med Nina Kristiansen i Sykehusbygg for å få bistand i en modenhetsvurdering. Hun har omfattende erfaring også fra mottaksorganisasjonen i flere store prosjekter. Flere store milepæler er nært forestående, og det er mindre enn ett år igjen til PHR flytter inn på Brakerøya.

Det er bekymringsfylt at det er høy risiko innenfor deler av området IKT. Dette følges opp tett, og det er etablert møtearenaer med PNSD, Sykehuspartner og HSØ.

SaksfremleggDato: 16. september
2024**Forbedringsundersøkelsen i VVHF 2024**

Saksbehandler: Eli Årnot

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	81/2024	23.09.24

Forslag til vedtak

Styret tar resultatene og videre oppfølging av Forbedringsundersøkelsen i VVHF 2024 til orientering.

Drammen, 16. september 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

ForBedring er den nasjonale, samordnede medarbeider- og pasientsikkerhetsundersøkelsen som gjennomføres årlig i alle helseforetak i Norge. Spørreskjemaet sendes ut til alle ansatte som har 1% stilling eller mer og som mottar lønn, og ble 2024 gjennomført i Vestre Viken HF i perioden 7. februar til 6. mars. Resultater var tilgjengelig for lederne i slutten av mars. Årets svarprosent ble 74, mens det i 2023 endte på 77 prosent. Rapporten følger vedlagt (vedlegg 1).

Hensikten med denne saken er å orientere om de overordnede resultatene fra undersøkelsen og det lokale oppfølgingsarbeidet i lederlinjen samt vise enkelte sammenligninger mellom resultater fra totalrapporten i Helse Sør-Øst RHF (HSØ) og Vestre Viken HF (VVHF).

Saksutredning

Oppfølging av ForBedringsundersøkelsen

ForBedringsundersøkelsen kartlegger ulike forhold innen hovedområder som virker inn på pasientsikkerheten, spesielt med tanke på ansattes trivsel, motivasjon og arbeidshelse. Resultatene på totalnivå i år viser ikke de store endringene sammenlignet med i fjor. Det er i resultatene på avdeling og seksjon større og mindre variasjoner kommer frem, og det er disse resultatene som er grunnlag for det lokale oppfølgingsarbeidet.

Leder har oppfølgingsansvaret i egen enhet. Verneombud skal bistå og støtte arbeidet i samarbeid med alle ansatte ved enheten. Tillitsvalgte har ikke en formell rolle, men har en viktig oppgave med å oppfordre og motivere ansatte til både å svare på undersøkelsen samt å delta i oppfølgingsarbeidet. Dette er en viktig arena for å påvirke eget arbeidsmiljø.

Oppfølgingsarbeidet består av å:

- presentere resultatene for alle ansatte i egen enhet og involvere medarbeidere i å utarbeide forbedrings- og bevaringstiltak
- gjennomføre HMS-runde
- gjennomføre Snakk om Forbedring
- risikovurdering av de viktigste HMS-områdene, minimum vold og trusler, brann og psykososialt arbeidsmiljø og dokumentere dette i risikomodulen i E-Håndbok
- utarbeide Handlingsplan med konkrete tiltak innen 15. juni 2024.

Resultatene fra spørreundersøkelsen er et av flere verktøy som skal brukes i det lokale forbedringsarbeidet av pasientsikkerhetskultur og HMS. «Snakk om forbedring» er et annet verktøy. Kontinuerlig forbedring er metodikken som skal benyttes i gjennomføring av forbedringsarbeidet i Vestre Viken. Ledelse, styring og organisering i alle ledd er viktig for å skape en kontinuerlig forbedringskultur. Ledere i linjen skal sørge for at oppfølgingen gjennomføres og at tiltak etableres, evalueres og eventuelt korrigeres.

Tiltak etter Forbedringsundersøkelsen skal følges opp gjennom hele lederlinjen. Sammen med tiltak etter HMS-runden og «Snakk om forbedring» skal alle enheter etablere HMS-handlingsplan med tiltak. Klinikkdirktørene mottar i tillegg en oppfølgingsrapport der underordnede enheter med resultater kommer frem på en oversiktlig måte. Det forenkler arbeidet med å identifisere de enhetene som skiller seg ut, både positivt og negativt.

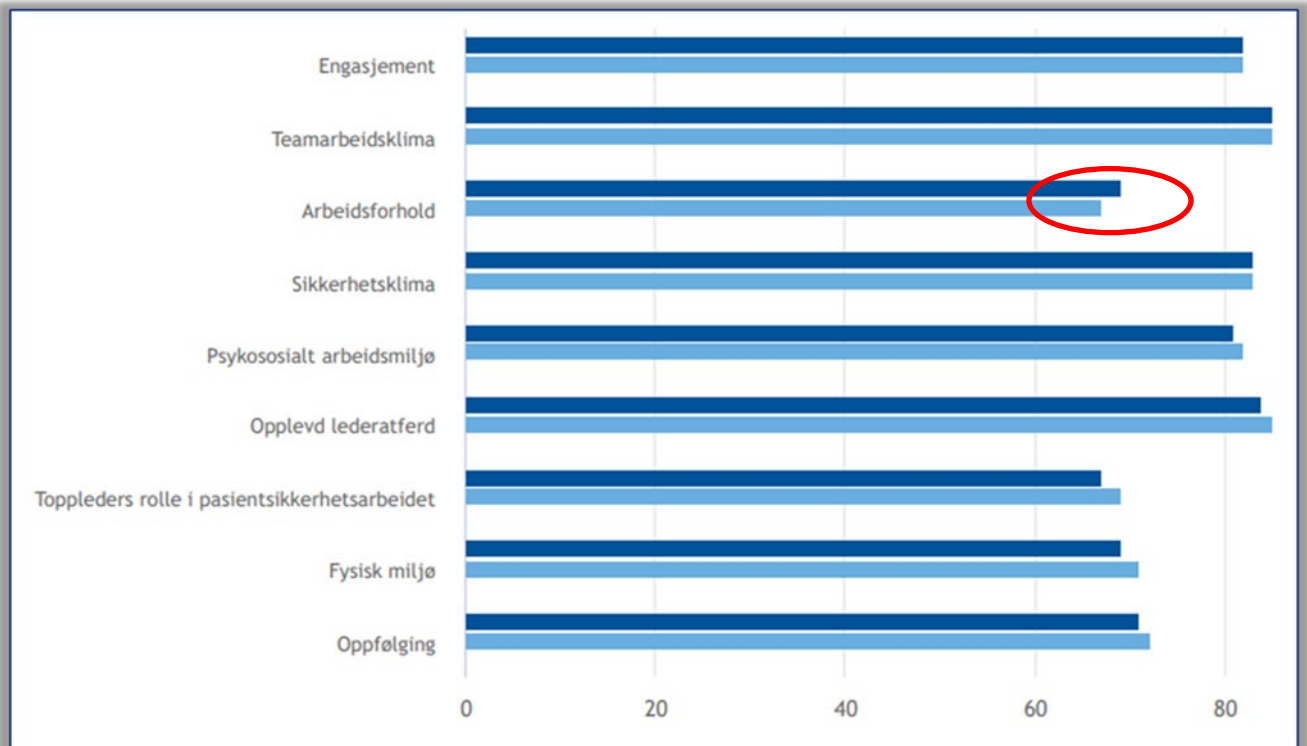
Resultatene for hver enhet eies av medarbeiderne der, men ledergrupper på ulike nivåer bør se på resultater samlet og på tvers av enheter. Erfaring tilsier at det vil være problemstillinger som må håndteres av ledergrupper i fellesskap, på et mer strategisk nivå. For at forbedringsarbeidet skal lykkes må det være en kontinuerlig prosess, og settes på agendaen regelmessig. Det er utarbeidet oppfølgingsguide og prosedyre for oppfølgingsarbeidet til hjelp for ledere i dette arbeidet. Oppfølgingsguide og prosedyre for oppfølging ligger i e-Håndbok (vedlegg 2/3).

I VVHF følges temaene Sikkerhetsklima, Teamarbeidsklima og Opplevd lederansvar opp spesielt. Bakgrunnen for dette er tidligere forskning som viser at dette er områder som er særlig viktig og avgjørende for høy pasientsikkerhet.

Resultater og vurderinger

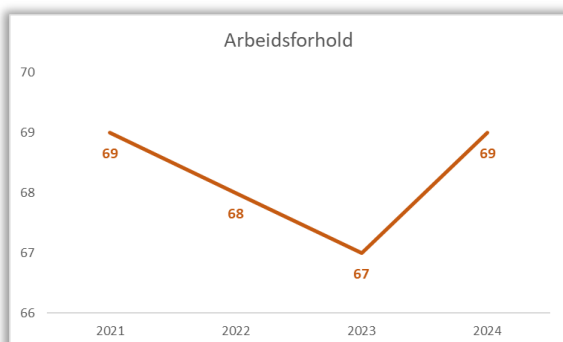
Det er resultatene ved den enkelte enhet som er grunnlaget for videre arbeid i den enkelte enhet. Avvikende resultater, markante endringer fra fjoråret, om tiltak som er iverksatt viser resultater mv. er utgangspunkt for det lokale oppfølgingsarbeidet.

Totale resultater i Vestre Viken i 2024:



To av områdene som tidligere er nevnt spesielt, Sikkerhetsklima og Teamarbeidsklima, har tilsvarende skår som i fjor. Det tredje området som følges opp spesielt, Opplevd lederatferd, har gått ned med et prosentpoeng. Det samme gjelder området Oppfølging. Erfaring fra tidligere år viser at resultatene innen disse to områdene henger sammen.

Det er imidlertid positivt å se at hovedtemaet Arbeidsforhold viser en forbedring fra i fjor på to prosentpoeng, og er nå på samme nivå som i 2021. Klinikk for medisinsk diagnostikk skiller seg ut fra de andre klinikkene med en markant positiv forbedring.



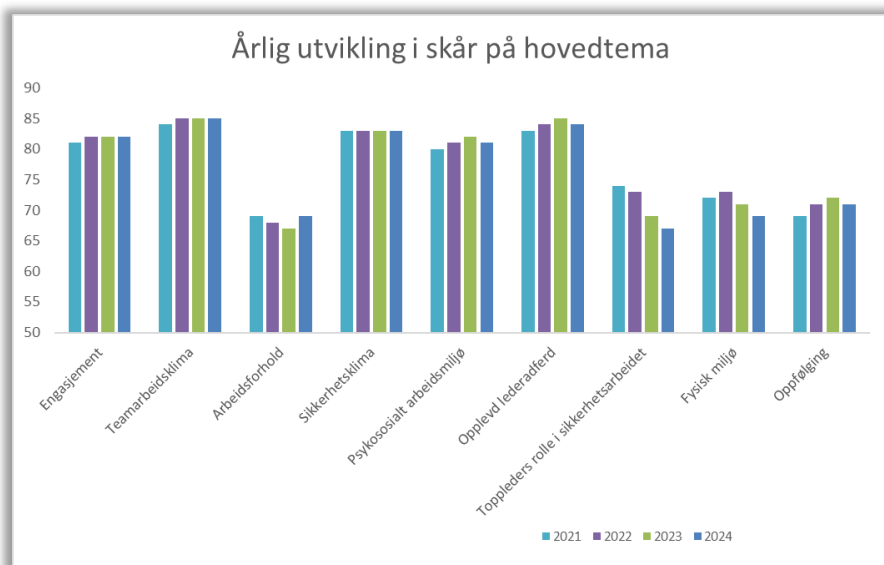
Arbeidsforhold	2023	2024	Endring fra i fjor
Klinikk for medisinsk diagnostikk	68	75	6,24

Spørsmålene som inngår i temaet Arbeidsforhold er vist i figuren under, og det er særlig mulighet for å ta pause i løpet av arbeidsdagen som er forbedret på totalnivå.

Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min		Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)		Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten	
2023	2024	2023	2024	2023	2024
71	71	61	62	70	72

Fysisk miljø på totalnivå viser en nedgang i skår, og det er Drammen sykehus og Psykisk helse og rus som viser til den største nedgangen. Dette har mest sannsynlig sin forklaring i at de snart skal flytte inn i nytt sykehus, og at av vedlikehold på dagens bygg er redusert til det som strengt tatt er helt nødvendig.

Tabellen under viser utviklingen innenfor hovedområdene de siste fire årene.



Som nevnt kommer ikke de helt store variasjonene frem i totaltallene for VVHF, men det trekkes frem enkelte observasjoner.

Områdene Teamarbeidsklima, Sikkerhetsklima, Opplevd lederadferd og Psykososialt arbeidsmiljø er alle viktige for pasientsikkerheten. Spesielt er som nevnt de tre førstnevnte avgjørende, basert på forskning. Det er gode skår innen alle områdene totalt, men ved enheter der det er lave skår, er det ofte lave skår innen alle disse fire områdene.

Når det gjelder området Psykososialt arbeidsmiljø er det en forbedring innen det systematiske arbeidet med å forebygge vold og trusler, mens det fortsatt er lav skår på opplevelsen av hvordan konflikter blir håndtert når de oppstår. Dette må følges opp tettere.

Området Engasjementet skårer høyt, og har holdt seg høyt over år. Dette er en god indikasjon på stor grad av motivasjon blant de ansatte. Det er ca. 100 enheter som har skår over 90, noe som er veldig bra. Å se et mønster i hvem og hvor det er størst engasjement er ikke helt enkelt, da det store variasjoner. Det er imidlertid verdt å nevne at enhet for Renhold (53 svar) ved Drammen sykehus har en skåren på hele 92, og hele 98 i skår på at «Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg».

De enhetene som har høy skår på Opplevd lederadferd har også høy skår innen de fleste områdene. Motsatt effekt er imidlertid ikke like tydelig. Selv om Opplevd lederadferd har lav skår, kan teamarbeid ha høy skår. De andre områdene skårer imidlertid noe lavere dersom Opplevd lederadferd skåres lavt. Dette sier noe om hvor viktig det er med oppfølging fra leder.

Sammenligning av resultater mellom Helse Sør-Øst og Vestre Viken

I år er det utarbeidet en rapport etter ForBedring med totalskår for et samlet HSØ og totalskår for det enkelte helseforetak. Alle resultater er sortert innen stillingskategorier. Det er kun resultat for den enkelte kategori dersom det er 30 eller flere fullførte besvarelser. Det er frivillig å krysse av i undersøkelsen for hvilken stillingskategori respondenten har. I HSØ har 37% av respondentene unnlatt å krysse av for stillingstype, og i VVHF er 40% som har unnlatt å krysse av. Det er likevel interessant å se nærmere på tallene.

Ved sammenligning av totalresultater er VVHF og HSØ forholdsvis sammenfallende. Innenfor Teamarbeidsklima, Sikkerhetsklima, Opplevd lederadferd, Engasjement og Psykososialt arbeidsmiljø ligger gjennomsnittet noe høyere i VVHF enn HSØ. Innenfor Arbeidsforhold og Fysisk miljø er gjennomsnittet noe lavere i VVHF.

Ved sammenligning på stillingskategorinivå er det større grad av variasjon. I denne saken trekkes kun enkelte observasjoner frem, men det vil bli redegjort ytterligere for dette i presentasjonen i møtet.

Innenfor alle hovedområdene er det to yrkesgrupper som skiller seg markant positivt ut; Ambulansepersonell skårer gjennomgående høyere i VVHF enn hva yrkesgruppen gjør totalt i HSØ. Mulige årsaker kan være en kontinuerlig ledelse og gode debrief og oppfølgingsrutiner. Prehospitaltjenester i VVHF har også over lengre tid lagt mye arbeid i både deltakelse og oppfølging etter Forbedringsundersøkelsen. Den andre yrkesgruppen som skiller seg markant positivt ut i VVHF er anestesisykepleiere. Det er ikke åpenbare årsaker til dette, men engasjement og interesse for spesialiteten trekkes frem.

Til sammenligning skårer sykepleiere (bachelor) sitt arbeidsmiljø mindre bra. Innen alle områdene er skårene for VVHF lavere enn HSØ totalt. Med unntak av området Arbeidsforhold har denne gruppen lavest skår blant yrkeskategoriene også innad i VVHF. Det er derfor grunn til å se nærmere på denne observasjonen.

Leger skårer høyere på Teamarbeidsklima, både sammenlignet med HSØ og innad i VVHF. Yrkesgruppen ligger imidlertid noe lavere innenfor Arbeidsforhold og Opplevd lederadferd. Iht. vårens undersøkelse blant leger om deres arbeidsforhold i VVHF påpeker legene på en tidvis for stor vaktbelastning/arbeidsmengde/oppgavemengde og manglende hvile. Det meldes imidlertid om godt fellesskap, en meningsfull jobb samt god hjelp og støtte. Det ønskes en noe større grad av medbestemmelse. De to undersøkelsene viser med andre ord sammenfallende resultat, og det er et pågående partsarbeid som del av oppfølgingen etter legeundersøkelsen.

Resultater fra psykologer, og særlig spesialistene viser gode skår på Teamarbeidsklima, Sikkerhetsklima og Opplevd lederadferd, men synlig lavere skår på Arbeidsforhold og Engasjement. Dette er så markant at det bør vies spesiell oppmerksomhet i oppfølgingsarbeidet.

Administrasjon og ledelse skårer høyt innenfor de fleste områdene, både sammenlignet med HSØ men også innad i VVHF. Unntaket er mellomledere på nivå 3 som viser en lav skår innenfor Teamarbeidsklima. Dette kan indikere et behov for samarbeidsarenaer for denne gruppen.

Administrerende direktørs vurdering

Det arbeides systematisk for å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten. Arbeidsglede styrker pasientsikkerheten, og gir økt motstandskraft mot stress og slitasje. Teamarbeid er

nøkkelen til oppgavedeling og god organisering av arbeidsdagen. Dette er avgjørende for opplevelse av mestring og trivsel. Dagens medarbeidere har i større grad enn tidligere forventninger til fleksibilitet både når det gjelder arbeidstidsordninger og balansen mellom jobb og fritid. Vestre Viken vil fortsette arbeidet med å tilpasse bemanning til aktivitet, og utdanne og kvalifisere sine medarbeidere. Det blir stadig viktigere å legge til rette for å ta i bruk digitale løsninger som kan redusere belastningen på helsepersonell. Dette vil kreve ledelse, styring og organisering og aktiv medvirkning fra fagorganisasjoner og vernetjeneste.

Forbedringsundersøkelsen skal følges opp gjennom hele lederlinjen, og det skal utarbeides HMS-handlingsplaner med tiltak i alle enheter. Tiltak i HMS-handlingsplaner følges opp i administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikkene.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar resultatene etter Forbedringsundersøkelsen i VVHF 2024 til orientering.

Vedlegg:

1. Rapport ForBedring 2024 – Vestre Viken HF
2. Oppfølgingsguide ForBedring 2024
3. Prosedyre for oppfølging av Forbedring

FORSIDE

ForBedring 2024 Standardrapport for Vestre Viken HF

Norsk helsetjeneste skal være pasientens helsetjeneste. Helsesektoren er en virksomhet med høy risiko, og det hender at pasienter og brukere blir unødig skadet i møte med helsetjenesten.

Denne undersøkelsen er en samordning av Medarbeiderundersøkelsen, Helse-, miljø- og sikkerhets - kartlegging (HMS) samt Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. Resultatene fra denne spørreundersøkelsen skal brukes til lokalt forbedringsarbeid av pasientsikkerhetskultur, arbeidsmiljø og HMS. Undersøkelsen gir ledere og medarbeidere informasjon om hvordan arbeidsforholdene oppleves, og gir innspill til risikovurdering av pasientsikkerheten, arbeidsmiljøet og HMS i enheten. Denne rapporten er en av flere datakilder til det systematiske arbeidet med å redusere risiko for uønskede hendelser i pasientbehandling og arbeidsmiljøet.

God pasientsikkerhet og godt arbeidsmiljø påvirker hverandre, og bør sees i en sammenheng ved kartlegging og forbedring.



OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

DELTAKELSE I UNDERSØKELSEN

Det er viktig for troverdigheten til resultatene at flest mulig deltar med sine synspunkter. Svarprosent er et resultat, og kan være et tiltaksområde. Hvis svarprosenten er lavere enn 70%, er det viktig å undersøke hva som kan gjøres i fremtiden for å få til en bedre deltakelse. Kriteriene for deltakelse i ForBedring inkluderer nå alle ansatte som har en stillingsprosent.

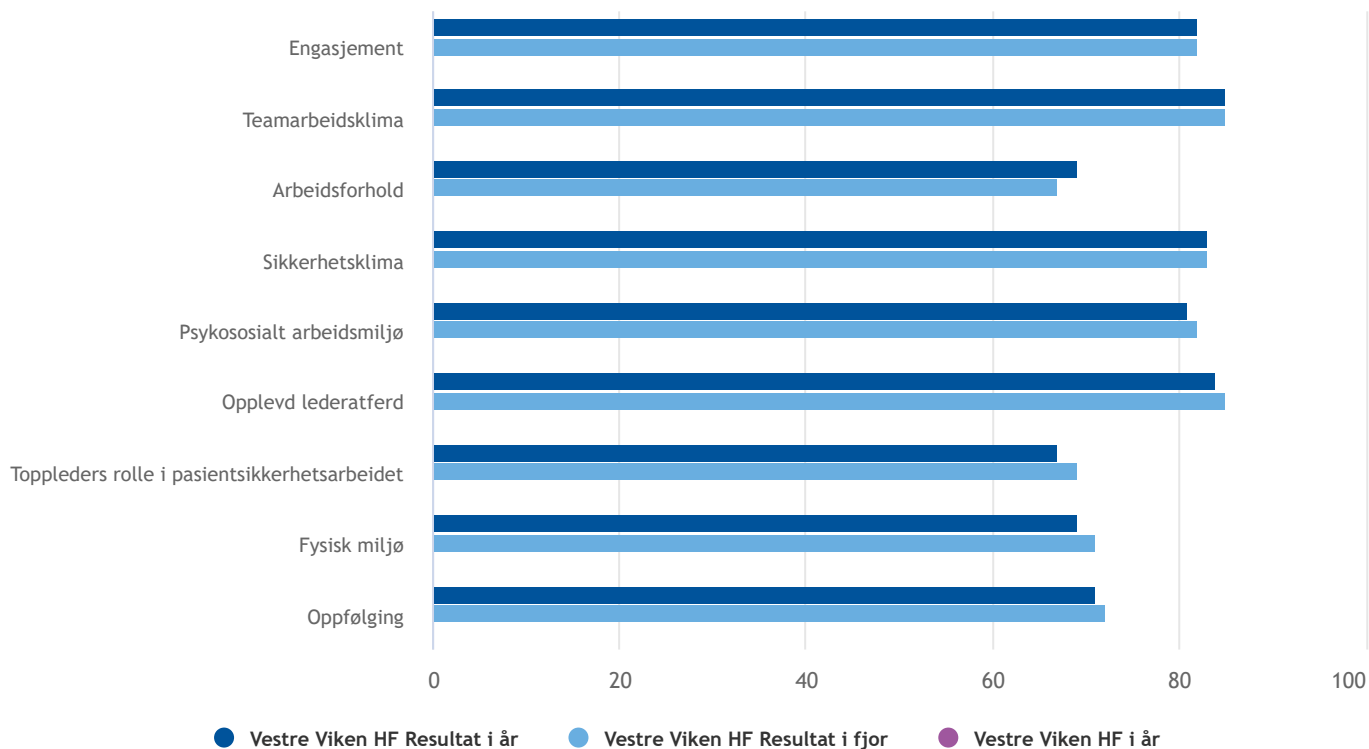
invitasjoner	Svar	svarprosent
8153	6008	74%

Invitasjoner: Totalt antall utsendte spørreskjemaer per rapport
 Svar: Antall spørreskjema som er fullført
 Svarprosent: Andel fullførte spørreskjema av totalt utsendte skjema

HOVEDRESULTAT PER TEMA

Under oppsummeres hovedresultatene på de ulike temaområdene i undersøkelsen. Detaljene for hvert temaområde fremkommer utover i rapporten. På side fire vises veiledningen til hvordan tabellene skal leses. Skår >=75 vises kun på denne siden og indikerer hvor mange prosent av de ansatte som har svart «Litt enig» eller «Helt enig».

	Antall svar	Resultat i år	Skår >=75 i år%	Resultat i fjor	Skår >=75 i fjor%	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
ENGASJEMENT	6000	82	83%	82	83%		82
TEAMARBEIDSKLIMA	6000	85	87%	85	87%		84
ARBEIDSFORHOLD	5998	69	67%	67	66%		70
SIKKERHETSKLIMA	5984	83	83%	83	84%		82
PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	5943	81	78%	82	79%		81
OPPLEVD LEDERATFERD	5972	84	83%	85	85%		85
TOPPLEDERS ROLLE I PASIENTSIKKERHETSARBEIDET	3905	67	52%	69	55%		59
FYSISK MILJØ	5994	69	64%	71	67%		73
OPPFØLGING	5843	71	68%	72	69%		72



Om rapporten

ForBedring kartlegger ulike forhold som virker inn på pasientsikkerheten og ansattes trivsel, motivasjon, og arbeidshelse. Rapporten gir en oppsummering av svarene, og er et redskap til å iverksette et forbedringsarbeid.

Bruk rapporten til å:

1. Utforske resultatene i samarbeid med medarbeidere og lokalt verneombud.
2. Velge ut bevarings- og forbedringsområder.
3. Utarbeide tiltak som legges inn i handlingsplanen for egen enhet.

Oppfølging

Forbedringsbehov som går på tvers av enheter eller som ikke kan løses av enheten, løftes til det nivået som kan håndtere problemstillingen.

Det er nødvendig å ha en samtale i medarbeidergruppen for å finne ut hva resultatene i rapporten faktisk betyr, og hvilke områder som oppleves som viktigst å prioritere som bevarings- og forbedringsområder.

Spørreskjemaet er laget for å få frem ulike oppfatninger. Variasjon i svarene er derfor naturlig og ønskelig. Variasjonen gjenspeiler ulike måter å forstå og fortolke de forhold det spørres om. Viktige nyanser og fortolkninger kommer best frem i samtaler med de som kjenner forholdene i den enheten det rapporteres for. Selv et resultat hvor enheten skårer blant de med 15 % høyest skår kan vise seg å være et forbedringsområde. Et resultat blant de med 15 % lavest skår, kan i noen tilfeller være et naturlig resultat, og noe som enheten ikke oppfatter som et forbedringsområde.

Enheter som har gjennomgående høye skår, bør vurdere om annen informasjon kan være relevant for å utarbeide bevarings- og forbedringstiltak. Dette kan for eksempel være interne kartlegginger, revisjoner, brukerundersøkelser etc.

OM RAPPORTEN

Lesing av resultatene

Hvert resultatområde har en innledning, og resultatet er presentert med en graf og en tabell. Grupper av spørsmål som hører naturlig sammen oppsummeres i et tema.



1. Grafisk presentasjon av temaene. **Mørk blå farge er enhetens resultat i år**, **lys blå farge er enhetens resultat i fjor** og **lilla farge er helseforetakets resultat i år**.
2. Tema vises i den øverste raden og inneholder grupper av spørsmål som naturlig hører sammen. Tallene som vises på samme linje som Tema, gjelder samlet for de underliggende spørsmålene.
3. Kolonne «Antall svar» viser antall personer som har besvart spørsmålet.
4. Kolonne «Antall vet ikke» viser antall personer som har valgt «Vet ikke/ikke relevant».
5. Kolonne «Resultat i år» viser enhetens resultat på en skala fra 0-100. 0 regnes som minst ønskelig/mest belastende og 100 regnes som minst belastende/mest ønskelig.
6. Kolonne «Resultat i fjor», viser enhetens resultat i fjor.
7. Kolonne «Endring fra i fjor», viser om det har vært en signifikant endring siden i fjor.
8. Kolonnen viser helseforetakets samlede resultat i år.
9. Kolonnen viser helseregionens samlede resultat i år.
10. **Blå skrift og understrek** understrek indikerer at enheten er blant de med 15% med lavest skår. **Grønn skrift og overstrek** indikerer at enheten er blant de med 15% høyest skår.
11. Tall som er **uthevet i fet og kursiv** indikerer høy spredning (standardavvik). Det er kun der variasjon på et spørsmål eller tema er betydelig større enn normalt at resultatet presenteres i **fet og kursiv**.

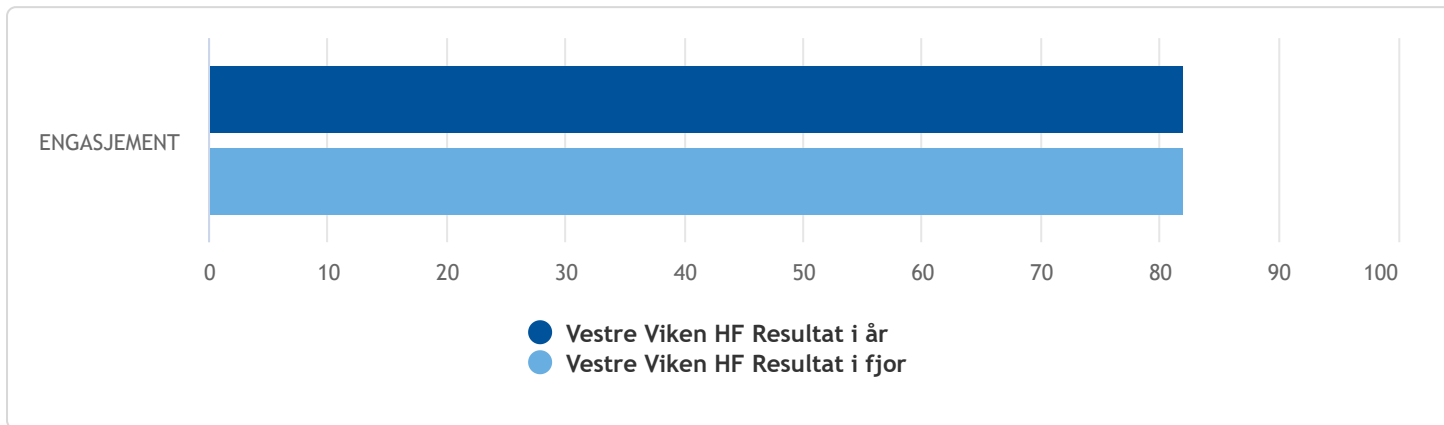
ENGASJEMENT

Engasjerte medarbeidere er de som får anerkjennelse, tilbakemeldinger og mulighet for personlig utvikling gjennom sitt arbeid. Engasjement virker inn på en rekke ulike prestasjoner.

Høyt jobbengasjement virker positivt inn på motivasjon og jobbutførelse, og fremmer service og lojalitet.

Engasjement gir bedre økonomisk resultat og reduserer turnover, ulykker, svinn og kvalitetsfeil.

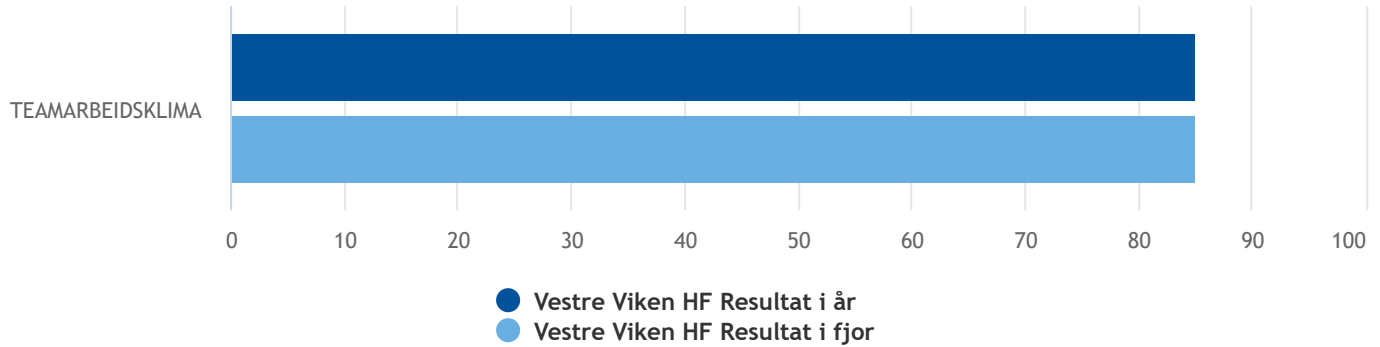
Høy skår indikerer et høyt engasjement.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Engasjement	6000		82	82		82
Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg	5996	11	90	90		90
Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe	5975	32	84	84		83
Jeg får utvikle meg gjennom jobben	5986	21	81	81		81
Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne gjøre en god jobb	5964	43	77	77		77
Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører	5984	23	73	73		73
Samlet sett er jeg godt fornøyd med å jobbe her	5996	11	86	86		86

TEAMARBEIDSKLIMA

Temaet Teamarbeidsklima belyser åpenhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper, både internt og på tvers av enheter. Manglende koordinering og samhandling mellom enheter i sykehus er et risikoområde innen pasientsikkerhet som det er viktig å kartlegge. Høy skår indikerer et godt teamarbeidsklima.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Teamarbeidsklima	6000		85	85		84
Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her	5935	73	85	85		84
Samarbeid med andre enheter fungerer godt	5875	133	77	77		76
Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det	5988	20	91	91		91
Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår	5986	22	92	92		91
Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her	5286	722	80	79		78

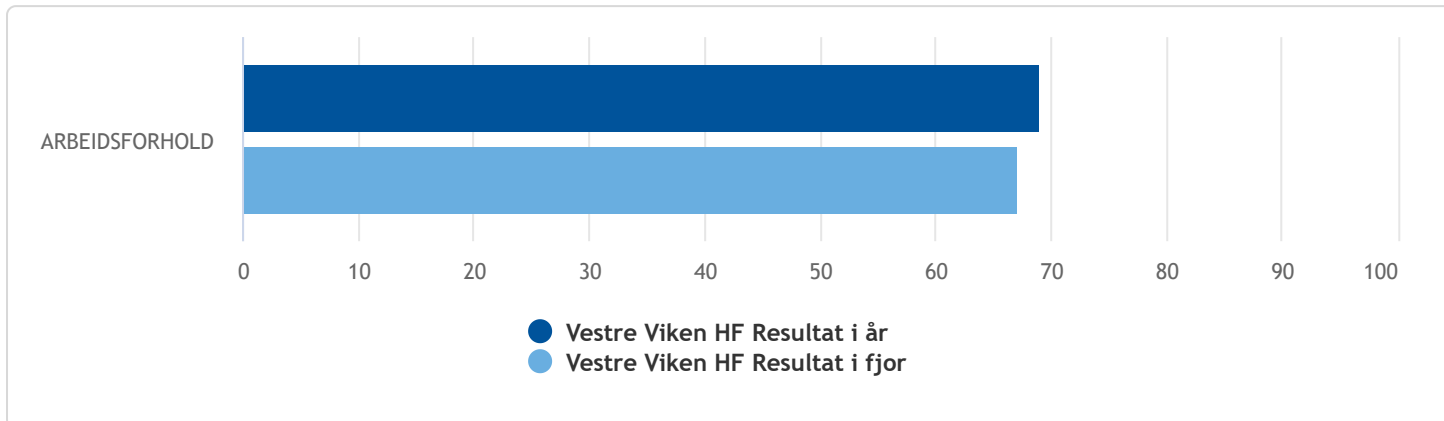
ARBEIDSFORHOLD

Temaet Arbeidsforhold belyser arbeidsmengde og tempo, samt tilgjengelige ressurser og hjelpemidler.

Det tar opp ulike belastninger som kan virke negativt inn på motivasjon og helse.

Det er viktig å ha under oppsikt.

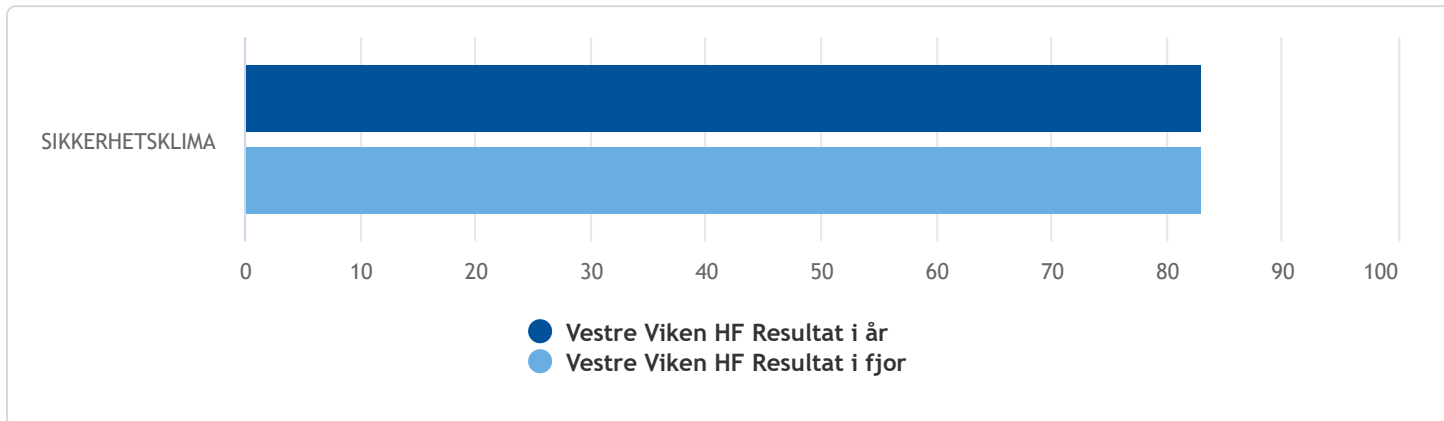
Høy skår indikerer at det finnes tilstrekkelig med ressurser og hjelpemidler, samt at arbeidsmengde og tempo er lite belastende.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Arbeidsforhold	5998		69	67		70
Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min	5970	38	71	71		73
Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)	5987	21	62	61		63
Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten	5980	28	72	70		74

SIKKERHETSKLIMA

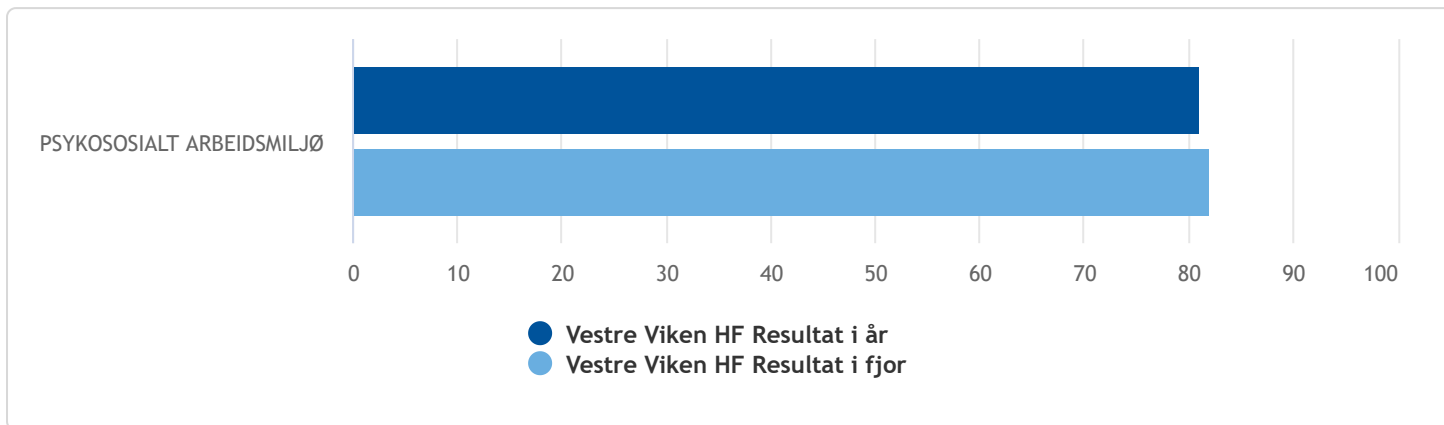
Temaet Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Sikkerhetsklima	5984		83	83		82
Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil	5819	189	86	86		85
Det er trygt å si i fra om kritikkverdige forhold her	5877	131	81	81		80
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	5916	92	82	83		81
Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten	5620	388	83	83		82
Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig	4751	1257	83	84		82
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	5637	371	85	85		84

PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ

Temaet Psykososialt arbeidsmiljø tar opp mobbing, trakassering, diskriminering og hvordan ansatte blir ivaretatt hvis en hendelse skulle oppstå. Høy skår indikerer et trygt arbeidsmiljø og god håndtering av eventuelle konflikter.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Psykososialt arbeidsmiljø	5943		81	82		81
Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler	4786	1222	73	72		73
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av de siste 12 månedene	5427	581	83	85		84
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	5469	539	83	84		82
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	5353	655	91	93		92
Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering	5807	201	83	83		83
Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte	5369	639	72	73		71

Diskriminering

Diskriminering betyr å behandle noen mindre gunstig enn andre. Ordet brukes oftest for å betegne en usaklig eller urimelig forskjellsbehandling av individer på grunnlag av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder og andre vesentlige forhold ved en person. Diskriminering er forbudt etter Arbeidsmiljøloven § 13-1 og etter Likestillingsloven § 6.

Mobbing

Mobbing er at noen gjentatte ganger blir utsatt for negative handlinger eller atferd fra en eller flere personer, og har vansker med å forsvare seg mot dette.

Trakassering

Trakassering er handlinger, unnlater eller ytringer som virker eller har til formål å virke krenkende, skremmende, fiendtlige, nedverdiggende eller ydmykende.

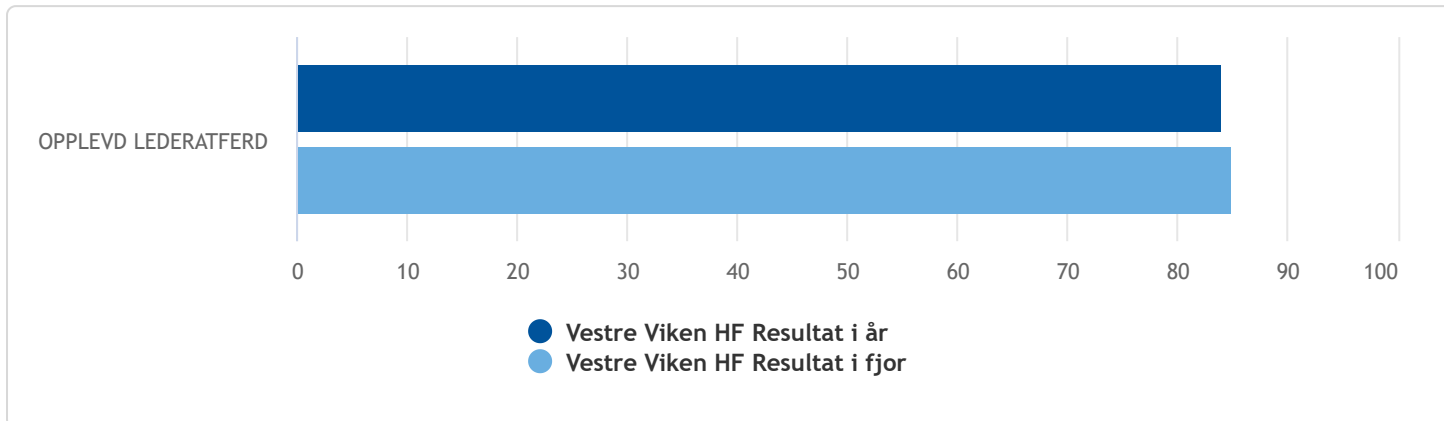
Både mobbing og trakassering er forbudt etter Arbeidsmiljøloven § 4-1 og § 4-3.

Seksuell trakassering

Seksuell trakassering er uønsket seksuell oppmerksomhet som har som formål eller virkning å være krenkende, skremmende, fiendtlig, nedverdiggende, ydmykende eller plagsom. Seksuell trakassering er forbudt, ifølge Likestillings- og diskrimineringsloven § 13 og Arbeidsmiljøloven § 4-1 og § 4-3.

OPPLEVD LEDERATFERD

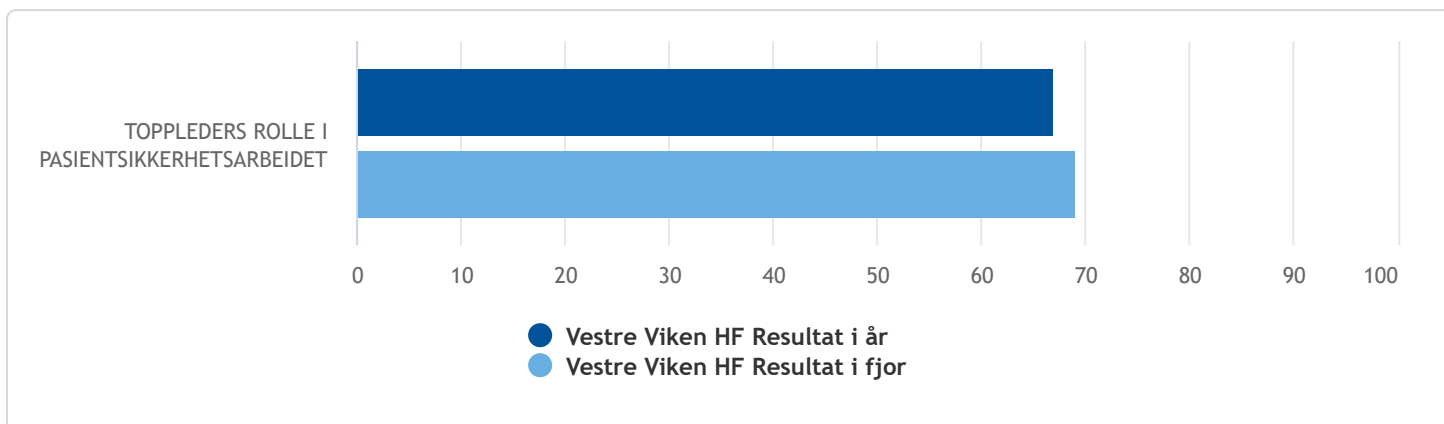
Temaet Opplevd lederatferd belyser relasjonen mellom leder og medarbeidere. Ledelse har stor betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Høy skår indikerer god ledelse.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Opplevd lederatferd	5972		84	85		85
Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid	5924	84	86	87		86
Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	5955	53	85	87		87
Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag	5736	272	83	85		84
Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si ifra når jeg har en annen mening	5829	179	81	82		82

TOPPLEDERS ROLLE I PASIENTSIKKERHETSARBEIDET

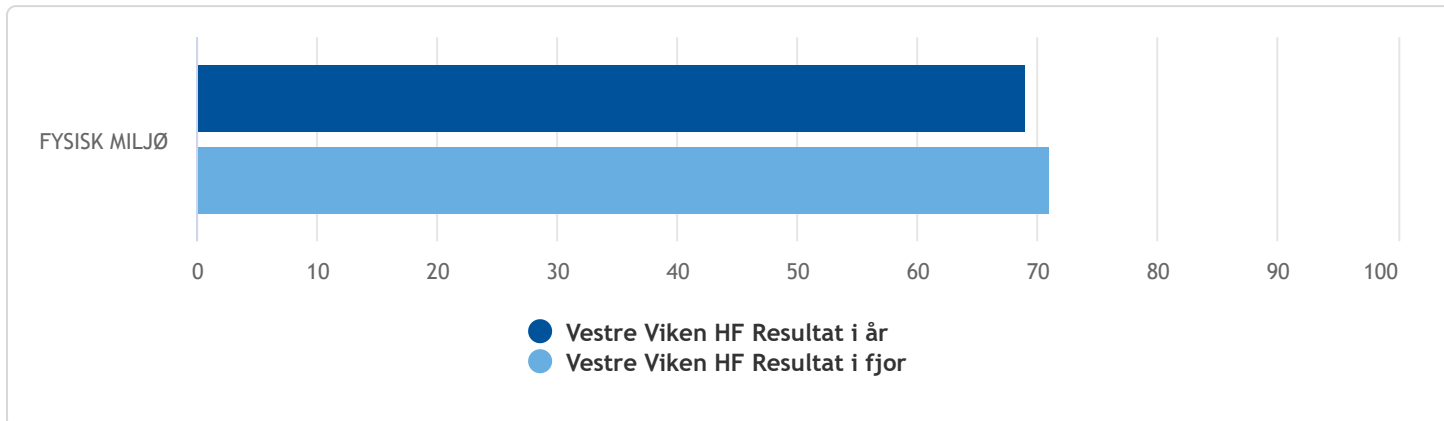
Høy skår indikerer tillit til at administrerende direktør støtter godt opp om arbeidet med pasientsikkerheten.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet	3905		67	69		59
Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket	3905	2103	67	69		59

FYSISK MILJØ

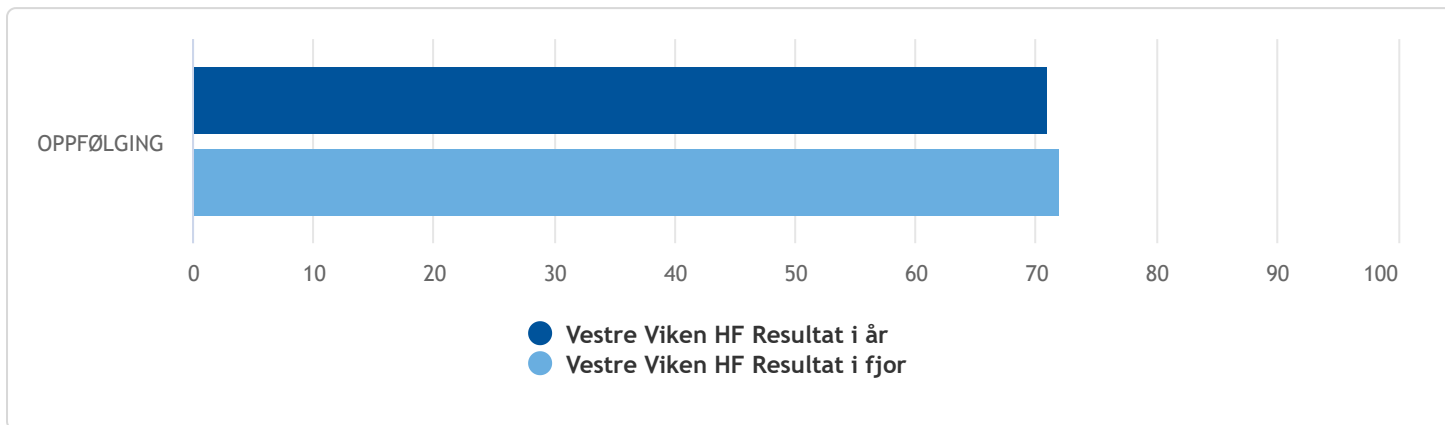
Temaet Fysisk miljø kartlegger ulike forhold som kan medføre helseplager, og skal bidra til å ivareta kravene i arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning.
Det er ønskelig med høy skår på dette temaet.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Fysisk miljø	5994		69	71		73
Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjoner, og lignende.)	5970	38	49	50		55
Her arbeides det godt med brannvern	5709	299	74	75		76
Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges	5720	288	60	62		64
Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske farer	4459	1549	77	78		79
Her arbeides det godt med smittevern	5371	637	81	83		83
Her arbeides det godt med strålevern	2872	3136	76	77		78
Her er sikkerheten ved bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler, eller utstyr godt ivaretatt	4213	1795	81	82		83
Her er det lett å bidra i arbeidet med å forbedre miljø og klima	5245	763	61	-		-

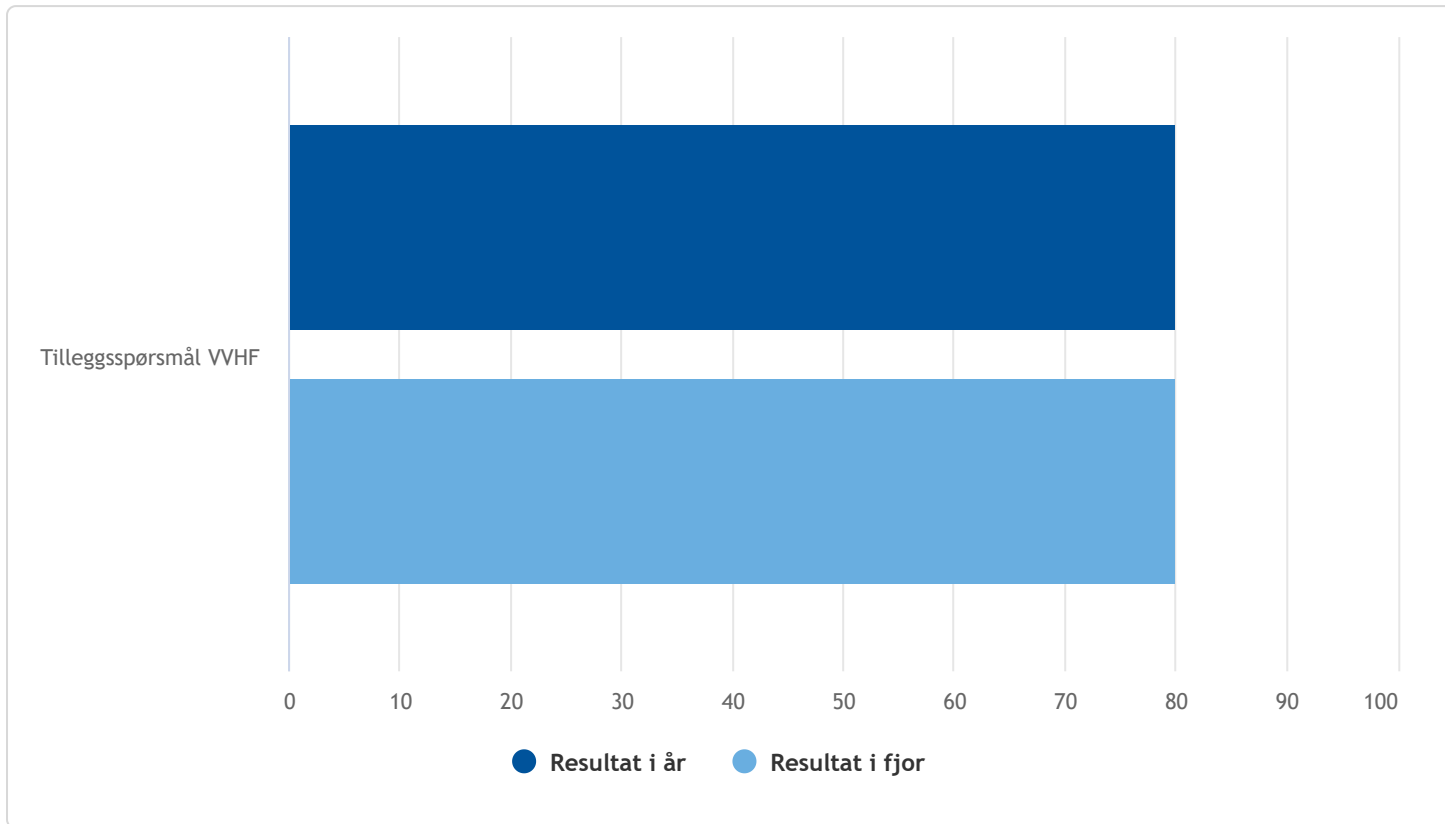
OPPFØLGING

Temaet Oppfølging kartlegger om det arbeides systematisk med forbedringer og om de ansatte var involvert i oppfølgingen av forrige undersøkelse. Høy skår indikerer at det arbeides systematisk med forbedringer og at det er en høy grad av involvering.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Oppfølging	5843		71	72		72
Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten	5675	333	75	77		76
Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen	4844	1164	67	67		68

TILLEGGSPØRSMÅL - VESTRE VIKEN HF



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Tilleggsspørsmål VVHF	5520	-	80	80		80
Min nærmeste leder har fokus på pasientsikkerhet	5520	488	80	80		80

TILLEGGSPØRSMÅL - VESTRE VIKEN HF

Tilleggsspørsmål Vestre Viken HF

JEG HAR VÆRT UTSATT FOR VOLD ELLER TRUSLER PÅ JOBB SISTE 12 MÅNEDER?

- 1. Ja
 - 11% i år
 - 12% i fjor

Total: (6008 Svar) i år
Total: (6263 Svar) i fjor

Forbedringsundersøkelsen

Oppfølgingsguide for ledere
2024



Forbedringsundersøkelsen – hva og hvorfor

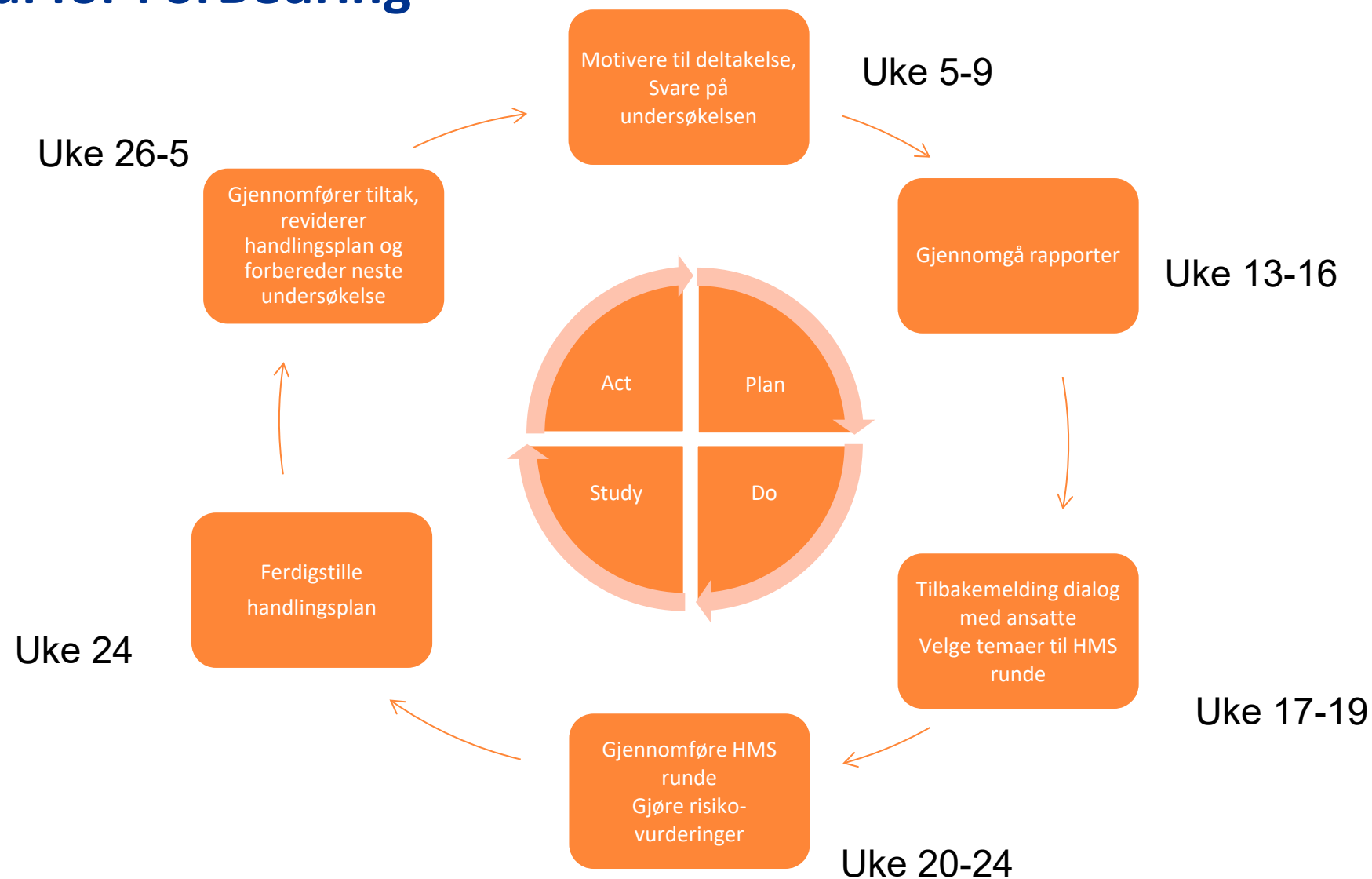
Nasjonal årlig spørreundersøkelse som grovkartlegger HMS inkludert arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.

Resultatene skal brukes til lokalt forbedringsarbeid

Hovedtemaer i undersøkelsen:

- Engasjement
- Teamarbeidsklima
- Arbeidsforhold
- Sikkerhetsklima
- Psykososialt arbeidsmiljø
- Opplevd lederatferd
- Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet
- Fysisk miljø
- Oppfølging
- Pandemi

Årshjul for ForBedring



Prosess for Forbedringsundersøkelsen

Trinn 1 Bekreftede respondenter

- Leder mottar en oversikt over sine medarbeidere
- Leder sikrer at de riktige medarbeiderne er registrert i enheten

Trinn 2 Forberede egen enhet

- Forbereder egen enhet. Leder informerer medarbeiderne om undersøkelsen og viktigheten av å svare
- Gjennomfører undersøkelsen. Leder legger til rette for å kunne svare
- VO bør motivere flest mulig til å svare

Trinn 3 Rapport

- Leder mottar rapport
- Rapporten gjøres kjent for alle ansatte
- Leder forbereder tilbakemeldingsmøtet
- Gå gjennom rapporten med VO før tilbakemeldingsmøtet

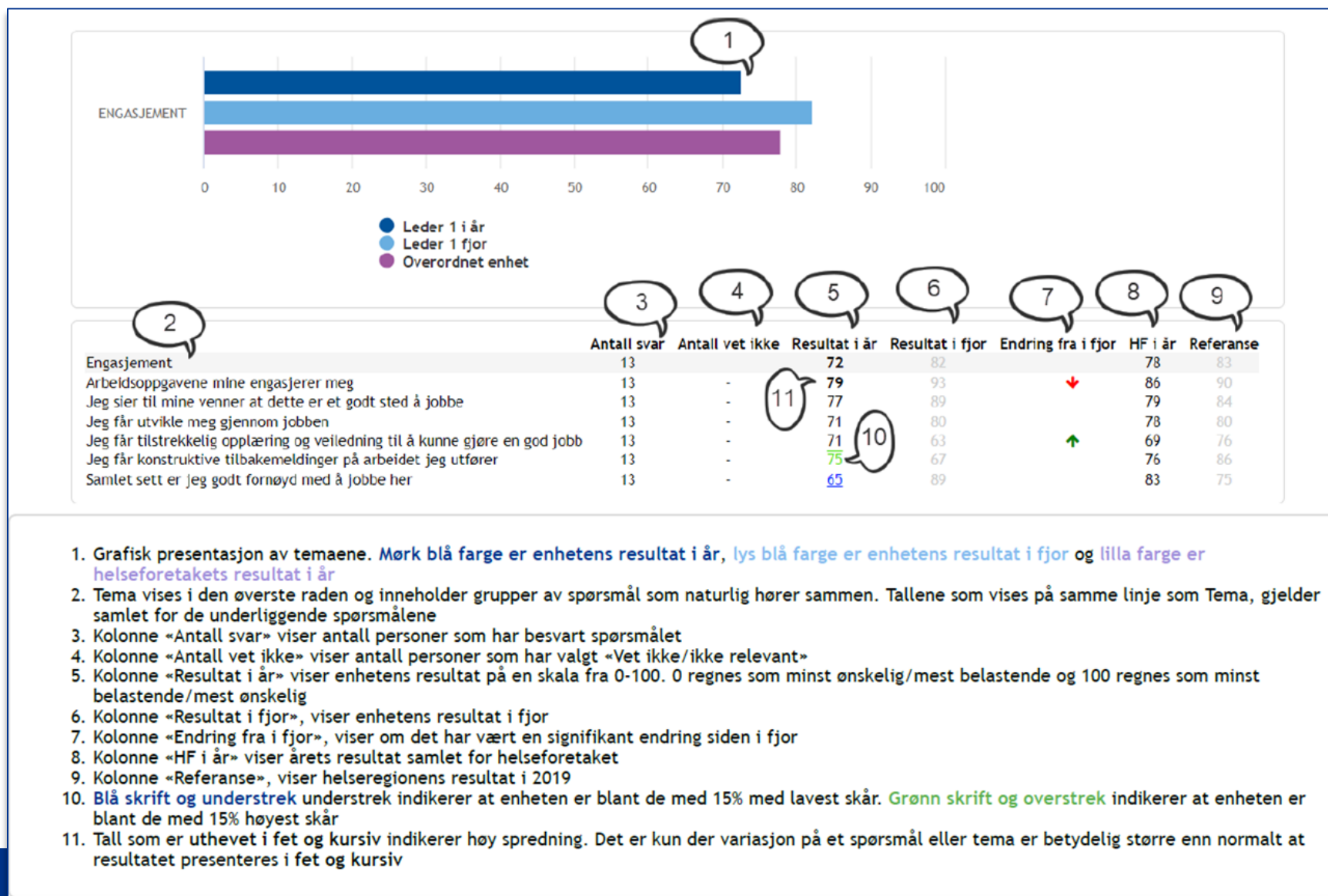
Trinn 4 Tilbakemeldings- møtet

- Gjennomføres som en gruppesamtale
- Alle må møte forberedt
- Bruk vedlagte spørsmålsliste som utgangspunkt

Aktuelle spørsmål på tilbakemelding- og oppfølgingsmøte

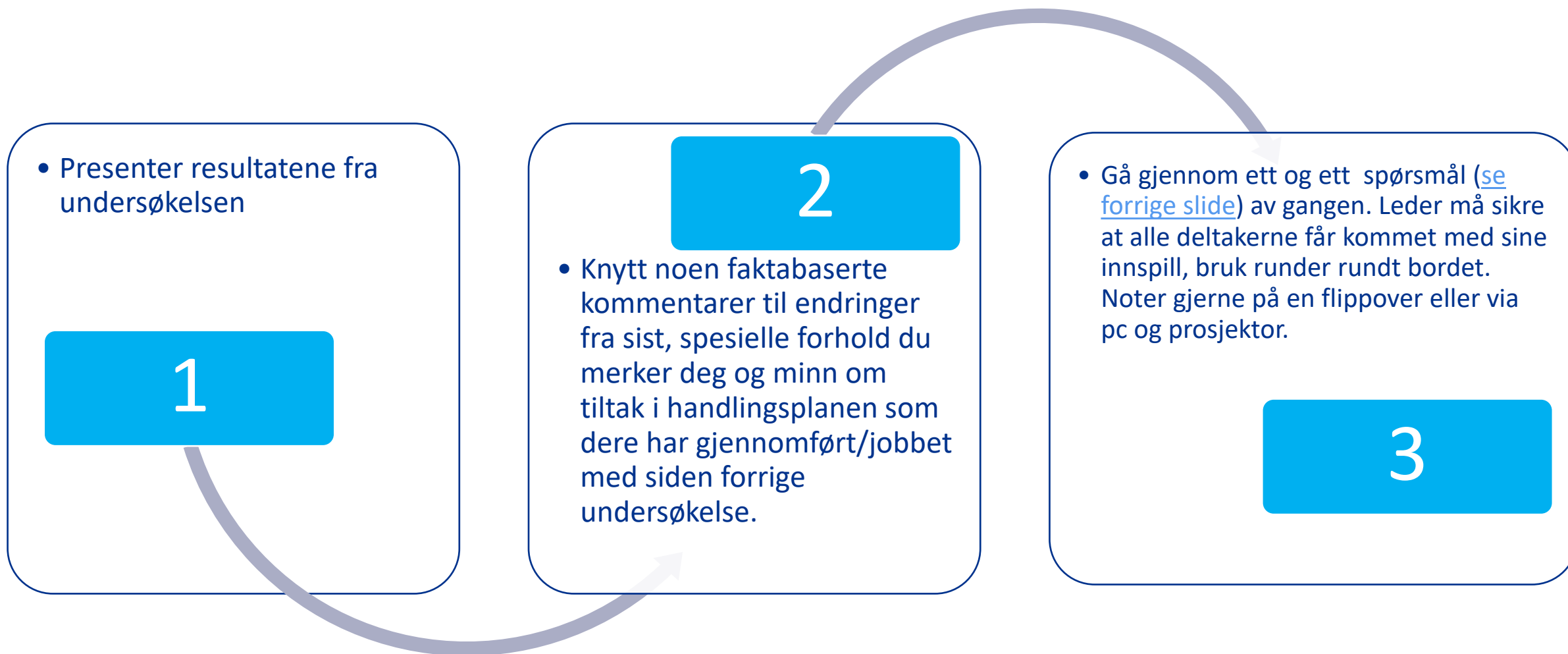
1. *Hva liker du best ved arbeidsmiljøet i din enhet?*
2. *Hva er du mest stolt av ved sikkerhetskulturen i din enhet?*
3. *Hva kan vi gjøre for å **bygge videre på det som fungerer bra?***
4. *Hva ønsker du forbedringer på i arbeidsmiljøet og/eller innenfor pasientsikkerhet?*
5. *Hvilke tiltak må vi sette inn for å få en forbedring? Hva må vi konkret gjøre for å få forbedring?*
6. *Hvordan måler vi forbedringen? Hvordan merker vi at vi har blitt bedre?*
7. *Hvilke områder vil vi velge til HMS-runden?*

Rapport etter undersøkelsen – lages ved de enhetene der det er 5 eller flere svar



1. Grafisk presentasjon av temaene. Mørk blå farge er enhetens resultat i år, lys blå farge er enhetens resultat i fjor og lilla farge er helseforetakets resultat i år
2. Tema vises i den øverste raden og inneholder grupper av spørsmål som naturlig hører sammen. Tallene som vises på samme linje som Tema, gjelder samlet for de underliggende spørsmålene
3. Kolonne «Antall svar» viser antall personer som har besvart spørsmålet
4. Kolonne «Antall vet ikke» viser antall personer som har valgt «Vet ikke/ikke relevant»
5. Kolonne «Resultat i år» viser enhetens resultat på en skala fra 0-100. 0 regnes som minst ønskelig/mest belastende og 100 regnes som minst belastende/mest ønskelig
6. Kolonne «Resultat i fjor», viser enhetens resultat i fjor
7. Kolonne «Endring fra i fjor», viser om det har vært en signifikant endring siden i fjor
8. Kolonne «HF i år» viser årets resultat samlet for helseforetaket
9. Kolonne «Referanse», viser helseregionens resultat i 2019
10. Blå skrift og understrek understrek indikerer at enheten er blant de med 15% med lavest skår. Grønn skrift og overstreket indikerer at enheten er blant de med 15% høyest skår
11. Tall som er uthevet i fet og kursiv indikerer høy spredning. Det er kun der variasjon på et spørsmål eller tema er betydelig større enn normalt at resultatet presenteres i fet og kursiv

Tilbakemeldingsmøtet - gjennomføring



Tilbakemeldingsmøtet - gjennomføring

- Innspill/forhold som ikke er kommet frem i selve undersøkelsen kan også tas med.

4

- Det avtales hvem som i tillegg til leder og verneombud skal delta på HMS-runden, og hvilke tema som gjennomgås.

5

- Gruppesamtalen avsluttes med at leder etterspør om alle deltakerne har fått kommet med sine innspill.
- Handlingsplan ferdigstilles etter at HMS runde og risikovurdering er gjennomført

6

Videre prosess for Forbedringsundersøkelsen

Trinn 5 HMS-runde

- Leder skal i samarbeid med verneombudet planlegge og gjennomføre HMS runden i henhold til prosedyre [ID: 50966](#)
- Sjekklisten finner du her: [Sjekkliste HMS-runden](#)
- Punktene om brannvern, kjemikalier/stoffkartotek, og vold og trusler skal vurderes hvert år.

Trinn 6 Risikovurdering

- Før utarbeiding av handlingsplan skal det gjennomføres [risikovurdering](#) av de områdene som skårer lavt. Det gjelder både områder fra ForBedring og områder fra HMS-runden.
- Leder gjennomfører risikovurderingene i samarbeid med verneombud og 1-2 medarbeidere.

Tips til risikovurderingen

- Avgrens -> hva er det som skal risikovurderes?
- Liten gruppe!
- Innhent evt innspill på hendelser på forhånd fra dem som ikke deltar
- Effektiviser prosessen -> sett opp prioriterte hendelser på forhånd

Videre prosess for Forbedringsundersøkelsen

Trinn 7 Utarbeide handlingsplan

- Leder skal i samarbeid med medarbeidere og verneombud utarbeide en handlingsplan med konkrete tiltak senest medio juni 2022.
- Handlingsplanen skal lages i Synergi som handlingsplantype Forbedring, og gjøres kjent for alle ansatte i enheten
- Nødvendige tiltak med større kostnader enn det enheten kan ta over eget budsjett, tas med til neste års budsjettprosess. Alternativt tas saken opp i linjen.

Trinn 8 Gjennomføre tiltak og vurdere effekt

- Leder skal følge opp handlingsplanen regelmessig og sørge for at medarbeiderne informeres om gjennomførte tiltak, endrede tiltak, endrede frister osv.
- Oppfølgingen anbefales som en del av dagsordenen for allerede etablerte møter i enheten eller ledergruppen.
- Gjør en vurdering av om tiltaket har bidratt til det ønsket resultat. Kan restrisikoen aksepteres? Må det gjøres ytterligere tiltak?

Tips til handlingsplan

- NB – Det skal lages ny handlingsplan hvert år.
- Foretaket blir målt på Aktive handlingsplaner. Gammel handlingsplan med åpne tiltak regnes ikke som en aktiv handlingsplan. Man må lage nye tiltak hvert år.
- Hvis dere har tiltak fra forrige år som ikke er ferdigstilt, bruk funksjonen for å kopiere handlingsplanen eller tiltakene inn i ny handlingsplan

Hva er gode tiltak:

- Aktivitet som iverksettes for å oppnå en bestemt virkning
 - Kan vi måle effekten av dette tiltaket
 - Godt beslutningsgrunnlag
 - Tiltakene må være realistiske og gjennomførbare
 - Plan for oppfølging av tiltak
 - Velge tiltaksutfører

Viktig med oppfølging i linjen

- Enhetsleder skal rapportere oppover i linjen på status etter ForBedringsundersøkelsen og HMS runden
- Leder på overordnet nivå vurderer om det fremkommer problemstillinger, trender eller tendenser ved arbeidsmiljø eller pasientsikkerhet i kartleggingen som bør eller som kun kan håndteres på overordnet nivå. Dette kan for eksempel gjelde tverrgående problemstillinger og forhold knyttet til flyt, systemer eller strukturer.
- Dersom saken ikke løses på nærmeste overordnede nivå, legges saken fram for leder på nivået over.

Ønske om bistand og råd?

- **Kvalitetsavdelingen**
- **HR**
- **HMS**
- **Vernetjenesten**

Dokument-ID: 103879

Versjon: 5

Utarbeidet av: Bente Monsen og Henning Brueland

Status:

Godkjent

Dokumentansvarlig:

Anne Monica Holmen Skjeldrum

Godkjent av:

Eli Årnot

Godkjent fra:

18.03.2024

Målgruppe

Alle ansatte i Vestre Viken

Hensikt

Sikre god og enhetlig gjennomføring og oppfølging av ForBedringsundersøkelsen.

Undersøkelsens formål er å kartlegge arbeidsmiljøfaktorer og pasientsikkerhetskulturen i den enkelte enhet som grunnlag for kvalitets- og forbedringsarbeid.

Ansvar

Ledere med personalansvar

Fremgangsmåte

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) og Forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten sier at alle ledere skal ha en oversikt over risikoforhold innenfor HMS og pasientsikkerhet i sin enhet. Dette skal gjøres blant annet gjennom kartlegging (ForBedring, Snakk om forbedring og HMS-runden), risikovurdering og utarbeidelse av handlingsplan.

ForBedring er en nasjonal årlig spørreundersøkelse som grovkartlegger HMS, inkludert arbeidsmiljø, og pasientsikkerhetskulturen. Undersøkelsen sendes til ansatte i februar. Det er et mål at alle ansatte besvarer undersøkelsen. Resultatene er tilgjengelige for leder etter ca. fem uker.

Arbeidet med undersøkelsen er et kontinuerlig arbeid som skal følges opp gjennom hele året.

Ledere på alle nivå skal som minimum gjennomføre følgende trinn:

Kvalitetssikre ansatte som skal besvare undersøkelsen (januar)

Leder mottar en oversikt over sine medarbeidere på epost.

Leder skal kvalitetssikre at de riktige medarbeiderne som skal besvare spørreundersøkelsen er registrert.

Svare på undersøkelsen (Februar)

Leder informerer medarbeiderne om undersøkelsen og legger praktisk til rette for at alle kan svare.

Leder og verneombud motiverer flest mulig til å svare.

Rapport med resultater etter undersøkelsen (Mars)

Leder mottar rapport og resultatene skal gjøres kjent for alle ansatte.

Leder gjennomgår rapporten med verneombud.

Tilbakemeldingsmøte (April/Mai)

Kan gjennomføres som en gruppesamtale

Ta utgangspunkt i vedlagte veiledning og spørsmålssliste (Se vedlegg **Oppfølgingsguide for ledere**)

Snakk om forbedring

Snakk om forbedring skal gjennomføres ved alle avdelinger.

HMS-runde (Mai)

Leder skal i samarbeid med verneombudet planlegge og gjennomføre HMS runden i henhold til prosedyre [ID: 50966](#)

Sjekklisten finner du her: [Sjekkliste HMS-runden](#)

Risikovurdering (Mai)

Før utarbeidning av handlingsplan skal det gjennomføres risikovurdering av de områdene som skårer lavt. Det gjelder både områder fra ForBedring og områder fra HMS-runden.

Leder gjennomfører risikovurderingene i samarbeid med verneombud og 1-2 medarbeidere.

Utarbeide HMS-handlingsplan i Synergi (Mai/juni)

Leder skal i samarbeid med medarbeidere og verneombud utarbeide en handlingsplan med konkrete tiltak senest innen 15. juni. Handlingsplanen skal lages i Synergi som handlingsplantype Forbedring ([Bruerveiledning](#)).

Dokumentasjon på gjennomført HMS-runde og eventuell risikovurdering legges ved som tilknyttet dokument

Nødvendige tiltak med større kostnader enn det enheten kan ta over eget budsjett, tas med til neste års budsjettprosess.

Alternativt tas saken opp i linjen.

For å få et mer helhetlig bilde, må det også benyttes informasjon fra andre kilder i tillegg til resultatene etter ForBedringsundersøkelsen ved utarbeidelse av HMS-handlingsplan.

Dette er for eksempel:

- Avvik/uønskede hendelser (eksterne/interne tilsyn)
- Snakk om forbedring
- Evaluering av fjorårets handlingsplan
- Skadestatistikk/- sykefravær
- Medarbeidersamtaler
- Pasientsikkerhetsvisitt
- Tidligere HMS-runder
- Forbedringstavler
- Tavlemøter
- AMU føringer
- mv...

Gjennomføre tiltak og vurdere effekt

Leder skal følge opp handlingsplanen regelmessig og sørge for at medarbeiderne informeres om gjennomførte tiltak, endrede tiltak, endrede frister osv.

Oppfølgingen anbefales som en del av dagsordenen for allerede etablerte møter i enheten eller ledergruppen. Det skal vurderes om tiltaket har bidratt til det ønskede resultat, eller om det gjøres ytterligere tiltak.

Oppfølging i linjen

Leder på overordnet nivå vurderer om det fremkommer problemstillinger, trender eller tendenser ved arbeidsmiljø eller pasientsikkerhet i kartleggingen som bør eller som kun kan håndteres på overordnet nivå.

Dette kan for eksempel gjelde tverrgående problemstillinger og forhold knyttet til flyt, systemer eller strukturer.

Dersom saken ikke løses på nærmeste overordnede nivå, legges saken fram for leder på nivået over.

Ledere med behov for støtte i arbeidet etter ForBedring kan be om bistand fra nærmeste leder, Bedriftshelsetjenesten, HR, NAV arbeidslivssenter, HMS-avdelingen, Kvalitetsavdelingen eller Organisasjonsutvikling (OU). Linjen har ansvar for å påse at ledernivåene under får bistand ved behov.

Endringer fra forrige versjon

- Korrigert for endret gjennomføringsperiode fra 2021
- Korrigert for endret gjennomføringsperiode fra 2022
- Lagt inn en presisering under punktet "Oppfølging i linjen" - mars 2024

Vedlegg

- [ForBedring - Oppfølgingsguide for ledere 2023.pptx](#)

Dato: 14. september
2024
Saksbehandler: Anders Debes

Saksfremlegg

Status kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet – Rapport utvalgte kvalitetsindikatorer for 2023

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	82/2024	23.09.2024

Forslag til vedtak

Styret tar gjennomgang av status for arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til orientering.

Drammen, 16. september 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Saken er utsatt fra styremøtet 10.06.24.

Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgsektoren er førende for arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Forskriften skal gjennom å gi tydeligere og mer tjenestetilpassede krav bidra til å gi helseforetaket et godt verktøy for systematisk styring og ledelse, samt kontinuerlig forbedring. I kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. I Oppdrag- og bestillerdokumentet til Vestre Viken HF for 2024 viser HSØ RHF til at økt bruk av helsedata blant annet skal vektlegges i arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Saksutredning

Vestre Viken HF arbeider systematisk for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet. I klinikkene jobbes det kontinuerlig med forbedring av forløp og arbeidsprosesser. I Stab medisin og helsefag har *fagområdet Team Pasientsikkerhet* som oppgave å gjennomgå alvorlige utilsiktede hendelser, følge med på trender, samt ha oversikt over kvalitetsindikatorer, resultater fra kreftregisteret og tilbakemeldinger fra myndigheter. Det skal iverksettes tiltak for risikoområder eller områder med lav måloppnåelse.

Kvalitetsindikatorer og medisinske kvalitetsregistre

Kvalitetsindikatorer hentes fra ulike helseregistre. Det er nasjonalt etablert 53 medisinske register, som inneholder i alt 188 nasjonale kvalitetsindikatorer, fordelt på 36 i psykisk helse og rus og 152 i somatikk. Kvalitetsindikatorer er statistikk som bidrar til å belyse kvaliteten i tjenesten. I tillegg er Norsk Helseatlas etablert i 2015. Helseatlas sammenlikner befolkningens bruk av helsetjenester i forskjellige geografiske områder, uavhengig av hvilket sted pasientene behandles.

I mai 2024 ble det publisert en ny rapport med 45 nasjonale kvalitetsindikatorer med resultater fra 2023.

Psykisk helse og Rus

Kvalitetsindikatorerne innen psykisk helsevern og rus viser at Vestre Viken HF har få fristbrudd hos barn og unge (0,2 prosent). Fristbrudd for voksne som har påbegynt helsehjelp i psykisk helsevern ligger på 0,4 prosent og fristbrudd for voksne på venteliste i psykisk helsevern ligger på 0,5 prosent.

Indikatorerne for *pasientforløp i psykisk helse og rus* viser en lavere andel enn landsgjennomsnittet for barn og unge som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid. Resultatet i Vestre viken er 15 prosent, mens gj. snitt for landet som helhet er 36 prosent. Andel av voksne i pasientforløp som har gjennomført første evaluering av behandlingen i poliklinikk innenfor anbefalt forløpstid ligger på 34 prosent. Snitt for hele landet ligger på 50 prosent. Indikatoren *Medvirkning i egen behandling* for barn og unge ligger godt over landsgjennomsnittet. Barne- og ungdomsgarantien, *andel startet helsehjelp innen 65 dager* var på hele 99,9 prosent. Gj.snitt for landet var 96 prosent. Gjennomsnittlig ventetid fra *henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til helsehjelpen har startet* for barn og unge i psykisk helsevern var 46,3 dager, landsgjennomsnittet var på 54,8 dager og det langsiktige nasjonale målet er 35 dager.

Ventetid for voksne i psykisk helsevern er også bedre enn landsgjennomsnittet og det langsiktige nasjonale målet.

Ventetid og epikrisetid i tverrfaglig spesialisert rusbehandling er nær nasjonalt langsiktig mål og landsgjennomsnittet.

Somatikk

Vestre Viken HF har samlet sett gode resultater innen somatikk når det gjelder prosessindikatorne «epikrisetid», «utsettelse av operasjoner», «fristbrudd» og «korridorpasienter». I 2023 er andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 24 timer på 61,5 prosent. Andelen burde være høyere, og skyldes begrenset kapasitet for øyeblikkelig hjelp operasjoner. Det pågår arbeid for å benytte kapasiteten på tvers i foretaket, og på den måten forbedre resultatet.

Andel pasienter som behandles med hjemmedialyse (peritonealdialyse) ligger på 27 prosent, målet er 30 prosent.

Forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus (HAI) var samlet sett lav i Vestre Viken HF og lav sammenlignet med gjennomsnittet i Norge. Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika i sykehus var 18,2 prosent, og landsgjennomsnittet var 16,1 prosent. Det er iverksatt tiltak for å forbedre resultatene.

Pakkeforløp for 24 organspesifikke kreftformer viste pr. desember 2023 at 63,2 prosent av pasientene ble behandlet innenfor standard forløpstid. Landsgjennomsnittet var 66,7 prosent og målet er på 70 prosent. Andel gjennomførte diagnostiske pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid var 68,2 prosent og målet er 70 prosent. I 2024 har det vært utfordringer med å få pålitelige forløpsdata for pakkeforløpene grunnet overgang til DIPS arena i februar, dette er nå løst. Vi har imidlertid over tid ikke oppnådd tilfredsstillende resultater med pakkeforløpene og har identifisert flere forbedringspunkter som det nå arbeides med. I tillegg har vi gjennomført en gjennomgang av organiseringen av hele kreftområdet i VVHF som grunnlag for en ny og mere samlet organisering. Vi har et langsiktig mål om å oppnå akkreditering som et "Cancer Centre" i henhold til OECI (Organisation of European Cancer Institutes).

Når det gjelder indikatoren *responstid ambulanse* lå Vestre Viken HF lavere enn nasjonalt mål. Resultatet i 2023 var i tettbygde strøk på 16,3 minutter og målet er 12 minutter. *Tid fra AMK varsles til ambulanse var på hendelsesstedet i grisgrendte strøk* var 29,6 minutter og målet er 25 minutter. Vestre Viken ligger på 6 av 16 plass på akutte hendelser i grisgrendte strøk og 9 av 16 plass på akutte hendelser i tettbygde strøk. På 90 percentilen ligger vi for eksempel lavere enn OUS (som er vår nabo-tjeneste) på oppnåelse i grisgrendt strøk, mens vi ligger høyere på 90 percentilen for tettbygde strøk. Igjenom en egen tiltakspakke jobber prehospitaltjenester med å få ned antall ambulanseoppdrag, slik at man begrenser behovet for flere ressurser og at dagens ressurser er mere tilgjengelige for å sikre bedre responstid. Hittil i 2024 har vi 7% nedgang i ambulanseoppdrag.

Administrerende direktørs vurderinger

Gjennom lederavtalene er kvalitetsindikatorne en del av virksomhetsstyringen i Vestre Viken HF, og disse brukes aktivt i arbeidet med kvalitetsforbedring og forskning. Rapportering på utvalgte kvalitetsindikatorer følger den ordinære resultatrapporteringen tertialvis. Kvalitetsindikatorne som er presentert her, viser at Vestre Viken HF innenfor de fleste områder ligger bedre enn gjennomsnittet, men at det også er områder der det er behov for ekstra oppmerksomhet og målrettede tiltak.

Administrerende direktør anbefaler på denne bakgrunn at styret i Vestre Viken HF tar saken til orientering.

Dato: 13. september 2024
Saksbehandler: Anders Debes

Saksfremlegg

Innspill til Konsernrevisjonens revisjonsplan 2025

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i Vestre Viken HF	83/2024	23.09.24

Forslag til vedtak

Styret slutter seg til innspillene i saken og ber Vestre Viken HF oversende innspillene til Helse Sør-Øst RHF.

Drammen, 16. september 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Konsernrevisjonen er organisert under styret til Helse Sør-Øst RHF og er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon. Formålet til konsernrevisjonen er å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket og helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring.

Saksutredning

Konsernrevisjonen gjennomfører årlig en prosess med å utarbeide et forslag til revisjonsplan for kommende år. Planen består av revisjoner som skal gjennomføres i foretaksgruppen. Revisjonsplanen skal fremlegges for godkjenning i styret i Helse Sør-Øst RHF 19. desember 2024. Det anmodes om at innspillene til denne planen er styrebehandlet i HF styrene før oversendelse.

Innspillene skal være risikobaserte, og ta utgangspunkt i helseforetakenes viktigste tjenesteområder og støttefunksjoner. Konsernrevisjonen vil vurdere mottatte innspill, og gjøre en samlet vurdering for å identifisere tverrgående temaer. Denne tilnærmingen har til hensikt å prioritere et fåtall risikoområder, der det gjennomføres flere like revisjoner i helseforetakene. Dette vil gi konsernrevisjonen et grunnlag for å beskrive en mer samlet tilstand i foretaksgruppen til styret og ledelse i Helse Sør-Øst RHF.

Innspill fra styrene skal bygge på styrets eget perspektiv av risikobildet med utgangspunkt i helseforetakets egne mål og rammebetingelser. Innspillene skal beskrive risiko på sentrale områder eller tjenester med henvisning til den organisatoriske enheten hvor risikoen kan inntreffe. Konsernrevisjonen ber om 3-5 forslag til risikoområder.

Fra Vestre Viken HF foreslås følgende revisjonsområder: (se vedlegg for utfyllende informasjon):

- **Forvaltning og kontroll på ikke bokførte lagerverdier**
- **Økonomiske konsekvenser av beslutninger i de store byggeprosjektene**
- **Etterlevelse av Regional handlingsplan for spesialistutdanning av leger i henhold til P/LIS-prosjektet i HSØ**

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør foreslår at overnevnte revisjonsområder oversendes som innspill til Konsernrevisjons revisjonsplan for 2025.

Vedlegg:

1. Innspill til revisjonsplan 2025 Konsernrevisjonen
2. Innspill fra VVHF revisjonsplan 2025

Til styreledere
Kopi: Administrerende direktører

Helseforetakene i Helse Sør-Øst

Vår referanse:
24/02331-1

Deres referanse:

Dato:
01.07.2024

Saksbehandler:
Espen Anderssen

Innspill til revisjonsplan 2025 for Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen gjennomfører årlig en prosess med å utarbeide revisjonsplan for kommende år. Planen består av revisjoner som skal gjennomføres i foretaksgruppen. Revisjonsplanen skal fremlegges for godkjenning i styret i Helse Sør-Øst RHF den 19. desember 2024.

Konsernrevisjonens formål

Konsernrevisjonen er organisert under styret for Helse Sør-Øst RHF og er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon. Formålet til konsernrevisjonen er å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket med å utøve god virksomhetsstyring.

Prosess for utarbeidelse av revisjonsplan

I henhold til vår instruks ber konsernrevisjonen om styrebehandlede innspill til neste års revisjonsplan. Innspillene skal være risikobaserte og ta utgangspunkt i regionens og helseforetakenes viktigste tjenester og støttefunksjoner. Konsernrevisjonen vil vurdere mottatte innspill og gjøre en samlet vurdering av alle innspill for å identifisere tverrgående temaer.

Formålet med denne tilnærmingen er også i år å prioritere et fåtall risikoområder i revisjonsplanen, der det gjennomføres flere like revisjoner i helseforetakene. Dette vil gi konsernrevisjonen et grunnlag for å gi styret og ledelse i Helse Sør-Øst RHF et mer helhetlig bilde av tilstanden på utvalgte områder i foretaksgruppen.

Temaer som ikke kan prioriteres av konsernrevisjonen, kan eventuelt vurderes med hjelp av helseforetakets egne internrevisjons- og kontrollfunksjoner.

Konsernrevisjonen vil i løpet av kort tid ta initiativ til et møte med den enkelte styreleder i helseforetakene for å avklare prosess og diskutere mulige risikoområder og revisjonstemaer for neste års revisjonsplan.

Ønsket leveranse fra styret

Konsernrevisjonen ber om innspill på følgende måte:

- Innspillene skal bygge på styrets eget perspektiv av risikobildet med utgangspunkt i helseforetakenes mål og rammebetingelser.
- Innspillene skal beskrive risiko på tjenester som foreslås vurdert.
- Konsernrevisjonen ber om at styrene fremmer 2-3 forslag til risikoområder.

Vedlagte oversikt over tidligere revisjoner fordelt på ulike områder kan brukes som støtte for vurderingene.

Frist for innspill er 2. oktober 2024 og innspillene sendes til konsernrevisor Espen Anderssen på epost Espen.Anderssen@helse-sorost.no.

Med vennlig hilsen
Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst



Espen Anderssen
konsernrevisor

Vedlegg: Oversikt over revisjoner i perioden 2018-2024

Revisjonsdekning Konsernrevisjonen, 2018-2024

Område	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Plan 2024
Virksomhetsstyring							
Styringsystem, risikostyring	●	●	●	●	●	●	●
Ressursstyring og bemanningsplanlegging	●	●	●	●	●	●	●
Beredskap, varsling av kritikkverd. forh, misligheter	●	●	●	●	●	●	●
Bærekraft	●	●	●	●	●	●	●
Somatikk							
Styring og forbedring av kvalitet	●	●	●	●	●	●	●
Henvísninger og ventetider	●	●	●	●	●	●	●
Uønsket variasjon	●	●	●	●	●	●	●
Pakkeforløp	●	●	●	●	●	●	●
Psykisk helsevern og TSB							
Styring og forbedring av kvalitet	●	●	●	●	●	●	●
Henvísninger og ventetider	●	●	●	●	●	●	●
Uønsket variasjon	●	●	●	●	●	●	●
Pakkeforløp	●	●	●	●	●	●	●
Utdanning							
Forskning							
Teknologi							
Styring av IKT, IKT-prosesser	●	●	●	●	●	●	●
Program, prosjekt- og porteføljestyling	●	●	●	●	●	●	●
Informasjonssikkerhet, personvern	●	●	●	●	●	●	●
Støtteprosesser							
HR, HMS, kompetansestyring, endringsledelse	●	●	●	●	●	●	●
Anskaffelser og leverandørstyring	●	●	●	●	●	●	●
Økonomistyring	●	●	●	●	●	●	●
Byggeprosjekter							
Revisjon ● Rådgivning ●							

Sak 83 Vedlegg - Innspill til Konsernrevisjonens revisjonsplan for 2025

Risikoområde	Bakgrunn og mål	Formål
Forvaltning og kontroll på ikke-bokførte lagerverdier	<p>Dagens praksis er at det kjøpes inn varer til pasientbehandlingen uten lagerføring. Uttak til pasientbehandling eller kassasjon registreres vanligvis ikke og kontroll på forbruk analyseres kun på overordnet nivå. Det er begrensede muligheter for kontroll som følge av at direkte kost ikke knyttes til behandlingen.</p> <p>I lys av dagens trusselbilde rettet mot vår virksomhet, og vurdert omfang av korrupsjon i andre land, anser vi at risikoen for at verdier tas ut til personlig vinning i økende grad er til stede. Basert på en verdibetraktning vurderes risikoen størst knyttet til områdene medikamenter, operasjonsvirksomhet og behandlingshjelpemidler.</p>	<p>Etablere tilfredsstillende rutiner for å sikre kontroll på verdiene.</p>
Økonomiske konsekvenser av beslutninger i de store byggeprosjektene	<p>Basert på våre erfaringer med NSD er det grunnlag for å stille spørsmål ved om beslutningstakere gis et tilfredsstillende underlag som redegjør for konsekvens og alternativbetraktninger. For å sikre at NSD prosjektet kom innenfor en gitt investeringsramme ble det besluttet å holde flere deler av virksomheten utenfor byggeprosjektet. Det omfatter behandlingshjelpemidler, habiliteringsavdelingen, ambulansestasjon, parkering for sykehusets ansatte og pasienter/pårørende, i tillegg til lokasjon for sentrale staber. Vår vurdering er at konsekvensen av dette er betydelig økt administrasjon og konsulentbruk for utredning av løsninger for den del av virksomheten som er holdt utenfor, i tillegg til kostnadene ved selve byggene. Byggeprosjektene styres isolert og frikoblet fra alternativkostnadene.</p> <p>HSØ RHF hadde i 2022 (22/09412-1) på høring revisjon av veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter. VVHF hadde da et innspill om at denne høringen burde evalueres på nytt etter NSD prosjektet.</p>	<p>Sikre at beslutninger tas på tilstrekkelig opplyst grunnlag og at beslutninger tas på grunnlag av god økonomistyring for helheten og ikke byggekostnader for nye sykehusbygg alene.</p>

<p>Etterlevelse av Regional handlingsplan for spesialistutdanning av leger i henhold til P/LIS-prosjektet i HSØ.</p>	<p>Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger introduserer en ny modell for spesialistutdanning i Norge. Forskriften ble innført for å sikre god kvalitet i utdanningen, inkludert bedre tverregional harmonisering og samordning av utdanningsløpene. Den legger opp til en mer virksomhetsstyrt og kompetansebasert spesialistutdanning for leger, der virksomhetene har ansvar for gjennomføring, effektivitet og kvalitet i hele utdanningsløpet.</p> <p>Helseforetakene i regionen har blant annet samarbeidet i «P/LIS-prosjektet», som resulterte i Handlingsplanen for spesialistutdanning av leger i Helse Sør-Øst RHF 2023-2025. Mange helseforetak opplever utfordringer med å rekruttere og beholde medarbeidere, og det er derfor utarbeidet en egen strategi for utdanning og kompetanse i Helse Sør-Øst. De siste årene har det regionale helseforetaket igangsatt flere større regionale prosjekter som støtter delstrategiens mål.</p> <p>Handlingsplanen systematiserer innsatsområder, mål og tiltak for å sikre riktig ressursbruk og kvalitet i spesialistutdanningen. For å nå målene i planen må utdanningsvirksomhetene også bidra aktivt, da flere tiltak krever innsats på virksomhetsnivå. Del 2 av handlingsplanen (s. 14 og utover) beskriver spesifikke innsatspunkter, delmål og tiltak for perioden, tilpasset hvert strategisk innsatsområde. Disse punktene kan vurderes av den enkelte virksomhet og brukes til å sammenligne prestasjoner mellom foretakene i regionen.</p>	<p>Sikre gjennomføring og etterlevelse av Spesialistutdanning av leger i Helse Sør-Øst RHF Handlingsplan 2023-2025 for et mer enhetlig og kvalitetsmessig godt utdanningsløp av leger.</p> <p>Rekruttere og beholde legekompentanse i HF-ene.</p>
---	---	---

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Hamar
Dato: 22. august 2024
Tidspunkt: Kl. 09:15 – 13:30

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Nina Tangnæs Grønvold	Nestleder
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Irene Kronkvist	
Einar Lunde	
Harald Vaagaasar Nikolaisen	Forfall
Peder Kristian Olsen	
Liv Monica Stubholt	
Lasse Sølvberg	

Fra brukerutvalget møtte:

Aina Nybakke
Odvar Jacobsen

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Fagsjef virksomhetsstyring Hilde Jacobsen
Fagdirektør Ulrich Spreng, eierdirektør Jørgen Jansen, økonomi- og finansdirektør Line Alfarrustad, direktør porteføljestyling bygg Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og konserndirektør Mona Stensby

Saker som ble behandlet:

078-2024	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 22. august 2024

079-2024	Godkjenning av protokoll fra styremøte 21. juni 2024
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoller fra styremøter 21. juni 2024 godkjennes.

080-2024	Virksomhetsrapport per juni og juli 2024
-----------------	---

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for juni og juli 2024.

Kommentarer i møtet

Styret forventer at ventetidsløftet følges opp på en god måte samtidig som kvaliteten i tjenestene opprettholdes. En god balanse opp mot de økonomiske utfordringene må ivaretas, og det må sørges for at engangsbevilgninger benyttes til engangstiltak.

Styret ber om en orientering om avtalespesialistordningen og dets rolle i å realisere målene for ventetidsløftet.

Styret understreker at det fortsatt må arbeides aktivt for å redusere sykefravær.

Styret er tilfreds med utviklingen i Sykehuspartner. Styret viste også til tidligere merknad om utviklingen i tjenestepris.

Det ble vist til redegjørelse om aktiviteter i forbindelse med Pasientsikkerhetsuka i Helse Sør-Øst. Styret ber om på egnet måte å få en presentasjon av konkrete eksempler på forbedringstiltak i helseforetakene som kan egne seg for videre bredding.

Styret ber om en nærmere redegjørelse for utviklingen for reinnleggelser og hvordan det følges opp og måles. Det er også ønskelig å få en fremstilling av hvordan utvikling i Helse Sør-Øst er sammenliknet med andre regioner.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar virksomhetsrapport per juni og juli 2024 til etterretning.

081-2024	Sykehuset Telemark HF – forprosjektrapport utbygging somatikk Skien, trinn 1 – akuttsenter, energisentral og cytostatika laboratorium
-----------------	--

Oppsummering

Sykehuset Telemark HFs prosjekt utbygging somatikk Skien (USS) består av delprosjekter for henholdsvis ombygging akuttmottak, etablering av strålesenter og nytt sengebygg. I tråd med føringer om trinnvis utbygging, har Sykehuset Telemark HF ferdigstilt forprosjektet for det første byggetrinnet; akuttsenter, ny energisentral og utvidelse av cytostatika laboratorium.

Forprosjektet inngår som et byggetrinn innenfor det samlede USS-prosjektet, som er lånefinansiert basert på en samlet økonomisk styringsramme (P50-estimat) på 1 089 millioner kroner (juni 2020-kroner). Arbeidet med forprosjektet har hatt som formål å utrede konseptet tilstrekkelig til å gi grunnlag for beslutning om gjennomføring av delprosjektet (beslutningspunkt B4 iht. *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*).

I denne saken legges forprosjektet for utbygging somatikk Skien (USS), trinn 1 – Akuttsenter, energisentral og cytostatika laboratorium fram for styret i Helse Sør-Øst RHF for investeringsbeslutning, og med det videreføring til gjennomføringsfasen.

Kommentarer i møtet

Styret ber om, på egnet måte, å få presentert hvordan det arbeides med å utarbeide gode kostnadsberegninger for byggeprosjekter i en tidlig fase.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner forprosjekt for utbygging somatikk Skien (USS), trinn 1 - akuttsenter, energisentral og cytostatika laboratorium, Sykehuset Telemark HF, og ber om at det legges til grunn for videre gjennomføring av prosjektet.
2. Trinn 1 – akuttsenter, energisentral og cytostatika laboratorium videreføres til gjennomføringsfasen med en økonomisk styringsramme (P50-estimat) på 306 millioner kroner (prisnivå juni 2024).
3. Sykehuset Telemark HF skal videreføre sitt arbeid med organisasjonsutvikling i tråd med planene om effektivisering i forkant av, og gevinstuttak i etterkant av, innflytting. Gevinstrealiseringsplanene skal holdes oppdatert i tråd med etablert praksis i foretaksgruppen.
4. Styret legger til grunn at Sykehuset Telemark HF er prosjekteier for gjennomføringsfasen for prosjekt trinn 1 – akuttsenter, energisentral og cytostatika

laboratorium, basert på godkjent mandat fra Helse Sør-Øst RHF. Administrerende direktør gis fullmakt til å utforme mandat for gjennomføringsfasen.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Grimsgaard, Kronkvist og Sølvberg:

Vi viser til drøftingsinnspill i saken fra konserntillitsvalgte.

082-2024	Akershus universitetssykehus HF - videreføring til konseptfase steg 2 for kreft- og somatikkbygg trinn 0
----------	--

Oppsummering

Styret godkjente oppstart av konseptfasen for kreft- og somatikkbygg i sak 120-2021 *Akershus universitetssykehus HF – videreføring til konseptfase for kreft- og somatikkbygg*. Styret skal i tråd med *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* og fullmaktstruktur for byggeinvesteringer (styresak 118-2023 *Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst*), behandle faseovergangen fra steg 1 til steg 2 av konseptfasen for alle investeringsprosjekter over 500 millioner kroner.

Økonomisk langtidsplan for 2024-2027 ga føringer til Akershus universitetssykehus HF om en trinnvis innretning av prosjekt kreft- og somatikkbygg. Inndeling av prosjektet i byggetrinn 0, 1 og 2 framgår av styresak 061-2024 *Økonomisk langtidsplan 2025-2028*. Styret vedtok i sak 029-2024 videreføring til konseptfase steg 2 for kreft- og somatikkbygg trinn 1, som omfatter strålebehandling og universitetsarealer.

Denne saken gjør rede for arbeidet med et eget byggetrinn 0, som har vært utredet i steg 1 av konseptfasen for kreft- og somatikkbygg, Akershus universitetssykehus HF, og anbefaler valg av konsept for videreføring og utdyping i konseptfasens steg 2. Byggetrinn 0 omfatter i hovedsak bygg for somatisk kapasitetsøkning på kort sikt, særlig knyttet til sengekapasitet og bildediagnostisk kapasitet.

Kommentarer i møtet

Styret understreker betydningen av å komme i gang med byggeprosjektet og ser samtidig frem til kommende sak om oppgavedeling i Oslo sykehusområde.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner *Delrapport konsept - B3A Kreft- og somatikkbygg konseptfase trinn 0, Akershus universitetssykehus HF*, og ber om at denne legges til grunn for det videre arbeidet med delprosjektet. Delprosjektet byggetrinn 0 inngår som en del av den trinnvise utbyggingen av prosjekt Kreft- og somatikkbygg.
2. Styret godkjenner (B3A-beslutning) at konseptalternativet «Nye syd» bearbeides videre som hovedalternativ for kreft- og somatikkbygg, byggetrinn 0 ved Akershus universitetssykehus HF, og at denne delen av prosjektet videreføres til steg 2 av konseptfasen.

3. Endelig styringsramme fastsettes ved behandling av konseptfasen, steg 2.

083-2024	Det digitale trusselbildet mot spesialisthelsetjenesten
----------	---

Oppsummering

Mange farer og trusler kan påvirke evnen til å levere spesialisthelsetjenester. Ekstremvær, brann, feilkonfigurering av servere og programvarefeil er eksempler på *utilsiktede* hendelser som kan sette hele eller deler av den digitale infrastrukturen ut av funksjon. Denne styresaken handler om cyberangrep, etterretning og andre *tilsiktede* hendelser som utgjør en trussel mot våre digitale løsninger.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt de regionale helseforekene om å utarbeide en årlig rapport om trusler og trender innen 1. juni hvert år. Trusselvurderingen¹ er utarbeidet og formidlet til departementet innen fristen.

Trusselvurderingen for spesialisthelsetjenesten utarbeides på bakgrunn av de åpne trusselvurderingene fra E-tjenesten, Politiets sikkerhetstjeneste (PST) og Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM), også omtalt som EOS-tjenestene. Årets rapport er, som i 2023, utarbeidet i samarbeid mellom de fire regionale IKT-foretakene og HelseCERT (Norsk helsenett SF).

Formålet med rapporten er å gi grunnlag for en omforent situasjonsforståelse blant ledere og medarbeidere i spesialisthelsetjenesten, slik at vi bedre evner å vurdere risiko vi står ovenfor og kan iverksette tiltak ut fra dette. Trusselvurderingen skal gi innsikt i hvordan man kan forstå hva som truer spesialisthelsetjenestens verdier og hvilken risiko dette utgjør. Trusselaktørene og deres angrepsmetoder vurderes og overvåkes, samtidig som det må skapes forståelse i organisasjonen for hvordan sårbarheter kan utnyttes av disse. Systematisk og god håndtering av sårbarheter er et viktig virkemiddel for å redusere risiko.

Spesialisthelsetjenesten er en grunnleggende tjeneste i samfunnet og har en viktig beredskapsfunksjon for ivaretagelse av liv og helse. Dette gjør spesialisthelsetjenesten trusselutsatt på lik linje med andre deler av totalforsvaret og kritisk infrastruktur.

Kommentarer i møtet

Styrer takker for en viktig rapport som gir en balansert beskrivelse av trusselbildet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar rapporten til orientering.

¹ [Trusselvurdering 2024 for spesialisthelsetjenesten - Sykehuspartner HF](#)

084-2024	Årsplan styresaker
----------	--------------------

Kommentarer i møtet

Det legges opp til at oppstartstidspunkt for kommende styremøter forskyves med 15 minutter.

Styret minner om at en redegjørelse for arbeidet med kvinnehelse tas inn i årsplanen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Årsplan styresaker 2024 og 2025 tas til orientering
2. Styret godkjenner at møteplanen for 2025 suppleres med følgende møter:
 - Torsdag 10. april 2025 (Oslo)
 - Torsdag 22. mai 2025 (digitalt)

085-2024	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra møte i brukerutvalget
3. Brev fra Kontaktorganet for Arendal sykehus og svarbrev fra Helse Sør-Øst RHF
4. Brev fra Naturvernforbundet i Oslo Vest
5. Politianmeldelse fra aksjonistene i Verne-camp for Lindekollen
6. Brev fra psykologspesialist Birgit Valla
7. Kopi av notat til Helse- og omsorgsdepartementet om BET
8. Drøfteprotokoll RHF-KTV datert 21. august 2024

Temasak:

- Legemiddelhåndtering i Helse Sør-Øst

Møtet hevet kl. 13:30

Hamar, 22. august 2024

Svein I. Gjedrem
styreleder

Nina Tangnæs Grønvold
nestleder

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Einar Lunde

Irene Kronkvist

Harald Vaagaasar Nikolaisen

Peder Kristian Olsen

Liv Monica Stubholt

Lasse Sølvberg

Hilde Jacobsen
styresekretær

Utskrift av møteprotokoll (foreløpig)
Styret i Helse Sør-Øst RHF
Møtedato: 22. august 2024

080-2024

Virksomhetsrapport per juni og juli 2024

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for juni og juli 2024.

Kommentarer i møtet

Styret forventer at ventetidsløftet følges opp på en god måte samtidig som kvaliteten i tjenestene opprettholdes. En god balanse opp mot de økonomiske utfordringene må ivaretas, og det må sørges for at engangsbevilgninger benyttes til engangstiltak.

Styret ber om en orientering om avtalespesialistordningen og dets rolle i å realisere målene for ventetidsløftet.

Styret understreker at det fortsatt må arbeides aktivt for å redusere sykefravær.

Styret er tilfreds med utviklingen i Sykehuspartner. Styret viste også til tidligere merknad om utviklingen i tjenestepris.

Det ble vist til redegjørelse om aktiviteter i forbindelse med Pasientsikkerhetsuka i Helse Sør-Øst. Styret ber om på egnet måte å få en presentasjon av konkrete eksempler på forbedringstiltak i helseforetakene som kan egne seg for videre bredding.

Styret ber om en nærmere redegjørelse for utviklingen for reinnleggelser og hvordan det følges opp og måles. Det er også ønskelig å få en fremstilling av hvordan utvikling i Helse Sør-Øst er sammenliknet med andre regioner.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar virksomhetsrapport per juni og juli 2024 til etterretning.

Foreløpig protokoll

Møte:	Brukerutvalget Vestre Viken HF
Møtedato:	23.08.24
Tidspunkt:	1000-1500
Sted:	Brakerøya
Møteleder:	Rune Kløvtveit
Deltakere:	<p>Fra Brukerutvalget: Rune Kløvtveit , Elisabeth Schwencke, Mark Miller, Gudrun Breistøl, David C. Hemmingsen, Jan Helge Tuv, Toril Naper Hauge, Christine Malmberg</p> <p>Fra ungdomsrådet: Ayse Iclal Øzsatici, Elenor Iversen</p> <p>Fra Administrasjonen: Kurt Kleppe Josefsen (koordinator) </p> <p>Innledere/gjester: Snorre Birk Gundersen og Eirin Nyhus-Jensen (sak 86/24)</p> <p>Forfall: Nasim Rizvi, Anne-Lise Kristensen</p>

Sak nr.	Sak/merknad
80/24	<p>Godkjenning av innkalling og sakliste</p> <p>Vedtak/kommentarer: Godkjent</p>
81/24	<p>Protokoll brukerutvalgets møte 4. juni</p> <p>Vedtak/kommentarer: Godkjent</p>
82/24	<p>Referat arbeidsutvalgets møte 13. august</p> <p>Vedtak/kommentarer: Godkjent</p>
83/24	<p>Saker til orientering, innkommet post</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mail om Psykisk helse og rus • Mail om prioritering av pasienter i Drammensområdet

	<ul style="list-style-type: none"> • Status økonomi • Referat Ungdomsrådet 050624 • Protokoll BU HSØ - juni 2024 • Dictate (klinisk behandlingsstudie) • Tilleggsdokument til oppdrags- og bestillerdokument <p>Vedtak/kommentarer:</p> <p><i>Mail om Psykisk helse og rus</i> Det tas til orientering at det tas opp i eget møte med Gudrun, Christine i et eget møte med ledelsen i PHR. Erfaringer fra møtet tas i neste BU-møte</p> <p><i>Mail om prioritering av pasienter i Drammensområdet</i> Henvendelsen er sendt Brukerutvalget til orientering. Henvendelsen tas til orientering.</p> <p><i>Status økonomi</i> Neste AU møte innspill til budsjett. Alle må sende inn regninger månedlig.</p> <p><i>Referat Ungdomsrådet 050624</i> Tas til orientering</p> <p><i>Protokoll BU HSØ - juni 2024</i> Tas til orientering</p> <p>Tilleggsdokument til oppdrags- og bestillerdokumentet Det tas opp i neste møte i Brukerutvalget hvor vi ber fagdirektør delta.</p>
84/24	<p>Oppnevninger prosjekt, råd og utvalg</p> <p>Det er mottatt henvendelse fra Bærum sykehus i forhold til brukermedvirkning i prosjektet: Dictate (klinisk behandlingsstudie)</p> <p>Dictate Henvendelse fra Bærum sykehus hvor de spør om brukermedvirkning i forhold til behandling av utposing på tykktarm. Brukerutvalget stiller seg bak forskningsprosjektet. Det forutsettes at det ikke går på bekostning av pasient- og pårørendesikkerhet. Dokumenter er lagt i Teams.</p> <p>Vedtak/kommentarer: Brukerutvalget takker for informasjon om tilbudet og er enig med avdelingen at det ikke er behov for brukerrepresentant fra BU i dette arbeidet.</p>
85/24	<p>Konferanser, seminarer</p>

	Ingen invitasjoner
86/24	<p>Pasientreiser Hallingdal</p> <p>Vedtak/kommentarer: Brukerutvalget har fått en forespørsel fra en privatperson i forhold til pasientreiser fra Hallingdal. Det som det er snakk om er manglende tilgang til eventuelt ledige plasser på helseekspressens ruter. Klinikkdirktør Snorre Birk Gundersen og avdelingssjef Eirin Nyhus-Jensen deltok på møtet og orienterte om sakskomplekset. Sentralt for pasientreiser er henvisningen som de har mottatt fra behandler. Det er i hovedsak medisinske tilstander som utløser hvilken transport som kan benyttes til sykehusbesøk, men trafikkmessige forhold kan også vektlegges. Brukerutvalget ser det viktig at behandlere er bevist på sitt ansvar og at Pasientreiser tilstreber at behandlere har god oversikt over deres ansvar. Presentasjon fra innledningen følger med som vedlegg.</p>
87/24	<p>Høring nasjonale råd for bruker og pårørendemedvirkning i psykisk helse og rus Informasjon og valg av arbeidsgruppe</p> <p>Lenke til dokumentene: https://napha.no/nasjonale_faglige_raad_brukermedvirkning https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonale-faglige-rad-for-bruiker-og-paroendemedvirkning-i-rus-og-psykisk-helsefeltet#kontaktinformasjon</p> <p>Vedtak/kommentarer: Brukerutvalget ønsker å gi en høringuttalelse. Gudrun og Elenor danner en arbeidsgruppe og lager et utkast til innspill hos alle i utvalget. Tas det til behandling i BU 15. oktober.</p>
88/24	<p>Kontinuerlig forbedring – veien videre</p> <p>Vedtak/kommentarer: Det er litt utfordrende å jobbe med kontinuerlig forbedring i Brukerutvalget. Skal vi fortsette med prosjektet eller skal vi konsentrere oss om andre måter å forbedre arbeidet i brukerutvalget på?</p> <p>Hva er det vil ønske å oppnå med å være som brukermedvirker i LSU? Hva skal til for at medlemmer i Brukerutvalget skal fungere godt i LSU? Er det et behov for en oppdatert gjennomgang av hele helsefellesskapet? David og Gudrun jobber videre med prosjektet og kommer med innspill til aksjonspunkter. Dette tas opp i neste møte i Brukerutvalget.</p>
89/24	Erfaringsutveksling og arbeidsmåter i BU

	<p>Medlemmene har i denne perioden deltatt på</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carematrix evaluering HSØ • Behovsstyrt poliklinikk • Prosjektmøte DHO VVHF og Kommunene • Arbeidsgruppe kontinuerlig forbedring LMS • Folkemøte om kreftbehandling og kreftomsorg i Kongsberg • Arbeidsmøte med Drammen sykehus ang DHO prejournal • Arbeidsmøte med Drammen sykehus ang DHO rygg og henvisninger • Arbeidsgruppemøte kontinuerlig forbedring • KKV PHT(juni), • pasientrelaterte saker AMB, • KKV PHT <p>Vedtak/kommentarer: Brukerutvalget støtter forslaget om endringer i rutiner slik at medlemmene sender inn forslag til saker i AU møtet. Dette slik at vi får diskutert møtene godt. Frist for å sende inn forslag er fredagen før AU. Første frist er 30. August. Send også inn forslag til saker du ønsker skal tas opp i Brukerutvalget.</p>
90/24	<p>Kommende møter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrets årsplan • "Monsterarket" • Utkast til møteplan for 2025
91/24	<p>Eventuelt</p> <p><i>Digital hjemmeoppfølging</i> Kan Brukerutvalget ha en rolle i forhold til å presentere de nye mulighetene for befolkningen? Utfordringen er kanskje mest i forhold til helsepersonell? BU ønsker å være mer i loopen i forhold til å få frem mulighetene og det ønskes diskusjon med kommunikasjonsavdelingen.</p> <p><i>Parkering (korttid) NSD</i> Det er behov for korttidsplasser for pårørende som skal slippe av pasienter. Det sjekkes opp status.</p> <p><i>Vask av senger</i> Det ble gitt en kort orientering om rutiner for vask av sykehus på NSD.</p> <p>Pasientsikkerhetsuka I neste møte i BU diskuteres rollen under pasientsikkerhetsuka.</p>
	<p>Omvisning</p>

Foreløpig protokoll

Møte:	Brukerutvalget Vestre Viken HF
Møtedato:	10.09.24
Tidspunkt:	1200-1800
Sted:	Blakstad, møterom Diskotek, bygg 3 Blakstad, bygg 3 - Vestre Viken HF
Møteleder:	Rune Kløvtveit
Deltakere:	<p>Fra Brukerutvalget: Rune Kløvtveit , Elisabeth Schwencke, Mark Miller, Gudrun Breistøl, Jan Helge Tuv, Toril Naper Hauge, Christine Malmberg, Nasim Rizvi</p> <p>Fra ungdomsrådet: Elenor Iversen</p> <p>Fra Administrasjonen: Anne-Lise Kristensen og Kurt Kleppe Josefsen (koordinator)</p> <p>Innledere/gjester: Marit Opsahl, sykehussjef Nina Helen Mjøsund, forskningssjef FoU Jan Hammer, spesialrådgiver Anders Debes, fagdirektør (digitalt) Kirsten Hørthe, klinikkdirektør</p> <p>Forfall: David C, Hemmingsen</p>

Sak nr.	Sak/merknad
92/24	Godkjenning av innkalling og sakliste Vedtak: Godkjent
93/24	Protokoll brukerutvalgets møte 23. august Vedtak: Godkjent
94/24	Referat arbeidsutvalgets møte 03. september

Sak nr.	Sak/merknad								
	<p>Vedtak: Godkjent</p>								
95/24	<p>Saker til orientering, innkommet post</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forskningsdagene Bærum sykehus • Forskningsøknad HSØ • Informasjon om Jardin • Tilsvar til henvendelse om BET <p>Kommentarer/vedtak: Tas til orientering</p>								
96/24	<p>Oppnevninger prosjekt, råd og utvalg</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>KEK Kongsberg</td> <td>Toril Naper Hauge</td> </tr> <tr> <td>Brukerrepresentant synergigjennomgang AMK</td> <td>Elisabeth Schwencke</td> </tr> <tr> <td>RS brukervedvirkning i forskningsprosjekt</td> <td>Jan Helge Tuv</td> </tr> <tr> <td>Forskningsøknad HSØ</td> <td>Rune Kløvtveit</td> </tr> </tbody> </table>	KEK Kongsberg	Toril Naper Hauge	Brukerrepresentant synergigjennomgang AMK	Elisabeth Schwencke	RS brukervedvirkning i forskningsprosjekt	Jan Helge Tuv	Forskningsøknad HSØ	Rune Kløvtveit
KEK Kongsberg	Toril Naper Hauge								
Brukerrepresentant synergigjennomgang AMK	Elisabeth Schwencke								
RS brukervedvirkning i forskningsprosjekt	Jan Helge Tuv								
Forskningsøknad HSØ	Rune Kløvtveit								
97/24	<p>Konferanser, seminarer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientsikkerhetskonferansen Pasientsikkerhetskonferansen 2024 - tryggehender (itryggehender24-7.no) <p>Kommentarer/vedtak: Anne-Lise melder seg på som digital deltaker og vi forsøker å få til en felles samling på G32. Alle som ønsker det kan delta. 21. november samles vi på Glitre 1 og Glitre 2. 22. november samles vi på Tyrifjord 2.</p>								
98/24	<p>Pasientsikkerhetsuken Hva skal Brukerutvalget ha fokus på i denne uken? Pasientsikkerhetsuka - Vestre Viken HF</p> <p>Kommentarer: Det er ønskelig med deltakelse på pasientsikkerhetsuken. Den enkelte medlem tar ansvar for "sitt" sykehus. Det er ønskelig å se om vi kan lage en egen rollup for Brukerutvalget og Ungdomsrådet. Dette rekker vi ikke før denne pasientsikkerhetsuken. Det må jobbes litt med utforming og budskap. Denne må også inkludere QR kode med link til mer info. om BU. Brukerutvalget registrerer at de ikke er med i utvikling og gjennomføring av pasientsikkerhetsuka. Brukerutvalget ønsker å tas med i loopen igjen for neste år.</p> <p>Vedtak Torill Naper Hauge deltar 18. september på Kongsberg sykehus Mark Miller deltar på Bærum sykehus 16. september.</p>								

Sak nr.	Sak/merknad
	Nasim Rizvi og ev. David Hemmingsen deltar på Drammen sykehus 17. september.
99/24	<p>BET – Basal eksponeringsterapi Hva er BET behandling, fordeler/ulemper? Nina Helen Mjøsund, forskningssjef PHR</p> <p>Kommentarer Nina Helen Mjøsund viste oss utdrag fra studie med en gruppe mennesker som ikke opplevde BET som bra. f Brukerutvalget hadde en god dialog med Nina, Magnus og Marit hvor fordeler og ulemper med BET-behandling ble diskutert. BU mener det er viktig med brukervedvirkning i konsekvensutredningen før det besluttes hvordan BET skal inngå som behandling i VVHF fremover. Brukerutvalget ser med bekymring på at det nå er 1,5 år i ventetid på denne behandling og at 60 % av pasientene er gjestepasienter. Her må man endre praksis slik at Vestre viken pasienter får tildelt plasser først. Og da det er få senger må man sørge for det er nok senger til de pasientene som skal en oppfølging etter endt behandling. Sørge for et helhetlig pasientforløp. Brukerutvalget skal sørge for god brukervedvirkning i videre behandling av saken.</p> <p>Presentasjonen tas til orientering. Presentasjon vedlegges protokollen.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget takker Nina for en flott gjennomgang og saken tas til etterretning</p>
100/24	<p>Omvisning ved sykehussjef Marit Opsahl og avdelingsoverlege Magnus Karlsen.</p> <p>Kommentarer/vedtak: Vi takker sykehussjefen for omvisning på sykehuset.</p>
101/24	<p>Arbeidet med tydelig definisjon av miljøbehandling skal gi et likere behandlingstilbud Jan Hammer, spesialrådgiver PHR</p> <p>Kommentarer/vedtak: Brukerutvalget takker for en interessant og god presentasjon av hvordan Blakstad Sykehus ser på miljøbehandling som en sentral og integrert del av døgnbehandlingen innen psykisk helsevern. For å sikre pasientsikkerheten og redusere uønsket variasjon har sykehuset arbeidet med å konkretisere hva grunnleggende miljøbehandling går ut på. Dette arbeidet har munnet ut i et todagers grunnkurs i miljøbehandling for spesialisthelsetjenesten. Brukerutvalget er imponert over arbeidet og understreker viktigheten av å implementere dette på seksjonene etter avholdt kurs. Presentasjonen legges ved protokollen.</p>
102/24	Dialog med fagdirektør

Sak nr.	Sak/merknad
	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan løser man de oppgavene som kommer i tilleggskokumentet til oppdrags- og bestillerdokumentet? • Ventetidsløftet <p>Kommentarer Vestre Viken har tradisjonelt veldig lave fristbrudd, men det har økt i det siste. Ventetidsløftet har strakstiltak med en finansiering på 27 millioner. Klinikken holder nå på med å identifisere hvilke prosjekter som skal få finansiering. Det satses på at det er tiltak med varige effekter. Ellers er satsning på Kongsbergprosjektet aktuelt nå.</p> <p>Vedtak Tas til etterretning.</p>
103/24	<p>Psykisk helse og rus Flytteprosessen. Hva betyr dette for distriktpsikiatriske sentre og rusfeltet? Kirste Hørthe, klinikkdirektør</p> <p>Kommentarer Flyttingen medfører mange utfordringer og muligheter.</p> <p>Det er de siste årene vært en stor økning av pasienter dømt til behandling. Det er i dag ikke samsvar mellom rammer og de behov dette medfører. Pr i dag er det nesten 300.000 konsultasjoner årlig i PHR i VVHF. De fleste skjer i poliklinikkene. Det er imidlertid mange som trenger sykehusbehandling. Per i dag er det for overbelegg på Blakstad sykehus og underbelegg på DPS døgnet. Flyttingen vil bidra til økt kapasitet og et bedre tilbud for flere pasientgrupper. Dagens organisering med flere sengeposter som fysisk ikke er samlet er utfordrende, også i forhold til rekruttering. Et samlet nytt sykehus antas å bedre dette. Eiendomsplanen som ble vedtatt i 2023 ble diskutert og Brukerutvalget stiller seg bak vurderingene som er gjort i denne. Det med å slå sammen flere seksjoner vil kunne øke kapasiteten, fleksibiliteten og frigjøre ressurser til utfordringene. Klinikken har ønske om mer samhandling med kommunene og ønsker å utfordre helsefelleskapet. Det ble påpekt at det er viktig å se kompetansen i kommune og helseforetak i sammenheng og at det er behov for å bidra til økt kompetanse hos kommunen. Det vises ellers til vedlagte presentasjon.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget støtter det arbeidet som PHR gjør i forhold til omstilling. Det er bra at det totale tilbudet til befolkningen blir forbedret.</p>
104/24	<p>Kontinuerlig forbedring</p> <p>Vedtak:</p>

Sak nr.	Sak/merknad
	Utsettes til neste møte.
105/24	<p>BU diskusjonen</p> <p>I perioden har brukerutvalgets medlemmer har vært med på følgende arenaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientsikkerhetsuka BS • MOBS-OBS Restrukturering BS • KKU BS • Workshop tjenstedesign BS • Allmøte • Presentasjon Tjenstedesign • Sentralt kvalitetsutvalg • Oppstart skiltprosjekt NSD • Arbeidsutvalget Brukerutvalget • Styremøte VV • Prosjektstyre NSD • Dialog om brukermedvirkning i omstilling • BET Arbeidsutvalget • Møte med klinikkledelse PHR om BET • KKU PHR • Forb. møte om kont. Forb. i BU LMK (legemiddelkomiten) • Månedlig møte om Pasientrelaterte saker AMB • Møte med klinikkledelse PHR om BET • LSU Kongsberg <p>Saker:</p> <p><i>Bærum sykehus kutter 50 årsverk grunnet dårlig økonomi - hva betyr det for pasientene?</i></p> <p>Økningen i bemanning ble gjennomført under pandemien. Etter pandemien har det fortsatt å øke, men pasientene har uteblitt. Det er på sykehusene færre pasienter enn tidligere. Feil koding av pasienter kan være en medvirkende faktor. En annen årsak kan være at mange pasienter heller velger private leverandører enn sykehuset.</p> <p>Det kan synes som om det er for mange senger på medisinsk avdeling på Bærum sykehus. Planen er å gå over fra medisinsk observasjonspost til en generell observasjonspost. Denne blir 8 senger større enn dagens post. Samlet medfører dette en reduksjon i antall ansatte med 50 personer på Bærum sykehus. Dette skal ikke gå ut over pasientbehandlingen.</p> <p>Det er en viktig diskusjon om hvor og hvordan behandlingen kan gis fremover. Noe er å snu pasienten allerede ved ambulansen ved å gi de bedre verktøy for å sikre at de som ikke må på sykehus kan behandles hjemme. Sykehusfinansieringen og koding må sees på så den tilpasses nye måter å jobbe på.</p>

Sak nr.	Sak/merknad
	Kan man sitte i andre brukerutvalg når en sitter i brukerutvalget i Vestre Viken? Det er i retningslinjene anført at medlemmer i Brukerutvalget som hovedregel ikke skal være med i andre brukerutvalg. Koordinator sjekker opp om det finnes noen kommunikasjon i forhold til utvelgelsen i sin tid.
106/24	Kommende møter <ul style="list-style-type: none">• Styrets årsplan• “Monsterarket”• Utkast til møteplan for 2025
107/24	Eventuelt

Årsplan for styret 2024

Ajourført pr. september 2024

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Tent. mandag 29. januar Digitalt / teams (09.00 – 10.00)		Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig årsresultat 2023 	
Mandag 19. februar Digitalt / teams (09.00 - 11.00)	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2023, inkludert risikovurdering og IKT • Årlig melding 2023 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2024 • Utkast styrets årsberetning • Årsrapport 2023 Varslingsutvalget Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 9. februar • SKU 30. januar • HAMU 6. februar • Styrets årsplan pr februar • Brukerutvalg 23. Januar • Ungdomsrådet 30. januar 	
15. februar - foretaksmøte for sittende styrer			
26. februar – foretaksmøte og felles styreseminar i regi av HSØ (Gardermoen)			Oppdrag og bestilling (OBD) 2024. Program formidles når dette er klart.
Tirsdag 19. mars Bærum sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Årsberetning/årsregnskap 2023 • Styrende dokumenter for VVHF 2024 • Instruks for styret i VVHF 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 29. februar 2024 inkl. rapportering bærekraftsplan 	Eget møte mellom styret og revisor.

	<ul style="list-style-type: none"> • Instruks for AD i VVHF • Ledelsens gjennomgang VVHF 2023 • Protokoll fra foretaksmøte og Oppdrag og bestilling for 2024 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Bærum sykehus • Pasientombudenes årsmelding 2023 • Rapport Forebygging av vold og trusler • Rapport undersøkelse legenes arbeidsforhold <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 7. mars • Brukerutvalg 12. mars • SKU 12. mars • Styrets årsplan pr mars 	
<p>Mandag 13. mai Kongsberg sykehus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2025 – 2028 • Styrets møteplan 2025 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etske retningslinjer i VVHF • Nytt sykehus Drammen • Kongsberg sykehus <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 25/26. april • HAMU 23. april • Brukerutvalg 7. mai • Styrets årsplan pr mai 	Pasient- og brukerombudet
<p>Mandag 10. juni</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 1. tertial 2024 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2024 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen 	Program styreseminar Forberedelser NSD Opplæring

Styremøte og styreseminar Brakerøya, Drammen		<ul style="list-style-type: none"> • Status investeringsramme 2024 Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> • SKU 14. mai • Brukerutvalg 4. juni • Styrets årsplan pr juni 	E-læringskurs "Etikk for alle"
13. juni - foretaksmøte og felles styreseminar i regi av HSØ (Grev Wedels plass 5, Oslo)			Program formidles når dette er klart
Mandag 26. august Digitalt / teams (09.00 - 10.00)		<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. juli 	
Mandag 23. september Ringerike sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 2. tertial 2024 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT • Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2025 • Strukturendringer PHR 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Ringerike sykehus • Status nytt sykehus Drammen • Forbedringsundersøkelsen 2024 • Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> • HAMU 3. september • SKU 27 august • Brukerutvalg 10. september • Styrets årsplan pr september 	
Mandag 21. oktober G 32, Drammen Styremøte og styreseminar	<ul style="list-style-type: none"> • Lønnsoppgjør 2024 for administrerende direktør 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. September 2024 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Drammen sykehus – oppfølging bærekraftsplanen. Flytteforberedelser • Nytt sykehus Drammen • Budsjett 2025 	Program styreseminar Evaluering av styrets arbeid Forskning i VVHF Bærum sykehus Evaluering av langvakter?

		<ul style="list-style-type: none"> • Prehospitaler tjenester (PHT) - oppfølging bærekraftsplanen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra HSØ 27. september • SKU 8. oktober • Brukerutvalg 15 • Styrets årsplan pr oktober 	
Mandag 18. november Digitalt / teams (09.00 – 12.00)	Avtale MHH	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2024 • Formalisering av ledernivå 5 i VVHF 	
Mandag 16. desember G 32, Drammen	<ul style="list-style-type: none"> • Budsjett og mål 2025 • Styrets årsplan 2025 • Revidering av bærekraftsplanen 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 30. november 2024 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Fullmakter i VVHF • Nytt sykehus Drammen Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 21. november • HAMU 10. desember • Brukerutvalg 10. desember • Styrets årsplan pr desember 	Dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet.

Merk:

- Det tas forbehold om endringer i oversiktene basert på at aktuelle saker ikke har fastsatt møtetidspunkt eller det er oppstått forsinkelser.
- Fysisk møte kan også omgjøres til digitalt møte ved behov.
- Oppdatert årsplan for styret ligger som fast referatsak til styremøtene.

Saker til behandling på senere tidspunkt / pendingliste styremøter:

Grønt: Står på listen i grønt i det møtet det leveres på – tas deretter ut av pendinglisten.

Bestilling fra styret	Bestillings- dato	Forventet leveranse	Status
Sak 28/2024 Ledelsens gjennomgang i VVHF 2023. Styret ønsker å bli oppdatert på et senere tidspunkt om hva som skal til for å komme høyere opp på den såkalte modenhetsskalaen; hvilke tiltak og innsats som må til og til hvilke tidsperspektiv.	19.03.24		Rapporteres i forbindelse med styresak om LGG våren 2025.
Sak 57/ 2024 Ventetidsløftet - tiltak. Styret merker seg at kveldspoliklinikk kun er et alternativ dersom andre tiltak ikke gir ønsket effekt. Styret ønsker en beskrivelse av målsetting for 2024 og 2025. Styret ønsker også en rapportering til 2. tertial i septembermøtet med en oversikt over hvordan midlene er fordelt, hvilke tiltak som er iverksatt og med hvilken effekt.	10.06.24	23.09.24	
Sak 58/2024 Virksomhetsrapportering pr. 1. tertial 2024 for VVHF. Styret har tro på tiltakene i bærekraftsplanen, samtidig har styret behov for å se at tiltakene virker og at kostnadene reduseres. Det er viktig at det gjennomføres gode prosesser slik at ansatte får et eierskap til tiltak, prosesser og resultater. Styret kommenterer at strukturelle tiltak, økt samhandling på tvers av klinikker og digitalisering som innebærer reduksjon i årsverk bør legges større vekt i det videre arbeidet.	10.06.24	23.09.24	

