

Til: Styret ved Vestre Viken HF
Dato utsendt: 21. november
Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 28. november 2022
Møtetid: kl. 10.00 – 16.00
Møtested: Habiliteringssenteret ved Drammen sykehus (Konggata 51, 3019 Drammen)

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, må melde fra om dette til styresekretær innen søndag 27. november (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
113/2022	10.00 5 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 28. november
114/2022	10.05 5 min	Godkjenning av møteprotokoll 31. oktober 2022 Vedlegg: Foreløpig protokoll 31. oktober 2022
115/2022	10.10 20 min	Driftsorientering fra administrerende direktør
116/2022	10.30 30 min	Virksomhetsrapportering pr. 31. oktober Vedlegg: 1. Virksomhetsrapportering pr. 30. september 2022
117/2022	11.00 30 min	Avhending av Drammen sykehus - ettersendes <i>Unntatt offentlighet jr. Offentlighetsloven § 23 første ledd</i>
Pause	11.30 30 min	Lunsj
118/2022	12.00 90 min	Statusoppdatering fra Drammen sykehus v/klinikkdirektør og avdelingssjefer. Tiltak for å øke aktiviteten og redusere kostander. Presentasjon i møtet.
Pause	13.30 10 min	Pause
119/2022	13.40 20 min	Status nytt sykehus Drammen
120/2022	14.00 10 min	Internfakturering av husleie i VVHF Vedlegg: 1. Styresak fra HSØ ang internhusleie 2. Veileder for internhusleie i HSØ 3. Mal for beregning av kapitalleien 4. Mal for leieavtale
121/2022	14.10 30 min	Eiendomsplan PHR Del 2 Vedlegg: Samhandling og Pasientflyt mot 2025 (SAPA), Delleveranse eiendomsplan.
Pause	14.40 10 min	Pause
122/2022	14.50 30 min	Digital transformasjon
123/2022	15.20 30 min	Evalueringsav styrets arbeid Vedlegg: Totalrapport evaluering av styrets arbeid 2022
124/2022	15.50 0 min	Referatsaker 1. Styreprotokoll fra HSØ 18. november 2. Referat HAMU 1. november 3. SKU 8. november 4. Brukerutvalg 22. november – ettersendes 5. Referat fra møte i ungdomsrådet 25.10.22 6. Styrets årsplan 2022 per november inkl. pendingliste

125/2022	15.50 10 min	Eventuelt
-----------------	-----------------	------------------

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Digitalt, Teams (Bærum sykehus)

Dato: 31. oktober 2022

Tidspunkt: Kl. 09.00 – 15.00

Følgende medlemmer deltok:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder (deltok fysisk)
Hans Tore Frydnes	Nestleder
Kari Fjelldal	Styremedlem
Robert Bjercknes	Styremedlem
Hans Kristian Glesne	Styremedlem
Bovild Tjønn	Styremedlem
Morten Stødle	Styremedlem
Gry Lillås Christoffersen	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
John Egil Kvamsøe	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem (deltok fysisk)

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

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte fysisk:

Navn	Funksjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør
Ulrich Spreng	Direktør fag
Mette Lise Lindblad	Direktør økonomi
Trine Olsen	Klinikkdirektør Bærum sykehus
Hilde Enget	Administrasjonssjef/styresekretær

Øvrig foretaksledelse og avdelingssjefer ved Bærum sykehus deltok på teams. Styrets leder Siri Hatlen ledet møtet og administrerende direktør la fram sakene. Protokollfører: Hilde Enget

Sak 98/2022 Godkjenning av innkalling og saksliste**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 99/2022 Godkjenning av styreprotokoller fra 26. september 2022**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Møteprotokoller fra styremøtet 26. september 2022 godkjennes.

Sak 100/2022 Driftsorientering fra administrerende direktør**Oppsummering av innhold**

Administrerende direktør informerte om grunnsteinsnedleggelse for Vestre Vikens virtuelle sykehus 1. november. Hun informerte om at salg av Drammen sykehus gjennomføres i hht tidsplanen og at budgivning behandles konfidensielt. Prosessen for salg av Blakstad sykehus har startet og det skal være et foretaksmøte med VVHF den 4. november hvor dette er tema. Det er opprettet strategisk samarbeid med Asker kommune (tilsvarende det vi har med Drammen kommune). Styreutvalget vil involveres også i dette arbeidet. Planlegging av flytteprosessen til nytt sykehus Drammen er godt i gang. Pasientsikkerhetsuka ble gjennomført i uke 42, noe som gir administrerende direktør god anledning til å besøke avdelinger og samtale med ansatte. Det pågår mye utviklingsarbeid i helseforetaket og ny operasjonsstue for hastekeisersnitt, opplæring av 57 nye forbedringsagenter og traineeordning for nyutdannede sykepleiere var noe som ble nevnt. Drammen sykehus skal lede internasjonal kreftstudie og dyktige kollegaer ved Drammen sykehus har utviklet skreddersydd statinbehandling som vil bidra til bedre behandling. Det ble gjennomført stor CBRNE-øvelse ved Bærum sykehus 13 oktober med 170 deltakere.

Kommentarer i møtet

Styret takker for presentasjonen og bemerker at det er mye positivt som skjer i helseforetaket.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

Sak 101/2022 Virksomhetsrapportering pr. 30. september 2022**Oppsummering innhold:**

De kortsiktige tiltakene som er iverksatt for å bedre økonomien forventes å få effekter i 2022, men dette er små beløp sett i forhold til foretakets samlede økonomiske utfordringer. Virksomheten er preget av ettervirkninger av pandemien, i form av et vedvarende høyt sykefravær og kostbare bemanningsløsninger. Særskilte kompensasjonsordninger knyttet til pandemien er fullt ut avvirket. Tilsvarende gjelder bruk av kveldspoliklinikk til økte timepriser, med svært få unntak som er valgt opprettholdt som følge av pasientsikkerheten. Tiltak er iverksatt, og flere er fortsatt under planlegging i klinikkene. For flere av tiltakene vil ikke effektene kunne komme umiddelbart. Prognosen for året er derfor redusert, og tatt ned til null i årsresultat, med et avvik mot budsjett på 280 MNOK. Det er fortsatt en risiko knyttet til dette resultatet. Tett oppfølging av tiltaksarbeidet i

klinikkene vil ha høy prioritet. Avregninger som gjøres i desember knyttet til uavviklet ferie og overlegetpermisjoner, samt avregninger for ISF gjør det ytterligere vanskelig å anslå prognosen.

Kommentarer i møtet:

Styret takker for en rapport med god oversikt. Det bemerkes at prognosen for året indikerer god effekt av tiltak de siste månedene og det hefter stor usikkerhet ved dette. Styret forstår at flere av tiltakene vil ta tid og det er nødvendig å jobbe langsiktig. Samtidig presiseres nødvendigheten av å tilpasse bemanningen til aktiviteten også på kort sikt. Det stilles spesielt spørsmål til tiltak for å ta ned sykefraværet. Innen sykefravær er det igangsatt et samarbeid med HR og NAV arbeidslivssenter for å se på andre tiltak enn de som allerede er iverksatt.

Ansattrepresentanten understreker viktigheten av å drifte forsvarlige helsetjenester. Særlig innsparing innen kurs og kompetanseutvikling har uheldige virkninger på trivsel, og for å beholde og rekruttere helsepersonell. Administrerende direktør minner om at dette tiltaket er midlertidig, men nødvendig for å få ned utgiftene.

Styret bemerker at det er uheldig at prognosen endrer seg gjennom høsten og ønsker informasjon om hvordan administrasjonen sikrer styringsinformasjon som gir mer trygghet for prognosene.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. 30. september til orientering.

Statusoppdatering fra Bærum sykehus

Presentører:

Klinikkdirektør Trine Olsen

Avdelingssjef Medisin Niels Tybo

Avdelingssjef AIO Heidi Ugreinov

Avdelingssjef Kirurgi Randi Andreassen

Avdelingssjef Ortopedi Wender Figved

Avdelingssjef Gynekologi og fødselshjelp Åse Pay

Avdelingssjef Forskning Arnljot Tveit

Presentasjonen i møtet ligger tilgjengelig i admincontrol.

Kommentarer i møtet:

Styret takker for gode presentasjoner og setter pris på å få innsyn i avdelingenes endringsarbeid.

Styret opplever at det er en god systematikk i måten avdelingene jobber på, at det er god lederforankring og at det gjennomføres gode prosesser.

Bærum opplever underdekning på særlig operasjonssykepleiere og intensivsykepleiere, på lik linje med hele landet. Det arbeides med dette internt i VV, men også i samarbeid med OUS og inn mot utdanningsinstitusjonene.

Ansattrepresentanten stiller spørsmål til nedtak av senger på medisinsk avdeling siden avdelingen tidvis opplever overbelegg og aktiviteten nå synes på vei opp. Det kommenteres at sikre pasientforløp og aktivitetsbasert ressursplanlegging skal bidra til rett bemanning ut fra behovene. Styret spør om ledelsen opplever å ha tilstrekkelig med styringsdata og det bekreftes at det foreligger gode data, men at foretaket mangler data på enkelte områder, blant annet fra Metavision. Styret ønsker å få innsikt i foretakets situasjon mht. tilgang til god styringsinformasjon. Styret stiller spørsmål til hvordan klinikken sikrer at tiltakene fortsetter. De fleste tiltakene omhandler gode pasientforløp og god ressursutnyttelse. Det viktig å holde fast i systematikken som nå utformes.

Sak 102/2022 Orientering om statsbudsjettet og resultatkrav 2023

Oppsummering innhold:

Notatet gir en kort redegjørelse for de viktigste forholdene ved forslag til statsbudsjett for 2023, samt foretakets vurdering av muligheten til å realisere planlagt resultat i 2023. Utfordringene inn mot 2023 omhandler nødvendige omstillingstiltak, spesielt i somatikken, fortsatt høyt aktivitetsnivå innen døgnbehandling i psykisk helse og rus som ikke møtes av inntekter, fortsatt høyt prisnivå uten kompensasjon, risiko knyttet til omleggingen av ISF finansieringen, samt fortsatt økt vekst i behandlingshjelpemidler, pasientreiser og ambulansetransport. Det er risiko for at økonomisk effekt av omstillingstiltak ikke oppnås tidlig i 2023.

Planlagt resultatnivå for 2023 en forutsetning for å kunne opprettholde investeringsnivået, samt oppfylle kravet til egenfinansiering av nytt sykehus i Drammen.

Vurdert ut fra dagens situasjoner det en reell risiko for at resultatmål i ØLP ikke vil oppnås. Rammetildeling fra HSØ forventes medio november. Det kan fortsatt komme endringer i statsbudsjettet.

Kommentarer i møtet:

Styret presiserer viktigheten av å opprettholde resultatkravet for å sikre fremtidig økonomisk bærekraft. Styret ber om at det til styremøtet 28. november fremlegges en oversikt over forventede effekter at prisøkninger som ikke forventes kompensert i 2023. Det er berammet styreledermøte 9. november og det er ønskelig å innhente informasjon om hvordan andre helseforetak og HSØ forholder seg til dette. Høyere energikostnader vil påvirke negativt og bare legge seg på toppen. Virksomheten er under stor omstilling, dette er krevende og det vil ta tid før det oppnås full effekt. Det er lite sannsynlig at høyere lønns- og energikostnader vil bli kompensert, slik at styret må være forberedt på å måtte diskutere mer strukturelle tiltak dersom resultatkravet opprettholdes.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar redegjørelsen om statsbudsjett og resultatkrav 2023 til orientering.

Sak 103/2022 Status BRK-programmet

Oppsummering innhold:

BRK-prosjektet er et stort investeringsprogram for Vestre Viken. Prosjektet har prioritert investeringer til vedlikehold og oppgradering av Bærum, Ringerike med HSS og Kongsberg og programmet virker etter hensikten.

Det arbeides for prisjustert finansiering av prosjektprogrammet i tråd med de opprinnelige årlige rammene som forutsatt i planen. Økningene i byggekostnader er imidlertid uforutsigbare, og kan måtte møtes med å skyve prosjekter ytterligere i tid. Manglende oppnåelse av resultatkravet i 2022 innebærer også reduserte investeringsrammer i 2023 og påvirker fremdrift i programmet. Det vil bli utarbeidet en konsekvensanalyse, der mulige kompenserende tiltak skal identifiseres.

Kommentarer i møtet:

Ansattrepresentant peker på viktigheten av BRK programmets gjennomføring slik at de andre klinikkene utover NSD får gjennomført nødvendig vedlikehold og oppgradering. Det kommenteres

at styret har ansvar for totaløkonomien i helseforetaket og at en konsekvensanalyse til neste styremøte imøteses. Styret bemerker at det har vært en positiv utvikling av den tekniske tilstanden på sykehusene etter at programmet startet.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar saken til orientering og legger prosjektprogrammet BRK til grunn for vedlikehold og oppgradering av Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus.
2. Prioriteringer i kommende års budsjetter vurderes i forbindelse med styrets behandling av budsjett for de respektive år.

Sak 104/2022 Status nytt sykehus Drammen

Oppsummering innhold:

Byggeprosjektet har meldt forsinkelser i ferdigstilling av råbygg og tett hus-entreprisene for behandlingsbygg A og B. Det er derfor nødvendig å replanlegge fremdrift for disse byggene, samt sengebyggene. Administrerende direktør vil påse at revidert fremdriftsplan og eventuelle konsekvenser mht. plan for ibruktakelse for VVHF følges opp, og at styret orienteres så snart disse foreligger. Administrerende direktør konstaterer at aktiviteter innen den enkelte faggruppe og pågående delprosjekter, i hovedsak gjennomføres i hht. plan.

Kommentarer i møtet:

Prosjektdirektør Rune Abrahamsen opplyser om at enkelte utstyrsanskaffelser har hatt utfordringer med å få involvert brukerinvolvering, og har derfor brukt noe mer tid i forberedelsesprosessen for å sikre dette. Styret ønsker at det settes av noe mer tid til status NSD i neste styremøte.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Sak 105/2022 Medarbeiderundersøkelsen ForBedring i 2022 VVHF

Oppsummering innhold:

Resultatene fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring viser at de fleste medarbeiderne er godt fornøyde med å jobbe i VVHF. Det oppleves i all hovedsak trygt å si fra om kritikkverdige forhold, samt å melde fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil. Dette er viktig i arbeidet med kontinuerlig forbedring, og for å ivareta pasientsikkerheten.

Det er imidlertid stor spredning i ansattes opplevelse av høy arbeidsbelastning, og dette må følges opp særskilt ved de aktuelle enhetene.

Kommentarer i møtet:

Styret takker for presentasjon og bemerker at det er mange gode resultater. Det uttrykkes imidlertid bekymring knyttet til at VVHF skårer lavt på arbeidsforhold sammenliknet med andre helseforetak. Direktør kompetanse opplyser om at det er satt ned en arbeidsgruppe som arbeider med forbedringstiltak overfor de avdelinger som har lave skår. Klinikken har god oversikt slik at de kan følge opp sine avdelinger og utsatte avdelinger analyseres og får ekstra oppfølging etter behov.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret tar resultatet og videre oppfølging av medarbeiderundersøkelsen Forbedring i Vestre Viken HF 2022 til orientering.

Sak 106/2022 Forskning i VVHF**Oppsummering innhold:**

To prosjekter, som er i skjæringspunktet mellom forskning og innovasjon blir presentert for styret i møtet. Begge prosjektene breddes til andre institusjoner/foretak. Prosjektene er eksempler på synergier mellom forskning og innovasjon. Forskningssjef Kristine K. Sahlberg innledet i saken.

Presentører:

Marte R Syvertsen: Brukerstyrt epilepsioppfølging.

Marius Myrstad: "The Norwegian exercise and atrial fibrillation initiative".

Presentasjonene ligger tilgjengelig i admincontrol.

Kommentarer i møtet:

Styret takker for spennende foredrag. Flott å se hvordan helseforetaket driver forskning innen store pasientgrupper og at dette gir økt kvalitet, utvikling og økonomisk god ressursutnyttelse. Dette er god markedsføring av VVHF. At forskning og innovasjon ikke er adskilt, kommenteres som positivt. Viktig for pasientene at vi bruker ressursene riktig, som epilepsioppfølgingen er et godt eksempel på. Systematikk og tilnærming vist i disse prosjektene har stor overføringsverdi for andre.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret tar saken til orientering.

Sak 107/2022 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i VVHF**Oppsummering innhold:**

Presentasjon av kvalitetsindikatorerne viser at Vestre Viken HF innenfor de fleste områder ligger på gjennomsnittet eller bedre, men at det også er områder der det er behov for ekstra oppmerksomhet og målrettede tiltak. Resultatene fra den nasjonale brukererfaringsundersøkelsen viser at pasienttilfredsheten er noe lavere i Vestre Viken HF enn gjennomsnittet i Norge. Det er satt i gang et arbeid for å forbedre Vestre Viken HF's egen brukerundersøkelse for å kunne følge tettere opp.

Kommentarer i møtet:

Styret gir uttrykk for tilfredshet med oppnåelse av gode resultater og imøteser det videre arbeidet med forbedringsområdene.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret tar gjennomgang av status for arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til orientering med de innspillene som er gitt i møtet.

Sak 108/2022 Konsernrevisjonens rapport «Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester»**Oppsummering innhold:**

Resultatene fra konsernrevisjonens revisjon viser at ikke alle helseforetak har systematisert arbeidet med å redusere uønsket variasjon. Vestre Viken HF kommuniserer målet om å redusere uønsket variasjon i styringslinjen, og resultater fra kvalitetsregistre og helseatlas brukes aktivt i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Hans Petter Eide og Marianne Enger deltok fra konsernrevisjonen HSØ.

Kommentarer i møtet:

Styret takker for rapporten og for gjennomgangen i møtet.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret tar saken til orientering.

Sak 109/2022 Sykehus i nettverk og sårbare fagmiljøer**Oppsummering innhold:**

Sykehus i nettverk skal sikre gode og likeverdige helsetjenester til alle i Vestre Viken HF sitt opptaksområde. Behandling for vanlige sykdommer, kroniske tilstander, psykiske helseproblemer og rusavhengighet skal tilbys så nær der pasienten bor som mulig. Høyspesialisert behandling vil kreve samarbeid i de aktuelle fagmiljøene. Samarbeid skal sikre at Vestre Viken benytter sine ressurser til pasientens beste, og til robuste fagmiljøer som rekrutterer og beholder fagpersonell.

Det er etablert strukturer som fremmer samarbeid i nettverk på flere nivåer. Sykehusene i Vestre Viken samarbeider i dag innen mange områder, både fysisk (ambulering), og i økende grad digitalt. Det er gitt et klart oppdrag til sykehusene om at nettverkssamarbeid skal utvides ytterlig fremover.

Kommentarer i møtet:

Styret opplever Sykehus i nettverk som et spennende utviklingsområde, og som viser fremtidens sykehusstilbud til beste for pasientene. Ansattrepresentant kommenterer at ambuleringsavtalene for ansatte er et godt eksempel på samarbeid på tvers av sykehusene og riktig bruk av kompetanse. Styret berømmer foretaket for det arbeidet som utføres på dette området med tanke på å oppnå mer robuste fagmiljøer og likeverdige pasienttilbud.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret tar saken til orientering.

Sak 110/2022 Referatsaker

Ingen kommentarer.

Sak 111/2022 Eventuelt

Ingen saker.

Drammen 31. oktober 2022

Siri Hatlen
styreleder

Hans Tore Frydnes
nestleder

Bovild Tjønn

Hans-Kristian Glesne

Tom Roger H Frost

John Egil Kvamsøe

Robert Bjerknes

Kari Fjelldal

Morten Stødle

Toril A K Morken

Gry Lillås Christoffersen

Dato: 21. november 2022
Saksbehandler Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering pr. 31. oktober 2022

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	116/2022	28.11.2022

Forslag til vedtak

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

Drammen, 21. november 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. 31. oktober 2022 i tråd med styrets årshjul.

Saksutredning

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

Økonomi

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	-29 054	-57 982	-60 000		
		Mål	23 333	233 333	280 000		
		Avvik	-52 387	-291 316	-340 000		
		I fjor	21 247	204 246	168 514		

Resultat pr. oktober viser et underskudd på 58 MNOK som er 291,3 MNOK bak budsjettert resultatmål. Resultatet inkluderer merinntekter på 30,8 MNOK vedrørende gevinst ved salg av eiendom og utstyr, samt merkostnader på 23 MNOK vedrørende vedlikehold over drift som møtes av lavere investeringer. I tillegg kommer høyere energikostnader med 28 MNOK utover budsjett, lønnsoppgjør utover budsjett med 23 MNOK, i tillegg til økte priser på varer og tjenester anslått til 50 MNOK. Korrigert for disse forholdene er det et negativt avvik mot budsjett på 198 MNOK som er relatert til underliggende drift med lavere inntekter enn budsjett og betydelig høyere lønnskostnader. Pasientrelaterte inntekter er 18 MNOK lavere enn budsjett i oktober måned.

Sykefraværet er fortsatt høyt og bidrar til økte lønnskostnader og innleie. Varekostnader og byggkostnader er utsatt for høy prisvekst. I budsjettet for 2022 er foretaket kompensert for prisvekst på 1,5 %. Prisveksten i 2022 har vært langt høyere enn dette på mange områder. Avviket på byggvedlikehold er så langt ikke koblet til prisveksten da flere prosjekter er utsatt.

Lønnskostnader (eks. pensjonsøkning sfa januar aktuar) er 304 MNOK over budsjett pr. oktober, der 165,6 MNOK av dette ble dekket av ekstra basistildelinger i juni som følge av pandemien. Det er overforbruk på både fast og variabel lønn og dette har vedvart. Faktisk brutto månedssverk i oktober og november ligger vesentlig over budsjett, og medfører avvik på lønnskostnader også i november måned. Utviklingen videre avhenger av effekter av tiltak og utviklingen i sykefraværet.

Kostnader til innleie har vært vesentlig over budsjett i 2022 som følge av rekrutteringsutfordringer, sykefravær og sommerferieavviklingen. Innleiekostnaden er noe fallende, men fortsatt vesentlig over budsjett.

Prognose

Resultatprognosen er forverret med 60 MNOK siden forrige rapportering. Dette innebærer et negativt resultat på 60 MNOK mot et budsjettert resultat på 280 MNOK, et avvik på 340 MNOK. Prognosen forutsetter et gjennomsnittlig nullresultat i november og desember måned. Det må derfor fortsatt presiseres at det fortsatt kan bli forverringer. Det er angitt en best og worst case for prognosen rapportert til HSØ. I beste fall vurderes det å kunne oppnås et underskudd på 10 MNOK, mens det i verste fall blir et underskudd på 120 MNOK, altså 400 MNOK lavere enn budsjett.

Prognosen inkluderer 30,8 MNOK fra gevinst ved salg som ikke er budsjettert, samt 27 MNOK i høyere vedlikeholdskostnader over drift enn budsjett. Forventet effekt av lønnsoppgjøret utgjør

32 MNOK. Prisavvik på energi utgjør 32 MNOK. I tillegg kommer høyere priser på varer og tjenester, anslått til 60 MNOK for året.

Det driftsmessige negative resultatavviket utover de faktorer foretaket vanskelig kan påvirke, består av inntektsavvik som følge av lavere aktivitet spesielt på døgn innen somatikk, vesentlig høyere lønnskostnader som følge av høyere bemanning, samt dyre kompensasjonsordninger, overtid, ekstrahjelp og innleie som følge av høyt sykefravær.

Tiltak for å bedre den økonomiske situasjonen

De kortsiktige tiltakene løper i første omgang ut året. Dette omfatter avvikling av kveldspoliklinikk, ansettelsesstopp i administrative stillinger, stram styring av innleie, reduksjon av kurs/ konferanser, samt redusert bruk av eksterne konsulenter. Obligatoriske kurs i fbm etterutdanning vil videreføres. Noe kveldspoliklinikk opprettholdes også der det er vurdert som helt nødvendig mht. pasientsikkerhet.

Klinikkene presenterte sine planer for forbedring av økonomien i styreseminaret i september. Styret fikk videre en grundig presentasjon av arbeidet som pågår ved Bærum sykehus i styremøtet i oktober, og vil i styremøtet i november få en tilsvarende presentasjon fra Drammen sykehus. Det er stilt krav om at produktivitetsnivået må tilbake til nivået i 2019. Flere klinikker hadde også i 2019 underskudd, noe som medfører at det er behov for ytterligere forbedringer. Økning av elektiv aktivitet innen somatikk er nødvendig, og vil kreve at personalkostnader følges tett opp. Tiltak og effekter av disse blir fulgt opp ved detaljerte gjennomganger av utviklingen på avdeling og seksjon. Vedlagte rapporter over virksomheten pr. oktober omfatter klinikkvise oversikter over utvikling i variable og faste lønnskostnader, brutto bemanning, innleie og aktivitet. Flere av klinikkene har begynt å vise forbedringer.

Klinikkene utreder flere tiltak som kan iverksettes for en bedre samlet ressursutnyttelse ("sykehus i nettverk"). Sikre pasientforløp og aktivitetsstyrt ressursplanlegging er en del av dette. Det pågår også et arbeid for bedre fordeling av oppgaver mellom klinisk personell og servicepersonell fra klinikk for intern service. Digitalisering av flere tjenester er et viktig tiltak der foretaket har dedikerte ressurser som støtter klinikkene i implementering av digital hjemmeoppfølging.

Som følge av den økonomiske situasjonen er det lagt begrensninger på investeringsnivået i 2022, og rammene for investeringer i 2023 må reduseres sammenlignet med ØLP.

Aktivitet

Vestre Viken HF			Denne måned	Hittil i år	Prognose
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgnet, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	9 774	94 782	115 146
		Mål	10 373	100 918	121 612
		Avvik	-599	-6 136	-6 466
		I fjor	9 449	90 628	109 233
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	15 750	144 244	174 829
		Mål	15 632	145 827	176 327
		Avvik	118	-1 583	-1 498
		I fjor	14 319	143 133	172 305
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	8 509	75 899	92 515
		Mål	8 063	76 389	92 515
		Avvik	446	-490	0
		I fjor	7 527	75 332	90 117
5	AKTIVITET Telefon- og videokonsultasjoner ANDEL	Virkelig	10,5 %	10,8 %	10,0 %
		Mål	15,0 %	15,0 %	15,0 %
		Avvik	-4,5 %	-4,2 %	-5,0 %
		I fjor	10,9 %	13,3 %	13,1 %

Somatikk

Det er i 2022 planlagt for et normalt år når det gjelder aktivitet. Aktiviteten i år har imidlertid vært påvirket av koronapandemien. Det har vært lavere aktivitet innen øyeblikkelig hjelp sammenlignet med 2019, og planlagte behandlinger/operasjoner har blitt utsatt grunnet sykefravær hos ansatte og pasienter. Enkelte avdelinger har fortsatt sykefravær, vakante stillinger og rekrutteringsutfordringer som påvirker aktiviteten, f.eks. innen operasjonssykepleie. Det er fortsatt lavere elektiv aktivitet (både døgnet- og dagkirurgi) enn budsjettet, og det jobbes med tiltak for å øke aktiviteten.

Døgnopphold pr. oktober er 4782 bak plan. Dagkirurgi er 2196 opphold bak plan, dagbehandling er 833 bak plan, og antall polikliniske konsultasjoner er 8450 bak plan pr. oktober. Aktiviteten i oktober måned har vært bak plan på døgnet, dag og poliklinikk. Antall ISF-poeng er 6136 bak plan hittil i år. Vedlegget viser klinikkvisse oversikter over utviklingen.

Prognosen for året forutsetter at døgnet og dag-/dagkirurgisk aktivitet er noe bak plan ut året. Polikliniske konsultasjoner forventes å være i tråd med plan ut året.

Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus

I oktober er antall konsultasjoner over budsjett innen BUP og VOP/TSB samlet, og 0,8 % høyere pr. oktober i år enn ved samme periode i fjor.

PHR har fortsatt kapasitetsutfordringer i poliklinikkene, med økning i antall henvisninger både innen VOP og BUPA. Hittil i år er det en vekst i henvisninger innen VOP på 8 % og innen BUP på 6 % sammenlignet med samme periode i fjor.

Tilskuddsmidler fra prop. 195 ble i sin helhet overført til 2022 og har bidratt til å øke kapasiteten. FACT Ung breddes ut i BUPA, og har hatt en opptrapping av aktivitet fra september.

Telefon- og videokonsultasjoner

Andel telefon- og videokonsultasjoner er ca. 11 % i oktober. Målet i 2022 er 15 % for somatikk og 25 % for psykisk helsevern. Andelen telefon- og videokonsultasjoner pr. oktober er bak målkravet for både somatikk og psykisk helsevern. Andelen må sees i sammenheng med andre metoder for digital hjemmeoppfølging (for eksempel egenregistrering og sensorteknologi). I forbindelse med Vestre Vikens program for digital hjemmeoppfølging er det startet flere prosjekter som vil øke andelen av digital hjemmeoppfølging. Dog teller for eksempel oppfølging med skjema (Checkware) ikke som digitale konsultasjoner.

Kvalitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk	Virkelig	69	63	63
		Mål	50		
		Avvik	19		
		I fjor	62		
7	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	38	45	43
		Mål	38		
		Avvik	-0		
		I fjor	39		
8	KVALITET Overholdelse pasientavtaler (passert planlagt tid) ANDEL	Virkelig	89 %	89 %	90 %
		Mål	95 %		
		Avvik	-6 %		
		I fjor	90 %		
9	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	67 %	67 %	70 %
		Mål	70 %		
		Avvik	-3 %		
		I fjor	72 %		

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

Ventetid somatikk

Ventetiden innen somatikk var 69 dager i oktober. Målet er 50 dager. Pr. oktober er ventetiden 63 dager. Noe skyldes utsatt behandling som følge av pandemien, men noe skyldes at man ikke har oppnådd planlagt aktivitetsnivå. Klinikken prioriterer pasienter slik at ventetiden er forsvarlig. Prognosen for 2022 er justert til 63 dager.

Ventetid psykisk helse og rus

Innen psykisk helsevern og TSB er ventetiden samlet i oktober 38 dager og pr. oktober 45 dager. Ventetiden hittil i år er lengre enn målet innen BUP, VOP og TSB. Antall henviste pasienter er høyt. Bemanningen innen barne- og ungdomspsykiatrien økes, og det pågår kveldspoliklinikk både innen BUP og VOP for å øke aktiviteten. Prognosen for 2022 opprettholdes på 43 dager.

Overholdelse av pasientavtaler

Andel overholdte pasientavtaler var 89 % i oktober. Klinikken har planer for å ta igjen etterslepet. Prognosen for 2022 endres til 90 %.

Pakkeforløp for kreft

Vestre Viken ligger noe under målkravet på 70 % med oppnådd 67 % pr. oktober. Området følges tett opp på de ulike fagområdene. Det utføres forløpsgjennomganger av klinikkene på pakkeforløp med manglende måloppnåelse for identifisering av utfordringsområder og iverksettelse av tiltak. Læringsnettverk pakkeforløp kreft startet etter sommeren. Klinikken deltar på workshops og arbeider med forbedring for økt måloppnåelse av pakkeforløp. Det er iverksatt læring og erfaringsutveksling på tvers av klinikker i forbedringsarbeid av pakkeforløp. Pakkeforløp hjem skal implementeres i løpet av 2022. Arbeidet er godt i gang.

Avslag BUP

Psykisk helse og rus		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
5	KVALITET Avslag BUPA (ekskl annet BUP-tilbud i kommune)	Virkelig	8,4 %	14,2 %	14,0 %	10,0 %	10,0 %
		Mål	10,0 %				
		Avvik	-1,6 %				
		I fjor	20,6 %				
	ANDEL			4,2 %	4,0 %	19,6 %	19,0 %

Andel avslag innen BUPA viser en positiv trend, og er bedre enn målet i oktober. Det er etablert dialogbasert inntak sammen med kommunene. Dette har gitt reduksjon i avslagene. Størst effekt ses i Drammen BUP hvor avslagsprosenten hittil i år er 6,4 %. Det forventes ytterligere effekt. Ordningen med dialogbasert inntak vil videreutvikles i samarbeid med kommunene og med forankring i Helsefelleskapet.

HR

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
13	HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 984	7 971	7 964	7 800	7 796
		Mål	7 796				
		Avvik	188				
		I fjor	7 822				
				7 789	7 795		
14	HR Sykefravær i PROSENT	Virkelig	8,3 %	8,7 %	8,7 %	7,5 %	7,5 %
		Mål	7,1 %				
		Avvik	1,2 %				
		I fjor	8,6 %				
				7,8 %	8,2 %		
15	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	2,5 %	2,8 %	2,8 %	0,0 %	0,0 %
		Mål	0,0 %				
		Avvik	2,5 %				
		I fjor	3,4 %				
				3,0 %	3,0 %		

Brutto månedsverk

Gjennomsnittlig brutto månedsverk pr. november er 7971, som tilsvarer 171 brutto månedsverk mer enn budsjett. Brutto månedsverk i november er 7984. Dette er 188 brutto månedsverk over budsjettet nivå og 162 over fjoråret. Flere klinikker viser en forbedring målt mot budsjett de siste månedene. I november er Ringerike sykehus, Psykisk helse og rus og Prehospitale tjenester omtrent på budsjettet nivå. Prognosen for året er 168 årsverk over budsjettet nivå.

Sykefravær

Sykefraværet hittil i år (pr. oktober) er 8,7 % som er 1,2 % høyere enn måltall. I oktober var langtidsfraværet 5,3 %, og korttidsfraværet på 3,0 %. Langtidssykefraværet har vært stabilt over tid, og er så langt på 5,2 %. Korttidsfraværet i år er på 3,5 %, sammenlignet med 2,5 % i fjor. I 2019 var korttidsfraværet 2,3 % og langtidsfraværet 5 %. Sykefravær er kostbart for foretaket. De første 16 dager får arbeidsgiver ingen refusjon fra NAV, og i tillegg kommer utgifter til vikar, overtid, samt fravær av viktig kompetanse, og merbelastning for kollegaer som er på jobb. Høsten er erfaringsmessig preget av noe høyere sykefravær som følge av sesongvarierte sykdom (forkjølelse, influensa). Alle medarbeidere i Vestre Viken får tilbud om influensavaksine.

AML-brudd

I oktober var gjennomsnittlig andel AML-brudd 2,5 % av alle vakter i foretaket, som er på samme nivå som forrige måned. Årsaken til AML-bruddene begrunnes i manglende tilgang på kompetanse og sykefravær, vakante stillinger og mangel på kvalifiserte vikarer. En vanskelig vikarsituasjon medfører større bruk av overtid på egne ansatte.

Administrerende direktørs vurderinger

Det økonomiske resultatet er ytterligere forverret. Effekten av de kortsiktige tiltakene utgjør små beløp sett i forhold til foretakets samlede økonomiske utfordringer. Virksomheten er fortsatt preget av ettervirkninger av pandemien, i form av et vedvarende høyt sykefravær og kostbare bemanningsløsninger. Særskilte kompensasjonsordninger knyttet til pandemien er fullt ut avvirket. Tilsvarende gjelder bruk av kveldspoliklinikk til økte timepriser, med svært få unntak som er valgt opprettholdt som følge av pasientsikkerheten.

Tiltak er iverksatt, og flere er under planlegging i klinikkene. For flere av tiltakene vil ikke effektene kunne komme umiddelbart. Prognosen for året er derfor redusert, med et avvik mot budsjett på 340 MNOK. Det er fortsatt en risiko knyttet til dette resultatet. Tett oppfølging av tiltaksarbeidet i klinikkene har høy prioritet.

Ventetiden innenfor somatikken er fortsatt høy, og utfasing av ekstraordinære tiltak vil kunne gi ytterligere økte ventetider innenfor noen fagområder. Risikovurderinger blir gjort, og det blir arbeidet med å finne kompenserende tiltak. Et av disse er å øke andelen digitale konsultasjoner. Nivået på digitale konsultasjoner er ikke i tråd med målsetningen. Aktiviteten innen psykisk helse og rus er høy, og ventetider på dette området viser forbedring.

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

Vedlegg:

1. Virksomhetsrapportering pr. 31. oktober 2022

Sak 116/2022

Virksomhetsrapportering pr. oktober 2022

21. november 2022



Måltavle pr. oktober – Økonomi og aktivitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	-29 054	-57 982	-60 000
		Mål	23 333	233 333	280 000
		Avvik	-52 387	-291 316	-340 000
		I fjor	21 247	204 246	168 514
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	9 774	94 782	115 146
		Mål	10 373	100 918	121 612
		Avvik	-599	-6 136	-6 466
		I fjor	9 449	90 628	109 233
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	15 750	144 244	174 829
		Mål	15 632	145 827	176 327
		Avvik	118	-1 583	-1 498
		I fjor	14 319	143 133	172 305
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	8 509	75 899	92 515
		Mål	8 063	76 389	92 515
		Avvik	446	-490	0
		I fjor	7 527	75 332	90 117
5	AKTIVITET Telefon- og videokonsultasjoner ANDEL	Virkelig	10,5 %	10,8 %	10,0 %
		Mål	15,0 %	15,0 %	15,0 %
		Avvik	-4,5 %	-4,2 %	-5,0 %
		I fjor	10,9 %	13,3 %	13,1 %

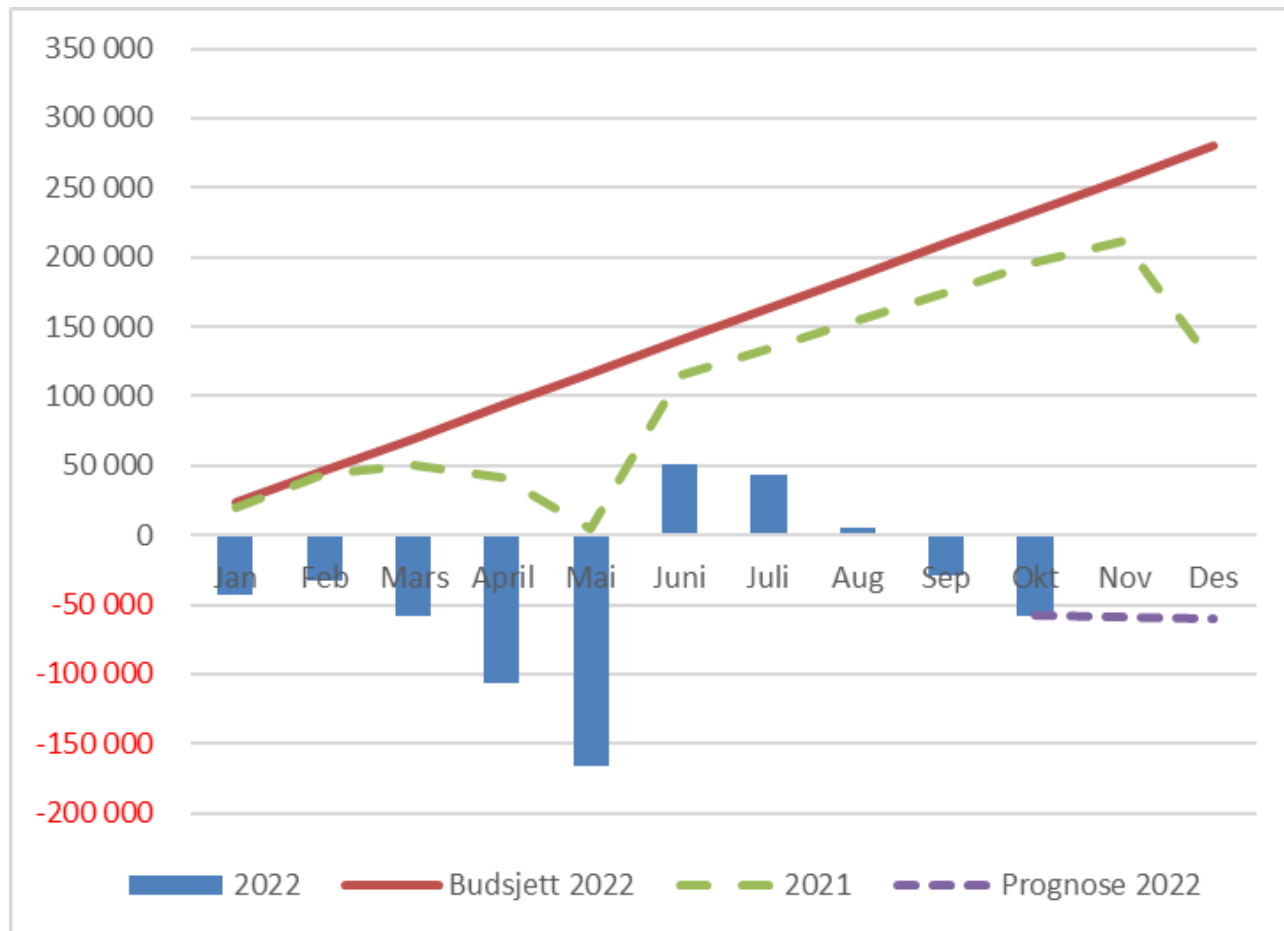
Måltavle pr. oktober – Kvalitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk	Virkelig	69	63	63
		Mål	50		
		Avvik	19		
		I fjor	62		
7	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	38	45	43
		Mål	38		
		Avvik	-0		
		I fjor	39		
8	KVALITET Overholdelse pasientavtaler (passert planlagt tid) ANDEL	Virkelig	89 %	89 %	90 %
		Mål	95 %		
		Avvik	-6 %		
		I fjor	90 %		
9	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	67 %	67 %	70 %
		Mål	70 %		
		Avvik	-3 %		
		I fjor	72 %		
12	KVALITET Avslag BUP (eksl. Annet tilbud i kommune) ANDEL	Virkelig	8 %	14 %	14 %
		Mål	10 %		
		Avvik	-2 %		
		I fjor	25 %		

Måltavle pr. oktober – HR

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose
13	HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 984	7 971	7 964
		Mål	7 796	7 800	7 796
		Avvik	188	171	168
		I fjor	7 822	7 789	7 795
14	HR Sykefravær i PROSENT	Virkelig	8,3 %	8,7 %	8,7 %
		Mål	7,1 %	7,5 %	7,5 %
		Avvik	1,2 %	1,2 %	-1,2 %
		I fjor	8,6 %	7,8 %	8,2 %
15	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	2,5 %	2,8 %	2,8 %
		Mål	0,0 %	0,0 %	0,0 %
		Avvik	2,5 %	2,8 %	2,8 %
		I fjor	3,4 %	3,0 %	3,0 %

Resultatutvikling - akkumulert



Resultatprognose

Prognosen er forverret med 60 MNOK fra forrige rapportering og viser et årsresultat som er 340 MNOK bak budsjett.

- Prognosen inkluderer gevinst ved salg på 30,6 MNOK
- Prognosen tar høyde for økte pensjonskostnader og tilsvarende økt basisramme i tillegg til økt bevilgning for endrede pensjonskostnader
- Prognosen inneholder kompensasjon for inntektstap og merkostnader knyttet til koronapandemien.
- Prognosen tar høyde for beregnet effekt av årets lønnsoppgjør ut over budsjettforutsetningene med 32 MNOK
- Prognosen tar høyde for økte energikostnader på 32 MNOK.
- Det inngår et merforbruk på vedlikehold over drift på 27 MNOK utover budsjett. Dette møtes av lavere investeringer.
- Det er i tillegg tatt høyde for noe lavere inntekter og høyere kostnader enn budsjett ut året.

pr oktober 2022	Budsjett	Estimat	Avvik
	i år	2022	
Basisramme inkl. KBF	6 683 583	6 722 870	39 287
ISF inntekter	3 328 286	3 148 095	- 180 191
Gjestepasient inntekter	170 260	155 615	- 14 645
Andre pasientrelaterte inntekter	565 095	572 135	7 040
Øvrige driftsinntekter	456 516	746 064	289 548
Gevinst ved avgang av anleggsmidler		30 802	30 802
SUM Inntekter	11 203 740	11 375 581	171 841
Varekostnader	1 494 787	1 553 983	- 59 196
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	916 311	881 547	34 764
Innleid arbeidskraft	15 465	78 261	- 62 796
Lønnskostnader	6 950 973	7 306 542	- 355 569
Avskrivninger og nedskrivninger	324 097	318 681	5 416
Andre driftskostnader	1 215 258	1 285 766	- 70 508
Netto finanskostnader	6 849	10 801	- 3 952
SUM Driftskostnader inkl. finans	10 923 739	11 435 581	511 842
Resultat	280 000	- 60 000	- 340 000

Økte pensjonskostnader

Aktuarberegning foretatt i januar 2022 innebærer en økt pensjonskostnad på 16,4 MNOK i forhold til budsjett. Foretaket er gjennom revidert nasjonalbudsjett kompensert med basisramme tilsvarende økningen i pensjonskostnaden. Dette er ført med 10/12-deler pr. oktober. Det ble i styresak 087/2022 i HSØ godkjent fordeling av gjenstående bevilgning til endrede pensjonskostnader. Vestre Viken får økt basisramme på 20,6 MNOK. 3/5 er ført pr. oktober.

Resultatutvikling per klinikk

Resultat pr klinikk	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Hittil i år
Drammen	-31 173	-22 850	-29 339	-26 743	-22 942	99 275	-16 844	-24 938	-15 181	-26 468	-117 202
Bærum	-21 541	-11 709	-16 352	-19 208	-17 479	59 584	-14 469	-15 339	-12 722	-14 798	-84 032
Ringerike	-10 924	-5 497	-7 988	-8 105	-5 266	28 466	-2 976	-4 937	-6 230	-6 492	-29 950
Kongsberg	-499	-4 741	-4 435	-4 886	-9 850	12 687	-1 373	-4 781	-6 082	-4 913	-28 873
Intern service drift	-2 061	-853	-2 562	-755	-1 363	3 439	2 128	-2 142	575	30	-3 564
Psykisk helse og rus	-12 335	-8 906	-12 816	-11 531	-11 394	20 555	-9 933	-7 310	-4 937	2 332	-56 277
Prehospital tjenester	-2 543	-2 821	-4 066	-4 041	-4 305	7 289	-3 030	-2 174	-1 163	-1 028	-17 881
Medisinsk diagnostikk	1 920	10 771	-8 091	-4 232	-3 912	-4 686	-6 251	-7 810	-6 674	-3 537	-32 502
Stabene	3 567	809	465	1 903	2 418	1 530	1 016	1 040	241	-2 828	10 161
Felles økonomi	32 650	56 482	59 781	28 360	14 743	-11 097	44 349	30 102	18 122	28 647	302 139
Driftsresultat	-42 940	10 685	-25 403	-49 237	-59 350	217 041	-7 383	-38 290	-34 051	-29 054	-57 981

Felles økonomi i fremstilling ovenfor inkluderer overordnet VVHF samt BHM-varekost, bygg vedlikehold over drift og SP-IKT. Hele overskuddet budsjetteres her.

Juni: klinikkene fikk koronamidler

Lønnsavvik per klinikk – eks pensjonsøkning

pr oktober	Fast lønn	Overtid	Offentlig Refusjoner	AGA	Annen lønn	SUM Lønn	% avvik	
Drammen Sykehus	- 40 467	- 47 161	3 748	- 12 968	- 4 932	- 101 781	-7,2 %	
Bærum Sykehus	- 29 153	- 33 131	5 072	- 9 115	- 892	- 67 219	-7,6 %	
Ringerike Sykehus	- 774	- 27 014	2 546	- 2 464	534	- 27 172	-5,9 %	
Kongsberg Sykehus	- 7 784	- 17 498	1 327	- 2 711	129	- 26 537	-10,7 %	
Intern Service	- 4 236	- 2 050	419	- 856	- 390	- 7 114	-2,5 %	
Psykisk Helse og Rus	- 21 861	- 26 913	6 217	- 4 178	- 2 075	- 48 810	-3,6 %	
Prehospital Tjenester	- 5 067	- 10 355	- 2 678	- 3 282	- 1 273	- 22 655	-9,2 %	
Medisinsk Diagnostikk	- 3 860	- 6 988	569	- 1 984	224	- 12 039	-2,3 %	
Stabene	- 3 452	3 216	4 581	417	- 1 552	3 211	0,9 %	
Overordnet VVHF	5 151			948	- 376	5 723	-35,4 %	
SUM eks. pensjonsavvik	- 111 503	- 167 896	21 801	- 36 194	- 10 603	- 304 393	-5,3 %	
<i>% avvik ift budsjett</i>	<i>-2,6 %</i>	<i>-80,6 %</i>	<i>9,1 %</i>	<i>-6,0 %</i>	<i>-5,4 %</i>			

Lønn til fast ansatte – Avvik per måned

Avvik pr måned - Lønn til fast ansatte	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Pr.okt	Nov
10 - Klinikk Drammen sykehus	- 2 878	- 4 208	- 4 406	- 4 887	- 2 306	2 456	- 4 748	- 6 020	- 6 765	- 6 704	- 40 467	- 3 236
20 - Klinikk Bærum sykehus	- 2 108	- 2 568	- 3 311	- 2 040	- 2 306	- 1 721	- 3 986	- 3 538	- 3 824	- 3 750	- 29 153	- 4 268
30 - Klinikk Ringerike sykehus	- 502	18	- 38	610	556	- 327	- 1 283	455	39	- 302	- 774	- 871
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	- 888	- 1 872	- 846	- 1 122	- 599	25	- 732	- 302	- 819	- 629	- 7 784	- 399
50 - Klinikk for Intern service	- 1 045	- 718	- 862	- 576	- 977	- 763	- 339	- 423	240	105	- 5 357	- 369
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	- 1 220	- 1 089	- 2 969	- 2 472	- 2 085	- 90	- 4 153	- 836	- 3 872	- 3 076	- 21 861	- 1 475
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	- 546	- 1 627	- 692	- 410	- 916	- 320	- 803	- 258	793	- 289	- 5 067	- 160
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	- 884	95	- 709	- 322	487	896	- 1 115	- 504	- 2 097	292	- 3 860	- 1 101
99 - Økonomisk overordnede	1 100	- 323	844	818	781	- 3 374	- 2 199	- 3 922	11 480	1 065	6 272	- 23 823
Staber	1 478	812	1 312	- 42	590	- 528	86	- 949	- 2 587	- 3 625	2 819	- 3 045
Totalsum	- 7 491	- 11 481	- 11 677	- 10 443	- 6 774	- 3 747	- 19 272	- 16 296	- 7 410	- 16 912	- 111 503	- 38 748

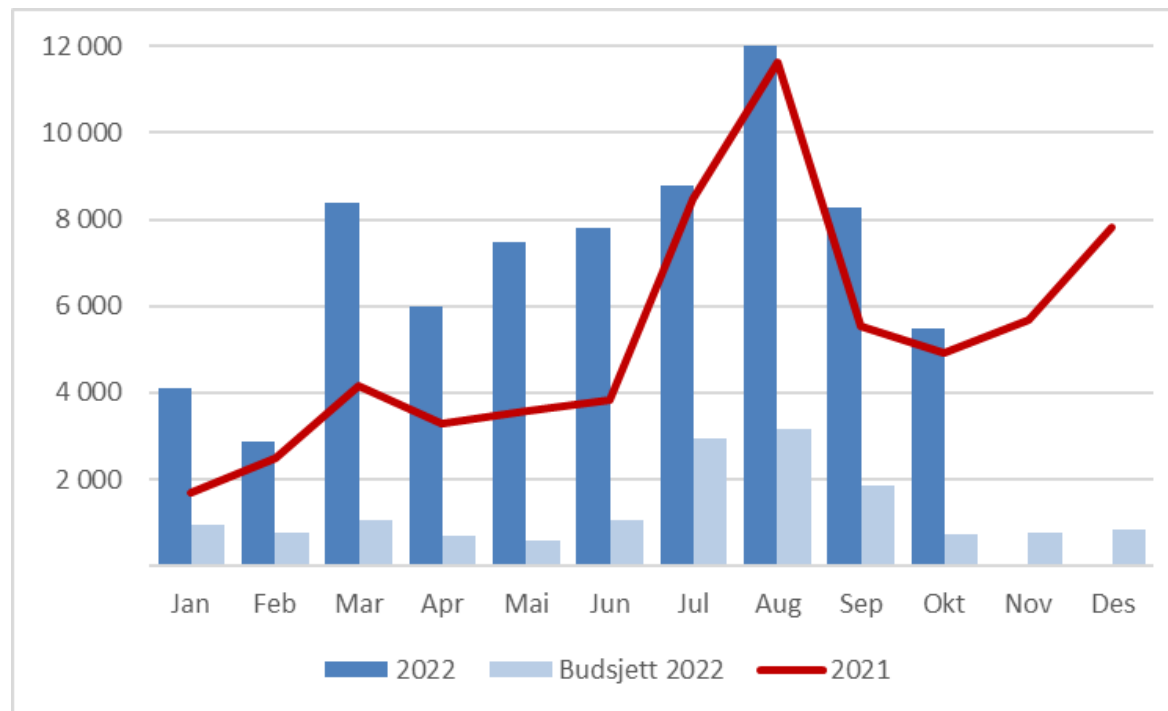
Regnskap for november er ikke ferdig, så tallene vil endres

Overtid og ekstrahjelp – Avvik per måned

Avvik pr måned - Overtid og ekstrahjelp	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Pr.okt	Nov
10 - Klinikk Drammen sykehus	- 8 074	792	- 9 412	- 7 537	- 5 105	- 3 367	- 2 659	- 4 633	- 3 734	- 3 431	- 47 161	- 2 620
20 - Klinikk Bærum sykehus	- 4 764	- 297	- 5 937	- 3 953	- 2 653	- 1 625	- 2 232	- 3 294	- 4 587	- 3 788	- 33 131	- 2 141
30 - Klinikk Ringerike sykehus	- 3 195	- 562	- 3 394	- 3 554	- 2 233	- 2 486	- 2 049	- 3 314	- 3 432	- 2 794	- 27 014	- 2 439
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	- 1 591	8	- 2 697	- 2 436	- 1 943	- 1 104	- 1 501	- 2 113	- 2 126	- 1 995	- 17 498	- 1 709
50 - Klinikk for Intern service	- 219	- 135	- 227	- 357	- 146	- 235	- 219	- 227	- 296	11	- 2 050	- 26
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	- 4 458	- 1 372	- 5 099	- 4 678	- 1 942	- 1 183	- 3 404	- 1 530	- 1 597	- 1 650	- 26 913	- 894
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	- 1 799	516	- 1 898	- 2 079	- 1 036	- 546	- 962	- 1 328	- 811	- 412	- 10 355	106
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	- 1 238	58	- 1 843	- 1 455	- 588	- 848	- 548	- 408	- 8	- 111	- 6 988	194
Staber	18	28	116	328	274	451	685	573	305	438	3 216	405
Totalsum	- 25 320	- 964	- 30 390	- 25 721	- 15 374	- 10 945	- 12 889	- 16 275	- 16 286	- 13 733	- 167 896	- 9 124

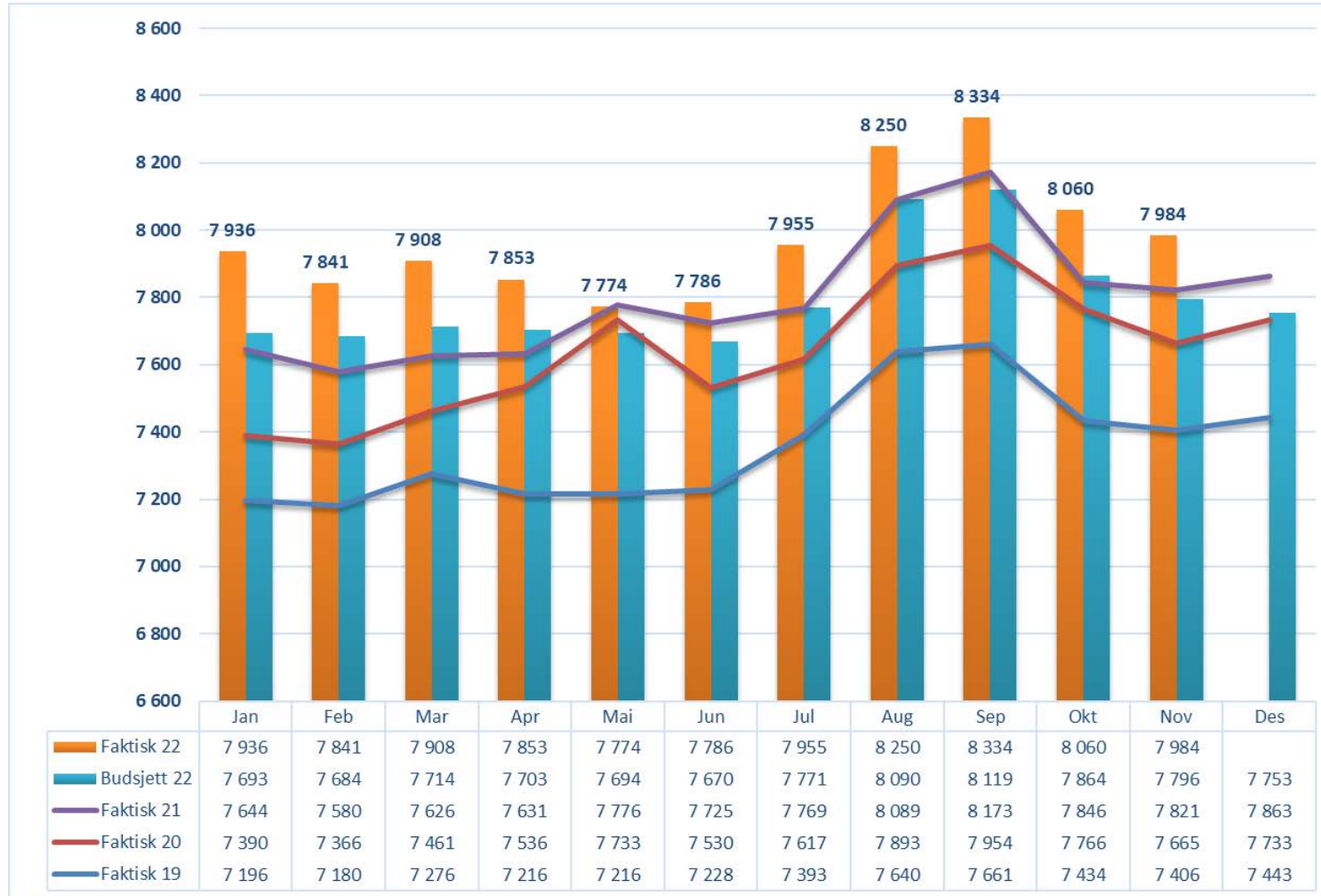
Regnskap for november er ikke ferdig, så tallene vil endres

Innleie (ekstern)



Klinikk	Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Hittil 2022	% avvik (+=-pos)	Hittil 2021	Endring fra 2021
10 - Klinikk Drammen sykehus	700	517	2 784	1 288	1 700	1 602	1 889	2 875	2 483	440	16 276	-316 %	9 403	6 873
20 - Klinikk Bærum sykehus	964	933	2 564	2 000	2 127	3 055	3 039	3 156	2 486	2 068	22 393	-1136 %	10 820	11 572
30 - Klinikk Ringerike sykehus	- 124	- 36	698	197	436	449	1 711	3 333	1 633	419	8 715	-78 %	9 984	- 1 269
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	190	272	438	388	952	457	409	1 003	673	575	5 359	-164 %	2 677	2 682
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	1 928	1 506	1 681	1 756	1 714	1 897	889	2 368	919	1 253	15 913	-1330 %	15 883	30
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	506	- 335	219	253	355	346	379	337	146	734	2 938	-3373 %	883	2 054
Stabene og overordnet	- 74	8	- 8	115	193	- 2	460	- 588	- 48	- 11	34		- 35	70
Totalt	4 090	2 866	8 375	5 997	7 477	7 804	8 776	12 484	8 292	5 478	71 638	-418 %	49 615	22 022
<i>Over (under)forbruk denne måned</i>	<i>3 150</i>	<i>2 086</i>	<i>7 311</i>	<i>5 292</i>	<i>6 879</i>	<i>6 729</i>	<i>5 843</i>	<i>9 335</i>	<i>6 435</i>	<i>4 737</i>	57 796			

Brutto månedsverk



Brutto månedsverk per klinikk

<i>pr oktober 2022</i>	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Hittil i år	Endring ift hittil i fjor	Budsjett hittil i år	Avvik ift budsjett	% avvik
Drammen Sykehus	1 909	1 901	1 905	1 896	1 871	1 886	1 914	1 980	1 978	1 921	1 898	1 915	6	1 849	66	3,6 %
Bærum Sykehus	1 177	1 155	1 175	1 150	1 149	1 162	1 171	1 229	1 234	1 196	1 176	1 179	36	1 127	53	4,7 %
Ringerike Sykehus	615	591	602	599	593	600	615	644	634	612	607	610	2	609	2	0,3 %
Kongsberg Sykehus	353	357	352	353	349	346	350	366	368	361	352	355	7	337	18	5,2 %
Intern Service	563	553	555	554	551	553	565	618	625	558	556	568	15	555	13	2,4 %
Psykisk Helse og Rus	1 804	1 774	1 801	1 783	1 762	1 737	1 811	1 851	1 902	1 831	1 815	1 806	25	1 803	4	0,2 %
Prehospitale Tjenester	383	383	381	381	378	377	394	393	388	386	386	385	9	379	5	1,4 %
Medisinsk Diagnostikk	722	704	716	709	696	702	720	730	735	717	714	715	32	702	13	1,8 %
Stabene	407	421	422	428	424	422	415	439	471	478	482	437	51	439	-2	-0,4 %
Sum VVHF	7 936	7 841	7 908	7 853	7 774	7 786	7 955	8 250	8 334	8 060	7 984	7 971	182	7 800	171	2,2 %
<i>Endring fra forrige måned</i>	72	-95	67	-54	-80	13	169	295	84	-274	-76					
Plan	7 693	7 684	7 714	7 703	7 694	7 670	7 771	8 090	8 119	7 864	7 796	7 800				
<i>Avvik i forhold til plan</i>	243	157	194	150	80	116	184	160	215	196	188	171				

Brutto månedsverk – Avvik per måned

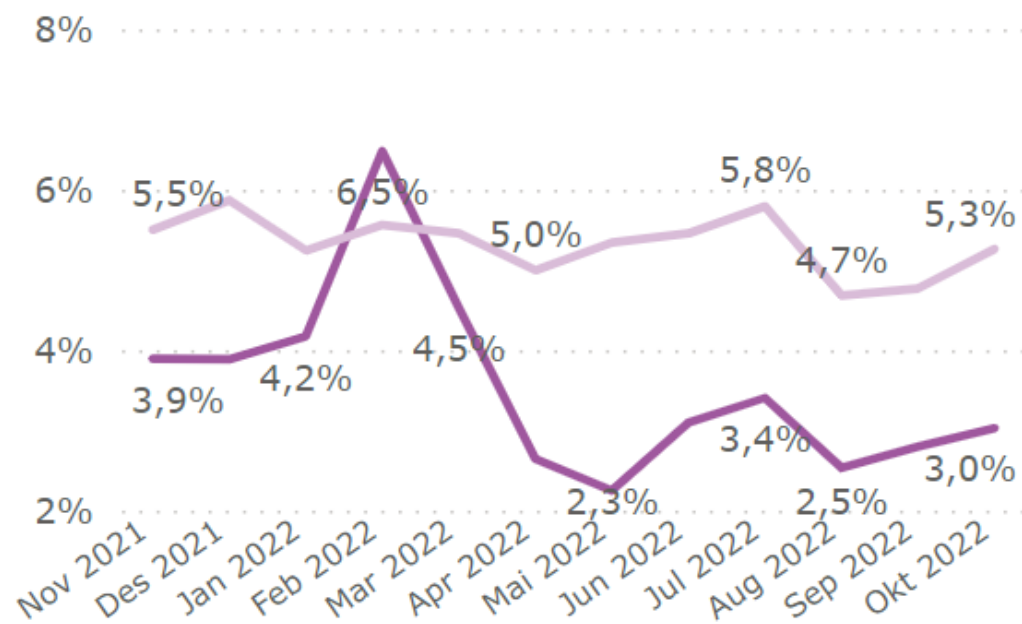
Brutto månedsverk - Avvik	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Hittil
Drammen Sykehus	-70	-69	-68	-66	-45	-62	-72	-88	-78	-56	-50	-66
Bærum Sykehus	-53	-36	-57	-34	-31	-50	-53	-58	-61	-77	-72	-53
Ringerike Sykehus	-16	7	-2	1	5	-3	-7	-5	4	-2	-1	-2
Kongsberg Sykehus	-22	-25	-15	-18	-18	-12	-12	-12	-19	-21	-20	-18
Intern Service	-25	-17	-16	-19	-18	-21	-3	0	-15	-2	-8	-13
Psykisk Helse og Rus	-32	-1	-21	-8	14	27	-33	21	-6	0	0	-4
Prehospitale Tjenester	-15	-15	-13	-9	-7	-9	-13	0	14	3	7	-5
Medisinsk Diagnostikk	-31	-12	-16	-10	4	-3	-17	-19	-23	-8	-7	-13
Staber	20	10	14	14	16	18	26	2	-30	-33	-36	2
Totalt	-243	-157	-194	-150	-80	-116	-184	-160	-215	-196	-188	-171

Staber: Økning på videreutdanning i sykepleie

Sykefravær

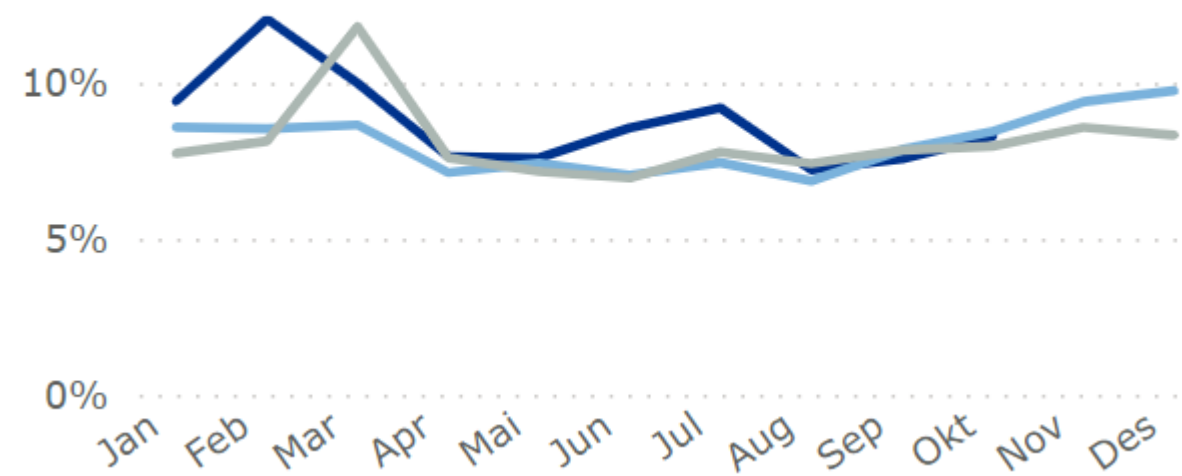
Utvikling i kort- og langtidssykefravær

● Korttid ● Langtid



Utvikling i sykefraværsprosent 2020 til 2022

● Valgt år ● Ett år før valgt år ● To år før valgt år

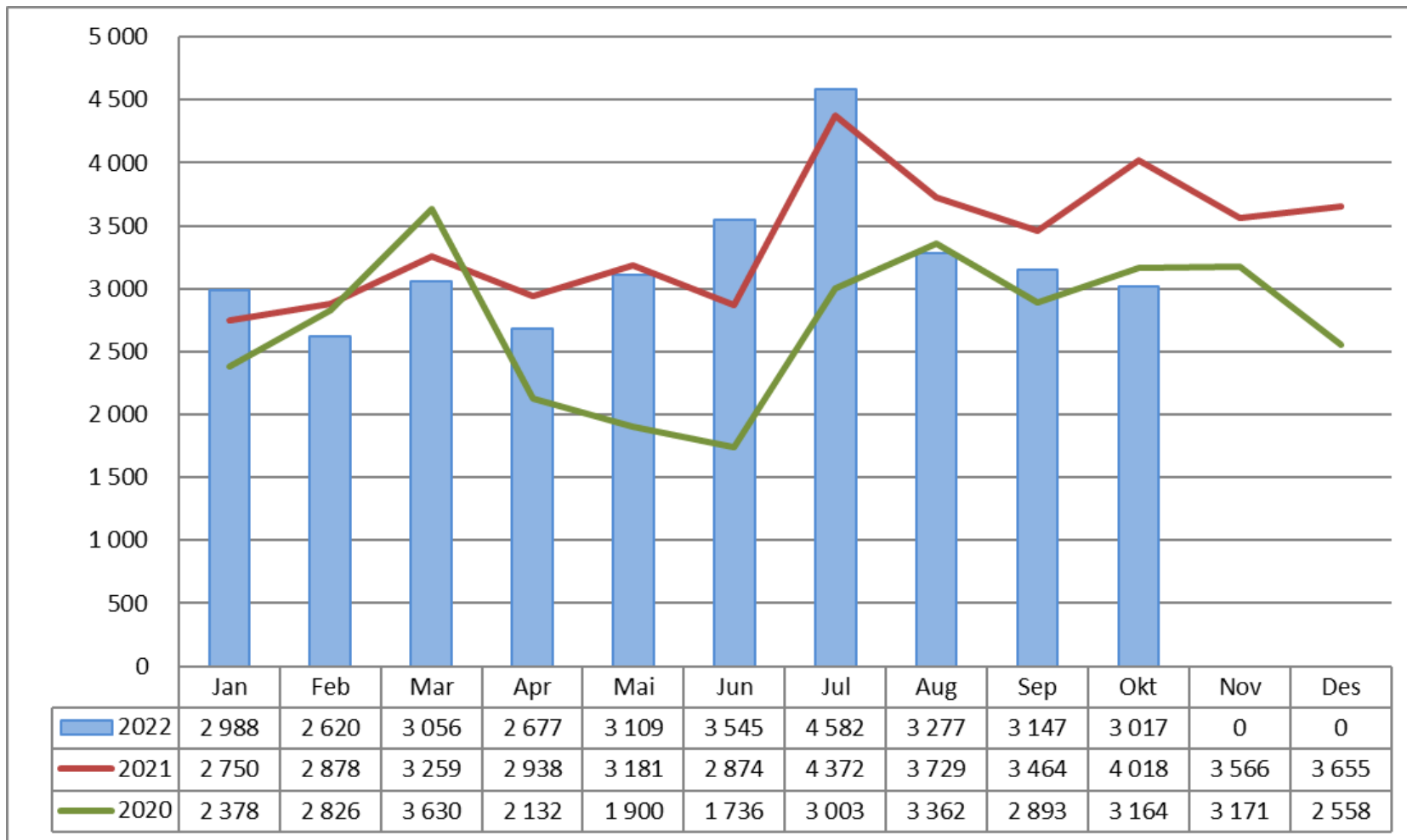


Sykefravær per klinikk

Klinikk	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Gj.snitt HIÅ
10 - Klinikk Drammen sykehus	10,3 %	13,3 %	10,5 %	8,5 %	8,3 %	9,0 %	10,2 %	7,0 %	7,7 %	8,8 %	9,3 %
20 - Klinikk Bærum sykehus	10,3 %	12,4 %	9,4 %	7,8 %	7,7 %	8,4 %	9,3 %	8,0 %	8,0 %	9,6 %	9,1 %
30 - Klinikk Ringerike sykehus	7,7 %	11,0 %	9,2 %	7,1 %	6,7 %	9,1 %	7,6 %	6,1 %	7,1 %	7,4 %	7,9 %
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	8,1 %	13,3 %	10,2 %	9,8 %	7,7 %	7,3 %	9,2 %	7,5 %	6,9 %	7,4 %	8,7 %
50 - Klinikk for Intern service	9,3 %	10,9 %	11,3 %	8,1 %	8,8 %	8,9 %	7,4 %	7,7 %	8,7 %	9,5 %	9,1 %
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	10,3 %	12,7 %	10,9 %	7,4 %	7,7 %	8,7 %	10,0 %	7,8 %	7,6 %	8,0 %	9,1 %
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	8,1 %	9,9 %	9,1 %	7,1 %	7,1 %	8,0 %	7,9 %	7,1 %	7,8 %	7,7 %	8,0 %
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	8,5 %	12,3 %	9,7 %	6,6 %	6,8 %	8,5 %	7,9 %	7,0 %	7,5 %	7,9 %	8,3 %
Stabene	5,9 %	6,4 %	5,8 %	5,2 %	5,0 %	6,8 %	9,6 %	4,5 %	5,2 %	5,8 %	6,0 %
VVHF totalt	9,4 %	12,0 %	10,0 %	7,6 %	7,6 %	8,5 %	9,2 %	7,2 %	7,5 %	8,3 %	8,7 %

Sykefravær fra RDAP (Regional data og analyseplattform)

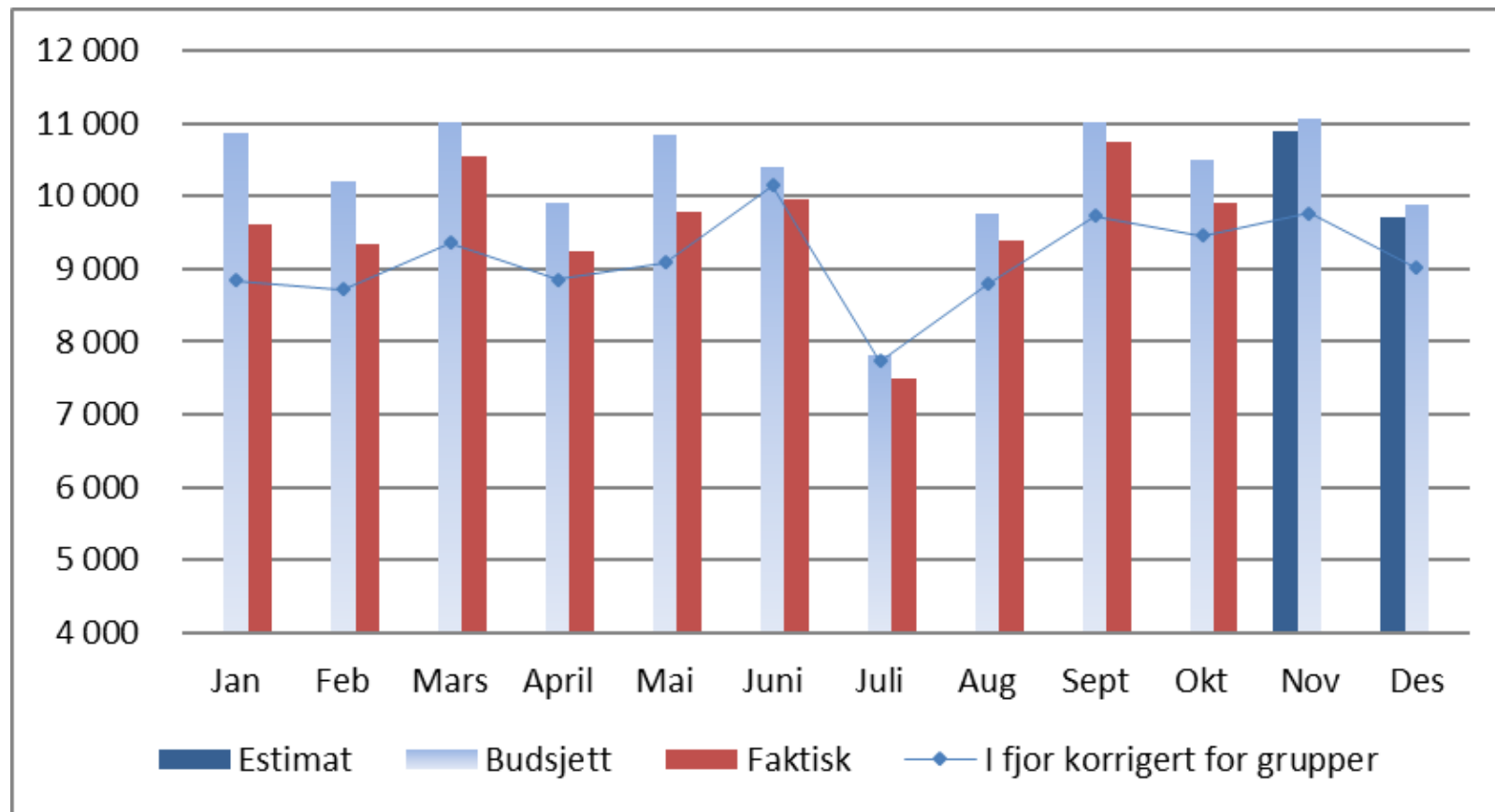
AML-brudd - antall



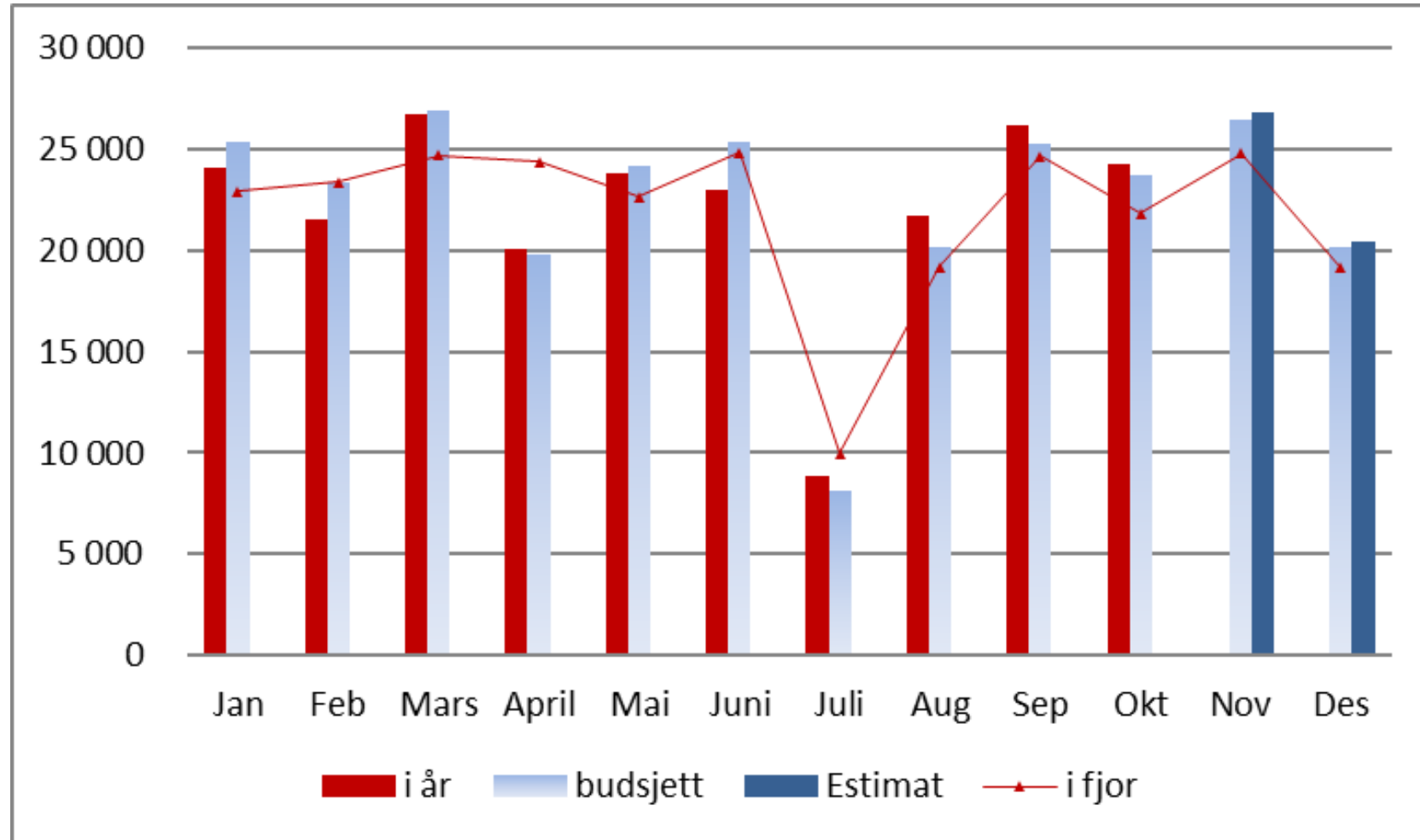
Kurs/konferanser

Klinikk	Faktisk Jan	Faktisk Feb	Faktisk Mar	Faktisk Apr	Faktisk Mai	Faktisk Jun	Faktisk Jul	Faktisk Aug	Faktisk Sep	Faktisk Okt	Hittil Faktisk	Hittil Budsjett	Awik Hittil Budsjett - Faktisk	Budsjett	Prognose	Awik
10 - Klinikk Drammen sykehus	183	626	466	504	469	566	177	359	327	581	4 258	4 363	104	5 818	5 538	280
20 - Klinikk Bærum sykehus	198	211	310	273	176	513	161	247	446	670	3 206	3 364	158	4 458	3 236	1 222
30 - Klinikk Ringerike sykehus	30	61	170	99	107	228	58	116	61	2	932	1 395	463	1 843	1 267	576
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	29	40	52	55	66	26	122	46	40	52	529	890	361	1 180	741	439
50 - Klinikk for Intern service	43	80	24	164	264	36	123	158	54	200	1 144	1 468	324	1 946	1 244	701
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	391	993	734	714	1 205	1 349	345	584	978	817	8 111	9 004	893	11 918	9 466	2 452
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	87	5	282	36	1 240	376	299	118	332	220	2 996	1 611	- 1 386	2 135	2 811	- 676
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	100	120	196	345	350	176	121	123	376	220	2 125	2 598	473	3 443	2 141	1 302
Staber og fellesøkonomi	21	228	172	380	1 175	222	6	258	340	184	2 984	3 867	883	5 124	3 306	1 818
Totalsum	1 083	2 363	2 406	2 570	5 052	3 492	1 411	2 009	2 953	2 946	26 285	28 560	2 274	37 863	29 750	8 113

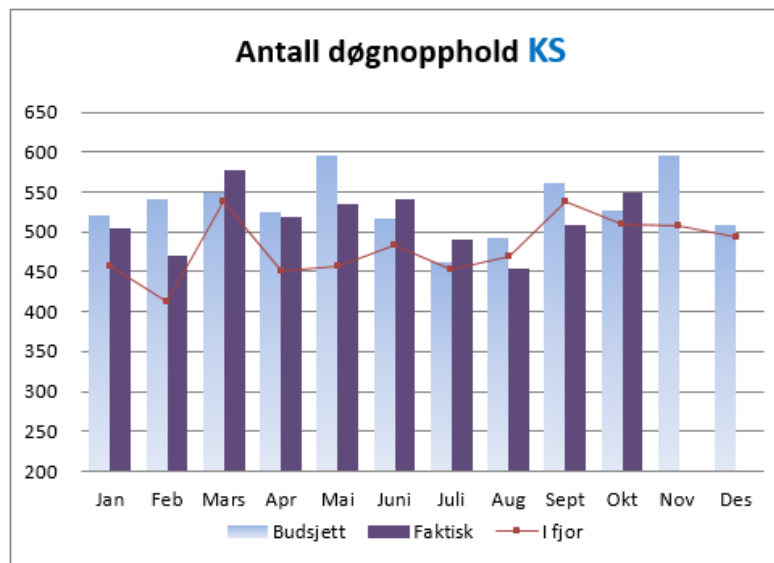
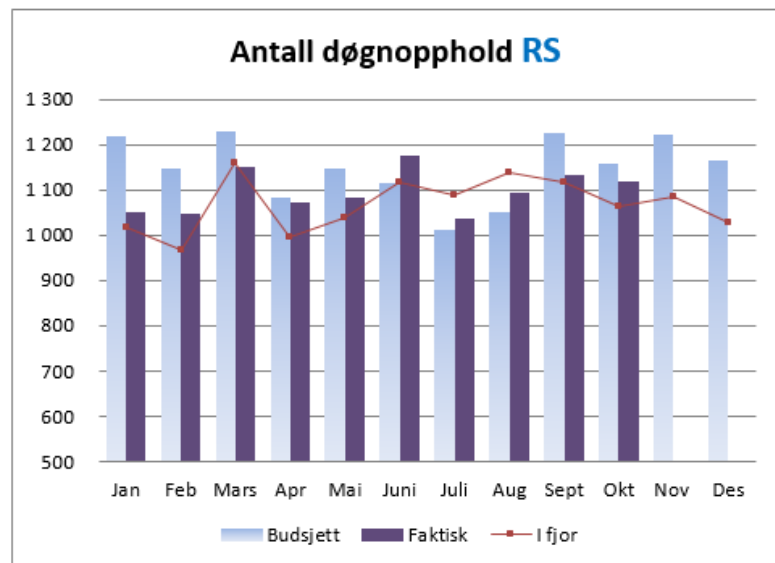
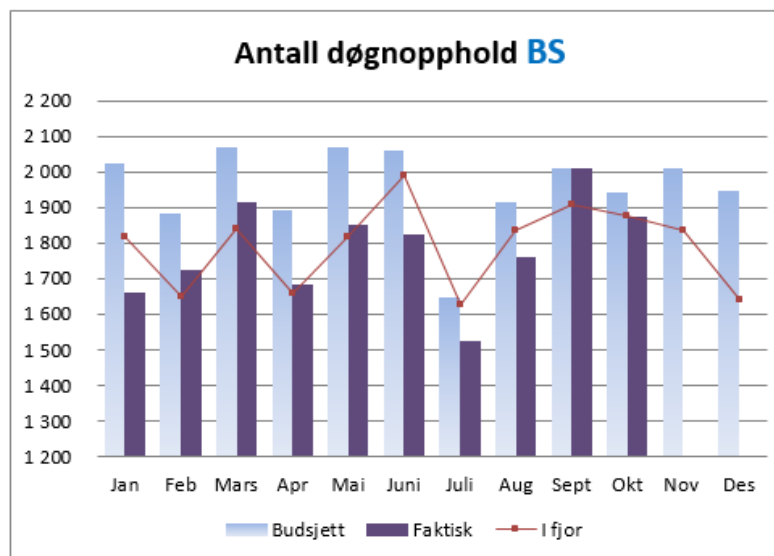
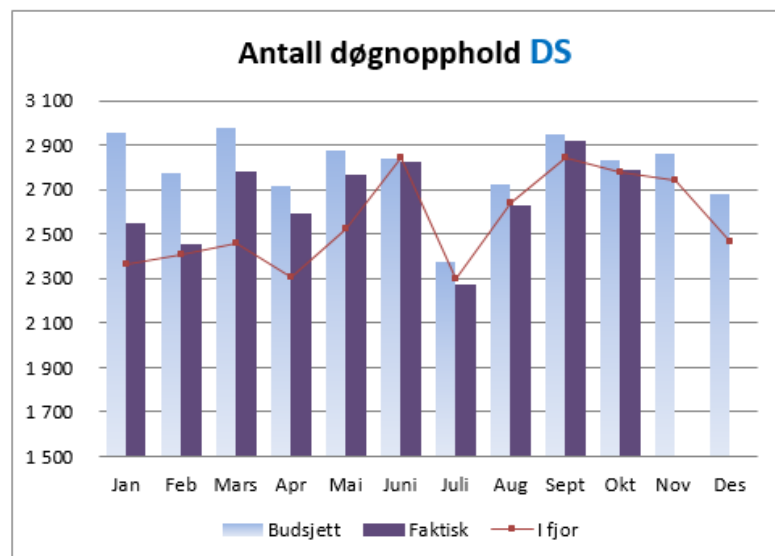
VVHF totale antall DRG-poeng døgn, dag og poliklinikk, fra egen og andre regioner



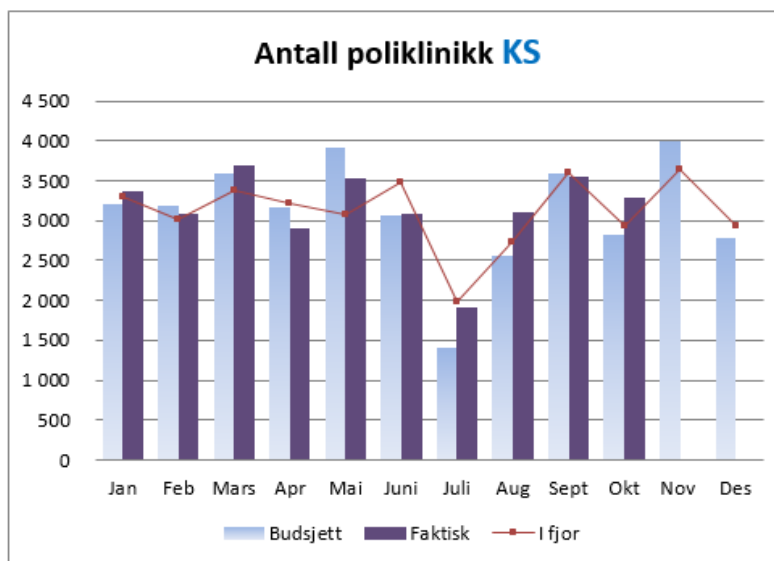
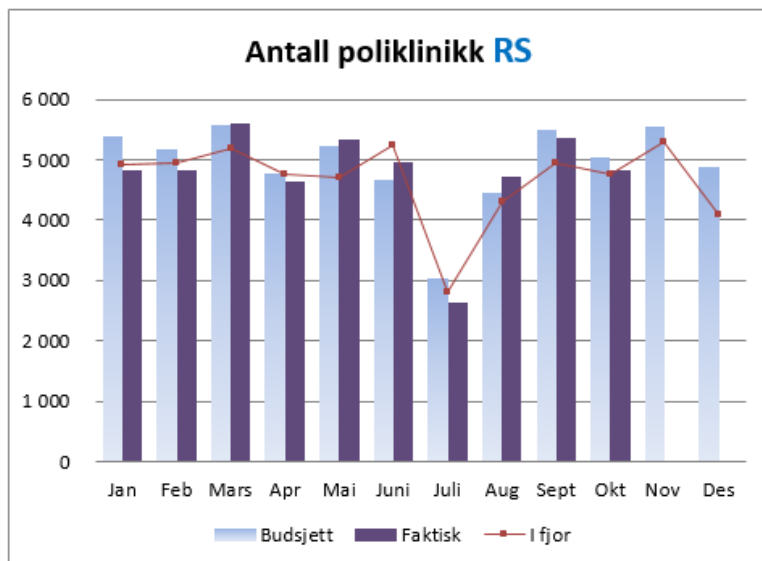
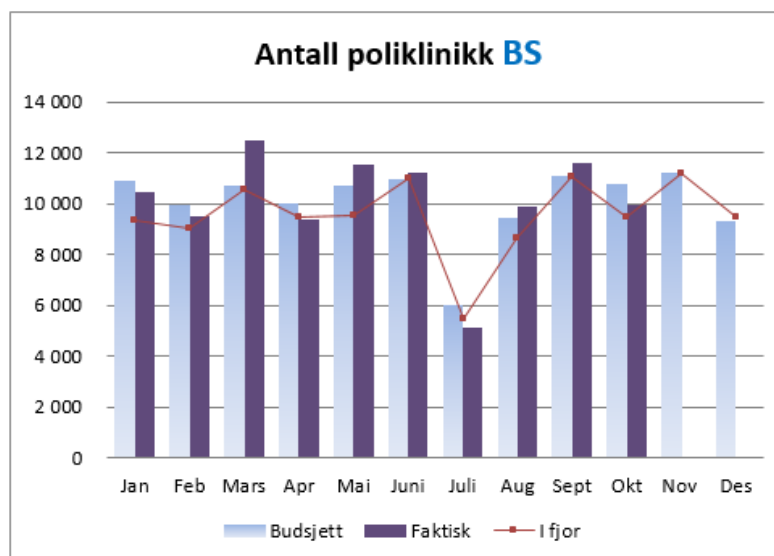
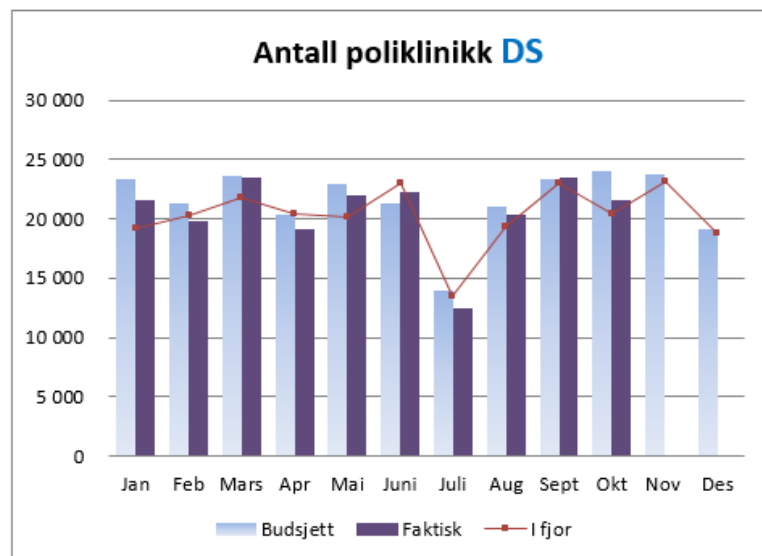
Poliklinikk PHR totalt



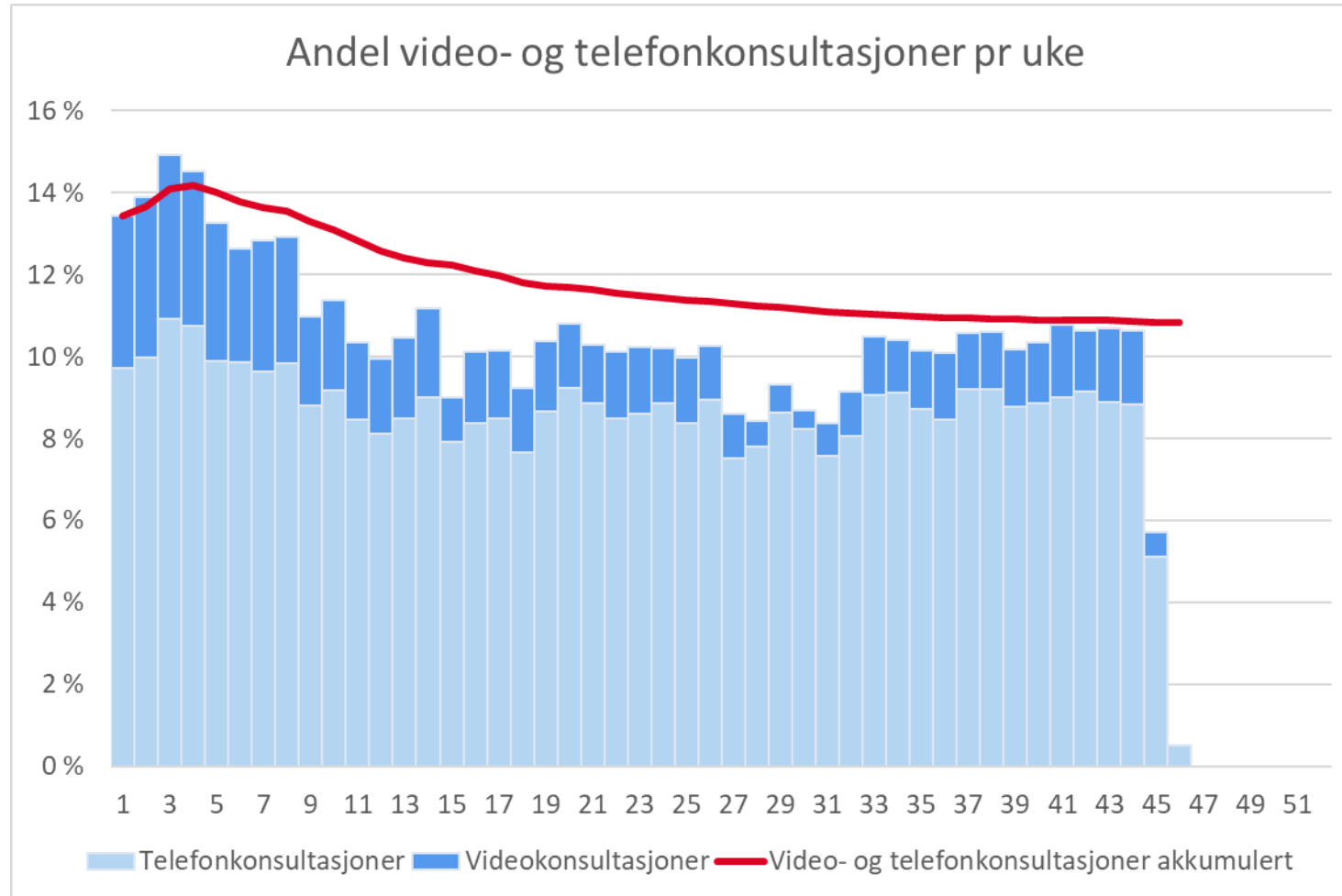
Antall døgnopphold



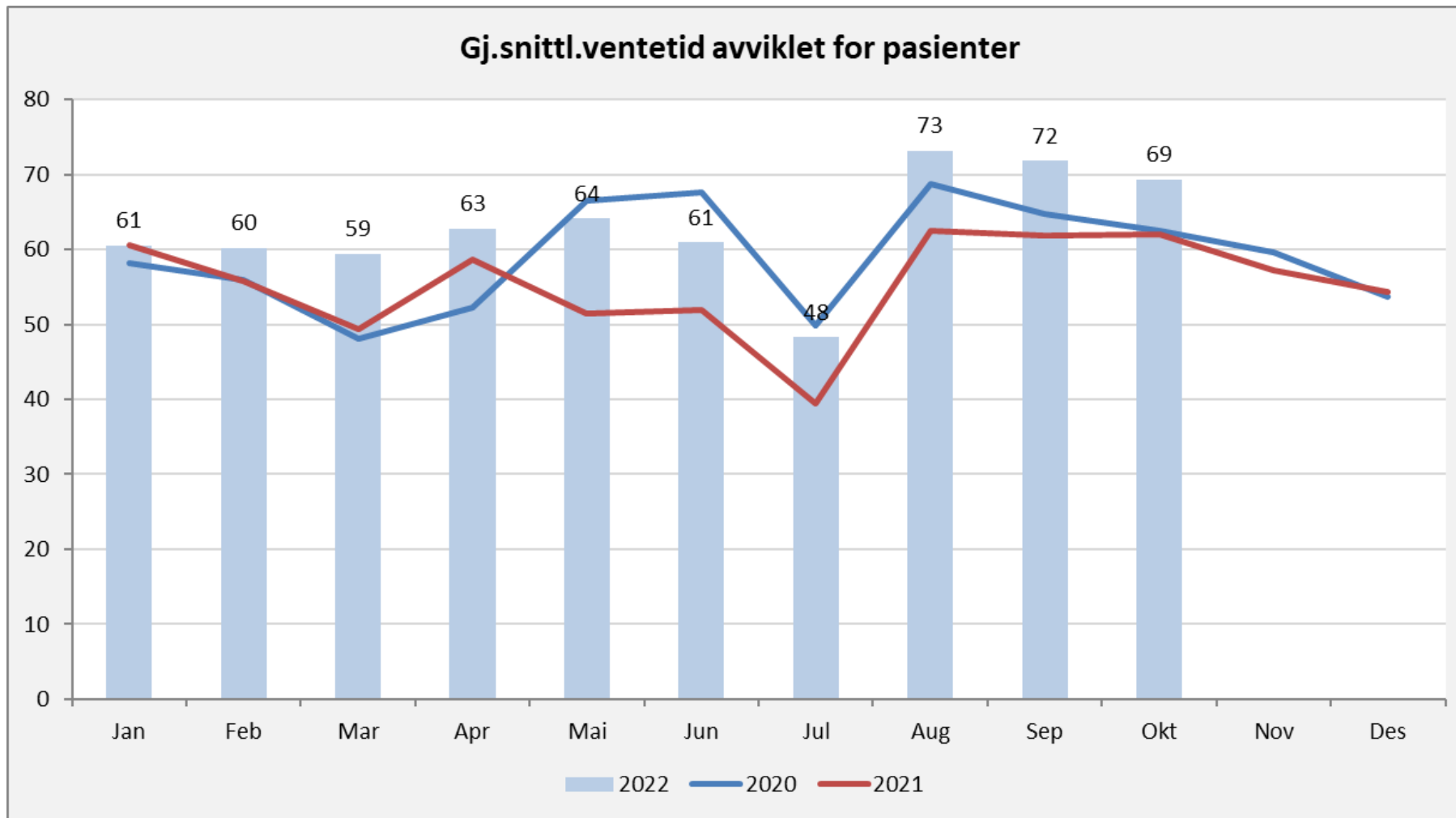
Antall polikliniske konsultasjoner



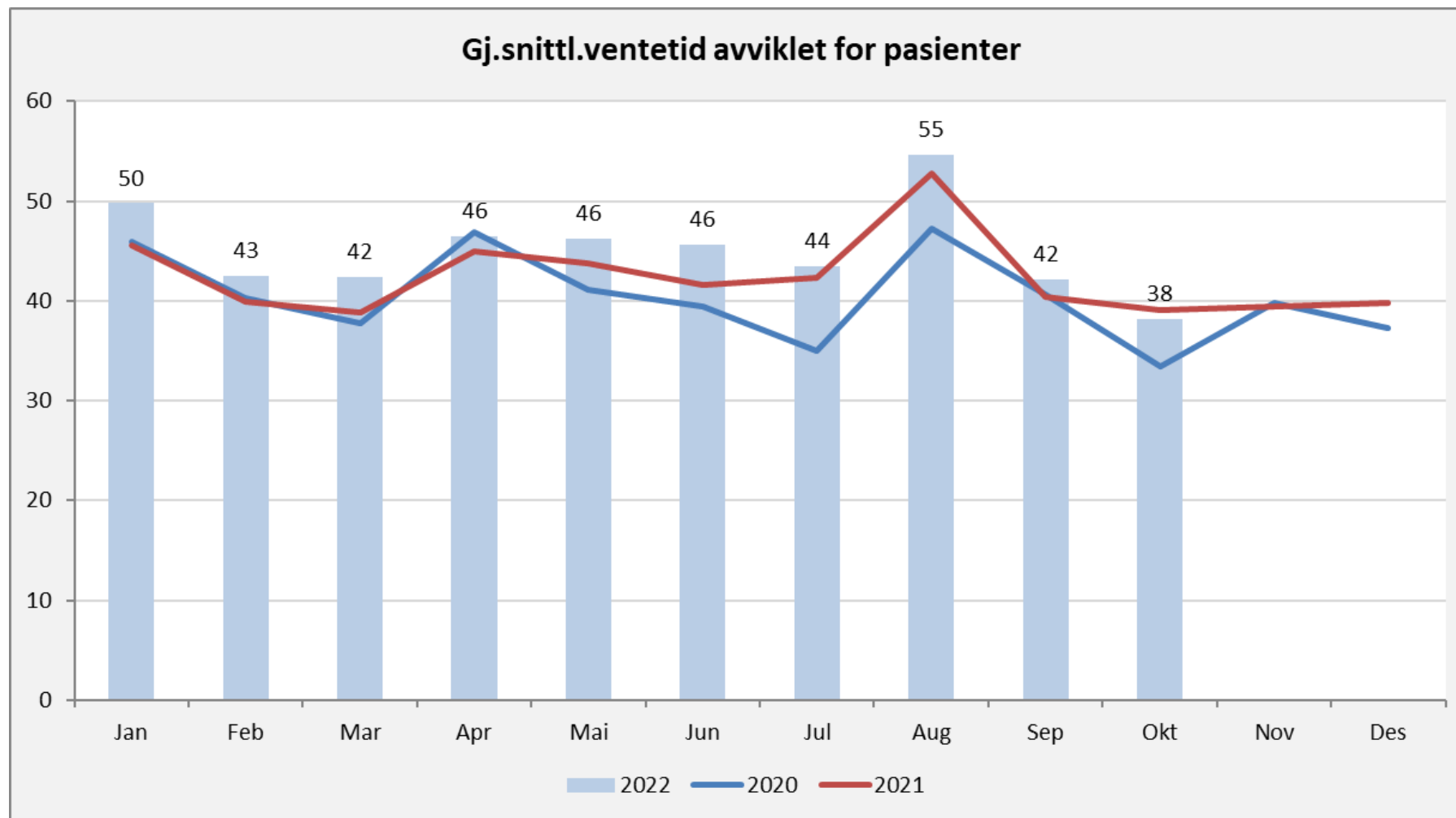
Telefon- og videokonsultasjoner



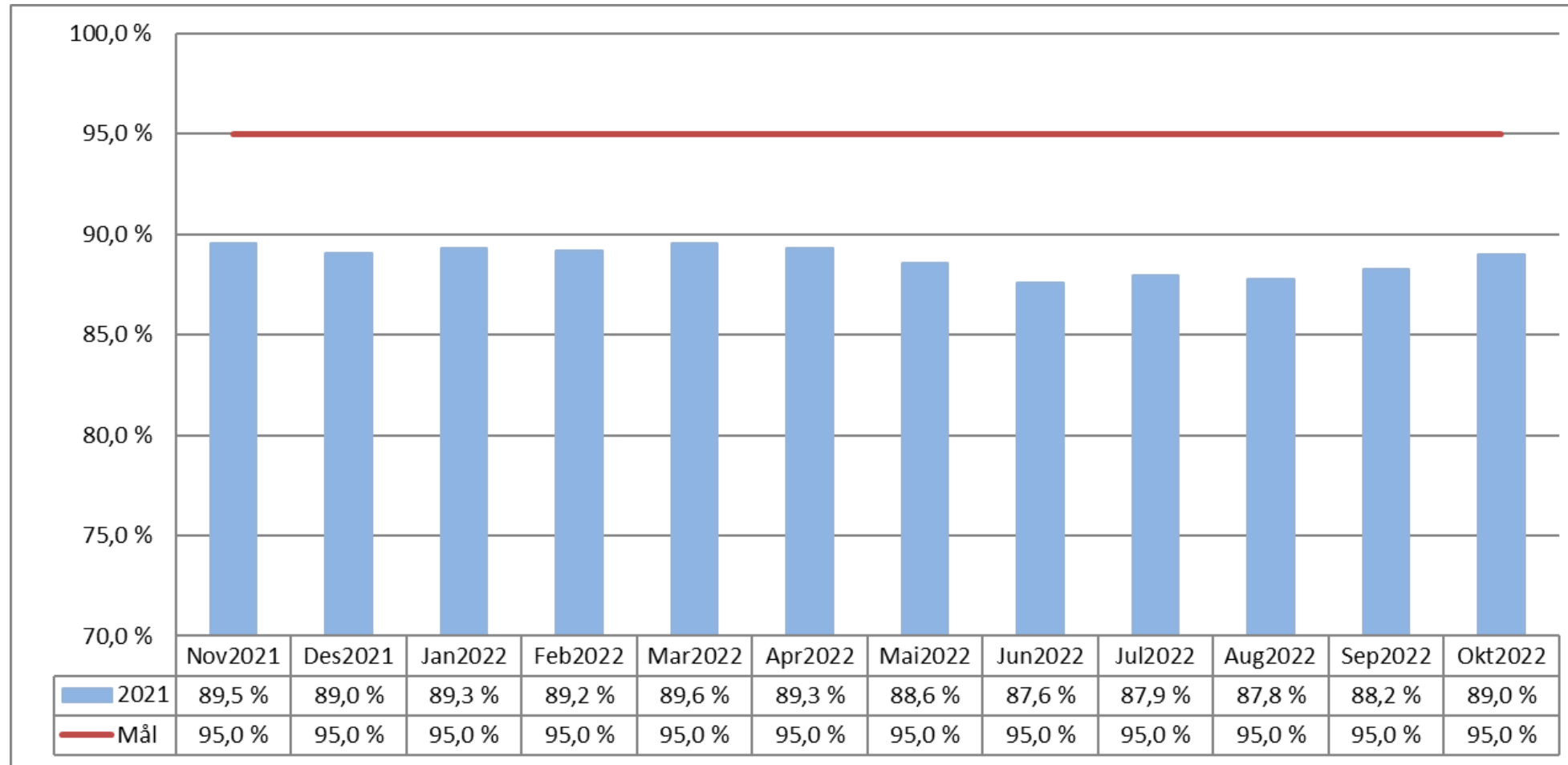
Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp somatikk



Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR



Andel pasientavtaler overholdt





Dato: 21. november 2022
Saksbehandler: Rune Abrahamsen

Saksfremlegg

Status nytt sykehus Drammen

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	119/2022	28.11.2022

Forslag til vedtak

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Drammen, 21. november 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

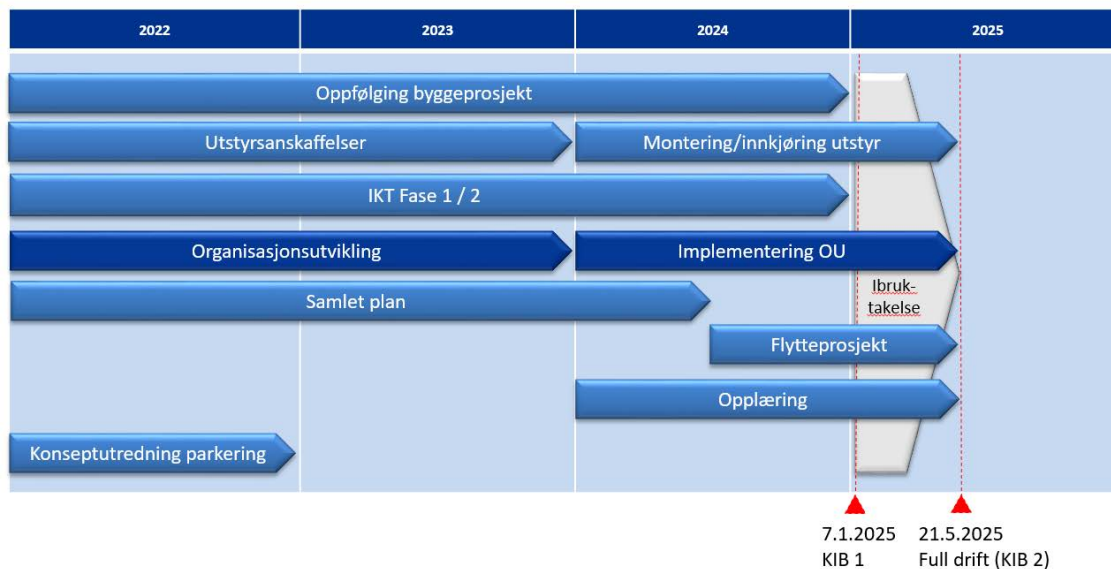
Bakgrunn

Statusrapport nytt sykehus Drammen skal gi styret i Vestre Viken HF en overordnet status for arbeidet i Mottaksprosjektet. Rapporten omfatter rapportering på det enkelte området som inngår i Mottaksprosjektets oppgaver og ansvar.

Statusrapport oversendes styret månedlig, som notat eller gis som presentasjon i styremøtet.

Saksutredning

Rapportert aktivitet og status gis per hovedområde i Mottaksprosjektet, som vist i figur.



Status byggeprosjektet

I statusrapportering for oktober, ble det rapportert at Byggeprosjektet, PNSD, har meldt forsinkelser i ferdigstilling av entreprisene for råbygg og tett hus for behandlingsbygg A og B. Dette gir forsinkelser i fremdrift for innredningsarbeidene, og det er derfor nødvendig å replanlegge fremdrift for disse byggene, samt sengebyggene. Poliklinikkbyggene, Psykiatribyggene, Servicebygget og Adkomstbygget påvirkes ikke av endringer i revidert fremdriftsplan.

Forsinkelsene har vært behandlet i Prosjektstyret i ekstraordinært møte 17. oktober og ordinært prosjektstyremøte 26. oktober 2022. PNSD vil legge frem revidert fremdriftsplan for Prosjektstyret 5. desember 2022.

Forsinkelsene vil påvirke planlagt tidsplan for innflytting og ibruktakelse av nytt sykehus. Prosjektleder nytt sykehus, vil legge frem status revisjon av fremdriftsplan og eventuelle konsekvenser mht. plan for ibruktakelse for VVHF i kommende styremøte.

Organisasjon

Alle stillinger i Vestre Vikens prosjektorganisasjonen, VV-NSD, er besatt iht. plan. Det foreligger ikke plan om ytterligere styrking av prosjektorganisasjonen i budsjettet for 2023.

Bygg- og teknisk infrastruktur

For å sikre gode LCC vurderinger, tekniske løsninger og produktvalg, følges samhandlingen mellom PNSD og VV-NSD opp kontinuerlig. De enkelte entreprisene fordeles, som tidligere rapportert, i «bygg gruppen» i VV-NSD. Aktivitetene pr. entreprise vil variere fra måned til måned og involvering fra VV-NSD tilsvarende.

Samhandlingen merkes med status grønn, gul eller rød i intern oversikt (grønn – god/tilstrekkelig samhandling, gul – involvering lavere enn forventet, rød – lav/manglende involvering). For inneværende måned er det kun mindre endringer mot siste måned og ingen markeres som «rød».

Utstyr

Anskaffelsesarbeidet følger i hovedsak oppsatt plan, men med noen mindre avvik. Det rapporteres ikke om endret status mot forrige styrerapport.

Konsekvenser av revidert fremdriftsplan for utstyrsanskaffelser, er under utredning og vil bli inkludert i prosjektdirektørs fremlegg om eventuelle konsekvenser mht. plan for ibruktakelse for VVHF i kommende styremøte.

IKT

IKT-planen for implementering av nødvendige IKT-systemer for nytt sykehus, er i hovedsak iht. plan. Dette inkluderer 16 definerte tilpasningsprosjekter, som per i dag er i kartleggingsfasen. Det rapporteres ikke om endringer i status mot forrige rapportering.

Status for øvrige IKT-prosjekter, rapporteres tertialvis IKT-rapport NSD og omfatter i hovedsak prosjekter som utføres i regi av Sykehuspartner eller HSØ RHF. Disse har ikke fremdriftsplaner basert på nytt sykehus i Drammen og som rapportert i siste kvartalsrapport, har 4 av disse rød status mht. ibruktakelse av nytt sykehus.

Konsekvenser av revidert fremdriftsplan for IKT-planen, er under utredning og vil bli inkludert i prosjektdirektørs fremlegg om eventuelle konsekvenser mht. plan for ibruktakelse for VVHF i kommende styremøte.

Organisasjonsutvikling

Per oktober er det definert 38 delprosjekter tilknyttet organisasjonsutvikling, hvorav 3 er under planlegging, 24 pågående eller under oppstart, 6 planlagte og 5 avsluttede.

Status for pågående delprosjekter per oktober:

Portefølje: VVHF - NSD - Pågående prosjekter

Navn	Eier	Leder	Fase	Ressurser	Tid	Omfang	Risiko	Kvalitet	Gevinst	Communit
TVERRGÅENDE										
VVHF - NSD - Forskning	Spreng, Ulrich	Heggelund, Lars	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Fremtidens kontortjeneste	Abrahamsen, Rune Aksel	Haugen, Ann-Kristin Bjerke	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Intervensjon	Malmer-Høvik, Jon Haakon	Rangsøter, Hilde Marit	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
DS										
VVHF - NSD - Sterilforsyning	Buene, Inger Meland	Lillebo, Solvi	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Intensiv fase 2	Buene, Inger Meland	Hoff, Karen Borge	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Operasjon	Buene, Inger Meland	Grosser, Johannes	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
KIS										
VVHF - NSD - Eiendom	Furnes, Narve H.	Bjørnstad, Erik	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Logistikk	Furnes, Narve H.	Steine, Frode	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Renhold	Furnes, Narve H.	Enersen, Kjersti Lohne	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Sentralkjøkken	Furnes, Narve H.	Bråthen, Jane Ø.	Prosjektrapport til godkjenning av SG	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
KMD										
VVHF - NSD - Felles prøvemottak	Casati, Bettina; Steinsvik, Trude	Grøndahl, Ragnhild	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Blodbank	Steinsvik, Trude	Rånes, Ragnhild	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Biokjemi	Steinsvik, Trude	Steffarud, Line Bugge Klem	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Mikrobiologi	Steinsvik, Trude	Hole, Janne	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Analysehall	Steinsvik, Trude	Steffarud, Line Bugge Klem	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
ANDRE										
VVHF - NSD - Pilotprosjekt sporing MTU på BS	Løken, Cecilie B.	Pedersen, Ulla	Gjennomføre	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆

◆ Som planlagt ◆ Mindre avvik ◆ Større avvik ◆ P.T ikke målbar

Det rapporteres noen flere avvik for prosjektporteføljen enn ved rapportering i forrige måned. Dette skyldes i hovedsak at arbeidet med delprosjektene er utfordrende å kombinere med daglig drift og høyt sykefravær.

For å sikre at hele prosjektporteføljen for delprosjekter ferdigstilles iht. plan, i løpet av 2023, følges den enkelte prosjekteier og prosjektleder opp av prosjektsjef i respektiv klinikk. Det er per i dag ikke fremkommet noe som tilsier at planen for gjennomføring av delprosjekter vil bli påvirket av revidert fremdriftsplan for byggeprosjektet.

Plan

Arbeidet med utarbeidelse av rammeverk for flytteprosess og klargjøring pågår. Dette innbefatter både rådgivningstjeneste og flyttetjeneste. Som en del av dette arbeidet, er det blant annet startet kartlegging og kvalitetssikring av hva som skal flyttes når, både når det gjelder funksjoner og utstyr.

Planen for flytteprosessen, er naturlig knyttet opp til og avhengig av dato for ferdigstilling og overtakelse av de enkelte bygg og derved avhengig av endelig revidert fremdriftsplan for byggeprosjektet.

Prosjektdirektør nytt sykehus, vil legge frem foreløpige vurderinger av revidert fremdriftsplan for flytteprosessen i kommende styremøte.

Administrerende direktørs vurderinger

Byggeprosjektet har meldt forsinkelser i fremdrift for innredningsarbeidene for behandlingsbygg A og B, og at det derfor er nødvendig å replanlegge fremdrift for disse byggene, samt sengebyggene.

Status for revidert fremdriftsplan og eventuelle konsekvenser mht. plan for ibruktakelse for VVHF, legges frem for styret i styremøtet.

Det er høy aktivitet i prosjektorganisasjonen for nytt sykehus, og prosjektorganisasjonen tar hånd om tildelt ansvar og oppgaver på en god måte.

Aktiviteter innen den enkelte faggruppe og pågående delprosjekter, gjennomføres i hovedsak iht. plan. Det er etablert en tett oppfølging av pågående aktiviteter gjennom fastlagt møtестruktur og styringslinje.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar informasjonen til orientering.

Dato: 21. november 2022
Saksbehandler: Mette Lise
Lindblad/Narve
Furnes

Saksfremlegg

Internfakturering av husleie

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	120/2022	28.11.22

Forslag til vedtak

Styret tar beslutning om innføring av kostnadsdekkende helseforetaksintern husleiemodell i Helse Sør-Øst til etterretning.

Styret vedtar at ordningen gjennomføres i Vestre Viken fra 1. januar 2023.

Drammen, 21. november 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Styret i Helse Sør-Øst RHF fattet i møte 27. april 2022, under sak 055-2022 *Innføring av internhusleie i Helse Sør-Øst* følgende vedtak:

1. *Styret slutter seg til innføring av en kostnadsdekkende helseforetaksintern husleiemodell i Helse Sør-Øst.*
2. *Styret vektlegger at ordningen er enkel å innføre, understøtter en hensiktsmessig organisering av eiendomsområdet, og bidrar til mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene.*

Beslutningen om innføring av intern husleieordning er en oppfølging av krav stilt i felles foretaksmøte 16. januar 2018 der de regionale helseforetakene ble bedt om å utrede en internhusleieordning med sikte på en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene. I 2019 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å arbeide videre med å legge til rette for en felles husleieordning. Oppdraget resulterte i en rapport med tilhørende veileder, som ble ferdigstilt i 2021. Beslutningen om innføring av intern husleieordning i Helse Sør-Øst ble formelt oversendt Vestre Viken HF 7. juni 2022 for videre behandling og beslutning i helseforetaket innen 1. januar 2023.

Saksutredning

Formålet med innføring av en internhusleiemodell er arealeffektivisering og verdibevaring av byggene. Dette innebærer at det forutsettes av modellen skal frigjøre midler til vedlikehold.

Implementeringsprosess i regi av HSØ

Helse Sør-Øst har på bakgrunn av nevnte styresak etablert en prosjektgruppe som ledes av prosjektleder i HSØ eiendomsavdeling, Anne Charlotte Moe. Eier av styringsgruppen er direktør for eiendom i HSØ, Anne-Hilde Bråtebæk. Hvert foretak har vært representert i prosjektgruppen med en ansvarlig fra eiendomssiden og en ansvarlig fra økonomisiden.

Det har vært gjennomført tre samlinger for prosjektgruppen. Det er i møtene gjennomgått presentasjon av malverket som er utarbeidet av HSØ, samt en grundig gjennomgang av Multimap. Multimap-kartleggingen er en modell for verdifastsettelse og tilstandskartlegging av større bygningsmasser. Dette gjøres årlig. Kartleggingen danner igjen grunnlag for inndeling av arealene i type kategorier hvor man i beregning av kapitalleien eksempelvis vil ta hensyn til kapitalkrevende arealer med en høyere husleiepris.

Malverket består av en veileder til prosessen rundt internhusleie, samt utkast til husleiekontrakter og beregning av kapitalleien for foretaket. Malene følger som vedlegg til saken. Malverket til husleiekontraktene er basert på næringslivets standard husleiekontrakt.

Kapitalleien tar utgangspunkt i byggenes bokførte verdi for beregning av kapitalelementet og budsjetterte kostnader til FDVU (forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling). Samlingene er ellers benyttet til diskusjoner der foretakene har kunne fremlegge ulike problemstillinger og delt tips og råd. Det er lagt opp til at alle helseforetak kan lage sine egne individuelle tilpasninger.

Implementering i Vestre Viken

Vestre Viken HF innførte en modell for internhusleie gjeldende fra 2018. Husleien er beregnet på nivå 2 i organisasjonen, og er ikke fordelt ut på avdelinger og seksjoner. Beregnet kostnadsnivå omfatter summen av kostnader til ekstern husleie, avskrivninger og driftskostnader på

eiendomsområdet som forvaltes av klinikk for intern service. Fordelingen er basert på faktisk bruk av arealer, inklusiv andel av fellesarealer. Fordelingene har vært under årlig oppdatering, men slik at klinikkene til enhver tid har fått kompensert eller blitt trukket i basisramme for endringer. Dagens modell gir følgelig ingen incitament til å endre arealdisponeringen. Arbeid med optimalisering av arealbruken har vært håndtert i eiendomsstrategier og eiendomsplaner.

Hensikten med den nye modellen som nå skal innføres er å etablere incitamenter som gir økonomisk effekt for klinikkene om de klarer å redusere arealbruken på sikt. Dette kan eksempelvis gjøres gjennom utvidete åpningstider på poliklinikk som gir høyere utnyttelsesgrad av rommene. Videre kan areal anvendes til flere ulike formål, samlokalisering av tjenester med ulike åpningstider etc.

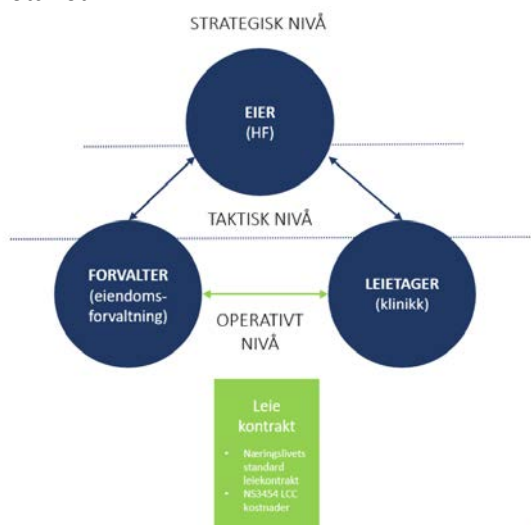
Videre er målsettingen at tilstandsgrader på 2 og 3 skal reduseres. Det må følgelig legges til rette for at modellen bidrar til høyere allokering av midler til vedlikehold av arealene.

Rollefordeling

Veilederen presiserer rollefordeling på tre aktører: utleier, forvalter og leietaker.

Det anses hensiktsmessig å skille utleier og forvalterrollen for å unngå interessekonflikter. Disse rollene har i liten grad vært adskilt i Vestre Viken HF. Rollen som eier og utleier må tydeliggjøres. Fremtidig organisering er under utredning.

Utleier er eier av byggene og er ansvarlig for at bygningsmassen til enhver tid er vedlikeholdt og tilpasset bruk. Eier bestiller tjenester fra forvalter. Forvalter vil stå for den daglige drift av bygningene på eiers vegne. Forvalterrollen ivaretas av klinikk for intern service i foretaket i dag og vil være den som utfører vedlikehold og ettersyn med bygningene. Leietaker er klinikkene i foretaket.



Kartlegging av areal

Veilederen anbefaler en fordeling av areal ned til nivå 4 i foretaket. En slik detaljert fordeling av arealene er ikke på plass ved innføring 1.1.2023. Arbeidet er omfattende og planlegges gjennomført i løpet av våren 2023. Det kreves en gjennomgang med lederne på alle nivåer for å sikre at de oversikter som finnes i dagens systemer stemmer med faktisk arealdisponering. Det vurderes ikke hensiktsmessig å bruke ressurser på kartlegging av de enheter som skal flytte inn i nytt sykehus i Drammen. Det må derfor vurderes å utsette husleiefordeling til nivå 3 og 4 for de delene av virksomheten først innføres i forbindelse med innflytting i nye lokaler i 2025.

Økonomi

I det regionale prosjektet er det lagt opp til at modellen ved innføringstidspunktet skal være kostnadsnøytral, som er tilsvarende dagens modell i Vestre Viken HF. Incitamentene skal få effekter gjennom utvidelser eller reduksjon av arealer der klinikkene må betale mer for utvidelser eller får kostnadsreduksjoner ved arealnedgang. Det foretas ingen endring i basisramme ved endring i arealer. Vestre Viken HF vil utrede hvordan slike endringer skal håndteres før det implementeres fullt ut.

I forhold til økt vedlikehold for å kunne redusere tilstandsgradene forutsettes det at foretaket setter av midler til dette i de årlige budsjettene.

Foretaket har tidligere vurdert at en incitamentsordning med husleie vil være krevende å forvalte all den tid store deler av bygningsmassen ikke har alternativ anvendelse. For å få en god effekt ved implementeringen vil det være en løsning å ha avsatt buffer til håndtering av arealreduksjoner der alternativ husleie ikke er til stede. Alternativet er å fordele belastningen på øvrige leietakere når noen lykkes i å redusere sin arealbruk. Denne delen av modellen må vurderes nærmere.

Kapitalkostnad

Ifølge veilederen og mal for beregning av kalkulatorisk husleie skal bokført verdi for byggene legges til grunn som kapitalkostnad. Det beregnes en gjennomsnittlig kapitalkostnad som fordeles på leietakerne. Med mye gammel bygningsmasse og nedskrevne bygg vil kapitalkostnaden kunne bli uforholdsmessig lav. På den annen side vil bruk av markedsverdi som kapitalkost gi en kunstig høy kapitalkostnad på gamle slitte bygg/lokaler. Med dagens bygningsmasse i Vestre Viken HF vil det sannsynligvis ikke ha noen store utslag på husleien som skal benyttes internt. Det er foreløpig lagt til grunn av de deler av virksomheten som benytter leide lokaler betaler samme pris som andre. Ved innflytting i nye Drammen Sykehus vil imidlertid kapitalleien øke vesentlig ved overtakelse av det nye bygget. Dette er en problemstilling som er spilt inn i forarbeidet til innføring av ny modell i HSØ. I Vestre Viken HF er det ikke økonomisk bærekraft på de deler som skal inn i NSD. Hele Vestre Viken HF må bære investeringen. Ved overtakelse øker dermed samlet kapitalkost og det må vurderes fordeling av det økte grunnlaget for leieprisen. Det må også vurderes om det skal innføres en mer differensiert husleie. Det åpnes i veilederen for å differensiere mellom ulike bygg. Forholdet med NSD innebærer at full implementering med incitament er avventes til modellen er tilstrekkelig utredet til også å håndtere slike store endringer.

Renholdkostnader

Kalkulatorisk husleie bør ifølge veilederen inneholde renholdkostnader. Det er i malen lagt opp til å benytte en gjennomsnittskostnad per kvadratmeter når dette legges i husleien. En gjennomsnittskostnad innebærer imidlertid vesentlig skjevdeling i forhold til de faktiske kostnadene til renhold. Det er betydelige forskjeller, med kontor og operasjonssaler i hver sine ytterpunkter. Det bør derfor vurderes en differensiering av kostnaden. Faktisk renhold er godt dokumentert i renholdssystemet og kan knyttes til areal i FDVU-systemet for å vise en riktig renholdkostnad per klinikk/avdeling/seksjon.

Arbeidet med arealfordeling ned på avdeling og seksjon vil pågå i 2023. Det foreslås derfor å avvente inkludering av renholdkostnader til denne kartleggingen er ferdigstilt.

Differensiering av leiekostnader i forhold til avanserte lokaler med høy renholdfrekvens utfordrer dagens modell for finansiering i Vestre Viken HF. Eksempelvis er operasjon, anestesi og intensivavdelinger rammefinansiert og uten særlig påvirkning av inntektsiden. Dette må utredes nærmere før husleiemodellen kan implementeres fullt ut.

Tomgangsarealer

Tomgangsarealer vil alltid finnes i bygningsmassen. Det må også settes av vedlikeholdsmidler til disse arealene. Ifølge veilederen skal tomgangsarealer fordeles som fellesareal for alle klinikkene. På den måten vil dette få finansiering for vedlikehold på samme måte som øvrige aktive arealer.

Vedlikeholdskostnader

Veilederen forutsetter at det settes av 350 NOK per kvadratmeter til vedlikehold av arealene. Inntil 2022 har kravet vært 250 NOK. I driftsbudsjettet for Vestre Viken HF er det historisk noe lavere beløp avsatt til vedlikehold. Veilederen åpner for at man også skal kunne se på oppgraderinger som går over investeringsbudsjettet. Inkluderes investeringene i bygningsmassen som omfatter oppgraderinger ligger Vestre Viken HF på om lag 447 NOK per kvadratmeter i 2021.

I det regionale arbeidet har det vært diskutert det skal legges et påslag på 350 NOK per kvadratmeter på kapitalkostnaden. Dette ville sikret tilstrekkelig avsetning av midler til vedlikehold, men krever at foretaket faktisk er i stand til å finansiere det. BRK prosjektet i Vestre Viken HF har resultert i at foretaket har lagt på et forholdsmessig høyt nivå på avsatte midler til vedlikehold og oppgradering av bygg sammenlignet med andre HF i HSØ regionen. Dagens økonomisk krevende situasjon innebærer at investeringer og vedlikehold må legges på et absolutt minimum. Det må følgelig vurderes nærmere når og om et slikt påslag skal innføres. Foretaket vil ikke kunne iverksette dette fra 1.1.2023.

Norsk standard for livssyklus kostnader for byggverk - NS3454

Veilederen ønsker at man benytter kodeverket til NS 3454 ved sammenstilling av kostnadene til kalkulatorisk husleie. Foretaket har benyttet dette kodeverket over flere år, men det er fortsatt ikke tilstrekkelig kvalitet i kodingen i dagens økonomisystem. Problemstillingen er tatt opp i dialogen med HSØ. Det er ønskelig at NS-kode gjøres til et obligatorisk felt ved kontering. HSØ vil vurdere dette. En obligatorisk koding ville gitt betydelig bedre sammenlignbarhet i tallgrunnlagene for helseforetakene og bidratt til bedre grunnlag for sammenligning mellom foretakene.

Rapportering av regnskapet på NS3454 baserer seg i dag på en kalkulatorisk fordeling av ikke kodede konteringer. Denne kalkuleringen vil benyttes i sammenstillingen av husleiegrunnlaget inntil en mer komplett koding foreligger.

Energikostnader

Det vil bli vurdert om man skal gjøre en oppdatering av energikostnader i den kalkulatoriske husleien. Det har som kjent vært en stor økning i prisene knyttet til energi. Det er viktig at den kalkulatoriske husleien gjenspeiler mest mulig av de faktiske kostnadene. Veilederen anbefaler at det utarbeides et budsjett og at energikostnader avregnes årlig. Vestre Viken HF vil vurdere å legge prognose for energikostnader for 2022 til grunn for husleien med en avregning mot slutten av 2023. I implementeringsåret vil dette uansett være kostnadsnøytralt.

Oppsummering

Som det fremgår av saksutredningen er det fortsatt en rekke avklaringer som må på plass før en fullstendig modell kan implementeres i foretaket. Ved innføringen er husleieordningen uansett kostnøytral for klinikkene.

Det legges til grunn at avtaler om leie etableres med klinikkene for 2023 på nivå 2, og at ordningen utvides med nivå 3 og 4 for 2024. Det foreslås imidlertid å avvente de enheter som skal inn i NSD da det ikke vil være regningsvarende å foreta en omfattende kartlegging som kun vil være gjeldende et par år.

Grunnlaget for leiekostnaden baseres på NS-regnskapet. Energikostnader planlegges innarbeidet i leiegrunnlaget basert på prognosen for 2022, men med avregning ved utløpet av 2023. Renhold holdes utenfor inntil forholdet er tilfredsstillende utredet.

Implementeringen fra 1.1.2023 vil følgelig innebære kun mindre endringer fra dagens modell og incitamentsordninger vil utredes i løpet av 2024 for å få mer effekt av modellen fra og med 2024. Det legges opp til evaluering av ordningen etter mer komplett innføring i 2024.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør tar til etterretning HSØs krav om å innføre en kostnadsdekkende intern husleieordning. Innføring av internhusleie bidrar til å synliggjøre areal som en innsatsfaktor på lik linje med andre innsatsfaktorer i spesialisthelsetjenesten. Klinikken vil få et mer aktivt forhold til arealbruk enn tidligere. Det skal også kunne bidra til en bedre eiendomsforvaltning.

Over tid vil dette understøtte målsettingene om mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene, ved at det settes tydeligere krav til omfang av vedlikehold og innhenting av vedlikeholdsetterslep. Godt vedlikeholdte bygg vil legge til rette for en effektiv drift uten avbrudd som følge av teknisk svikt og sammenbrudd. Det vil også være andre positive effekter på kjernevirksomheten knyttet til pasientbehandling, arbeidsmiljø og trivsel.

Implementeringen av modellen vil være mer administrativt krevende enn dagens modell i Vestre Viken HF. Det må derfor sikres at modellen gir ønskede effekter for å være regningsvarende. Dette skal evalueres.

Implementeringsprosessen vil videreføres i 2023 og inn mot overtakelsen av NSD i 2025.

Administrerende direktør foreslår at styret vedtar å innføre ordningen med internhusleie slik det er beskrevet i saksfremlegget.

Trykte vedlegg:

- Styresak HSØ angående internhusleie
- Veileder for innføring av internhusleie i Helse Sør-Øst - versjon 1.0
- Mal for beregning av kapitalleien
- Mal for leieavtale

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	27. april 2022

Sak 055-2022

Innføring av internhusleie i Helse Sør-Øst

Forslag til vedtak:

1. Styret slutter seg til innføring av en kostnadsdekkende helseforetaksintern husleiemodell i Helse Sør-Øst.
2. Styret vektlegger at ordningen er enkel å innføre, understøtter en hensiktsmessig organisering av eiendomsområdet, og bidrar til mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene.

Hamar, 20. april 2022

Terje Rootwelt
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Denne saken er en oppfølging av krav stilt i felles foretaksmøte den 16. januar 2018 der de regionale helseforetakene ble bedt om å utrede en internhusleieordning med sikte på en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene. I 2019 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å arbeide videre med å legge til rette for en felles husleieordning. Oppdraget resulterte i en rapport med tilhørende veileder, som ble ferdigstilt i 2021.

I saken framlegges anbefalte prinsipper og prosess for innføring av en internhusleiemodell i Helse Sør-Øst for styrets behandling.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

2.1 Bakgrunn

Det er utarbeidet to utredninger med bakgrunn i foretaksmøtenes krav. Mandatet for den første utredningen fremkommer av protokollen fra felles foretaksmøte i de regionale helseforetakene 16. januar 2018, hvor det det står følgende i punkt 3.3.2 - Tiltak innenfor bygg- og eiendomsområdet:

Av omtalen i Prop. 1 S (2017–2018) går det videre fram at det skal utredes hvordan det kan legges bedre til rette for verdibevarende vedlikehold av sykehusbygg. Det bør utredes om etablering av internhusleie innenfor det enkelte helseforetaket kan være et mulig virkemiddel for mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene, herunder om dette skal gjøres til en obligatorisk ordning for alle helseforetak.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om i fellesskap å utrede:

- *hvordan det kan legges bedre til rette for verdibevarende vedlikehold av sykehusbygg*
- *en internhusleieordning innenfor det enkelte helseforetak med sikte på å få en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene, herunder om dette bør gjøres til en obligatorisk ordning for alle helseforetak*

Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Sykehusbygg HF, ledes av Helse Vest RHF og ferdigstilles innen 1. november 2018.

I oktober 2018 ble rapporten *Verdibevarende vedlikehold og intern husleieordning i spesialisthelsetjenesten* ferdigstilt. Rapporten ble behandlet i foretaksmøte 15. januar 2019, hvor utredningen ble videreført gjennom at:

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å arbeide videre med å legge til rette for en felles husleieordning med sikte på en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring, herunder utarbeide en veileder for felles prinsipper for ordningen. Det bes også om en vurdering av om det bør fastsettes et felles mål for tilstandsgraden for bygningsmassen og hva dette eventuelt bør være. Arbeidet gjøres i samarbeid med Sykehusbygg HF og under ledelse av Helse Vest RHF. Det skal rapporteres til departementet underveis i arbeidet pr. 1. november 2019.

Mandatet for den andre utredningen ble gitt av de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene. Leveransene fra prosjektgruppen skulle være:

- *en rapport som beskriver anbefalte prinsipper for en intern husleieordning. De anbefalte prinsippene skal bidra til at foretakene får lokaler som er tilpasset til den kliniske driften (arealoptimalisering) og verdibevaring av eiendomsmassen.*

Rapporten skal inneholde:

- *en vurdering av om det bør fastsettes et felles mål for tilstandsgraden for bygningsmassen og hva denne eventuelt bør være. Målet kan for eksempel være på aggregert nivå eller på dekomponert nivå.*
 - *en drøfting av hvordan de forskjellige husleieordningene som eksisterer i dag kan harmoniseres*
 - *en belysning av konsekvensene av innføring av husleie og hvordan dette implementeres innenfor de økonomiske rammer som i dag eksisterer*
- *en veileder for innføring av de anbefalte prinsippene. Veilederen skal beskrive hvilke forutsetninger som kreves for å lykkes og hvordan innføringen bør forberedes og gjennomføres.*

I april 2021 ble *Utredning av felles husleieordning og felles mål for tilstandsgrad* godkjent med enkelte kommentarer og en stemmeforklaring i prosjektets styringsgruppe. Stemmemforklaringen ble gitt av konserntillitsvalgt i Helse Sør-Øst RHF, og avslutter slik: *Med dette som bakgrunn fremmes det at representanten ikke er enig i at det må innføres en intern husleieordning for å oppnå målsettingen – godt vedlikeholdte og verdibevaring av bygg - og herunder ikke enige i å innføre det som obligatorisk ordning.*

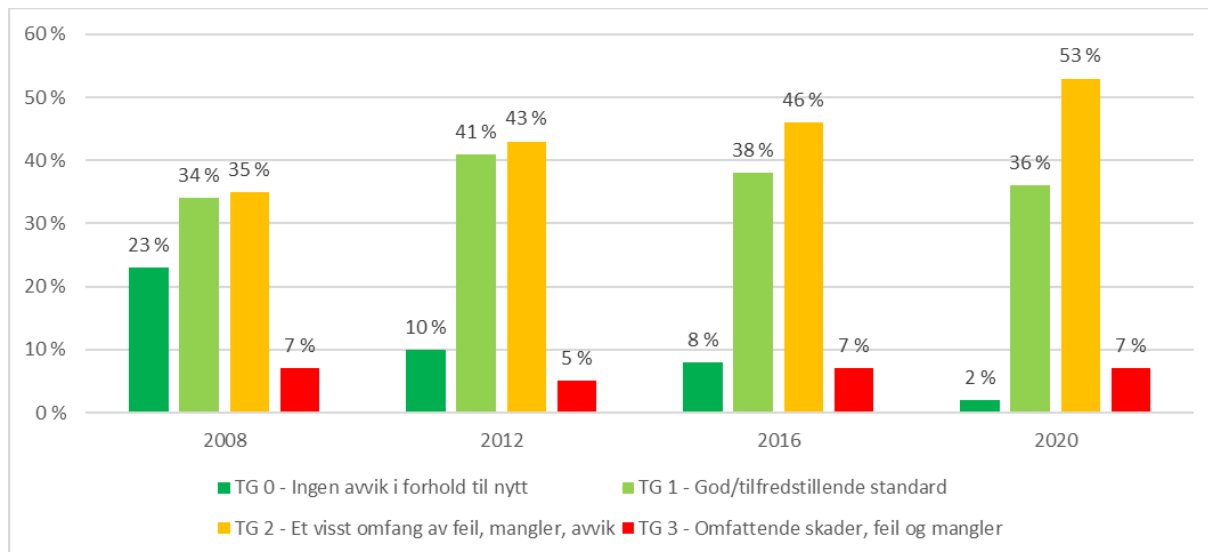
Tilstand for bygningsmassen

Hovedfunn fra *Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr* var at investeringene ikke har vært tilstrekkelige til å sikre en god nok tilstand på bygg og medisinsk-teknisk utstyr.

Funksjonelle og driftseffektive bygg og moderne utstyr og hjelpemidler er viktige forutsetninger for å støtte opp om helseforetakenes mål om et likeverdig og forsvarlig tjenestetilbud, og god ressursbruk. Riksrevisjonen mener at det er kritikkverdig at den tekniske tilstanden til bygningsmassen i et flertall av helseforetakene ikke har blitt bedret over tid, og at gjennomsnittsalderen for medisinsk-teknisk utstyr øker.

Riksrevisjonen påpeker at mange helseforetak ikke når det investeringsnivået som de har planlagt med i sine økonomiske langtidsplaner. Videre vurderer Riksrevisjonen at de regionale helseforetakene ikke har fulgt opp de underliggende helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr på en god nok måte.

Helse Sør-Østs tilstandsrapportering, som utføres hvert fjerde år, viser at bygningsmassens tilstandsgrad har utviklet seg negativt over tid. Vedlikeholdsetterslepet for sykehusbygningene har økt.



Figur 1: Utvikling av samlet teknisk tilstand, bygningsmasse i Helse Sør-Øst vurdert ved hjelp av multimap.

Figur 1 viser utvikling av tilstandsgraden for bygningsmassen i Helse Sør-Øst fra 2008 til 2020. Vektet teknisk tilstandsgrad for eiendomsmassen i Helse Sør-Øst ble i 2020 beregnet til TG 1,61 som er en forverring fra tidligere registreringer (2016: 1,52, 2012: 1,45 og 2008: 1,31). Det har vært en gradvis økning i andelen komponenter med tilstandsgrad 2, mens komponenter med tilstandsgrad 3 er stabil. Andelen av bygningsmasse med en tilstandsgrad tilsvarende nybygg er redusert.

Styret er tidligere orientert om status i sak 080-2018 *Delstrategi i eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst*, og via driftsorienteringer fra administrerende direktør i sak 111-2018 og 016-2022. Videre er plan for innføring av internhusleie omtalt i forbindelse med økonomisk langtidsplan, sist i sak 030-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023-2026 – planforutsetninger*.

2.2 Hovedpunkter fra rapport med tilhørende veileder fra det interregionale arbeidet

I utredningen er behovet for et felles mål for tilstandsgrad for bygningsmassen drøftet. Målet tar utgangspunkt i et økonomisk optimalt tilstandsnivå som over tid vil gi de laveste vedlikeholdskostnadene for eiendomsporteføljen. Rapporten anbefalte følgende målsettinger:

- *Vedlikeholdet skal være tilstrekkelig til å bevare verdiene i eiendomsmassen.*
- *Ingen bygningsdeler eller komponenter skal ha tilstandsgrad 3.*
- *Det vektete aggregerte tilstandsgraden for en eiendomsportefølje skal ikke være dårligere enn 1,2.*

Det ble også utredet og beskrevet hvordan man kan sette opp en intern husleiemodell, og utarbeidet en veileder for formålet. Rapporten trakk fram følgende kritiske suksessfaktorer som avgjørende for at formålene med husleieordningen oppnås:

- *Partene må ha klart definerte og uavhengige roller.*
- *De reelle kostnadene over hele livsløpet til en eiendom må synliggjøres og belastes leietagerne.*
- *Leietagerne må ha incentiver til arealoptimalisering. Følgelig må de betale for økte kostnader og få beholde innsparinger på laveste organisatoriske nivå.*
- *Helseforetaket må «binde seg til masta» og etterleve prinsippene i ordningen.*

2.3 Anbefalt modell for internhusleie i Helse Sør-Øst

Veilederen fra det interregionale arbeidet er omfattende og legger til dels opp til valgmuligheter innen ordningen. Det er derfor utarbeidet en forenklet veileder for innføring av internhusleie i Helse Sør-Øst. Den forenklete veilederen har som formål å tydeliggjøre prinsippene i modellen på en ensartet måte slik at den understøtter lik praksis for helseforetakene i regionen, og bidra til at ordningen kan implementeres og følges opp ressurseffektivt.

Videre legges det til grunn at internhusleieordningen innføres kostnadsnøytralt, men hvor ønsket virkning kan tilpasses over tid. Dette for at innføringen ikke skal medføre store umiddelbare omfordelinger fra klinisk drift til eiendomsforvaltning. Over tid vurderes likevel ordningen å bidra til en nødvendig omfordeling av midler slik at det legges bedre til rette for verdibevarende vedlikehold av sykehusbygg og mer effektiv arealutnyttelse. Ordningen vil også gi bedre forutsetninger for å planlegge tilstandsbasert vedlikehold over en lengre periode enn ett år. Godt vedlikeholdte bygg vil ha flere positive effekter på kjernevirksomheten i byggene som for eksempel forhold knyttet til pasientbehandling, arbeidsmiljø og trivsel. Det kan blant annet pekes på stabilt og godt innklima for pasienter og ansatte, samt tydeligere incentiver for gjennomføring av ENØK-tiltak.

Fastsettelse av husleie må skje på grunnlag av helseforetakets etablerte prosesser for økonomisk langtidsplan og budsjett. Ressurser til eiendomsområdet vil underlegges samme prioriteringsdiskusjoner som tidligere, men når nivået er fastsatt, skal dette forutsetningsvis følges.

Internhusleieordningen skal være kostnadsdekkende, og består av en del for kapitalkostnader og en del for felleskostnader. Felleskostnader omfatter forvaltning, drift, vedlikehold og utskifting. Servicekostnader er ikke inkludert i internhusleien, og avtales særskilt. De anbefalte prinsippene for beregning av pris i internhusleien skiller mellom kapitalleien og felleskostnadene.

For kapitalleien anbefales det å ta utgangspunkt i bokført verdi av eiendomsmassen på helseforetaksnivå. Videre at kapitalleien beregnes som en annuitet over gjennomsnittlig gjenværende levetid, og hvor kalkulasjonsrenten settes til langsiktig rente. Kalkulasjonsrenten fastsettes årlig av Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med budsjettprosessen, og skal representere krav til verdibevaring av kapitalen. Disse forutsetningene vil bidra til en kostnadsnøytral innføring av kapitalleien for alle helseforetakene.

Estimat på total internhusleie per helseforetak

Kroner per kvadratmeter	Kapitalleie per m2	Vedlikehold / utskiftn. per m2	Kostn.dekkende forvaltn. & drift	Internhusleie per m2
Akershus universitetssykehus HF	1 189	350	900	2 439
Oslo universitetssykehus HF	661	350	900	1 911
Sunnaas sykehus HF	638	350	900	1 888
Sykehuset i Vestfold HF	1 036	350	900	2 286
Sykehuset Innlandet HF	518	350	900	1 768
Sykehuset Telemark HF	289	350	900	1 539
Sykehuset Østfold HF	1 283	350	900	2 533
Sørlandet sykehus HF	440	350	900	1 690
Vestre Viken HF	671	350	900	1 921
Vektet gjennomsnitt	719	350	900	1 969

Tabell 1- Estimat på kapitalleie (basert på bokført verdi) og felleskostnader per helseforetak gitt at nivået på tilstandsbasert ordinært vedlikehold over tid har kommet opp i 350 kr/kvm og forvaltning og drift ligger på nasjonalt gjennomsnitt.

Bokført verdi vil resultere i en gjennomsnittlig kapitalleie på om lag 720 kroner pr kvadratmeter for helseforetakene i Helse Sør-Øst. Eksterne leiekostnader skal inngå i utgangspunktet for husleieordningen, og vil øke dette nivået noe. Til sammenligning ville bruk av den interregionale rapportens anbefalte kapitalgrunnlag, gjenanskaffelsesverdi justert for tilstandsgrad, gitt en gjennomsnittlig kapitalleie på om lag 2 550 kroner pr kvadratmeter.

Som i den interregionale veilederen legges det opp til en differensiert kapitalleie basert på fire arealkategorier. Klassifikasjonssystemet for sykehusbygg anbefales benyttet for fordeling av de fire arealkategoriene. Den interregionale veilederen anbefaler også at det skilles på tilstandsgrader. Arealer med teknisk høy standard vil da prises med en høyere leie enn arealer med lavere investeringskostnad. For å få en enkel innføring av ordningen er det i forenklet veileder ikke tatt hensyn til dette.

Når det gjelder felleskostnadene, anbefales en kostnadsdekkende leie for forvaltning og drift. Gjennomsnittet fra den interregionale utredningen er her om lag 900 kroner pr kvadratmeter. Budsjett settes opp med erfaring fra foregående år.

I tillegg skal helseforetakene sette av midler til både ordinært og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det ordinære vedlikeholdet over tid utgjøre minst 350 kroner pr kvadratmeter per år for hele bygningsmassen, jf. sak 030-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023 -2026 – planforutsetninger*. Ekstraordinært vedlikehold avtales særskilt mellom utleier og forvalter. Det anbefales også her en kostnadsnøytral innføring basert på budsjettert nivå. Vedlikeholdskostnadene vil inngå i felleskostnadene i internhusleien.

Husleien skal beregnes årlig. Det skal tas hensyn til endring i bokført verdi, eksempelvis ved ferdigstilling av nye bygg. Det vil i den årlige budsjettprosessen i Helse Sør-Øst bli oppgitt en konkret kalkulasjonsrente som skal gjelde for det kommende årets husleieberegning.

Ett av hovedpoengene med husleieordningen er å leie areal tilpasset klinikkens behov. Ved avgivelse av areal skal husleien reduseres tilsvarende. Dersom arealene ikke umiddelbart kan leies av andre klinikker eller eksterne, må klinikken allikevel få denne kostnadsreduksjonen i leien. Det arealet som frigjøres må tillegges fellesareal og fordeles ut på alle kontrakter.

En kritisk suksessfaktor ved innføring av internhusleie er en tydelig rollefordeling slik at utleier (administrerende direktør), forvalter (eiendomsavdeling) og leietager (klinikk) kan opptre på en selvstendig og uavhengig måte. Det anbefales at leieavtalen signeres på nivå to i helseforetakene (klinikknivået eller tilsvarende), men at kostnadene synliggjøres på lavere budsjettnivå. Malen som er utarbeidet for leiekontrakten, er en forenklet versjon av standard husleiekontrakter. På tross av en forenklet modell, vil det være noe administrasjonskostnader forbundet med ordningen. Avhengig av hvor god underlagsinformasjon det enkelte helseforetak har, vil innføringskostnadene variere.

Som del av utviklingen av en forenklet regional husleiemodell, har det vært gjennomført forankring i helseforetaksgruppen. Dette inkluderer økonomidirektørmøtet, eiendomsdriftsdirektører, direktørmøte, samt de konserntillitsvalgte. Innspill fra denne forankringen har blitt innarbeidet i ordningen der hvor det har blitt vurdert som hensiktsmessig.

2.4 Prosess for implementering

Innføring av intern husleieordning i Helse Sør-Øst bør etableres som et innføringsprosjekt under ledelse av det regionale helseforetaket. Dette for å sikre likelydende ordninger på tvers av helseforetakene, felles rutiner og mulighet for å sammenligne effekter. Innføringsprosjektet vil bl.a. diskutere håndtering av leide arealer, nybygg og tilfeller hvor det er store forskjeller i tilstandsgrad ved forskjellige lokasjoner i helseforetaket. Helseforetakene involveres i arbeidet og vil ha det endelige ansvaret for å innføre ordningen hos seg. Enkelte helseforetak har allerede innført varianter av internhusleie, og et felles innføringsprosjekt vil legge til rette for at også disse modellene, på overordnet nivå, tilpasses den regionale felles ordningen.

Det anbefales at ordningen innføres fra 1. januar 2023, med en begrenset evaluering etter første år og en grundig evaluering etter tre år. Deretter er det hensiktsmessig å vurdere om ordningen bør revideres hvert fjerde år, eksempelvis i forbindelse med oppdatering av byggenes tilstandsgradsklassifisering.

I styresak 030-2022 ble det besluttet å avsette 200 millioner kroner årlig for årene 2023-2026 av regionens likviditet til lokale investeringsformål for å styrke ekstraordinært vedlikehold av helseforetakenes bygningsmasse. Midlene fordeles til helseforetakene når felles husleieordning i Helse Sør-Øst er etablert, og helseforetakene har bekreftet innføring av ordningen senest 1. januar 2023. I styresak 127-2021 Budsjett 2022 – *fordeling av midler til drift og investeringer* ble det omtalt at det også var reservert 200 millioner kroner i det regionale helseforetaket for året 2022, til samme formål. Disse midlene kan basert på vedtak i denne saken fordeles til helseforetakene. Fordelingen vil bli gjort basert på hvilken andel av faste inntekter helseforetakene har, tilsvarende hvordan fordelingen har blitt gjort for øvrig likviditet til lokale investeringer.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør mener at innføringen av en kostnadsdekkende intern husleieordning i helseforetakene i Helse Sør-Øst vil bidra til god eiendomsforvaltning. Over tid vil dette understøtte målsettingene om mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene ved at det settes tydeligere krav til omfang av vedlikehold og innhenting av vedlikeholdsetterslep. I tillegg vil godt vedlikeholdte bygg legge til rette for en effektiv drift uten avbrudd som følge av tekniske sammenbrudd. Andre positive effekter ved innføring av internhusleie er synliggjøring av areal som en innsatsfaktor på lik linje med andre innsatsfaktorer i spesialisthelsetjenesten. Klinikken vil få et mer aktivt forhold til arealbruk enn tidligere.

Godt vedlikeholdte bygg vil ha flere positive effekter på kjernevirksomheten i byggene som for eksempel forhold knyttet til pasientbehandling, arbeidsmiljø og trivsel. Administrerende direktør anbefaler derfor styret om å slutte seg til innføring av internhusleieordningen.

Administrerende direktør mener det regionale helseforetaket bør lede et innføringsprosjekt med deltakelse fra alle helseforetakene, men understreker at ansvaret for å innføre ordningen skal ligge hos helseforetakene. Administrerende direktør anbefaler at ordningen bør tre i kraft senest 1. januar 2023.

Administrerende direktør støtter vurderingene som følger av rapport med tilhørende veileder fra det interregionale arbeidet, og anbefaler at den forenklete regionale veilederen legges til grunn for innføring av internhusleie i Helse Sør-Øst. Dette vil bidra til en enklere innføring av ordningen, mindre ressurskrevende administrasjon og ensartet innføring hos helseforetakene i regionen.

Trykte vedlegg:

- Veileder for innføring av internhusleie i Helse Sør-Øst - versjon 1.0

Utrykte vedlegg:

- [Utredning av felles husleieordning og felles mål for tilstandsgrad](#)
- [Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr](#)

Veileder for innføring av internhusleie i Helse Sør-Øst

VERSJON 1.0, 27. APRIL 2022

Denne veilederen er en forenkling av Utredning av felles husleieordning og felles mål for tilstandsgrad, versjon 1.0.

Veilederen retter seg mot innføring av internhusleie i 2023 for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst.

Utarbeidet av:

Bygg og eiendom, Anne Charlotte Moe, anne.charlotte.moe@helse-sorost.no

Versjonshistorikk

Versjon	Dato	Beskrivelse	Utført av	Godkjent av
0.9	15.03.2022	Opprettelse av dokument		ACM
0.95	30.03.2022	Innarbeidet høringskommentarer	ACM	AHB
1.0	27.04.2022	Godkjent av styret i Helse Sør-Øst RHF		



Innhold

1	Formål.....	3
2	Bakgrunn	3
3	Generelt.....	4
4	Sentrale forhold i leieavtalen	5
4.1	Leieobjektet.....	5
4.2	Leieperioden	5
4.3	Leien - beregningsmetode	5
4.4	Felleskostnader (FDVU) - beregningsmetode	6
4.5	Tilleggsavtaler / serviceavtaler.....	7
4.6	Fakturering og rapportering.....	7
4.7	Regler for oppsigelse.....	7
5	Reforhandling av kontrakt.....	8
5.1	Etter implementering av husleie.....	8

Vedlegg A – Mal for leieavtale

Vedlegg B – Mal for beregning av kapitalleien

1 Formål

Veileder for innføring av internhusleie i Helse Sør-Øst er forenkling av *Utredning av felles husleieordning og felles mål for tilstandsgrad*, versjon 1.0. Veilederen retter seg mot innføring av internhusleie innen 1. januar 2023 for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst. Det er lagt vekt på at ordningen skal være enkel å forstå og enkel å implementere.

Hensikten med å innføre internhusleie er å:

- legge bedre til rette for verdibevarende (tilstandsbasert) vedlikehold av sykehusbygg
- få en mer effektiv arealutnyttelse av sykehusbyggene

Internhusleieordningen er beskrevet i denne veilederen med følgende vedlegg:

Vedlegg A – Mal for leiekontrakt

Vedlegg B – Mal for beregning av kapitalleien

2 Bakgrunn

Av statsbudsjettet for 2018, Prop. 1 S (2017–2018) gikk det frem at det skulle utredes hvordan det kunne legges bedre til rette for verdibevarende vedlikehold av sykehusbygg. *Det bør utredes om etablering av internhusleie innenfor det enkelte helseforetaket kan være et mulig virkemiddel for mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene, herunder om dette skal gjøres til en obligatorisk ordning for alle helseforetak.*

Foretaksmøtet ga i 2019 de fire regionale helseforetakene i oppdrag å legge til rette for en felles husleieordning med et felles mål for tilstandsgrad av byggene. De fire regionale helseforetakene fikk følgende oppdrag: *Føretaksmøtet bad dei regionale helseforetakene om å arbeide vidare med å leggje til rette for ei felles husleieordning for å sikre meir effektiv utnytting av areala og verdibevaring, og også å utarbeide ein rettleiar for felles prinsipp for ordninga. Det vart og bedt om ei vurdering av om det bør fastsetjast eit felles mål for tilstandsgraden for bygga og kva dette eventuelt bør vere.*

Med bakgrunn i krav gitt i foretaksmøtet i januar 2019 og mandat gitt av de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene, har en arbeidsgruppe sammensatt med representanter fra regionalt helseforetak og helseforetak levert rapporten «*Utredning av felles husleieordning og felles mål for tilstandsgrad*», Versjon 1.0 – datert 23. april 2021.

I møte mellom de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene 13. desember 2021 ble følgende vedtak fattet: *AD-ene i RHF-ene slutter seg til de anbefalingene som framgår av saken.*

3 Generelt

En intern husleieordning håndteres av tre avtaleparter;

- **Utleier:** Helseforetaket ved administrerende direktør er **eier** av bygningsmassen
- **Forvalter:** Forvalter som er delegert ansvaret for husleieordningen
- **Leietaker:** Kliniske og merkantile enheter i helseforetaket

Husleieordningen bygger på følgende prinsipper;

- Tydelig rollefordeling, slik at utleier, forvalter og leietager kan opptre på en selvstendig og uavhengig måte.
- Partenes ansvar beskrives i en leiekontrakt, jf. Mal for leiekontrakt i vedlegg A. Kontraktsmalen tar utgangspunkt i næringslivets standardkontrakt for leieforhold mellom profesjonelle parter. Det gis mulighet for lokale tilpasninger.
- Kontraktspartene er utleier og leietager. Leietager bør være en enhet på nivå 2 (klinikk-/divisjonsnivå). Løpende oppfølging/samarbeid med forvalter kan delegeres til nivå 3 eller 4 i klinikkene.
- Arealoversikter etableres for eksklusive arealer og fellesarealer (nivå 2, 3 og 4)
- Det etableres entydig eiendomsøkonomi hvor alle kostnader og inntekter forbundet med eiendom samles til ett kostnadssted hos forvalter.
- Leien skal dekke faktiske kostnader for bygget. Finansiering av tiltak for å ta igjen vedlikeholdsetterslep gjennom husleien skal unngås.

Sjekkliste før implementering av internhusleie i helseforetaket;

- Oversikt over hvilket areal som leies eksklusivt av klinikkene
- Oversikt over fellesareal i byggene og fordeling av disse
- Oversikt over klassifiserte arealer i henhold til [klassifikasjonssystemet for helsebygg](#)
- Helseforetakets samlede bokførte verdi for helseforetakets eiendommer
- Etablere tilstandsbasert vedlikeholdsplaner per bygg for tilstandsgrad 2 og 3 i henhold til Norsk Standard for Tilstandsanalyse av byggverk (NS3424)
- Eiendomsrelaterte kostnader, som også inkluderer interne kostnader, skal konteres etter kontoplan for livsløpskostnader i henhold til Norsk Standard for Livssyklus-kostnader for byggverk (NS3454)
- Opprette funksjon for en leiekontraksansvarlig i helseforetakene
- Opprette funksjon i økonomiavdeling for oppfølging av internhusleien
- Helseforetakene må delta med hensiktsmessig representasjon i møteforum for innføring av internhusleie i opprettet av Helse Sør-Øst RHF.

4 Sentrale forhold i leieavtalen

4.1 Leieobjektet

Leieobjekt = eksklusivt areal + andel fellesareal.

Arealoversikter innhentes fra oppdaterte tegninger i FDVU-systemet¹. Tegningene må inkludere romnummer, areal og rombetegnelse.

Leietagers eksklusive arealer og fellesarealer angis i tegning (bilag 1 til leieavtalen). Eventuelle endringer i leieobjektet beskrives i egen tilleggsavtale, eller ny leiekontrakt.

4.2 Leieperioden

Leieavtalens varighet kan gjelde for et bestemt tidsrom eller være løpende. De fleste enheter i et sykehus vil være lokalisert på samme sted i mange år. Likevel vil det være behov for å flytte en leietaker for å kunne plassere en ny enhet eller utvide en eksisterende enhet, slik at en får en hensiktsmessig plassering og logistikk for enhetene.

4.3 Leien - beregningsmetode

Internhusleien er kostnadsdekkende og består av kapitalleie og felleskostnader (forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling, FDVU).

Leien beregnes på bakgrunn av helseforetakets bokførte verdi og avsatt sum for tilstandsbasert vedlikehold.

Byggets levetid settes til helseforetakets bokførte eiendomsverdi dividert på avskrivning per år. I denne forenklete modellen settes restverdien av eiendommen til null.

¹ Databasert FDVU-system som benyttes til oppfølging og lagring av informasjon om bygningen og oppgaver innenfor forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling. Kan være koblet mot BIM-verktøy (byggningsinformasjonsmodell), SD (sentralt driftssystem) anlegg og økonomisystem.

Kapitalen som eiendomsmassen representerer skal renteberegnes i sin helhet. Det regionale helseforetaket fastsetter kalkulasjonsrenten i forbindelse med årlig budsjettprosess.

Leien skal justeres i forhold til arealenes tekniske standard. Arealer med høy teknisk standard prises med en høyere leie enn arealer med lavere standard. Det legges opp til fire arealkategorier, basert på klassifikasjonssystemet for helsebygg. Kategori 1 er utgangspunktet for vekting av leien for de øvrige arealkategoriene. Arealkategoriene er som følger;

- *Kategori 1* - gjennomsnittlig komplekse arealer, for eksempel kontor, møterom, korridorer. Vektes til 100%.
- *Kategori 2* - noe mer komplisert arealer, for eksempel behandlingsrom, sengerom, kjøkken, tekniske rom. Vektes til 250 % av kategori 1.
- *Kategori 3* – de mest kompliserte arealer, som for eksempel laboratorium og operasjonsstuer. Vektes til 400 % av kategori 1.
- *Kategori 4* – svært enkle arealer, for eksempel lager, sjakter, parkeringsgarasje etc. i bygg som også har annen virksomhet. Vektes til 60 % av kategori 1.

Dersom en slik standardisert justering benyttes, må samlet leie for bygget, etter fordeling, også bli den samme som før justeringen.

Helseforetakene leier også arealer eksternt. Disse leiekontraktenes årlige verdi legges til beregningen. På samme måte må inntekter fra utleide arealer trekkes fra leieberegningen.

Det skal utarbeides 10-års tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for tilstandsgrad 2 og 5-års tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for tilstandsgrad 3. Den andelen av vedlikeholdsplanen som tilhører vedlikeholdsetterslep må holdes utenfor vedlikeholdsbudsjettet som legges inn i leieavtalen. Ekstraordinært vedlikehold dekkes ikke av husleieordningen.

Kostnadsdekning for tilstandsbasert vedlikehold og utskiftning slik det fremgår av budsjettet for tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for helseforetakets eiendomsportefølje, inngår i leiens kapitalandel. Dette for å få en ordening som sikrer et verdibasert vedlikehold og rom for planlegging som er hele hensikten med ordningen. Over tid skal nivået ligge på ca. 350 kroner per kvadratmeter (2022-kroner).

For beregning av leien er det utarbeidet et regneark, se vedlegg B.

4.4 Felleskostnader (FDVU) - beregningsmetode

Felleskostnader (FDVU) inngår i internhusleien.

Felleskostnader (FDVU) dekker faktiske kostnader for forvaltning, drift og utvikling for inneværende år. Ved inngangen av året settes felleskostnadene (FDVU) lik budsjettverdi. Budsjettet settes opp basert på tidligere års regnskap. Gjennomgang av faktiske felleskostnader (FDVU) utføres etter regnskapsavslutning, jf. punkt 4.6 under.

Nedenfor er gjennomsnittlige tall for felleskostnader (FDVU) satt opp som en veiledning;

eiendomsforvaltning	ca. 50 kroner per kvadratmeter
eiendomsdrift	ca. 220 kroner per kvadratmeter
utvikling, inkl. offentlige krav og pålegg	ca. 30 kroner per kvadratmeter
forsyning (energi, vann, renovasjon)	ca. 300 kroner per kvadratmeter
renhold	ca. 300 kroner per kvadratmeter
eventuelt øvrige kostnader	xxx kroner per kvadratmeter
Felleskostnader (FDVU)	ca. 900 kroner per kvadratmeter

4.5 Tilleggsavtaler / serviceavtaler

Det kan i tillegg avtales servicetjenester som spesifiseres i kontrakten. Det kan også avtales tilleggstjenester ut over standard, for eksempel ekstra renhold, portørtjenester og vakthold. Kostnader for dette legges inn som eget punkt i kontrakten.

4.6 Fakturering og rapportering

Ansvaret for rapportering knyttet til leieforhold og bruken av helseforetakets eiendommer legges til forvalter.

Leien overføres månedlig fra leietaker til forvalter i henhold til kontrakt.

Gjennomgang av faktiske felleskostnader (FDVU) skjer minimum én gang i året. Avregning skjer når leietaker og forvalter er omforent om faktiske kostnader. Dersom det er beregnet for høy sum betaler forvalter differansen tilbake til klinikken. Dersom det er benyttet mer enn kontraktsfestet sum, betaler klinikken mellomværende til forvalter.

4.7 Regler for oppsigelse

Uansett om leiekontrakten har en fast løpetid eller om den er løpende, bør det være anledning til å si opp leiekontrakten. Det bør også oppfordres til at leietaker sier fra seg arealer som de ikke har behov for, slik at andre som har behov kan få tilgang til dem. Arealer som ikke kan leies ut igjen, eksempelvis et rom inne i en avdeling, bør ikke kunne sies opp.

5 Reforhandling av kontrakt

5.1 Etter implementering av husleie

Ved nybygg eller rehabilitering av arealer økes bokført verdi for eiendomsporteføljen. Dette medfører en økning i leien for alle leietakere.

Helseforetakene kan selv velge om nye bygg skilles ut som egne leieobjekter. Beregningsmetoden blir den samme, siden investeringen er lik bokført verdi for nye bygg.

Det kan også være en mulighet å skille mellom nye og bygg med lavere tilstandsgrad, ved for eksempel å utarbeide to leienivåer, en for bygg som har tilstandsgrad 0 til 1 og en lavere leie for bygg med tilstandsgrad 2 til 3. Dette er tiltak som kan vurderes etter at helseforetaket har iverksatt husleieordningen og har noe erfaring med ordningen.

Ved ombygginger skal aktuelle tegninger oppdateres, og endringer registreres i FDV-systemet og BIM-modell, slik at endringene får virkning for aktuelle leieberegninger og kontrakter.

Det bør gjennomføres årlige gjennomganger mellom leietaker og forvalter vedørende leieforholdet.

Det anbefales at det utarbeides en arealbruksplan² som viser hvem som skal bruke hvilke arealer fremover.

Ett av hovedpoengene med husleieordningen er å leie areal tilpasset klinikkens behov. Ved avgivelse av areal skal husleien reduseres tilsvarende. Dersom arealene ikke umiddelbart kan leies av andre klinikker eller eksterne, må klinikken allikevel få denne kostnadsreduksjonen i leien. Det arealet som frigjøres må tillegges fellesareal og fordeles ut på alle kontrakter. Vurderinger rundt arealmessige justeringer gjøres en gang per år.

² Jf. *Utvikling og forvaltning av bygg og eiendom (Sykehusbygg 2020)*

HELSE  SØR-ØST

Vedlegg B - mal for beregning av kapitalelement og felleskostnader i internhusleie

Grunnlag for beregning av kapitalelementet:

Bokført verdi	1 000	i millioner kroner
Gj.snittlig avskrivningstid	15	år
Kalkulasjonsrente fra HSØ RHF	0,4 %	

Arealkartlegging (m2 BTA):	Eide arealer	Leide arealer	Utleide arealer	Totalt areal
Arealkategori 1	30 000	2 000	300	31 700
Arealkategori 2	15 000	1 000	-	16 000
Arealkategori 3	15 000	1 000	-	16 000
Arealkategori 4	10 000	1 000	-	11 000
Totalt m2 BTA	70 000	5 000	300	74 700

Leide / utleide arealer	m2 BTA	Årlig leiepris	FDVU-leie	leie pr kvm
Sum leide arealer	5 000	15,0	10,0	3 000
Arealer utleid fra HF	300	1,0	0,5	3 333

Kapitalelement i internhusleien:

Ved flat husleie for alle arealer:

Årlig husleie per m2	1 109 kr	Total husleie	82,8
----------------------	----------	---------------	------

Ved differensiert husleie basert på arealkategorier:

Husleie	Kategori 1	Kategori 2	Kategori 3	Kategori 4
Kroner per m2 per år	582	1 455	2 328	349
Total husleie	Kategori 1	Kategori 2	Kategori 3	Kategori 4
Årlig total kapitalleie	18,4	23,3	37,2	3,8

ordningen

		Beregning av felleskostnader per m2:		
		Budsjett i mNOK	Kr. per m2	
		Eiendomsforvaltning	3,5	50
		Eiendomsdrift	15,3	220
Priskategori		Vedlikehold / utskifting	24,4	350
1,0		Utvikling	2,1	30
2,5		Forsyning	20,9	300
4,0		Renhold	20,9	300
0,6		Totalt eide arealer	87,1	1 250
		Leide arealer	10,0	2 000
		Utleide arealer	0,5	1 667
		Totale FDVU-kostnader	96,6	1 293
millioner kroner				
		Vektet gj.snitt	1 109	
		Totalt (mNOK)	82,8	

Leieavtale for arealer i [helseforetak eller bygg XX] benyttet av [klinikk for YY]

1 Utleier

- (1) [Skriv inn tekst] (**Utleier**)
- (2) Organisasjonsnummer [Skriv inn tekst]

2 Leietaker

- (1) [Skriv inn tekst] (**Leietaker**)
- (2) Kostnadssted [Skriv inn tekst]

3 Eiendommen

- (1) [Område]
- (2) [Byggnummer]
- (3) [Byggnavn]

4 Leieobjektet

- (1) Leieobjektet består av arealer til Leietakers eksklusive bruk (Eksklusivt Areal), forholdsmessig andel av Eiendommens fellesareal og tekniske rom (Fellesareal) og utearealer.

Eksklusivt Areal, herunder eventuelt eksklusivt uteareal og arealfordeling, er vist i Bilag 1 (arealoversikt og tegninger).

(2) Eksklusivt Areal samt andel av Fellesareal utgjør totalt ca. [Skriv inn tekst] kvm. BTA (Leieobjektet). Av dette utgjør Eksklusivt Areal ca. [Skriv inn tekst] kvm. BTA.

(3) Parkeringsplasser: Leieobjektet inkluderer ikke parkeringsplasser.

(4) Alle arealer er oppgitt etter NS 3940:2012. Eventuelle feil i arealangivelsene gir ikke rett til å kreve Leien justert, og medfører heller ikke noen endring av denne leieavtalens øvrige bestemmelser.

(5) Dersom Utleier skal utføre arbeider eller endringer i Leieobjektet før Overtakelse blir arbeidet/endingene angitt i Bilag 4.

5 Leietakers virksomhet

(1) Leieobjektet må kun benyttes til det formål det er klassifisert til, og i tråd med det som fremgår av vedlagte tegninger og romliste, jf. Bilag 1.

6 Overtakelse/melding om mangler

(1) Leieobjektet overtas ryddet og rengjort, og for øvrig i den stand som Leieobjektet var i ved Leietakers besiktigelse den [Skriv inn tekst], og med eventuelle arbeider/endinger som beskrevet i Bilag 4.

(2) Hva angår offentligrettslige krav gjelder følgende:

Utleier skal per Overtakelse sørge for å bekoste at Leieobjektet er i samsvar med de offentligrettslige bygningstekniske krav som gjelder for Leieobjektet, gitt den virksomhet som skal drives av Leietaker i henhold til punkt 5 (1). Utleier er per Overtakelse også ansvarlig for at Leietakers virksomhet i Leieobjektet, som angitt i punkt 5 (1), er tillatt i henhold til gjeldende reguleringsplan. Offentligrettslige krav per Overtakelse som følge av Leietakers virksomhet/bruk av Leieobjektet som ikke er av bygningsteknisk eller reguleringsmessig karakter, er Leietakers ansvar.

(1) I forbindelse med Overtakelse av Leieobjektet skal det foretas overtakelsesbefaring. Fra befaringen føres protokoll som undertegnes på stedet av begge parter. Overtakelsesprotokoll er vedlagt som Bilag 3.

(2) Leietaker må gi skriftlig melding om mulige skader og mangler mv. innen rimelig tid etter at Leietaker burde ha oppdaget dem. Forhold som Leietaker kjente til ved Overtakelse kan ikke senere gjøres gjeldende som mangel.

(3) Leieobjektet leies ut med den kapasitet i henhold til klassifikasjonssystemet som foreligger ved signering av kontrakten.

(4) Ved Overtakelse skal Utleier gi Leietaker en innføring i bruk av teknisk utstyr/innretninger i Leieobjektet som skal benyttes av Leietaker dersom dette er relevant.

7 Leieperioden

(1) Leieforholdet løper fra innflyttingstidspunktet (Overtakelse) inntil den sies opp av en av partene. Oppsigelsesfristen regnes fra den første dagen i den påfølgende måneden, og skal være på 6 måneder. Oppsigelsen skal være skriftlig.

(2) Leietaker har i leieperioden anledning til å foreta en reduksjon av leieareal, under forutsetning av at den delen Leietaker ønsker å si opp er egnet for ny utleie.

8 Leien, felleskostnadene mv.

(1) Leien for Leieobjekt per år (Leien) utgjør totalt NOK [Skriv inn tekst].

(Leieobjekt = eksklusivt areal + andel fellesareal)

(Leien = Leieobjekt * leie per kvadratmeter inklusive kostnadsdekning for vedlikehold og utskiftning iht. budsjettet, totalt NOK [Skriv inn tekst] per år

+ Leieobjekt * felleskostnader (FDVU) per kvadratmeter, totalt NOK [Skriv inn tekst] per år.)

(2) Leien blir belastet leietaker gjennom automatisk trekk fra kostnadssted etterskuddsvis hver måned i henhold til denne leieavtale.

(3) Leien er kostnadsdekkende. Den skal blant annet dekke følgende; kapitalkostnader, drifts- og vedlikeholdskostnader, kommunale avgifter, fullverdiforsikring (bygg) og forsyning (energi).

(4) Direkte og for egen regning betaler Leietaker rengjøring av Leieobjektet (herunder innvendig vask av vinduer) og vaktmestertjenester i henhold til vedlagte ansvarsfordeling, se Bilag 2.

9 Leietakers bruk av leieobjektet

(1) Leietaker skal behandle så vel Leieobjektet som Eiendommen for øvrig med tilbørlig aktsomhet.

(2) Leietaker skal oppfylle og bekoste alle nye offentligrettslige (bygningstekniske og andre) krav til Leieobjektet som oppstår i Leieperioden som følge av Leietakers særlige bruk av Leieobjektet, herunder krav til universell utforming og krav fra arbeidstilsyn, helsemyndigheter, sivilforsvar, industrivern, brannvern eller annen offentlig myndighet. Det er Utleiers ansvar å gjennomføre pålagte krav.

(3) Leietaker skal på Utleiers forespørsel dokumentere at det foreligger et internkontrollsystem (Elektronisk kvalitetshåndbok) for Leietakers virksomhet som oppfyller de til enhver tid gjeldende krav.

(4) Leieobjektet må ikke brukes på en måte som forringer Eiendommens omdømme eller utseende. Virksomheten i Leieobjektet må heller ikke sjenere andre leietakere eller naboer ved støv, støy, lukt, rystelse eller på annen måte. Røyking er ikke tillatt i Leieobjektet. Det er heller ikke tillatt å oppbevare private sykler i Leieobjektet. Private sykler skal oppbevares i sykkelhus eller på oppmerkede plasser. Rom med vann- og/eller avløpsrør må holdes oppvarmet, slik at frysing unngås. Kostnadene ved utbedring og eventuell erstatning i forbindelse med disse forhold er Leietakers.

(5) Avfall må legges i Eiendommens kildesorteringssystem. All avfallshåndtering skal følge de til enhver tid gjeldende krav til avfallshåndtering

(6) Kjemikalier/gasser i Leieobjektet skal oppbevares på forsvarlig måte, og ihht forskrift og retningslinjer. Leietaker plikter å holde oversikt over lagerbeholdning i et stoffarkiv. Utleier kan kreve dokumentasjon på at dette er oppfylt. Stoffer som ikke lenger er i bruk skal kasseres i henhold til helseforetakets retningslinjer.

(7) Leietaker kan ikke benytte Fellesareal til eget formål (for eksempel salg, oppslag, lagring o.l.).

10 Utleiers adgang til eksklusivt areal

(1) Leietaker skal gi Utleier adgang til Eksklusivt Areal alle dager for ettersyn, reparasjon, vedlikehold, inspeksjon, taksering, endringsarbeid etc. Leietaker skal varsles med rimelig frist. I alle tilfeller der det anses nødvendig for å forebygge eller begrense skade på Eiendommen, har Utleier rett til å skaffe seg adgang til Eksklusivt Areal uten slikt varsel.

11 Utleiers vedlikeholds- og utskiftingsplikt

(1) Utleier skal sørge for å bekoste alt utvendig bygningsmessig vedlikehold og utskifting av tekniske innretninger, slik som heiser, ventilasjonsanlegg, branntekniske anlegg, fyringsanlegg, solavskjermingsanlegg etc., når disse ikke lenger lar seg vedlikeholde på regningsvarende måte.

(2) Utleier skal sørge for at Fellesareal og Eiendommens tekniske innretninger holdes i tilsvarende stand som ved Overtakelse, men slik at alminnelig slitasje må aksepteres av Leietaker. Utleier skal sørge for vedlikehold, drift og renhold av Fellesareal og utearealer.

(3) Utleiers arbeider skal foretas på en forskriftsmessig og håndverksmessig god måte.

(4) Utleier har ikke ansvar for vedlikehold eller utskifting av innretninger og brukerutstyr anbrakt i Leieobjektet av Leietaker.

(5) Leietaker har ikke krav på avslag i de tilfeller hvor forsyningene uteblir pga. forhold som er utenfor utleiers råderett (uvær, lynnedslag, terror o.l.).

(6) Utleier skal sørge for at Leieobjektet i Leieperioden er i samsvar med de for Eiendommen/Leieobjektet gjeldende offentligrettslige bygningstekniske krav, med mindre annet følger av punkt 9 eller Leietakers vedlikeholdsplikt etter punkt 12.

12 Leietakers vedlikeholdsplikt

(1) Leietaker skal bekoste utbedring av skader etter innbrudd og/eller hærverk i Eksklusivt Areal, herunder skader på vinduer, karmen og inngangsdører/porter til Eksklusivt Areal. Knuste ruter må straks erstattes med nye. For gjennomføring av utbedringer kontaktes [Skriv inn tekst]

(2) Leietaker skal holde Leieobjektet tilgjengelig for vedlikehold og plikter å melde fra om skader, vannlekkasjer og lignende til Utleier snarest mulig. Feil og mangler meldes til [Skriv inn tekst]

(3) Leietaker skal bekoste endringer, reparasjon og vedlikehold av innvendige skilt som Utleier har gitt tillatelse til å sette opp.

(4) Leietaker skal bekoste drift og vedlikehold av fett-/oljeutskiller eller lignende innretninger dersom Leietakers virksomhet krever slike.

13 Leietakers ansvar for hærverk

Leietaker blir ansvarlig for all skade som skyldes ham selv eller folk i hans tjeneste eller personer han har gitt adgang til eiendommen. Ansvarer omfatter direkte tap, inklusiv kostnader til utbedring av skader på de leide lokalene og andre deler av eiendommen.

14 Utleiers endring av leieobjektet/eiendommen

(1) Utleier kan foreta alle arbeider til Eiendommens/Leieobjektets vedlikehold eller fornyelse, herunder miljørelaterte tiltak. Utleier kan videre foreta ethvert endringsarbeid, herunder tilbygg, påbygg mv., utenfor Eksklusivt Areal. Leietaker skal medvirke til at ledninger, kanaler og rør etc. til andre deler av Eiendommen kan føres gjennom Eksklusivt Areal uten hinder av Leietakers innredning eller lignende.

(2) Leietaker må som hovedregel finne seg i slike endringsarbeider uten erstatning eller avslag i Leien.

(3) Leietaker skal varsles om alle arbeider etter dette punkt 13 med rimelig frist. Utleier skal påse at arbeidene blir til minst mulig sjenanse for Leietaker.



15 Leietakers endring av leieobjektet

(1) Leietaker kan ikke foreta endringer, herunder innredning eller ominnredning i eller av Leieobjektet, eller installering av utstyr som skal tilkobles byggets infrastruktur, uten Utleiers skriftlige forhåndssamtykke. Det samme gjelder dersom Leietaker ønsker økt kapasitet/forsyning av energi, vann, luft, avløp mv. i forhold til hva som var forutsatt for Leietakers bruk på kontraktstidspunktet. Samtykke kan ikke nektes uten saklig grunn. Dersom samtykke gis skal Utleier samtidig, dersom Leietaker krever det, skriftlig ta stilling til om Leietaker ved fraflytting helt eller delvis må tilbake stille de utførte endringene.

Endringer som nevnt ovenfor skal gjennomføres av Utleier, og kostnader skal dekkes av Leietaker med mindre annet er avtalt.

(2) Ved overtakelse etter gjennomførte endringer skal det skrives en overtakelsesprotokoll som signeres av Utleier og Leietaker, se Bilag 3.

(3) Sikkerhetssystemet ved sykehuset skal ikke endres eller settes ut av funksjon, ved for eksempel å bytte lås eller på annen måte å foreta endringer i tilgjengeligheten til leieobjektet.

(4) Virksomhetsskilt, informasjonstavler etc., må tilpasses gjeldende standard og godkjennes av Utleier og offentlig myndighet der det er søknadspliktig. Skilt og informasjonstavler etc., bekostes av Leietaker.

16 Forsikring

(1) Både selve bygget og bygningsmessig innredning, fast, og løst inventar, løsøre, maskiner, varer, driftstap og ansvar er dekket gjennom Helse Sør-Øst RHF forsikringsavtale.

(2) Utleier har ikke ansvar for skader eller tap, som måtte oppstå ved brann, vannlednings-skade mv., utover det som dekkes av forsikringer.

17 Fraflytting

(1) Ved fraflytting skal Utleier umiddelbart gis adgang til Eksklusivt Areal.

(2) Ved fraflytting skal Leietaker tilbakelevere Leieobjektet ryddet, rengjort, med hele vindusruter og med samtlige nøkler/adgangskort. For endringer foretatt av Leietaker i Leieperioden, gjelder reguleringen i punkt 14. Inventar skal ikke tas med ved flytting uten at dette er avtalt med Utleier.

(3) Utleier kan utbedre skader som Leietaker ikke har utbedret, for Leietakers regning. Dersom Utleier ikke gjennomfører slik utbedring, skal Leietaker likevel kompensere Utleier for de kostnader som ville medgått dersom utbedring hadde vært foretatt, uavhengig av Leieobjektets bruk etter fraflytting.

(4) I god tid før utløpet av Leieperioden skal det avholdes en felles befaring mellom Leietaker og Utleier for å avtale eventuelle nødvendige arbeider som skal utføres for å bringe Leieobjektet i den stand det skal være ved fraflytting. Det skal føres protokoll fra utflyttingsbefaringen, som skal signeres av partene.

(5) Leietaker skal senest siste dag i Leieperioden på egen bekostning fjerne sine eiendeler. Eiendeler som ikke fjernes skal anses etterlatt, og tilfaller Utleier. Utleier kan kaste eller fjerne søppel og eiendeler som Leietaker har etterlatt, for Leietakers regning.

(6) Etter fraflytting, plikter Leietaker å sende inn utfylt utflyttingsskjema som viser at Leieobjektet er ryddet, rengjort og at nøkler er innlevert. Skjema og nøkler leveres til [Skriv inn tekst]. Leien løper inntil utflyttingsskjemaet er kvittert ut av Utleier og nøkler er levert.

18 Leieregulering

(1) Leien reguleres hver, 1. januar, i samsvar med eventuelle endringer i Statistisk Sentralbyrås Byggekostnadsindeks for boligblokker, eller, hvis denne blir opphevet, annen tilsvarende offentlig indeks.

(2) Opprinnelig kontraktsindeks er indeksen for [Måned, år] Leieregulering baseres på utviklingen fra opprinnelig kontraktsindeks til siste kjente indeks på regulerings-tidspunktet.

(3) Leietaker er med dette gitt varsel om at årlig leieregulering vil finne sted, hvis annet ikke blir bestemt.

19 Fremleie

(1) Fremleie av Leieobjektet er ikke tillatt.

20 Kontakt mellom partene i leieperioden

(1) Utleier vil så langt det er hensiktsmessig legge til rette for en årlig kunde – leverandør samtale.

Leietakers kontraktsansvarlig: [Skriv inn tekst]

Utleiers kontraktsansvarlig: [Skriv inn tekst]

(2) Tema for samtalen vil være

- a. Tilfredshet med leieforholdet
- b. Endring av fremtidig virksomhet hos leietaker
- c. Behov for ombygginger, utvidelse/reduksjon av leieareal mm.



- d. Gjennomgang av FDVU-kostnader

21 Spørsmål knyttet til internleieavtalen

(1) Ønsker Leietaker å ta opp forhold knyttet til denne avtalen, kan henvendelser rettes til [Skriv inn tekst].

22 Bilag til leieavtalen

Bilag 1: Tegninger og arealoversikt

Bilag 2: Ansvarsfordeling

Bilag 3: Overtakelsesprotokoll

Bilag 4: Spesifisering av leietakertilpasninger

23 Sted/dato

[Skriv inn tekst] / [Velg dato]

24 Signatur

(1) Denne leieavtalen er undertegnet i to eksemplarer, hvorav Utleier og Leietaker har fått hvert sitt eksemplar.

Utleier: [Skriv inn navn]

Leietaker: [Skriv inn navn]



Dato: 17. nov 2022
Saksbehandler: Kirsten Hørthe,
Narve Furnes

Saksfremlegg

Eiendomsplan Psykisk Helse og Rus Del 2

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i Vestre Viken	121/2022	28.11.22

Forslag til vedtak

1. Styret tar Eiendomsplan PHR Del 2 til orientering.

Sted, 21. november 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Styret i Vestre Viken HF vedtok Utviklingsplan 2035 i sitt møte 3. mai 2018, sak 25/2018. Planen beskriver hvordan helseforetaket skal utvikle seg for å møte de framtidige behovene for helsetjenester.

Vestre Viken sin eiendomsstrategi, som er basert på utviklingsplanen, ble vedtatt i styremøte 23. september 2019, sak 37/2019.

Eiendomsstrategien sier at det skal lages eiendomsplaner for de områdene som ikke omfattes av nytt sykehus i Drammen og BRK-programmet.

Eiendomsplan Psykisk helse og Rus (PHR) del 1 ble behandlet i sak 116/2021. Den danner ramme for dimensjonering av virksomheten og videre eiendomsutvikling.

Der Vestre Viken har langsiktige eiendomsbehov er strategien å eie fremfor å leie. Samtidig ønsker Vestre Viken å samle aktiviteten rundt hovedlokasjonene i Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike der det er mulig. Dette gir bedre mulighet til å samordne helsetjenestene, og sørge for felles bruk av infrastruktur og andre tjenester. Vestre Viken vil prioritere utviklingen av det polikliniske arealet med brukerstyrte poliklinikker, mer bruk av dagbehandling, digitale løsninger og støtte til hjemmebehandling.

Eiendomsplanen PHR del II skal være et grunnlagsdokument for planlegging av arealutnytting, oppgradering, utbygging og for eventuell anskaffelse eller avvikling av lokaler/leieavtaler. Planen skal ifølge prosjektmandatet bidra til at bygg og eiendom utdyper og støtter opp under foretakets utviklingsplan - på en slik måte at det kan gå en rød tråd fra utviklingsplan til konkrete tiltak for hver enkelt lokasjon, eiendom og bygg.

Saksutredning

Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst ligger til grunn for arbeidet med Vestre Viken sin Utviklingsplan 2035. Denne er underlag for kriteriene og indikatorene for vurderingene av ulike alternativer skissert i mulighetsstudien i Eiendomsplan PHR del 2. I Utviklingsplan 2035 påpekes det at utvikling av eiendom og lokaler skal legge til rette for blant annet å sikre rett kompetanse blant spesialister på ulike sykehus/enheter, og tilrettelegge for samarbeid med kommune og andre helsetjenester eller digital/ambulant hjemmeoppfølging. Spesielt for eiendom nevnes det i utviklingsplanen at Vestre Viken skal arbeide for at bygg og bruksareal skal være mest mulig formålstjenlig, og at tilgjengelig teknologi og materialvalg skal understøtte driften.

Den vedlagte rapporten «Samhandling og Pasientflyt mot 2025 (SAPA) Delleveranse Eiendomsplan» er utformet i henhold til Sykehusbygg sin veileder for funksjonsprogram, Rapporten inneholder en beskrivelse av hvilke lokalsykehusfunksjoner som eiendomsplanen skal inneholde, hvordan disse er organisert nå, og peker på hvilke alternative muligheter for å strukturere tilbudet som bør utredes, slik at arealbehovet for disse funksjonene i 2040 kan løses.

Rapporten beskriver fem alternativer som gir gevinster ved å samle virksomheten i PHR på færre lokasjoner, strukturert i tråd med føringer i utviklingsplanen og Vestre Viken sin eiendomsstrategi.

Alternativer for poliklinisk virksomhet forutsetter videreføring av de fem opptaksområdene til DPS'ene og BUP'ene: Asker, Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike, inkludert Ål. Dette ivaretar prinsippet om at tjenestene skal ytes lokalt der det er mulig, og skal ivareta hensynet til samarbeid og utvikling av felles tjenester med kommunene, i samsvar med intensjonen med helsefelleskapene. Det beskrives to alternativer for å økt samling av poliklinisk virksomhet

innenfor disse fem lokalsykehusområdene i PHR. For døgntilbudene redegjøres for to alternativer som legger opp til en samling av driftsenheter til lokasjoner i geografisk nærhet til somatisk sykehus.

Til sammen gir dette følgende alternativer; nullalternativet, to alternativer for døgntilbud i nærheten av somatiske sykehus og to alternativer for poliklinisk virksomhet innenfor eksisterende fem lokale opptaksområder.

Alternativ 0 omhandler både døgn og poliklinisk tilbud. Innholdet i er å beholde så mye som mulig av dagens arealer, men med de nødvendige investeringer for å foreta tilpasninger til de endringer som vil skje i virksomheten.

Alternativ 1 – poliklinikk legger til grunn poliklinisk og ambulant virksomhet (VOP, TSB, BUP) innenfor alle dagens fem lokalsykehusområder i klinikken. Virksomheten for DPS og BUPA samles i hver sine bygg, men sentralt plassert for samhandling og samdrift med kommunale samarbeidspartnere innenfor samme opptaksområde.

Alternativ 2 – poliklinikk medfører en samlokalisering av den polikliniske virksomheten (VOP, TSB, BUP) i felles bygg i hvert av de fem lokalsykehusområdene for alle de polikliniske tjenestene, inkludert FACT-teamene. Det vil også i denne modellen være behov for å ha plass til spesialpoliklinikkene og de ambulante tjenestene som i alternativ 1.

Alternativ 1 – døgn inneholder samling av døgntilbud på tre lokasjoner. Kongsberg og Ringerike beholder lokale døgntilbud for voksne. Øvrige døgntilbud samles i nærheten av Bærum eller Drammen sykehus.

Alternativ 2 – døgn beskriver en samling av hele døgntilbudet utenfor sykehus på to lokasjoner. En for Kongsberg og Drammen, og en for Ringerike, Asker og Bærum. Døgnbehandling TSB kan lokaliseres ved den ene lokasjonen, og øvrige områdetilbud ved den andre.

Hovedprogrammet inneholder også forslag til kriterier for evaluering av alternativene.

Kriterier

Alternativene i mulighetsstudien vurderes opp mot gitte kriterier utarbeidet av program for Samhandling og Pasientflyt mot 2025 (SAPA) i arbeidet med delleveranse P16 – Eiendomsplan PHR del 2 – lokalsykehusfunksjoner. Kriteriene gir en retning for hvilke behov og verdiområder som skal være førende, hvilket ambisjonsnivå som forventes og hvilke indikatorer som skal være beskrivende for kriteriene i mulighetsstudien.

Kriterier for vurdering av alternativer for tjenestetilbudet innen PHR er med forankring i overstående føringer utarbeidet av virksomheten med bakgrunn i den bygningsmessige forstanden. Kriteriene er utarbeidet for bruk i en overordnet eiendomsplan, med fokus på å finne en tilfredsstillende dimensjonering og organisasjonsstruktur, som samtidig tar hensyn til bærekraftig ressursforvaltning. Kriteriene er som følger:

Tabell: Oversikt over kriteriene med ambisjonsnivå og indikatorer.

Nr.	Kriterier	Ambisjonsnivå	Indikatorer til kriteriene
1	Kvalitet på pasientbehandling	Virksomheten skal kunne tilrettelegge for en trygg, kompetent og effektiv behandling med pasientene i fokus.	Tilgjengelighet, pasientlogistikk, kompetanse og likeverdige helsetjenester.
2	Robuste fagmiljøer	Virksomheten skal være attraktiv og konkurransedyktig på	Rekruttering, samarbeid om kompetanse, vaktordning.

		arbeidsmarkedet for å sikre god og rett kompetanse.	
3	Samhandling med samarbeidspartnere	Virksomheten skal tilrettelegge for hensiktsmessig og gunstig samarbeid mellom helsetjenester i regionen.	Samarbeid med somatiske helsetjenester, nærhet til kommune og øvrige samarbeidspartnere, nærhet til kommuner ved samorganisering av tjenester som i FACT-team.
4	Tilstrebe løsninger som understøtter samdriftsfordeler	Virksomheten skal tilstrebe løsninger med samdriftsfordeler ved å samle flere av helsetjenestene i regionen.	Mulighet for felles vaktordninger, felles støttefunksjoner, forenklet logistikk.
5	Bærekraftig ressursforvaltning og driftshensyn	Virksomheten skal tilstrebe å ha egnet fordeling av funksjonene og arealeffektiv utnyttelsesgrad av eiendomsmassen.	Størrelse på driftsenhet er rasjonell ift. bemanning.

Indikatorer

Hvert av kriteriene er inndelt i indikatorer som beskriver målsetninger kriteriene vurderes med. Dette er viktige parametere som gjør det mulig å sammenlikne alternativer med hverandre, basert på hvordan de oppnår målene for kriteriene. Ved å benytte slike indikatorer blir også vurderinger som tas i mulighetsstudien mindre normative og mer objektive.

Indikatorerne er utarbeidet i en arbeidsgruppe der tillitsvalgte har medvirket, og deretter forankret i styringsgruppen. Det er tatt utgangspunkt i forprosjekt for Nytt Drammen sykehus.

Administrerende direktørs vurderinger

PHR-eiendomsplan omfatter en stor del av Vestre Vikens tilbud innenfor Psykisk helse og rus. Det er foreslått fem alternativer for hvordan lokalisering av tilbudet kan se ut fram mot 2040.

Løsningen på arealbehov for de enkelte alternativene vil utredes i det videre arbeidet. Alternativene vil bli evaluert i forhold til forhåndsoppsatte kriterier, som beskrevet i saken. En endelig rapport med forslag til konkrete eiendomsiltak er forventet ferdig i januar 2023.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar saken til orientering.

Vedlegg: 1. Samhandling og Pasientflyt mot 2025 (SAPA), Delleveranse eiendomsplan.

P16 – Eiendomsplan PHR del 2 - lokalsykehusfunksjoner

**Delleveranse –
Beskrivelse av virksomheten og mulige
alternativer**

Fylles ut ved behandling:

Prosjektnummer: P16	Saksnummer:	Eiendomsplan PHR – del 2 lokalsykehusfunksjoner
Behandlet dato: 02.06.22	Behandlet av: Styringsgruppen for programmet SAPA	Utarbeidet av: Programkontor SAPA 2025
Beslutning:		
Bemanning av neste fase Leder av utredningsarbeidet:		Neste fase ferdig: XX.XX.2022
Signatur ved godkjenning (BP1): Sign. Kirsten Hørthe		

Innhold

Innhold

Bakgrunn	4
Eiendomsplan PHR – del 2	4
Delleveranse fra PHR	5
Medvirkning og prosessbeskrivelse	5
Utviklingsplan Vestre Viken – tjenestetilbudet i PHR.....	6
Utviklingstrekk.....	6
Organisering av klinikken	8
Opptaksområder	9
Virksomheten som skal inn i NSD – grensesnittet mot arbeidet i Programstyre SAPA 2025	10
Lokalsykehusfunksjonene i PHR – funksjoner som eiendomsplanen skal omfatte.....	11
Kriterier for vurdering av alternativer	16
Vurdering av alternativer	16
0-alternativet.....	16
Polikliniske tilbud	17
Alternativ 1 – poliklinisk virksomhet (VOP, TSB, BUP), lokalisering av tjenestene innenfor områdene.....	18
Alternativ 2 – samlokalisering av polikliniske tjenester (VOP, TSB, BUP)	19
Døgntilbudet.....	19
Alternativ 1 – tre døgnlokasjoner	20
Alternativ 2 – lokalisering på to enheter	20
Døgnplasser lokalsykehus	21
Sammenheng med økonomisk langtidsplan	22
Brukerinvolvering	22

Bakgrunn

Klinikk for psykisk helse og rus (PHR) står ovenfor omfattende endringsprosesser i årene som kommer, ikke minst ved samlokalisering av områdetilbudene ved Blakstad sykehus, døgnstilbudene til barn og unge og akutt- og avrusningstilbudene innenfor tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Klinikken har gjennomført store endringer med å endre behandlingstilbud fra døgn til poliklinisk og ambulant behandling, og etablert FACT-team ved samtlige DPS sammen med kommunene. I 2022 etableres også FACT-ung team i samarbeid mellom Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og de 22 kommunene i opptaksområdet.

Utviklingen i klinikken er i tråd med føringer gitt i nasjonal helse- og sykehusplan, som peker i retning av ytterligere styrkning av oppsøkende helsetjenester, samdriftsmodeller med kommunehelsetjenesten og at fleksibiliteten i tjenestene er ment å redusere behovet for døgnbehandling. Nasjonal framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fra september 2021, peker også på redusert behov for døgnbehandling ved styrking av polikliniske tjenester og oppsøkende behandling.

I forbindelse med Eiendomsplan PHR –del 1 har Sykehusbygg gjort en framskrivning mot 2035 basert på virksomheten i 2019. Nasjonal framskrivningsmodell framskriver kapasitetsbehov for 2040 basert på 2019-aktivitet. De to modellene estimerer behovet for døgnplasser noe forskjellig. Sykehusbygg forventer en lett reduksjon i behov for døgnplasser innen psykisk helsevern på DPS-nivå og innen TSB, mens den nasjonale modellen forventer en liten økning i behovet. I den nasjonale modellen estimeres behov for 75 døgnplasser på DPS-nivå i 2040. I dag har Vestre Viken 78 plasser. Innen rusbehandling estimeres behovet til 55 døgnplasser i 2040 mens det i dag er 49 døgnplasser. For poliklinisk behandling er forskjellene i framskrivning små. Framskrivningene i nasjonal modell blir lagt til grunn i det videre arbeidet med eiendomsplanen for de deler av klinikken som ikke skal inn i nytt sykehus.

De to framskrivningsmodellene kommer også fram til forskjellig behov for døgnplasser innen psykisk helsevern for voksne på sykehusnivå. Antall planlagte plasser (136 plasser) i nytt sykehus i Drammen ligger mellom de to framskrivningene. Hvis det korrigeres for forskjell i beleggspersentforutsetningene, er antall plasser i nytt sykehus på nivå med nasjonal modell i 2030. Det er grunn til å følge utviklingen i kapasitetsbehov nøye i årene framover.

Klinikken har i dag organisert mange av sine tjenester ut fra disponible lokaler for virksomheten. Forventningene til psykisk helse er i stadig endring, og det brukes mye ressurser i foretaket til å gjøre mindre driftstilpasninger i eksisterende bygg, men det mangler en helhetlig strategi for eiendomsutviklingen i PHR. Det er uheldig for den samlede utvikling av klinikken å finne løsninger kun rundt den enkelte avdeling.

Eiendomsplan PHR – del 2

I arbeidet med Eiendomsplan PHR del 1 ble det i prosjektet utredet følgende: Fremskrevet kapasitet- og funksjonsbehov 2035. (Basis for arealbehov i 2035, ref. utviklingsplan kap 7.3, siste avsnitt)
Arealbehov for de enkelte funksjonene, basert på fremskrevet kapasitetsbehov, klinikkens planer for nye behandlingstilbud

Tilstandsanalyse av dagens bygningsmasse (2019)

Styret har i sak 116/2021 behandlet Eiendomsplan PHR del 1, og fattet følgende vedtak: Styret slutter seg til Eiendomsplan psykisk helse og rus (PHR) del 1, som ramme for videre eiendomsutvikling.

Formålet med Eiendomsplan PHR-del 2, lokalsykehusfunksjoner er følgende, jf prosjektmandat 6.4.22:

Eiendomsplanen skal være et grunnlagsdokument for planlegging av arealutnytting, oppgradering, utbygging og for eventuell anskaffelse eller avvikling av lokaler/leieavtaler. Planen skal bidra til at bygg og eiendom støtter opp under foretakets utviklingsplan – på en slik måte at det kan gå en rød tråd fra utviklingsplan til konkrete tiltak for hver enkelt lokasjon, eiendom og bygg.

Prosjektmandatet viser også til at utviklingen for lokalsykehusnivået i PHR ikke kan løses med et stort investeringsprosjekt som omfatter all virksomhet. Samtidig er klinikken avhengig av en helhetlig plan for å kunne tilpasse faglig utvikling.

Delleveranse fra PHR

Mandatet omfatter planlegging av eiendomsstrategi for lokalsykehusfunksjonene i PHR som ikke er planlagt inn i nytt sykehus. Mandatets punkt 6.7 adresserer blant annet behovet for nært samspill mellom planarbeidet og tilgrensende utredninger som foregår i Vestre Viken, herunder pågående avklaring av flytting av PHR til Nytt Sykehus Drammen (NSD).

Klinikk psykisk helse og rus gjennomfører et stort omstillingsarbeid med fokus på brukermedvirkning før innflytting i nytt sykehus i Drammen i 2025. Arbeidet skal sikre helhetlige og trygge pasientforløp med utgangspunkt i brukeropplevelse og brukermedvirkning.

Programmet Samhandling og pasientflyt mot 2025 (SAPA) har som formål å sette en egnet struktur, sikre enhetlig gjennomføring og styring av at prosjekter og andre aktiviteter i PHR frem til etter ibruskstakelse av nye arealer i 2025.

Det interne arbeidet med Eiendomsplan lokalsykehusfunksjoner i PHR er organisert som et prosjekt under programmet SAPA 2025. Det er utarbeidet prosjektmandat for delleveransen, som er vedtatt i programstyre 29.04.22.

Medvirkning og prosessbeskrivelse

Helse Sør-Øst's 12 prinsipper for medvirkning under omstilling og Vestre Viken's retningslinje for omstilling ligger til grunn for etablering av programstyre SAPA 2025. Tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerorganisasjonene er representert i programstyre. Det er gjennomført arbeidsmøter med deltagelse fra lokale ledere, og med deltagelse fra tillitsvalgte og verneombud. Samlet er det gjennomført tre større arbeidsmøter internt i klinikken:

- Mandat og kriterier/indikator for utvelgelse, 2. mai 2022
- Alternativer for døgnvirksomheten, 13. mai 2022
- Alternativer for den polikliniske/ambulante virksomheten 18. mai 2022

I workshop'ene er det utarbeidet utkast til kriterier for utvelgelse, og det er arbeidet med ulike lokaliseringalternativer for virksomheten. På bakgrunn av dette har PHR utarbeidet to overordnede forslag til eiendomsstrategi, som underlag for videre utredningsarbeid i hovedprogrammet.

Det har vært gjennomført egne arbeidsmøter mellom prosjektledelse i KIS og i PHR for å tydeliggjøre deloppgaver, og utarbeide fremdriftsplan for delleveranse.

Utviklingsplan Vestre Viken – tjenestetilbudet i PHR

Hovedmålet for omstillingsarbeidet i klinikken er å skape samordnede og koordinerte tjenester som gir gode og sammenhengende pasientforløp. Mange av pasientene får behandling både på sykehusnivå og lokalt ved de distriktpsykiatriske sentrene. Det er også behov for å skape mer sammenhengende tjenester på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester.

Pasientbehandlingen framover vil i større grad være basert på digital oppfølging av pasientene, ved bruk av videokonsultasjoner og digitale verktøy som e-Mestring. Videre vil klinikken etablere og videreutvikle tverrfaglige oppsøkende team (FACT-team) i samarbeid med kommunene. Vestre Viken har ved utgangen av 2021 åtte FACT-team, inkludert ett i sikkerhetspsykiatrien. Tre nye team er planlagt. Fra 2022 etableres det seks FACT-team for barn og unge i samarbeid med de 22 kommunene.

Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2021) gir retning for utvikling av tjenestene i regionen fra mot 2035. Fagplanen angir seks innsatsområder hvor det er særlige utfordringer og behov for forbedringer, og peker på tiltak for å nå målene. De seks innsatsområdene er:

- Behandling av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos barn og unge
- Forebygging av selvmord
- Redusert og riktig bruk av tvang
- Oppfølging av pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse
- Alkohol og helse
- Oppfølging ved utviklingsforstyrrelser

Utviklingstrekk

Foretakets utviklingsplan viser til føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) om organisering av sykehusene i forpliktende nettverk for å sikre hensiktsmessig oppgavefordeling. Funksjoner skal samles når vi må og desentraliseres når vi kan. Pasientens behov skal være styrende for hvordan helsetjenestene organiseres. Behandling for vanlige sykdommer, kroniske tilstander, psykiske helseproblemer og rusavhengighet bør tilbys så nærme pasienten som mulig. Samtidig vil rekruttering av personell, behovet for spesialisert kompetanse for enkelte lidelser ha betydning for en bærekraftig struktur i helsetjenesten.

Det store flertallet av pasienter i PHR er ikke i behov av døgninnleggelse, men har sitt tilbud i lokalpoliklinikker. Pasientene skal oppleve sammenhengende tjenester på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunene. Vestre Viken har et opptaksområde med kommuner av svært ulik størrelse og befolkningstetthet. Det er også store variasjoner for befolkningsutvikling frem mot 2040. Helsefelleskapsmodellen understøtter viktigheten av å utvikle tjenester i fellesskap, tilpasset de ulike opptaksområdene for lokalsykehusfunksjonene i klinikken.

Under pandemien har det på landsbasis vært en markant økning i antall henvisninger for barn, ungdom og unge voksne. Økningen i polikliniske konsultasjoner for Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) fra 2019 til 2021 fra 74.897 til 90.117. Dette er i samsvar med barne- og ungdomspsykiatrien i landet for øvrig. Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) vurderer i sin rapport – To år med pandemi – status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge en økt fare for pasientsikkerheten med den situasjonen tjenestene nå står i. Dette gjelder blant annet risiko for økt ventetid, mindre effektiv behandling ved at det går mer tid mellom konsultasjonene for å få plass til flere, økt press på avslutninger og mindre fleksibilitet i tilbudet. Det pekes også på forhold som påvirker kvalitet på behandling negativt, særlig knyttet til å rekruttere og beholde kvalifisert personell; Mange søker seg til arbeidsplasser med mindre press og rekrutteringsutfordringene som var tilstede før pandemien er forsterket.

Det er forventet å komme nye oppdrag til poliklinikkene i VOP og BUP kommende år, parallelt med økning i aktivitet som ikke kan håndteres med arbeidseffektivisering, men vil kreve flere årsverk. Et eksempel på dette er felles henvisningsmottak med avtalespesialistene. Dette krever fleksibilitet i eiendomsmassen.

Klinikken er i en situasjon hvor det er mangel på fagfolk, innen alle tre områdene er det utfordringer knyttet til rekruttering av lege- og psykologspesialister, i tillegg det utfordringer med å rekruttere psykiatriske sykepleiere. Utviklingsplanen understreker at fremtidens behov for helsepersonell må løses gjennom en kombinasjon av ulike tiltak. Oppgavedeling og nye arbeidsformer vil være en viktig del av løsningen. Det omfatter endring i arbeidsdeling mellom profesjoner, og nye måter å organisere pasientforløpene i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Klinikkenes betydelige satsning på FACT understøtter dette. Den faglige utviklingen med stadig mer spesialisering og endring av behandlingsmetoder får konsekvenser for organisering av tjenestene for å sikre bærekraftige fagmiljø. For døgndriften er det nødvendig å sikre tilstrekkelig kompetanse hele døgnet, og alle dager i året.

Pandemien medførte fortgang av økt digitalisering av helsetjenestene. De teknologiske mulighetene gjør tjenestene mer tilgjengelige for både pasienter og pårørende.

Det er gjennom år etablert et godt samarbeid mellom Modum Bad og PHR hvor den allmennpsykiatriske poliklinikken ved Modum Bad ivaretar befolkningen i kommunene Sigdal, Krødsherad og Modum. Dette skjer i samarbeid med Ringerike DPS. Arbeidet med reorganisering av klinikken gir en anledning til å vurdere om denne delen av tjenestetilbudet bør tilbakeføres til Ringerike DPS. Det er også en anledning til å se på den interne organisering av spesialisthelsetjenestetilbudet for Sigdal kommune. Per i dag har denne kommunen sine somatiske helsetjenester ved Ringerike sykehus, det polikliniske tilbudet for voksne ved Modum Bad, de polikliniske tjenestene for barn og ungdom ved Kongsberg BUP og døgntilbudet ved Kongsberg DPS. Kommunen har interkommunalt samarbeid i hovedsak med Modum og Krødsherad.

Organisering av klinikken

Klinikk for psykisk helse og rus har ansvar for spesialisert utredning og behandling innen psykisk helsevern for barn og unge, voksne og for tverrfagligspesialisert behandling (TSB) av rusavhengige.

Avdeling for rus og avhengighet gir døgnbehandling til pasienter med behov for avrusning og videre behandling, og har ansvaret for deler av den legemiddelassisterte behandling. Blakstad sykehus har ansvar for øyeblikkelig hjelp og for pasienter med særlig kompliserte psykiske lidelser, for eksempel pasienter som trenger opphold på lukket avdeling eller sikkerhetsavdeling. Sykehuset har sikkerhetsteam som følger opp pasienter med vedvarende forhøyet voldsrisiko. Døgn og poliklinisk tilbud til alderspsykiatriske pasienter er også en del av områdesykehuset. Det samarbeides tett med DPS, øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunene.

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling gir tilbud til hele barnebefolkningen i Vestre Viken. Behandlingen gis poliklinisk, ambulant og i døgnseksjoner. De fem poliklinikkene er lokalisert i Asker, Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike som også har et lokalt team ved Hallingdal sjukestugu. Døgnseksjonene ligger i Drammen og Bærum. Avdelingen har et godt utbygd ambulant tjenestetilbud, som forsterkes ytterligere med etableringen av FACT- ung, i samarbeid med alle kommunene i Vestre Viken.

Klinikken har fem distriktspsykiatriske sentre (DPS) i Asker, Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike som også har et lokalt team ved Hallingdal sjukestugu. DPS gir behandling i poliklinikk, ambulant og i døgnseksjoner. Alle DPS i Vestre Viken har tverrfaglige ambulerende team, i samarbeid med kommunene.

	Antall utskrevne pasienter døgn	Antall liggedøgn	Dag/poliklinikk
Psykisk helsevern, voksne	2.982	59.312	128.063
Psykisk helsevern, barn og unge	182	5.884	90.117
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	745	14.445	37.834
Totalt	3.909	70.641	256.014

Tabell: Pasientbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2021.

Opptaksområder

Opptaksområdet for klinikken består av de 22 kommunene som omfattes av kommunehelsesamarbeidet. Områdesykehuset på Blakstad har ansvaret for øyeblikkelig hjelp, alderspsykiatri og psykose- og sikkerhetspsykiatri på sykehusnivå for alle de 22 kommunene.

Klinikkens fem DPS'er og BUPer har følgende lokale opptaksområde:

Asker DPS: Asker kommune

Drammen DPS: Drammen kommune, Lier kommune, deler av Holmestrand kommune (tidligere Sande)

Ringerike DPS: Ringerike kommune, Hole kommune, Modum kommune, Krødsherad kommune, Flå kommune, Nes kommune, Gol kommune, Ål kommune, Hemsedal kommune, Hol kommune og Jevnaker kommune

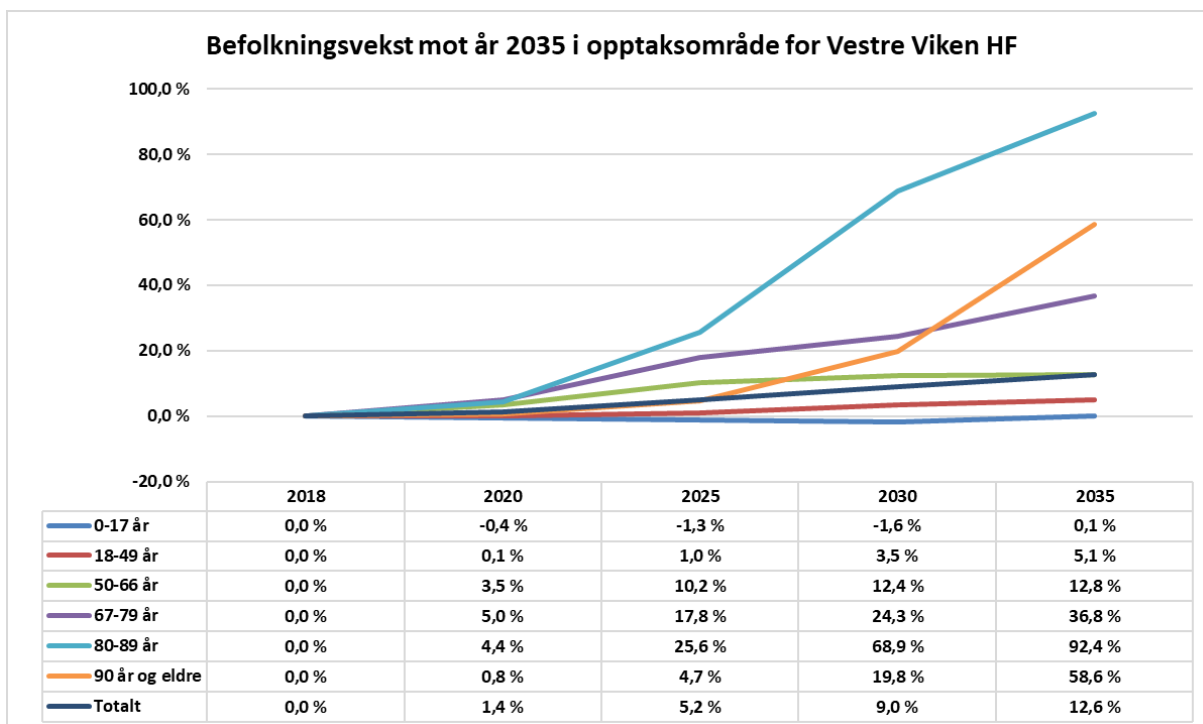
Kongsberg DPS: Kongsberg kommune, Øvre Eiker kommune, Sigdal kommune, Flesberg kommune, Rollag kommune og Nore og Uvdal kommune

(I barne- og ungdomspsykiatrien er det etablert 5 lokale poliklinikker med samme opptaksområde som for DPS'ene). Sykehusinnleggelseser for barn og unge skjer i Drammen eller Bærum for hele opptaksområdet.

Avdeling for rus og avhengighet gir døgnbehandling innen TSB for hele opptaksområdet. Det polikliniske tilbudet til TSB-/ruspasienter er organisert under DPS'ene, med unntak av deler av LAR-behandlingen hvor ansvaret er plassert i ARA for opptaksområde tidligere Buskerud.

Klinikken har i tillegg noen tilbud som er lokalisert på lokalsykehusnivå, som har ansvar for hele opptaksområde.

Kommunene i opptaksområde er ulike i forhold til størrelse, demografi, geografisk plassering, folkehelseprofiler, tjenestetilbud og tilgang på kvalifisert personell.



Figur 6.3.1 fra Eiendomsplan PHR del 1: Befolkningsvekst mot år 2035 i opptaksområde for Vestre Viken HF for 6 aldersgrupper. Kilde SSB.

Virksomheten som skal inn i NSD – grensesnittet mot arbeidet i Programstyre SAPA 2025

Hovedfunksjonsprogrammet for Nytt Drammen sykehus ble revidert i 2016, før sammenslåingen av Blakstad sykehus og tidligere Lier sykehus var gjennomført. Utviklingen i PHR i årene siden hovedfunksjonsprogrammet ble revidert, er en viktig del av arbeidet med de tilpasninger som nå skjer gjennom programmet i klinikken. Eksempler på dette er forventningene om at økningen i antall eldre ville medføre økning i alderspsykiatriske tjenester ved DPS'ene. BUPA har etablert egne døgnplasser for pasienter med spiseforstyrrelser, istedenfor poliklinisk oppfølging av pasienter innlagt ved Barne- og ungdomsavdelingen, og ut fra nasjonal fremskrivingsmodell har klinikken blant annet behov for å vurdere antall lukkede psykosel plasser på nytt (blant annet). I nytt sykehus planlegges nå følgende virksomhet:

Bygg 1 vil inneholde 6 akuttseksjoner for voksne pasienter som innlegges akutt for behandling av psykisk lidelse eller avgiftning. Seksjon D og E vil være TSB-seksjoner, seksjon D en rusakuttseksjon som tar imot øyeblikkelig hjelp etter kriteriene i nasjonale faglige retningslinjer, men som også tar pasienter henvist til avrusning. Seksjon E vil være en TSB-seksjon med et begrenset oppdrag til frivillig elektive innleggelses, samt tvang etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 10.2 - 10.4. Pasientlogistikken i bygg 1 opprettholdes for øvrig som planlagt i Hovedfunksjonsprogrammet 2016, pasienter legges inn ved Mottaksseksjonen, det forventes at 30-40 % av akuttinnleggelsene skrives direkte ut fra Mottaksseksjonen for videre oppfølging i DPS og-/eller kommunehelsetjeneste. Øvrige pasienter overføres fra Mottaksseksjonen til videre akuttbehandling i seksjonene A-D.

For bygg 2 er det ikke endringer i det planlagte Hovedfunksjonsprogrammet, bygget vil lokalisere totalt fem seksjoner; Sikkerhetsseksjonen, to lukkede psykosel seksjoner og to alderspsykiatriske seksjoner.

Bygg 3 inneholder alle døgnplassene for Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. I andre etasje er Seksjon utviklingshemming og autisme (SUA) planlagt, med egne leiligheter tilpasset pasientgruppen. Den vesentlige endringen her er den siste 12'er seksjonen, som i hovedfunksjonsprogrammet var planlagt som en felles seksjon for Utredning av unge med psykoseproblematikk og behandlingstilbudet Basal eksponeringsterapi (BET-behandling). Disse to virksomhetene var sammenslått til en seksjon ved tidligere Psykiatrisk avdeling Lier. Erfaringen viste imidlertid at dette var to pasienttilbud som hadde behov for ulike tjenester og organisering av døgntilbudet.

Det er flere pågående prosjekter i programstyre som påvirker den siste 12'er seksjonen. Det er gjennomført en konsekvensutredning om BET fremtidig skal lokalisering innenfor eller utenfor områdepsykehuset, og hvor konklusjonen er at BET-behandlingstilbudet lokaliseres utenfor områdepsykehuset og innlemmes i Hovedfunksjonsprogrammet til Eiendomsplan for lokalsykehusfunksjoner i PHR. Beslutningen genererer et behov for at lokalisering utenfor Blakstad og Nytt sykehus Drammen etter 2025 avklares.

Det er også gjennomført en konseptutredning om sammenslåing av behandlingsmiljøene for unge med psykose, henholdsvis USEK på Blakstad og USU ved Asker DPS. Med bakgrunn i dette arbeidet, og i nasjonal fremskrivingsrapport om behovet for lukkede psykoseplasser, starter klinikken nå utredningsarbeidet på hensiktsmessig bruk av 12'er seksjonen i andre etasje i bygg 3.

Det er planlagt 16 poliklinikkrom på områdepsykehuset, og alderspsykiatrisk poliklinikk var ikke planlagt inn. Faktagrunnlaget for denne beslutningen er mangelfullt, og klinikken har et pågående arbeid rundt hvilke tjenester som er nødvendig samlokalisert med døgnvirksomheten i områdepsykehuset. Det pågår nå et utredningsarbeid nevropsykologisk poliklinikk ved Asker DPS skal inn i NSD, eller ligge utenfor områdepsykehuset. Eiendomsplanen for lokalsykehusfunksjoner i PHR må hensynta dette.

Lokalsykehusfunksjonene i PHR – funksjoner som eiendomsplanen skal omfatte

Asker DPS består av følgende enheter fordelt på fire lokasjoner:

- Akutt ambulant seksjon, Røykenveien 170 (organisert under Døgnseksjon SIKTA)
- Allmennpsykiatrisk poliklinikk, Kirkeveien 206 A
- Døgnseksjon Sikta, Røykenveien 170, Akutt krisepost (lokalfunksjon Asker DPS; Asker)
- Nevropsykologisk poliklinikk, tilbud til hele befolkningen i Vestre Viken, inkl. Helse og arbeid Asker, Forebyggende familieteam (FFT) (områdefunksjon for Asker og Bærum), FFT under ROP-seksjon - lokaler i Skysstasjonen 11B
- Poliklinikk for rus og psykisk helse (ROP), inkludert LAR, FACT, (FFT og pt. TIPS) Kirkeveien 206, og Sikta, Røykenveien 170.
- Poliklinikk for tidlig intervensjon ved psykose (TIPS), Skysstasjonen 11B
- Utredningsseksjon for unge, Hvalstadåsen (USUH) - et tilbud til unge voksne i Asker og Bærum, Hvalstadåsen 6

Poliklinikken gjennomfører utredning og behandling av personer over 18 år med ulike typer psykiske lidelser som angst/ depresjon, spiseforstyrrelser, traumelidelser, ADHD og utviklingsforstyrrelser. Dette skjer primært i individuell behandling, men også i ulike typer gruppearbeid og samarbeidsmøter.

Poliklinikken har i dag to FACT-team som driver med oppsøkende, integrert og helhetlige tjenester til personer med alvorlig psykiske lidelser og samtidig ruslidelser, og samtidig ruslidelser/ - vansker som i liten grad oppsøker hjelpeapparatet. Andre tilbud er *Forebyggende familieteam* (FFT) som følger opp og behandler gravide og småbarnsforeldre som har rusproblemer eller psykiske helsevansker, Tidlig intervensjon ved psykose (TIPS), som er et lavterskeltilbud for aldersgruppen 15 – 30 år, utredning diagnostikk knyttet til lidelser som har betydning for hjerne- atferds samspillet, som nevrotviklingsforstyrrelser og ervervet kognitiv svikt, utredning av unge voksne, i aldersgruppen 18 – 30 år med alvorlig psykisk lidelse eller med stor funksjonsfall, Akutt ambulant team som gjennomfører rask vurdering av psykisk tilstand, og jobbfokusert behandlingstilbud for personer som står i fare for å bli sykemeldt på grunn av psykiske lidelser som angst og depresjon og/ eller muskel- og skjelettlidelser.

Asker DPS har også en døgnsesjon (Sikta) som er en akutt krisepost som gir kortvarig utredning og stabiliserende behandling ved tilstander som trenger akutt innleggelse. På Sikta er det 13 døgnplasser.

Totalt har Asker DPS 136 brutto årsverk.

Videre lokalisering for Nevropsykologisk poliklinikk og USUH må sees i sammenheng med det pågående arbeidet i PHR's programstyre SAPA 2025.

Bærum DPS består av følgende enheter fordelt på to lokasjoner:

- Døgnsesjonen, Doktor Høsts vei 39, Gjøttum
- Poliklinikk 1, Hamangskogen 60, Sandvika
- Poliklinikk 2, Hamangskogen 60 Sandvika, OCD (tvangslidelse finn betegnes) team med områdefunksjon for hele VV og ILA-team med ansvar for innsatte på ILA,
- Poliklinikk 3, Doktor Høsts vei 35, Gjøttum, CL (konsultasjonstjeneste) for Asker og Bærum sykehus
- Poliklinikk 4, Hamangskogen 60, Sandvika

Bærum DPS utreder og behandler psykiske lidelser og rusavhengighet hos voksne. De har i dag to FACT-team som driver med oppsøkende virksomhet mot pasientene. OCD-teamet for voksne med områdeansvar for hele opptaksområdet er organisert under Bærum DPS.

Døgnsesjonen har 19 senger.

Totalt er det 146 brutto årsverk i enheten.

Drammen DPS består av følgende enheter fordelt på to lokasjoner:

- Poliklinikken sentrum 1, Øvre Strandgate 2, Drammen
- Poliklinikken sentrum 2, Øvre Strandgate 2, Drammen
- Poliklinikken sentrum 3, Øvre Strandgate 2, Drammen
- Poliklinikken Konnerud, Thorsbergveien 20, Drammen
- Døgnsesjonen Konnerud, Thorsbergveien 20, Drammen

Poliklinikken Sentrum 1, 2 og 3 gjennomfører utredning og behandling av personer over 18 år med ulike typer psykiske lidelser som angst/ depresjon, spiseforstyrrelser,

traumelidelser, ADHD og utviklingsforstyrrelser og ruslidelser (TSB). Dette skjer primært i individuell behandling, men også i ulike typer gruppearbeid og samarbeidsmøter. Poliklinikkene har et omfattende gruppeterapitilbud, for tiden ca. 15 ulike gruppeterapitilbud med snitt varighet på 2,5 timer. Poliklinikken Konnerud har i dag to FACT-team som driver med oppsøkende, integrert og helhetlige tjenester til personer med alvorlig psykiske lidelser og samtidig ruslidelser, og samtidig ruslidelser/ - vansker som i liten grad oppsøker hjelpeapparatet. Seksjonen har også et poliklinisk akutteam. Døgnseksjonen Konnerud har 19 senger.

Totalt er det 155 bruttoårsverk i Drammen DPS.

Kongsberg DPS består av følgende enheter fordelt på en lokasjon:

- Seksjon, FACT og intensiv poliklinikk Wergelands vei 2, Kongsberg
- Seksjon Akutt, poliklinikk og døgn Wergelands vei 2, Kongsberg
- Seksjon Allmenn psykiatrisk poliklinikk og ROP, Wergelands vei 2, Kongsberg

Poliklinikken gir tilbud innenfor allmennpsykiatri og ROP (TSB), intensivpoliklinikk og FACT-team. Behandlingen består av individuelle konsultasjoner, gruppebehandlinger og samarbeidsmøter. Intensivpoliklinikk er et nytt tilbud som erstattet tidligere dagtilbud. Tilbudet er for pasienter med behov for mer enn ordinær poliklinisk oppfølging, og skal være med å unngå behov for innleggelser.

Enheten har to FACT-team som i hovedsak tilbyr ambulant oppfølging for pasienter i opptaksområdet.

Seksjon akutt poliklinikk og døgn er i dag bemannet med 7 døgnplasser.

Antall brutto årsverk i avdelingen er 86.

Ringerike DPS består av følgende enheter fordelt på fire lokasjoner:

- Seksjon døgnbehandling med FACT Røyse: Skinnillveien 56, Røyse
- Seksjon poliklinisk behandling Ringerike, Arnold Dybsjords vei 1, Hønefoss
- Seksjon Poliklinisk behandling med FACT Ål: Helsetunvegen 15, Ål
- Poliklinisk behandling (Modum): Gordon Johnsons vei 2, Vikersund

På lik linje med de andre poliklinikkene tilbys det tjenester innenfor allmennpsykiatri samt TSB. Enheten har to FACT team på henholdsvis Ål og Røyse.

Døgnbehandlingen på Røyse er bemannet til 14 senger, pluss en brukerstyrt seng.

Antall brutto årsverk i avdelingen er 102.

BUPA

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) utreder og behandler barn og unge (0 – 18 år) inkl. ø-hjelp. BUPA har ansvar for hele VVHF-opptaksområde og har nært samarbeid med de kommunale tjenestene samt kommunale og statlige barnevernsinstitusjoner. Områdeseksjonene som innehar døgn og ambulante tjenester er lokalisert i Drammen og Bærum. Det polikliniske tilbudet er lokalisert i Asker, Bærum, Drammen, Ringerike og Kongsberg.

Avdelingen består av følgende enheter fordelt på åtte lokasjoner

- Drammen BUP, Rådhusgt. 33, Drammen
- Asker BUP, Kirkeveien 206 A, Asker

- Ringerike BUP: Arnegårdsveien 5, Hønefoss Helsetunvegen 15, Ål
- Kongsberg BUP, Klemsgate 11, Kongsberg
- Bærum BUP, Sykehusveien 34, Gjøttum
- Seksjon for behandling, Sopolimekroken 14, Slepunden (døgn og ambulant)
- Seksjon for utredning, Valbrottn 17, Drammen (døgn og ambulant, skal inn i NSD)
- Seksjon for nevropsykiatri, Valbrottn 17, Drammen (Skal inn i NSD)
- Ressursteam, Valbrottveien 17 (ambulant)
- Seksjon for akutt, Valbrottveien 23 (døgn og pol skal inn i NSD)
- Seksjon for spiseforstyrrelser, dr Høstvei, Bærum (døgn og poliklinikk skal inn i NSD).

BUPA er i dag organisert med områdeseksjoner og lokale BUP'er (5 stk) som med DPS'ene. Det er etablert en relativt standardisert utredningsforløp for basisutredning i pakkeforløp. I tillegg er det et oppsett for utvidet utredning. De store pasientgruppene er barn med spørsmål om autisme og ADHD, og som inngår i utvidet utredningsforløp. BUPA etablerer 6 FACT ung team i 2022.

I de lokale BUP'ene er det totalt 198 brutto årsverk, i tillegg kommer behov for lokaler til 50-60 medarbeidere i ambulante behandlingsteam.

For BUPA omfattes følgende funksjoner av Eiendomsplan lokalsykehusfunksjoner:

- De fem lokalpoliklinikkene
- Ambulante behandlingsteam som i dag er lokalisert i Valbrottveien og Sopolimekroken
- FACT-ung teamene, midlertidig plassering blant annet i Valbrottveien

TSB

Avdeling for rus og avhengighet gir døgnbehandling innen TSB og har virksomhet i Drammen, Bærum Konnerud og på Blakstad. Poliklinisk behandling innenfor TSB gis på DPS.

Avdelingen består av følgende enheter fordelt på fire lokasjoner

- ARA Drammen - Seksjon for avgiftning, Drammen, Haugesgate 89 A, Drammen
- ARA Bærum - Seksjon for avgiftning, Bærum, Sykehusveien 40, Gjøttum
- ARA Konnerud, Torsbergvn. 20, Drammen
- ARA Blakstad, Strandveien 35, Vettre
- Seksjon LAR (legemiddelbasert rehabilitering) Hauges gate 89 A, Drammen

To av fire behandlingssteder planlegges inn i det nye sykehuset i Drammen.

Gjenværende behandlingssteder, som i dag er lokalisert på Blakstad og Konnerud i Drammen, skal ikke inn i det nye sykehuset. Det sammen gjelder for LAR, som er organisert som en poliklinikk.

På ARA Konnerud gis pasientene en plass i inntil 16 uker. Det er 16 ulike temaer som rullerer i behandlingen. Det er lagt opp til ulike terapigrupper med fokus på fysisk aktivitet. ARA Blakstad har samme behandlingsprofil som ARA Konnerud. Her tilbys behandling til pasienter med ROP lidelser (kombinasjon av rus og psykiske lidelser), samt pasienter som er på tvang under HOL 10;2.

Brutto årsverk i virksomheten som ikke skal inn i nytt sykehus er 79. Antall senger i tilbudet til Konnerud og Blakstad er 24.

Blakstad sykehus

- BET-seksjonen, bygg 12 og 13 Blakstad, Strandveien, Vettre

Basal eksponeringsterapi (BET) er en behandlingsmodell spesielt utviklet for personer som har gjennomgått mye behandling uten at det har gitt noen åpenbar bedring i evnen til å fungere i hverdagen. BET behandler pasienter med et betydelig lidelses-/symptomtrykk. Hovedandelen av pasientene i seksjonen henvises fra andre helseforetak, og det er periodevis lang ventetid på behandlingstilbudet. Vestre Viken driver nasjonalt undervisningsprogram om metodikken, og det er betydelig interesse nasjonalt og politisk for behandlingstilbudet.

Samlet sett skal Eiendomsplan PHR del 2 omfatte de samlede lokalsykehusfunksjonene, inkludert enkelte områdetilbud som ikke har direkte avhengigheter til samlokaliseringen med det øvrige områdesykehuset:

- De voksenpsykiatriske poliklinikkene (VOP)
- TSB-poliklinikkene
- Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP)
- DPS-døgnplasser
- TSB-døgnplasser
- Behandlingstilbudet Basal eksponeringsterapi (BET)
- FACT-teamene for voksne og ungdom
- Ambulante områdetilbud i BUPA
- Spesialpoliklinikker:
 - Nevropsykologisk poliklinikk
 - FFT (opptaksområde Asker og Bærum)
 - OCD-tilbudene i VOP og BUP (områdetilbud, organisert under Bærum DPS og Bærum BUP)
 - DBT-teamet i BUPA
 - Områdefunksjon fengselspsykiatri

Det forventes fremdeles en omfattende utvikling i fagområdene, som medfører at eiendom i større grad enn i dag gir fleksibilitet for utvikling av nye tilbud, og organisering av tjenester annerledes enn i dag.

Kriterier for vurdering av alternativer

1. Kvalitet på pasientbehandling

Indikatorer: tilgjengelighet, pasientlogistikk, kompetanse, likeverdige helsetjenester

2. Robuste fagmiljøer

Indikatorer: rekruttering, samarbeid om kompetanse, vaktordning mv

3. Samhandling med samarbeidspartnere

Indikatorer: samarbeid med somatiske helsetjenester, nærhet til kommune og øvrige samarbeidspartnere, nærhet til kommuner ved samorganisering av tjenester som i FACT-team

4. Tilstrebe løsninger som understøtter samdriftsfordeler

Indikatorer: mulighet for felles vaktordninger, felles støttefunksjoner, forenklet logistikk

5. Bærekraftig ressursforvaltning og driftshensyn

Indikatorer: størrelse på driftsenhet er rasjonell ift bemanning

Samtlige alternativer skal vurderes opp mot økonomisk bærekraft.

Vurdering av alternativer

Det er ulike behov for døgnvirksomheten og den polikliniske driften av lokalsykehusfunksjonene i klinikken. Det er derfor utarbeidet to alternativer for begge driftsmodeller, alternativene er ikke gjensidige avhengige.

0-alternativet

Det ligger til grunn et stort behov for en eiendomsplan for lokalsykehusfunksjonene i PHR. Dagens bygningsmasse er omfattende, og er en kombinasjon av eide og leide lokaler. Det er behov ved deler av virksomheten for å raskt finne løsninger for mulig utvidelse, dette gjelder i hovedsak den ordinære polikliniske virksomheten, som har ansvar for hovedandelen av pasientforløpene i PHR i dag. Den omfattende økningen av aktivitet i barne- og ungdomspsykiatrien medfører behov for å øke bemanningen i lokalpoliklinikkene for å unngå økning i ventetid, suboptimale behandlingsforløp og ytterligere press på medarbeidere.

Vanskeligheter med å rekruttere og beholde spesialister er økende, og arbeidsbetingelser som gode arbeidsplasser har betydning i sterkt konkurranse med andre helseforetak. Opp mot befolkningsvekst og befolkningssammensetning er det særlig behov for å finne løsninger for Drammen DPS og Drammen BUP. Det er også behov for å se samlet på behovene for den polikliniske driften ved Asker DPS og Asker BUP.

Det vil sannsynligvis være behov for å forlenge og utvide eksisterende leiekontrakter i planperioden.

Innflytting i NSD medfører behov for å finne eiendomsløsninger for deler av virksomheten på samme tidspunkt, det gjelder primært TSB, BET-seksjonen og de ambulante og polikliniske teamene i Valbrottveien og Bjerketun. Det er også behov for mer permanente løsninger for en flere av FACT-teamene.

0-alternativet vil inneholde behov for å gjøre en del nødvendige tilpasninger. Vurdert opp mot oppsatte kriterier vurderes det som et svakt alternativ knyttet til robuste fagmiljøer og økonomisk bærekraft i klinikken. Virksomhet spredt på mange lokasjoner gir liten mulighet til å samle fagmiljøer for bedre rekruttering. Det gir også mindre muligheter til å etablere kostnadseffektiv døgnbehandling, og vil gjøre det nødvendig med opprettholdelse av flere vaktlinjer i klinikken.

Samtidig vurderer klinikken at det er nødvendig at 0-alternativet også utredes i arbeidet. Grunnet NSD og plan for avhending av deler av eiendomsmassen, er videre lokalisering for deler av virksomheten uklar. I tillegg vil en grundig utredning av 0-alternativet kunne muliggjøre et større handlingsrom enn det som er beskrevet i rapporten.

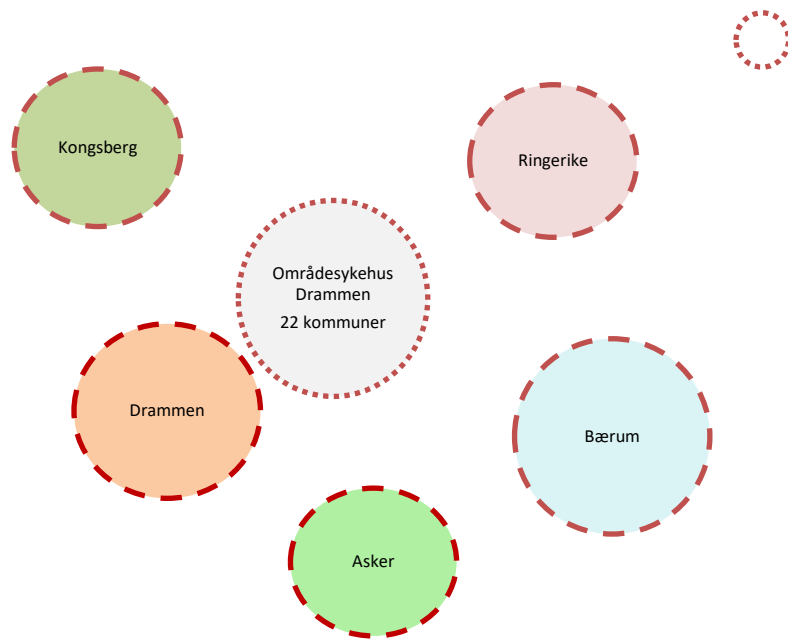
Polikliniske tilbud

Det ligger som en premiss i foretakets utviklingsplan at behandling av psykiske lidelser bør være så nærme pasienten som mulig. Det legges til grunn at dette er de polikliniske tjenestene innen de tre fagområdene, organisert med tilhørende pakkeforløp for utredning og behandling. Hovedandelen av pasienter i psykisk helsevern får sin behandling poliklinisk i alle de tre spesialitetene. De polikliniske tjenestene i VOP, BUP og TSB-poliklinikkene har ansvar for godt over 90 % av de samlede pasientforløpene i klinikken, og det er ikke behov for øvrige tjenester.

Lokalsykehusstrukturen i PHR følger i hovedsak de somatiske sykehusenes lokalsykehusfunksjoner, med unntak av Asker, som er etablert som eget område i PHR, men hvor lokalsykehustjenestene i somatikken er organisert ved henholdsvis Bærum og Drammen sykehus.

I arbeidet med de polikliniske tjenestene har klinikken vurdert om det bør utredes et eiendomsalternativ som innebærer sammenslåing av de polikliniske tjenestene i Asker og Bærum til et lokalsykehusområde for de tre fagområdene. Vurdert opp mot de oppsatte kriteriene er det ikke vurdert som et alternativ klinikken ønsker å gå videre med. Det vurderes at det vil gi et kvalitativt dårligere tilbud enn i dag, grunnet lengere reiseavstand for flere pasienter, vanskeliggjøre opprettholdelse av FACT-team som er organisert sammen med kommunene og medføre risiko for at samhandlingen med kommunene ville blitt redusert.

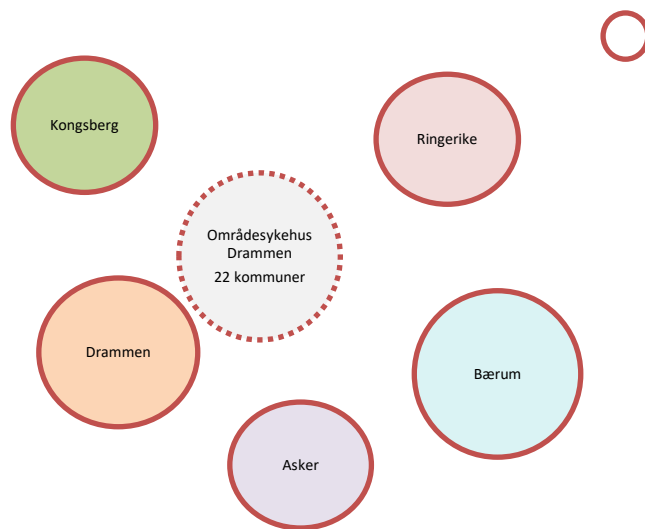
Alternativ 1 – poliklinisk virksomhet (VOP, TSB, BUP), lokalisering av tjenestene innenfor områdene



Modellen legger til grunn poliklinisk og ambulant virksomhet innenfor alle dagens lokalsykehusområder i klinikken. Den stiplede linjen markerer at alternativet kan lokaliseres i ulike bygg, men innen samme hovedområde. Tjenestene er i behov av nærhet til knutepunkt og offentlig kommunikasjon. Dette alternativet er noe svakere på robuste fagmiljøer, og det vil svekke fleksibilitet og robusthet om ikke VOP og TSB poliklinikkene samles.

BUP er ikke like avhengig av samlokalisering med øvrig poliklinikk. Det er imidlertid sentralt at de ambulante og polikliniske områdefunksjonene ikke fordeles ut på alle BUP'ene, da det er nødvendig med samlede fagmiljøer for å kunne opprettholde tilbudene. Tjenestene bør lokaliseres under et eller to av områdene, og da i områder med høy befolkningstetthet. Det tilsvarende gjelder også for de polikliniske områdefunksjonene for DPS.

Alternativ 2 – samlokalisering av polikliniske tjenester (VOP, TSB, BUP)



Modellen medfører en samlokalisering av den polikliniske virksomheten i samme bygg for alle de polikliniske tjenestene, inkludert FACT-teamene. Det vil også i denne modellen være behov for å ha plass til spesialpoliklinikkene og de ambulante tjenestene som i alternativ 1.

Det er tilsvarende behov til tilgjengelighet for pasienter, og modellen vurderes å oppfylle samtlige indikatorer.

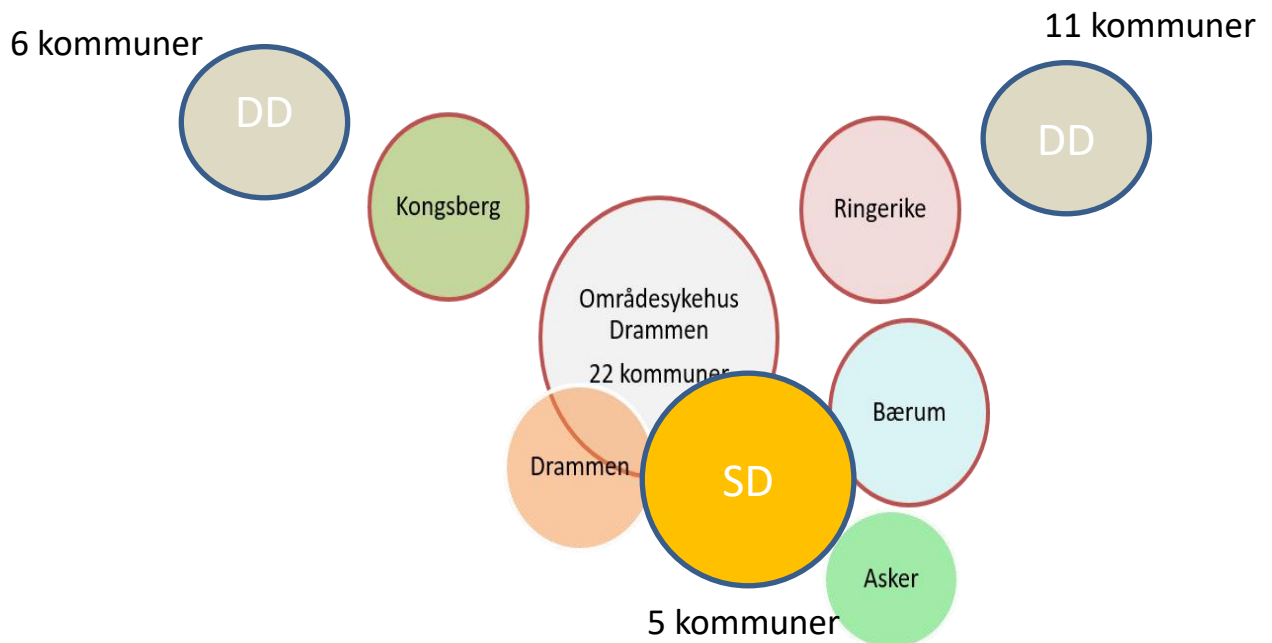
Bygningsmessig vil det være avgjørende med egne innganger og venterom for barn og unge, spesialrom, undervisningsrom etc vil kunne utnyttes mer fleksibelt enn i dag. Store felles fagmiljøer vil sannsynligvis virke rekrutterende, og bedre samhandling og ikke minst overgangene mellom barn- og ungdomstjenestene og voksentjenestene.

Døgntilbudet

Pasienter innlagt på døgn antas å være i mindre behov av nærhet til tjenestene enn poliklinikkene. I tillegg er døgntjenestene kostbare, og mindre enheter er kostnadskrevende i drift og har et mindre fagmiljø, som har betydning både for rekruttering og for å benytte personell fleksibelt.

Klinikken har arbeidet med tilpasning av bemanning i døgnsesksjonene i alle avdelinger knyttet til ARP-prosjektet i foretaket, og optimalisert driften. Samtidig gir dagens døgntjenestene mindre robusthet for å kunne utvikle døgntjenestene fleksibelt, både ved samling av tilbud som krever særskilt kompetanse, og også i form av kostnadskrevende vaktordninger.

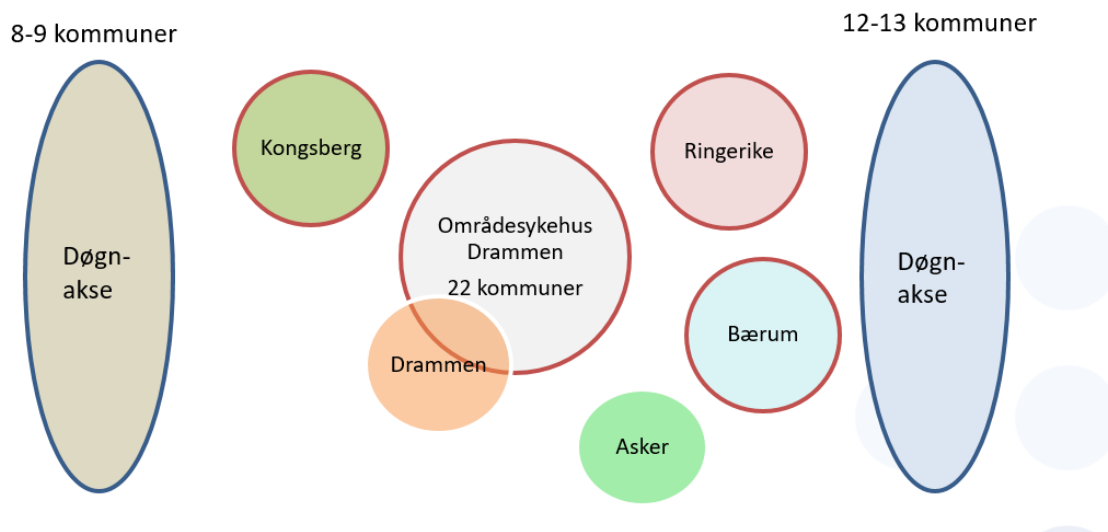
Alternativ 1 – tre døgnlokasjoner



Blå hel linje markerer døgnlokasjon.

Modellen innebærer opprettholdelse av døgntilbud ved de to distrikts DPS'ene. Det gir mulighet for fleksibilitet og mer bredde i fagmiljøene i distriktene. Øvrige døgntilbud, det vil si TSB-plassene, områdefunksjon BET og DPS-plassene for Asker, Bærum og Drammen samles. Det gir mulighet for et robust fagmiljø, og det gir klinikken gode muligheter til å spesialisere tjenester som krever høyere kompetanse for hele området. Modellen gir nærhet i distriktene for akutt, innleggelse av pasienter fra FACT-team og lokalpoliklinikk.

Alternativ 2 – lokalisering på to enheter



Blå hel linje markerer døgnlokasjon.

Modellen innebærer samling av døgntilbudet til to lokasjoner, samhandlingen vil da være mellom henholdsvis Kongsberg og Drammen og Ringerike, Asker og Bærum. Modellen gir fleksibilitet til samlokalisering med TSB-plassene ved den ene lokasjonen, og samlokalisering med områdetilbud ved den andre. Modellen synes å innfri kvalitet i pasientbehandling og robuste fagmiljøer. Geografisk avstand vil kunne medføre økt vanskelighet med hensyn til samhandling med kommunene og involvering av pårørende i behandling etc. Digitale løsninger vil kunne kompensere for noe av dette.

Døgnplasser lokalsykehus

Det er ulikheter mellom den nasjonale fremskrivingsmodellen (117) og fremskrivingen som er gjort i Eiendomsplan PHR del 1 (99). Modellen kompliseres ytterligere ved at større deler av TSB tilbudet nå er dimensjonert inn i NSD, mens deler av virksomheten for sykehuspsykiatrien (Seksjon for BET-behandling) nå er planlagt lokalisert på utsiden av sykehuset. Når det gjelder utredningsplasser for unge er samtlige nå beregnet inn i nytt sykehus, det omfatter også delen fra Asker DPS som tidligere lå utenfor. Klinikken vurderer at det må vurderes bygningsmessige løsninger som gir gode alternativer for kapasitet.

Alternativ 1 – tre døgnlokasjoner

	Antall senger 2022	Eiendomsplan del 1	Nasjonal fremskrivingsmodell
Samlet seksjon*	82	80	
Kongsberg DPS	11	9	10
Ringerike DPS	14 + 1	10	11

Inneholder Bærum DPS 19 plasser, Asker DPS 14 plasser, BET 6 plasser, TSB 24 plasser, Drammen DPS 19 plasser, BET-sengene er ikke fremskrevet, så disse kommer i tillegg. Ønskes utredet mellom 6-10 døgnplasser

Alternativ 2 – to døgnlokasjoner

Dette alternativet åpner for flere måter å kunne lokalisere døgnplassene. Det sentrale her er totalvirksomheten samlet sett. Det beskrives to ulike måter i oppsettet under. Seksjon for BET-behandling med mellom 6-10 plasser, er ikke med i oppsettet, men må plasseres på en av de to lokasjonene.

	Antall senger 2022	Eiendomsplan del 1	Nasjonal fremskrivingsmodell
<i>Alternativ 1 – TSB plassene er delt mellom to lokasjoner, BET plassene er ikke beskrevet</i>			
Akse Drammen- Kongsberg	42	47	59
Akse Ringerike – Asker - Bærum	60	52	58
<i>Alternativ 2 – TSB plassene samles ved en lokasjon, her foreslås det Drammen- Kongsberg aksen, men det er kun ment som eksempel. BET plassene kommer i tillegg men er ikke med i antallet totalt her</i>			
Akse Drammen- Kongsberg	54	58	70
Akse Ringerike – Asker - Bærum	48	41	47

**Dagens antall TSB senger er to lokasjoner utenfor nytt sykehus, totalt 24 plasser. BET-plassene er ikke beskrevet i antall plasser i dag, eller i fremskrivingsmodell.*

Sammenheng med økonomisk langtidsplan

Klinikken er avhengig av en forenklet eiendomsstruktur for å kunne effektivisere døgntillegget ytterligere. Det vil da handle om bygningsmasse som er tilpasset optimale driftsenheter, og at virksomhet er organisert i samme hus. Det vil gi en bedre driftsøkonomi knyttet til døgnbemanning og vaktordninger.

Rekrutteringsutfordringer er en betydelig kostnadsdriver for klinikken. Robuste fagmiljøer med høy kompetanse vil være viktig for rekrutteringsarbeidet videre. I tillegg har geografisk plassering og gode arbeidsforhold vesentlig betydning. Det vises for øvrig til punkt 7.1.3 i Eiendomsplan PHR-del 1, om arealstandarder og effektiv drift av den polikliniske virksomheten.

Brukerinvolvering

Arbeidsgruppe 1 – virksomhet, er organisert inn under PHR sitt program for samhandling og pasientflyt mot 2025 (SAPA 2025). Brukerutvalget har representasjon inn i programstyret til PHR, og fikk har fått tilsendt mandat for eiendomsplan og høringsdokument i forbindelse med møter i programstyret.

Brukerutvalget og Ungdomsrådet i foretaket er orientert om at arbeidet med Eiendomsplan lokalsykehusfunksjoner i PHR-del 2 er påbegynt. Ungdomsrådet har fått presentert alternativene i et møte og har gitt tilbakemelding på at alternativet med samlokalisering fordrer tilpasninger til BUPAs behov, eksempelvis atskilte innganger og ventesoner.

Det er behov for å sikre aktiv brukermedvirkning i det kommende arbeidet med planen.

P16 – Eiendomsplan PHR del 2 - lokalsykehusfunksjoner

**Delleveranse –
Beskrivelse av virksomheten og mulige
alternativer**

Fylles ut ved behandling:

Prosjektnummer: P16	Saksnummer:	Eiendomsplan PHR – del 2 lokalsykehusfunksjoner
Behandlet dato: 02.06.22	Behandlet av: Styringsgruppen for programmet SAPA	Utarbeidet av: Programkontor SAPA 2025
Beslutning:		
Bemanning av neste fase Leder av utredningsarbeidet:		Neste fase ferdig: XX.XX.2022
Signatur ved godkjenning (BP1): Sign. Kirsten Hørthe		

Innhold

Innhold

Bakgrunn	4
Eiendomsplan PHR – del 2	4
Delleveranse fra PHR	5
Medvirkning og prosessbeskrivelse	5
Utviklingsplan Vestre Viken – tjenestetilbudet i PHR.....	6
Utviklingstrekk.....	6
Organisering av klinikken	8
Opptaksområder	9
Virksomheten som skal inn i NSD – grensesnittet mot arbeidet i Programstyre SAPA 2025	10
Lokalsykehusfunksjonene i PHR – funksjoner som eiendomsplanen skal omfatte.....	11
Kriterier for vurdering av alternativer	16
Vurdering av alternativer	16
0-alternativet.....	16
Polikliniske tilbud	17
Alternativ 1 – poliklinisk virksomhet (VOP, TSB, BUP), lokalisering av tjenestene innenfor områdene.....	18
Alternativ 2 – samlokalisering av polikliniske tjenester (VOP, TSB, BUP)	19
Døgntilbudet.....	19
Alternativ 1 – tre døgnlokasjoner	20
Alternativ 2 – lokalisering på to enheter	20
Døgnplasser lokalsykehus	21
Sammenheng med økonomisk langtidsplan	22
Brukerinvolvering	22

Bakgrunn

Klinikk for psykisk helse og rus (PHR) står ovenfor omfattende endringsprosesser i årene som kommer, ikke minst ved samlokalisering av områdetilbudene ved Blakstad sykehus, døgnstilbudene til barn og unge og akutt- og avrusningstilbudene innenfor tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Klinikken har gjennomført store endringer med å endre behandlingstilbud fra døgn til poliklinisk og ambulant behandling, og etablert FACT-team ved samtlige DPS sammen med kommunene. I 2022 etableres også FACT-ung team i samarbeid mellom Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og de 22 kommunene i opptaksområdet.

Utviklingen i klinikken er i tråd med føringer gitt i nasjonal helse- og sykehusplan, som peker i retning av ytterligere styrkning av oppsøkende helsetjenester, samdriftsmodeller med kommunehelsetjenesten og at fleksibiliteten i tjenestene er ment å redusere behovet for døgnbehandling. Nasjonal framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fra september 2021, peker også på redusert behov for døgnbehandling ved styrking av polikliniske tjenester og oppsøkende behandling.

I forbindelse med Eiendomsplan PHR –del 1 har Sykehusbygg gjort en framskrivning mot 2035 basert på virksomheten i 2019. Nasjonal framskrivningsmodell framskriver kapasitetsbehov for 2040 basert på 2019-aktivitet. De to modellene estimerer behovet for døgnplasser noe forskjellig. Sykehusbygg forventer en lett reduksjon i behov for døgnplasser innen psykisk helsevern på DPS-nivå og innen TSB, mens den nasjonale modellen forventer en liten økning i behovet. I den nasjonale modellen estimeres behov for 75 døgnplasser på DPS-nivå i 2040. I dag har Vestre Viken 78 plasser. Innen rusbehandling estimeres behovet til 55 døgnplasser i 2040 mens det i dag er 49 døgnplasser. For poliklinisk behandling er forskjellene i framskrivning små. Framskrivningene i nasjonal modell blir lagt til grunn i det videre arbeidet med eiendomsplanen for de deler av klinikken som ikke skal inn i nytt sykehus.

De to framskrivningsmodellene kommer også fram til forskjellig behov for døgnplasser innen psykisk helsevern for voksne på sykehusnivå. Antall planlagte plasser (136 plasser) i nytt sykehus i Drammen ligger mellom de to framskrivningene. Hvis det korrigeres for forskjell i beleggspersentforutsetningene, er antall plasser i nytt sykehus på nivå med nasjonal modell i 2030. Det er grunn til å følge utviklingen i kapasitetsbehov nøye i årene framover.

Klinikken har i dag organisert mange av sine tjenester ut fra disponible lokaler for virksomheten. Forventningene til psykisk helse er i stadig endring, og det brukes mye ressurser i foretaket til å gjøre mindre driftstilpasninger i eksisterende bygg, men det mangler en helhetlig strategi for eiendomsutviklingen i PHR. Det er uheldig for den samlede utvikling av klinikken å finne løsninger kun rundt den enkelte avdeling.

Eiendomsplan PHR – del 2

I arbeidet med Eiendomsplan PHR del 1 ble det i prosjektet utredet følgende: Fremskrevet kapasitet- og funksjonsbehov 2035. (Basis for arealbehov i 2035, ref. utviklingsplan kap 7.3, siste avsnitt)
Arealbehov for de enkelte funksjonene, basert på fremskrevet kapasitetsbehov, klinikkens planer for nye behandlingstilbud

Tilstandsanalyse av dagens bygningsmasse (2019)

Styret har i sak 116/2021 behandlet Eiendomsplan PHR del 1, og fattet følgende vedtak: Styret slutter seg til Eiendomsplan psykisk helse og rus (PHR) del 1, som ramme for videre eiendomsutvikling.

Formålet med Eiendomsplan PHR-del 2, lokalsykehusfunksjoner er følgende, jf prosjektmandat 6.4.22:

Eiendomsplanen skal være et grunnlagsdokument for planlegging av arealutnytting, oppgradering, utbygging og for eventuell anskaffelse eller avvikling av lokaler/leieavtaler. Planen skal bidra til at bygg og eiendom støtter opp under foretakets utviklingsplan – på en slik måte at det kan gå en rød tråd fra utviklingsplan til konkrete tiltak for hver enkelt lokasjon, eiendom og bygg.

Prosjektmandatet viser også til at utviklingen for lokalsykehusnivået i PHR ikke kan løses med et stort investeringsprosjekt som omfatter all virksomhet. Samtidig er klinikken avhengig av en helhetlig plan for å kunne tilpasse faglig utvikling.

Delleveranse fra PHR

Mandatet omfatter planlegging av eiendomsstrategi for lokalsykehusfunksjonene i PHR som ikke er planlagt inn i nytt sykehus. Mandatets punkt 6.7 adresserer blant annet behovet for nært samspill mellom planarbeidet og tilgrensede utredninger som foregår i Vestre Viken, herunder pågående avklaring av flytting av PHR til Nytt Sykehus Drammen (NSD).

Klinikk psykisk helse og rus gjennomfører et stort omstillingsarbeid med fokus på brukermedvirkning før innflytting i nytt sykehus i Drammen i 2025. Arbeidet skal sikre helhetlige og trygge pasientforløp med utgangspunkt i brukeropplevelse og brukermedvirkning.

Programmet Samhandling og pasientflyt mot 2025 (SAPA) har som formål å sette en egnet struktur, sikre enhetlig gjennomføring og styring av at prosjekter og andre aktiviteter i PHR frem til etter ibruskstakelse av nye arealer i 2025.

Det interne arbeidet med Eiendomsplan lokalsykehusfunksjoner i PHR er organisert som et prosjekt under programmet SAPA 2025. Det er utarbeidet prosjektmandat for delleveransen, som er vedtatt i programstyre 29.04.22.

Medvirkning og prosessbeskrivelse

Helse Sør-Øst's 12 prinsipper for medvirkning under omstilling og Vestre Viken's retningslinje for omstilling ligger til grunn for etablering av programstyre SAPA 2025. Tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerorganisasjonene er representert i programstyre. Det er gjennomført arbeidsmøter med deltagelse fra lokale ledere, og med deltagelse fra tillitsvalgte og verneombud. Samlet er det gjennomført tre større arbeidsmøter internt i klinikken:

- Mandat og kriterier/indikator for utvelgelse, 2. mai 2022
- Alternativer for døgnvirksomheten, 13. mai 2022
- Alternativer for den polikliniske/ambulante virksomheten 18. mai 2022

I workshop'ene er det utarbeidet utkast til kriterier for utvelgelse, og det er arbeidet med ulike lokaliseringalternativer for virksomheten. På bakgrunn av dette har PHR utarbeidet to overordnede forslag til eiendomsstrategi, som underlag for videre utredningsarbeid i hovedprogrammet.

Det har vært gjennomført egne arbeidsmøter mellom prosjektledelse i KIS og i PHR for å tydeliggjøre deloppgaver, og utarbeide fremdriftsplan for delleveranse.

Utviklingsplan Vestre Viken – tjenestetilbudet i PHR

Hovedmålet for omstillingsarbeidet i klinikken er å skape samordnede og koordinerte tjenester som gir gode og sammenhengende pasientforløp. Mange av pasientene får behandling både på sykehusnivå og lokalt ved de distriktpsykiatriske sentrene. Det er også behov for å skape mer sammenhengende tjenester på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester.

Pasientbehandlingen framover vil i større grad være basert på digital oppfølging av pasientene, ved bruk av videokonsultasjoner og digitale verktøy som e-Mestring. Videre vil klinikken etablere og videreutvikle tverrfaglige oppsøkende team (FACT-team) i samarbeid med kommunene. Vestre Viken har ved utgangen av 2021 åtte FACT-team, inkludert ett i sikkerhetspsykiatrien. Tre nye team er planlagt. Fra 2022 etableres det seks FACT-team for barn og unge i samarbeid med de 22 kommunene.

Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2021) gir retning for utvikling av tjenestene i regionen fra mot 2035. Fagplanen angir seks innsatsområder hvor det er særlige utfordringer og behov for forbedringer, og peker på tiltak for å nå målene. De seks innsatsområdene er:

- Behandling av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos barn og unge
- Forebygging av selvmord
- Redusert og riktig bruk av tvang
- Oppfølging av pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse
- Alkohol og helse
- Oppfølging ved utviklingsforstyrrelser

Utviklingstrekk

Foretakets utviklingsplan viser til føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) om organisering av sykehusene i forpliktende nettverk for å sikre hensiktsmessig oppgavefordeling. Funksjoner skal samles når vi må og desentraliseres når vi kan. Pasientens behov skal være styrende for hvordan helsetjenestene organiseres. Behandling for vanlige sykdommer, kroniske tilstander, psykiske helseproblemer og rusavhengighet bør tilbys så nærme pasienten som mulig. Samtidig vil rekruttering av personell, behovet for spesialisert kompetanse for enkelte lidelser ha betydning for en bærekraftig struktur i helsetjenesten.

Det store flertallet av pasienter i PHR er ikke i behov av døgninnleggelse, men har sitt tilbud i lokalpoliklinikker. Pasientene skal oppleve sammenhengende tjenester på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunene. Vestre Viken har et opptaksområde med kommuner av svært ulik størrelse og befolkningstetthet. Det er også store variasjoner for befolkningsutvikling frem mot 2040. Helsefelleskapsmodellen understøtter viktigheten av å utvikle tjenester i fellesskap, tilpasset de ulike opptaksområdene for lokalsykehusfunksjonene i klinikken.

Under pandemien har det på landsbasis vært en markant økning i antall henvisninger for barn, ungdom og unge voksne. Økningen i polikliniske konsultasjoner for Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) fra 2019 til 2021 fra 74.897 til 90.117. Dette er i samsvar med barne- og ungdomspsykiatrien i landet for øvrig. Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) vurderer i sin rapport – To år med pandemi – status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge en økt fare for pasientsikkerheten med den situasjonen tjenestene nå står i. Dette gjelder blant annet risiko for økt ventetid, mindre effektiv behandling ved at det går mer tid mellom konsultasjonene for å få plass til flere, økt press på avslutninger og mindre fleksibilitet i tilbudet. Det pekes også på forhold som påvirker kvalitet på behandling negativt, særlig knyttet til å rekruttere og beholde kvalifisert personell; Mange søker seg til arbeidsplasser med mindre press og rekrutteringsutfordringene som var tilstede før pandemien er forsterket.

Det er forventet å komme nye oppdrag til poliklinikkene i VOP og BUP kommende år, parallelt med økning i aktivitet som ikke kan håndteres med arbeidseffektivisering, men vil kreve flere årsverk. Et eksempel på dette er felles henvisningsmottak med avtalespesialistene. Dette krever fleksibilitet i eiendomsmassen.

Klinikken er i en situasjon hvor det er mangel på fagfolk, innen alle tre områdene er det utfordringer knyttet til rekruttering av lege- og psykologspesialister, i tillegg det utfordringer med å rekruttere psykiatriske sykepleiere. Utviklingsplanen understreker at fremtidens behov for helsepersonell må løses gjennom en kombinasjon av ulike tiltak. Oppgavedeling og nye arbeidsformer vil være en viktig del av løsningen. Det omfatter endring i arbeidsdeling mellom profesjoner, og nye måter å organisere pasientforløpene i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Klinikkenes betydelige satsning på FACT understøtter dette. Den faglige utviklingen med stadig mer spesialisering og endring av behandlingsmetoder får konsekvenser for organisering av tjenestene for å sikre bærekraftige fagmiljø. For døgndriften er det nødvendig å sikre tilstrekkelig kompetanse hele døgnet, og alle dager i året.

Pandemien medførte fortgang av økt digitalisering av helsetjenestene. De teknologiske mulighetene gjør tjenestene mer tilgjengelige for både pasienter og pårørende.

Det er gjennom år etablert et godt samarbeid mellom Modum Bad og PHR hvor den allmennpsykiatriske poliklinikken ved Modum Bad ivaretar befolkningen i kommunene Sigdal, Krødsherad og Modum. Dette skjer i samarbeid med Ringerike DPS. Arbeidet med reorganisering av klinikken gir en anledning til å vurdere om denne delen av tjenestetilbudet bør tilbakeføres til Ringerike DPS. Det er også en anledning til å se på den interne organisering av spesialisthelsetjenestetilbudet for Sigdal kommune. Per i dag har denne kommunen sine somatiske helsetjenester ved Ringerike sykehus, det polikliniske tilbudet for voksne ved Modum Bad, de polikliniske tjenestene for barn og ungdom ved Kongsberg BUP og døgntilbudet ved Kongsberg DPS. Kommunen har interkommunalt samarbeid i hovedsak med Modum og Krødsherad.

Organisering av klinikken

Klinikk for psykisk helse og rus har ansvar for spesialisert utredning og behandling innen psykisk helsevern for barn og unge, voksne og for tverrfagligspesialisert behandling (TSB) av rusavhengige.

Avdeling for rus og avhengighet gir døgnbehandling til pasienter med behov for avrusning og videre behandling, og har ansvaret for deler av den legemiddelassisterte behandling. Blakstad sykehus har ansvar for øyeblikkelig hjelp og for pasienter med særlig kompliserte psykiske lidelser, for eksempel pasienter som trenger opphold på lukket avdeling eller sikkerhetsavdeling. Sykehuset har sikkerhetsteam som følger opp pasienter med vedvarende forhøyet voldsrisiko. Døgn og poliklinisk tilbud til alderspsykiatriske pasienter er også en del av områdesykehuset. Det samarbeides tett med DPS, øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunene.

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling gir tilbud til hele barnebefolkningen i Vestre Viken. Behandlingen gis poliklinisk, ambulant og i døgnsesjoner. De fem poliklinikkene er lokalisert i Asker, Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike som også har et lokalt team ved Hallingdal sjukestugu. Døgnsesjonene ligger i Drammen og Bærum. Avdelingen har et godt utbygd ambulant tjenestetilbud, som forsterkes ytterligere med etableringen av FACT- ung, i samarbeid med alle kommunene i Vestre Viken.

Klinikken har fem distriktspsykiatriske sentre (DPS) i Asker, Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike som også har et lokalt team ved Hallingdal sjukestugu. DPS gir behandling i poliklinikk, ambulant og i døgnsesjoner. Alle DPS i Vestre Viken har tverrfaglige ambulerende team, i samarbeid med kommunene.

	Antall utskrevne pasienter døgn	Antall liggedøgn	Dag/poliklinikk
Psykisk helsevern, voksne	2.982	59.312	128.063
Psykisk helsevern, barn og unge	182	5.884	90.117
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	745	14.445	37.834
Totalt	3.909	70.641	256.014

Tabell: Pasientbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2021.

Opptaksområder

Opptaksområdet for klinikken består av de 22 kommunene som omfattes av kommunehelsesamarbeidet. Områdesykehuset på Blakstad har ansvaret for øyeblikkelig hjelp, alderspsykiatri og psykose- og sikkerhetspsykiatri på sykehusnivå for alle de 22 kommunene.

Klinikkens fem DPS'er og BUPer har følgende lokale opptaksområde:

Asker DPS: Asker kommune

Drammen DPS: Drammen kommune, Lier kommune, deler av Holmestrand kommune (tidligere Sande)

Ringerike DPS: Ringerike kommune, Hole kommune, Modum kommune, Krødsherad kommune, Flå kommune, Nes kommune, Gol kommune, Ål kommune, Hemsedal kommune, Hol kommune og Jevnaker kommune

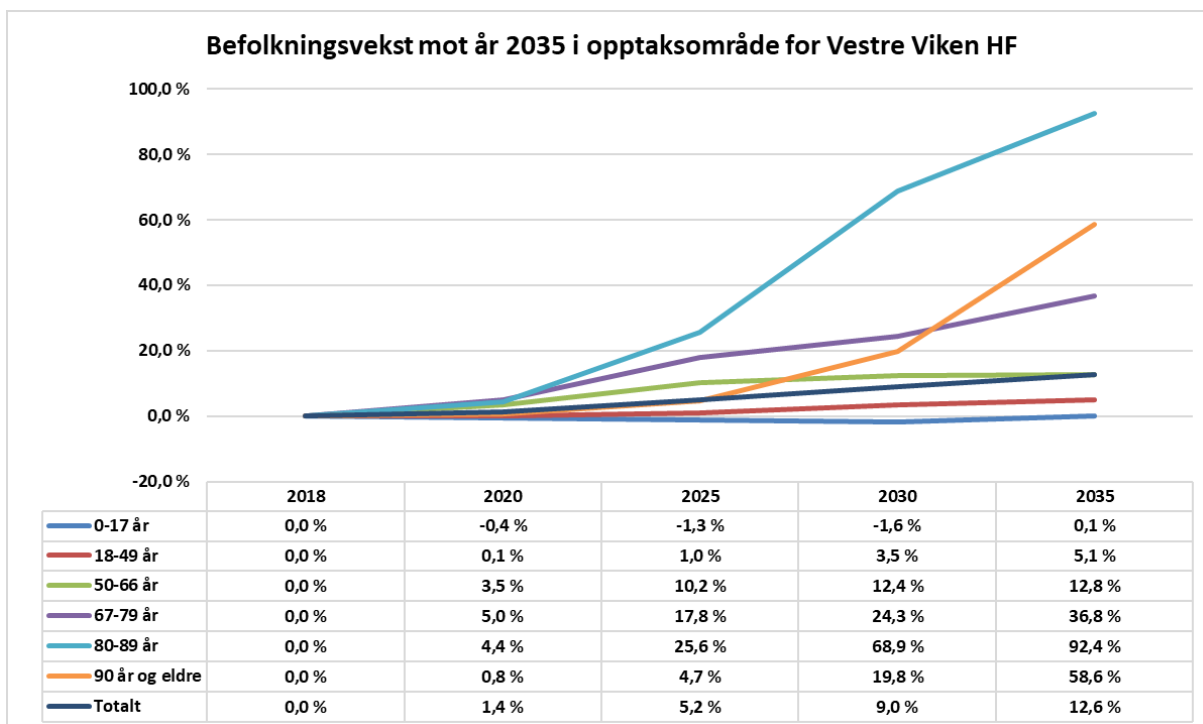
Kongsberg DPS: Kongsberg kommune, Øvre Eiker kommune, Sigdal kommune, Flesberg kommune, Rollag kommune og Nore og Uvdal kommune

(I barne- og ungdomspsykiatrien er det etablert 5 lokale poliklinikker med samme opptaksområde som for DPS'ene). Sykehusinnleggelseser for barn og unge skjer i Drammen eller Bærum for hele opptaksområdet.

Avdeling for rus og avhengighet gir døgnbehandling innen TSB for hele opptaksområdet. Det polikliniske tilbudet til TSB-/ruspasienter er organisert under DPS'ene, med unntak av deler av LAR-behandlingen hvor ansvaret er plassert i ARA for opptaksområde tidligere Buskerud.

Klinikken har i tillegg noen tilbud som er lokalisert på lokalsykehusnivå, som har ansvar for hele opptaksområde.

Kommunene i opptaksområde er ulike i forhold til størrelse, demografi, geografisk plassering, folkehelseprofiler, tjenestetilbud og tilgang på kvalifisert personell.



Figur 6.3.1 fra Eiendomsplan PHR del 1: Befolkningsvekst mot år 2035 i opptaksområde for Vestre Viken HF for 6 aldersgrupper. Kilde SSB.

Virksomheten som skal inn i NSD – grensesnittet mot arbeidet i Programstyre SAPA 2025

Hovedfunksjonsprogrammet for Nytt Drammen sykehus ble revidert i 2016, før sammenslåingen av Blakstad sykehus og tidligere Lier sykehus var gjennomført. Utviklingen i PHR i årene siden hovedfunksjonsprogrammet ble revidert, er en viktig del av arbeidet med de tilpasninger som nå skjer gjennom programmet i klinikken. Eksempler på dette er forventningene om at økningen i antall eldre ville medføre økning i alderspsykiatriske tjenester ved DPS'ene. BUPA har etablert egne døgnplasser for pasienter med spiseforstyrrelser, istedenfor poliklinisk oppfølging av pasienter innlagt ved Barne- og ungdomsavdelingen, og ut fra nasjonal fremskrivingsmodell har klinikken blant annet behov for å vurdere antall lukkede psykosel plasser på nytt (blant annet). I nytt sykehus planlegges nå følgende virksomhet:

Bygg 1 vil inneholde 6 akuttseksjoner for voksne pasienter som innlegges akutt for behandling av psykisk lidelse eller avgiftning. Seksjon D og E vil være TSB-seksjoner, seksjon D en rusakuttseksjon som tar imot øyeblikkelig hjelp etter kriteriene i nasjonale faglige retningslinjer, men som også tar pasienter henvist til avrusning. Seksjon E vil være en TSB-seksjon med et begrenset oppdrag til frivillig elektive innleggelses, samt tvang etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 10.2 - 10.4. Pasientlogistikken i bygg 1 opprettholdes for øvrig som planlagt i Hovedfunksjonsprogrammet 2016, pasienter legges inn ved Mottaksseksjonen, det forventes at 30-40 % av akuttinnleggelsene skrives direkte ut fra Mottaksseksjonen for videre oppfølging i DPS og-/eller kommunehelsetjeneste. Øvrige pasienter overføres fra Mottaksseksjonen til videre akuttbehandling i seksjonene A-D.

For bygg 2 er det ikke endringer i det planlagte Hovedfunksjonsprogrammet, bygget vil lokalisere totalt fem seksjoner; Sikkerhetsseksjonen, to lukkede psykoseseksjoner og to alderspsykiatriske seksjoner.

Bygg 3 inneholder alle døgnplassene for Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. I andre etasje er Seksjon utviklingshemming og autisme (SUA) planlagt, med egne leiligheter tilpasset pasientgruppen. Den vesentlige endringen her er den siste 12'er seksjonen, som i hovedfunksjonsprogrammet var planlagt som en felles seksjon for Utredning av unge med psykoseproblematikk og behandlingstilbudet Basal eksponeringsterapi (BET-behandling). Disse to virksomhetene var sammenslått til en seksjon ved tidligere Psykiatrisk avdeling Lier. Erfaringen viste imidlertid at dette var to pasienttilbud som hadde behov for ulike tjenester og organisering av døgntilbudet.

Det er flere pågående prosjekter i programstyre som påvirker den siste 12'er seksjonen. Det er gjennomført en konsekvensutredning om BET fremtidig skal lokalisering innenfor eller utenfor områdepsykehuset, og hvor konklusjonen er at BET-behandlingstilbudet lokaliseres utenfor områdepsykehuset og innlemmes i Hovedfunksjonsprogrammet til Eiendomsplan for lokalsykehusfunksjoner i PHR. Beslutningen genererer et behov for at lokalisering utenfor Blakstad og Nytt sykehus Drammen etter 2025 avklares.

Det er også gjennomført en konseptutredning om sammenslåing av behandlingsmiljøene for unge med psykose, henholdsvis USEK på Blakstad og USU ved Asker DPS. Med bakgrunn i dette arbeidet, og i nasjonal fremskrivingsrapport om behovet for lukkede psykoseplasser, starter klinikken nå utredningsarbeidet på hensiktsmessig bruk av 12'er seksjonen i andre etasje i bygg 3.

Det er planlagt 16 poliklinikkrom på områdepsykehuset, og alderspsykiatrisk poliklinikk var ikke planlagt inn. Faktagrunnlaget for denne beslutningen er mangelfullt, og klinikken har et pågående arbeid rundt hvilke tjenester som er nødvendig samlokalisert med døgnvirksomheten i områdepsykehuset. Det pågår nå et utredningsarbeid nevropsykologisk poliklinikk ved Asker DPS skal inn i NSD, eller ligge utenfor områdepsykehuset. Eiendomsplanen for lokalsykehusfunksjoner i PHR må hensynta dette.

Lokalsykehusfunksjonene i PHR – funksjoner som eiendomsplanen skal omfatte

Asker DPS består av følgende enheter fordelt på fire lokasjoner:

- Akutt ambulant seksjon, Røykenveien 170 (organisert under Døgnseksjon SIKTA)
- Allmennpsykiatrisk poliklinikk, Kirkeveien 206 A
- Døgnseksjon Sikta, Røykenveien 170, Akutt krisepost (lokalfunksjon Asker DPS; Asker)
- Nevropsykologisk poliklinikk, tilbud til hele befolkningen i Vestre Viken, inkl. Helse og arbeid Asker, Forebyggende familieteam (FFT) (områdefunksjon for Asker og Bærum), FFT under ROP-seksjon - lokaler i Skysstasjonen 11B
- Poliklinikk for rus og psykisk helse (ROP), inkludert LAR, FACT, (FFT og pt. TIPS) Kirkeveien 206, og Sikta, Røykenveien 170.
- Poliklinikk for tidlig intervensjon ved psykose (TIPS), Skysstasjonen 11B
- Utredningsseksjon for unge, Hvalstadåsen (USUH) - et tilbud til unge voksne i Asker og Bærum, Hvalstadåsen 6

Poliklinikken gjennomfører utredning og behandling av personer over 18 år med ulike typer psykiske lidelser som angst/ depresjon, spiseforstyrrelser, traumelidelser, ADHD og utviklingsforstyrrelser. Dette skjer primært i individuell behandling, men også i ulike typer gruppearbeid og samarbeidsmøter.

Poliklinikken har i dag to FACT-team som driver med oppsøkende, integrert og helhetlige tjenester til personer med alvorlig psykiske lidelser og samtidig ruslidelser, og samtidig ruslidelser/ - vansker som i liten grad oppsøker hjelpeapparatet. Andre tilbud er *Forebyggende familieteam* (FFT) som følger opp og behandler gravide og småbarnsforeldre som har rusproblemer eller psykiske helsevansker, Tidlig intervensjon ved psykose (TIPS), som er et lavterskeltilbud for aldersgruppen 15 – 30 år, utredning diagnostikk knyttet til lidelser som har betydning for hjerne- atferds samspillet, som nevrotviklingsforstyrrelser og ervervet kognitiv svikt, utredning av unge voksne, i aldersgruppen 18 – 30 år med alvorlig psykisk lidelse eller med stor funksjonsfall, Akutt ambulant team som gjennomfører rask vurdering av psykisk tilstand, og jobbfokusert behandlingstilbud for personer som står i fare for å bli sykemeldt på grunn av psykiske lidelser som angst og depresjon og/ eller muskel- og skjelettlidelser.

Asker DPS har også en døgnsesjon (Sikta) som er en akutt krisepost som gir kortvarig utredning og stabiliserende behandling ved tilstander som trenger akutt innleggelse. På Sikta er det 13 døgnplasser.

Totalt har Asker DPS 136 brutto årsverk.

Videre lokalisering for Nevropsykologisk poliklinikk og USUH må sees i sammenheng med det pågående arbeidet i PHR's programstyre SAPA 2025.

Bærum DPS består av følgende enheter fordelt på to lokasjoner:

- Døgnsesjonen, Doktor Høsts vei 39, Gjøttum
- Poliklinikk 1, Hamangskogen 60, Sandvika
- Poliklinikk 2, Hamangskogen 60 Sandvika, OCD (tvangslidelse finn betegnes) team med områdefunksjon for hele VV og ILA-team med ansvar for innsatte på ILA,
- Poliklinikk 3, Doktor Høsts vei 35, Gjøttum, CL (konsultasjonstjeneste) for Asker og Bærum sykehus
- Poliklinikk 4, Hamangskogen 60, Sandvika

Bærum DPS utreder og behandler psykiske lidelser og rusavhengighet hos voksne. De har i dag to FACT-team som driver med oppsøkende virksomhet mot pasientene. OCD-teamet for voksne med områdeansvar for hele opptaksområdet er organisert under Bærum DPS.

Døgnsesjonen har 19 senger.

Totalt er det 146 brutto årsverk i enheten.

Drammen DPS består av følgende enheter fordelt på to lokasjoner:

- Poliklinikken sentrum 1, Øvre Strandgate 2, Drammen
- Poliklinikken sentrum 2, Øvre Strandgate 2, Drammen
- Poliklinikken sentrum 3, Øvre Strandgate 2, Drammen
- Poliklinikken Konnerud, Thorsbergveien 20, Drammen
- Døgnsesjonen Konnerud, Thorsbergveien 20, Drammen

Poliklinikken Sentrum 1, 2 og 3 gjennomfører utredning og behandling av personer over 18 år med ulike typer psykiske lidelser som angst/ depresjon, spiseforstyrrelser,

traumelidelser, ADHD og utviklingsforstyrrelser og ruslidelser (TSB). Dette skjer primært i individuell behandling, men også i ulike typer gruppearbeid og samarbeidsmøter. Poliklinikkene har et omfattende gruppeterapitilbud, for tiden ca. 15 ulike gruppeterapitilbud med snitt varighet på 2,5 timer. Poliklinikken Konnerud har i dag to FACT-team som driver med oppsøkende, integrert og helhetlige tjenester til personer med alvorlig psykiske lidelser og samtidig ruslidelser, og samtidig ruslidelser/ - vansker som i liten grad oppsøker hjelpeapparatet. Seksjonen har også et poliklinisk akutteam. Døgnseksjonen Konnerud har 19 senger.

Totalt er det 155 bruttoårsverk i Drammen DPS.

Kongsberg DPS består av følgende enheter fordelt på en lokasjon:

- Seksjon, FACT og intensiv poliklinikk Wergelands vei 2, Kongsberg
- Seksjon Akutt, poliklinikk og døgn Wergelands vei 2, Kongsberg
- Seksjon Allmenn psykiatrisk poliklinikk og ROP, Wergelands vei 2, Kongsberg

Poliklinikken gir tilbud innenfor allmennpsykiatri og ROP (TSB), intensivpoliklinikk og FACT-team. Behandlingen består av individuelle konsultasjoner, gruppebehandlinger og samarbeidsmøter. Intensivpoliklinikk er et nytt tilbud som erstattet tidligere dagtilbud. Tilbudet er for pasienter med behov for mer enn ordinær poliklinisk oppfølging, og skal være med å unngå behov for innleggelser.

Enheten har to FACT-team som i hovedsak tilbyr ambulant oppfølging for pasienter i opptaksområdet.

Seksjon akutt poliklinikk og døgn er i dag bemannet med 7 døgnplasser.

Antall brutto årsverk i avdelingen er 86.

Ringerike DPS består av følgende enheter fordelt på fire lokasjoner:

- Seksjon døgnbehandling med FACT Røyse: Skinnillveien 56, Røyse
- Seksjon poliklinisk behandling Ringerike, Arnold Dybsjords vei 1, Hønefoss
- Seksjon Poliklinisk behandling med FACT Ål: Helsetunvegen 15, Ål
- Poliklinisk behandling (Modum): Gordon Johnsons vei 2, Vikersund

På lik linje med de andre poliklinikkene tilbys det tjenester innenfor allmennpsykiatri samt TSB. Enheten har to FACT team på henholdsvis Ål og Røyse.

Døgnbehandlingen på Røyse er bemannet til 14 senger, pluss en brukerstyrt seng.

Antall brutto årsverk i avdelingen er 102.

BUPA

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) utreder og behandler barn og unge (0 – 18 år) inkl. ø-hjelp. BUPA har ansvar for hele VVHF-opptaksområde og har nært samarbeid med de kommunale tjenestene samt kommunale og statlige barnevernsinstitusjoner. Områdeseksjonene som innehar døgn og ambulante tjenester er lokalisert i Drammen og Bærum. Det polikliniske tilbudet er lokalisert i Asker, Bærum, Drammen, Ringerike og Kongsberg.

Avdelingen består av følgende enheter fordelt på åtte lokasjoner

- Drammen BUP, Rådhusgt. 33, Drammen
- Asker BUP, Kirkeveien 206 A, Asker

- Ringerike BUP: Arnegårdsveien 5, Hønefoss Helsetunvegen 15, Ål
- Kongsberg BUP, Klemsgate 11, Kongsberg
- Bærum BUP, Sykehusveien 34, Gjøttum
- Seksjon for behandling, Sopolimekroken 14, Slependen (døgn og ambulant)
- Seksjon for utredning, Valbrottn 17, Drammen (døgn og ambulant, skal inn i NSD)
- Seksjon for nevropsykiatri, Valbrottn 17, Drammen (Skal inn i NSD)
- Ressursteam, Valbrottveien 17 (ambulant)
- Seksjon for akutt, Valbrottveien 23 (døgn og pol skal inn i NSD)
- Seksjon for spiseforstyrrelser, dr Høstvei, Bærum (døgn og poliklinikk skal inn i NSD).

BUPA er i dag organisert med områdeseksjoner og lokale BUP'er (5 stk) som med DPS'ene. Det er etablert en relativt standardisert utredningsforløp for basisutredning i pakkeforløp. I tillegg er det et oppsett for utvidet utredning. De store pasientgruppene er barn med spørsmål om autisme og ADHD, og som inngår i utvidet utredningsforløp. BUPA etablerer 6 FACT ung team i 2022.

I de lokale BUP'ene er det totalt 198 brutto årsverk, i tillegg kommer behov for lokaler til 50-60 medarbeidere i ambulante behandlingsteam.

For BUPA omfattes følgende funksjoner av Eiendomsplan lokalsykehusfunksjoner:

- De fem lokalpoliklinikkene
- Ambulante behandlingsteam som i dag er lokalisert i Valbrottveien og Sopolimekroken
- FACT-ung teamene, midlertidig plassering blant annet i Valbrottveien

TSB

Avdeling for rus og avhengighet gir døgnbehandling innen TSB og har virksomhet i Drammen, Bærum Konnerud og på Blakstad. Poliklinisk behandling innenfor TSB gis på DPS.

Avdelingen består av følgende enheter fordelt på fire lokasjoner

- ARA Drammen - Seksjon for avgiftning, Drammen, Haugesgate 89 A, Drammen
- ARA Bærum - Seksjon for avgiftning, Bærum, Sykehusveien 40, Gjøttum
- ARA Konnerud, Torsbergvn. 20, Drammen
- ARA Blakstad, Strandveien 35, Vettre
- Seksjon LAR (legemiddelbasert rehabilitering) Hauges gate 89 A, Drammen

To av fire behandlingssteder planlegges inn i det nye sykehuset i Drammen.

Gjenværende behandlingssteder, som i dag er lokalisert på Blakstad og Konnerud i Drammen, skal ikke inn i det nye sykehuset. Det sammen gjelder for LAR, som er organisert som en poliklinikk.

På ARA Konnerud gis pasientene en plass i inntil 16 uker. Det er 16 ulike temaer som rullerer i behandlingen. Det er lagt opp til ulike terapigrupper med fokus på fysisk aktivitet. ARA Blakstad har samme behandlingsprofil som ARA Konnerud. Her tilbys behandling til pasienter med ROP lidelser (kombinasjon av rus og psykiske lidelser), samt pasienter som er på tvang under HOL 10;2.

Brutto årsverk i virksomheten som ikke skal inn i nytt sykehus er 79. Antall senger i tilbudet til Konnerud og Blakstad er 24.

Blakstad sykehus

- BET-seksjonen, bygg 12 og 13 Blakstad, Strandveien, Vettre

Basal eksponeringsterapi (BET) er en behandlingsmodell spesielt utviklet for personer som har gjennomgått mye behandling uten at det har gitt noen åpenbar bedring i evnen til å fungere i hverdagen. BET behandler pasienter med et betydelig lidelses-/symptomtrykk. Hovedandelen av pasientene i seksjonen henvises fra andre helseforetak, og det er periodevis lang ventetid på behandlingstilbudet. Vestre Viken driver nasjonalt undervisningsprogram om metodikken, og det er betydelig interesse nasjonalt og politisk for behandlingstilbudet.

Samlet sett skal Eiendomsplan PHR del 2 omfatte de samlede lokalsykehusfunksjonene, inkludert enkelte områdetilbud som ikke har direkte avhengigheter til samlokaliseringen med det øvrige områdesykehuset:

- De voksenpsykiatriske poliklinikkene (VOP)
- TSB-poliklinikkene
- Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP)
- DPS-døgnplasser
- TSB-døgnplasser
- Behandlingstilbudet Basal eksponeringsterapi (BET)
- FACT-teamene for voksne og ungdom
- Ambulante områdetilbud i BUPA
- Spesialpoliklinikker:
 - Nevropsykologisk poliklinikk
 - FFT (opptaksområde Asker og Bærum)
 - OCD-tilbudene i VOP og BUP (områdetilbud, organisert under Bærum DPS og Bærum BUP)
 - DBT-teamet i BUPA
 - Områdefunksjon fengselspsykiatri

Det forventes fremdeles en omfattende utvikling i fagområdene, som medfører at eiendom i større grad enn i dag gir fleksibilitet for utvikling av nye tilbud, og organisering av tjenester annerledes enn i dag.

Kriterier for vurdering av alternativer

1. Kvalitet på pasientbehandling

Indikatorer: tilgjengelighet, pasientlogistikk, kompetanse, likeverdige helsetjenester

2. Robuste fagmiljøer

Indikatorer: rekruttering, samarbeid om kompetanse, vaktordning mv

3. Samhandling med samarbeidspartnere

Indikatorer: samarbeid med somatiske helsetjenester, nærhet til kommune og øvrige samarbeidspartnere, nærhet til kommuner ved samorganisering av tjenester som i FACT-team

4. Tilstrebe løsninger som understøtter samdriftsfordeler

Indikatorer: mulighet for felles vaktordninger, felles støttefunksjoner, forenklet logistikk

5. Bærekraftig ressursforvaltning og driftshensyn

Indikatorer: størrelse på driftsenhet er rasjonell ift bemanning

Samtlige alternativer skal vurderes opp mot økonomisk bærekraft.

Vurdering av alternativer

Det er ulike behov for døgnvirksomheten og den polikliniske driften av lokalsykehusfunksjonene i klinikken. Det er derfor utarbeidet to alternativer for begge driftsmodeller, alternativene er ikke gjensidige avhengige.

0-alternativet

Det ligger til grunn et stort behov for en eiendomsplan for lokalsykehusfunksjonene i PHR. Dagens bygningsmasse er omfattende, og er en kombinasjon av eide og leide lokaler. Det er behov ved deler av virksomheten for å raskt finne løsninger for mulig utvidelse, dette gjelder i hovedsak den ordinære polikliniske virksomheten, som har ansvar for hovedandelen av pasientforløpene i PHR i dag. Den omfattende økningen av aktivitet i barne- og ungdomspsykiatrien medfører behov for å øke bemanningen i lokalpoliklinikkene for å unngå økning i ventetid, suboptimale behandlingsforløp og ytterligere press på medarbeidere.

Vanskeligheter med å rekruttere og beholde spesialister er økende, og arbeidsbetingelser som gode arbeidsplasser har betydning i sterkt konkurranse med andre helseforetak. Opp mot befolkningsvekst og befolkningssammensetning er det særlig behov for å finne løsninger for Drammen DPS og Drammen BUP. Det er også behov for å se samlet på behovene for den polikliniske driften ved Asker DPS og Asker BUP.

Det vil sannsynligvis være behov for å forlenge og utvide eksisterende leiekontrakter i planperioden.

Innflytting i NSD medfører behov for å finne eiendomsløsninger for deler av virksomheten på samme tidspunkt, det gjelder primært TSB, BET-seksjonen og de ambulante og polikliniske teamene i Valbrottveien og Bjerketun. Det er også behov for mer permanente løsninger for en flere av FACT-teamene.

0-alternativet vil inneholde behov for å gjøre en del nødvendige tilpasninger. Vurdert opp mot oppsatte kriterier vurderes det som et svakt alternativ knyttet til robuste fagmiljøer og økonomisk bærekraft i klinikken. Virksomhet spredt på mange lokasjoner gir liten mulighet til å samle fagmiljøer for bedre rekruttering. Det gir også mindre muligheter til å etablere kostnadseffektiv døgntilrettelagt behandling, og vil gjøre det nødvendig med opprettholdelse av flere vaktlinjer i klinikken.

Samtidig vurderer klinikken at det er nødvendig at 0-alternativet også utredes i arbeidet. Grunnet NSD og plan for avhending av deler av eiendomsmassen, er videre lokalisering for deler av virksomheten uklar. I tillegg vil en grundig utredning av 0-alternativet kunne muliggjøre et større handlingsrom enn det som er beskrevet i rapporten.

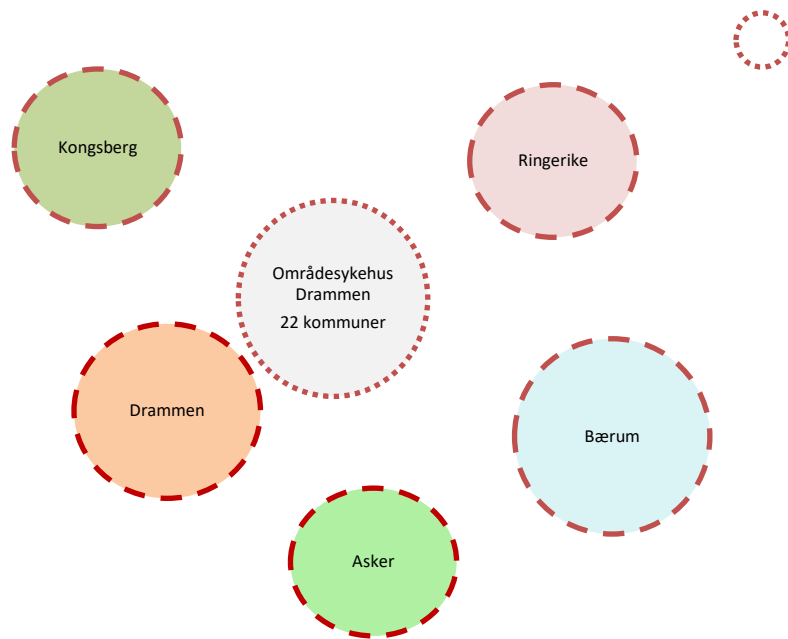
Polikliniske tilbud

Det ligger som en premiss i foretakets utviklingsplan at behandling av psykiske lidelser bør være så nærme pasienten som mulig. Det legges til grunn at dette er de polikliniske tjenestene innen de tre fagområdene, organisert med tilhørende pakkeforløp for utredning og behandling. Hovedandelen av pasienter i psykisk helsevern får sin behandling poliklinisk i alle de tre spesialitetene. De polikliniske tjenestene i VOP, BUP og TSB-poliklinikkene har ansvar for godt over 90 % av de samlede pasientforløpene i klinikken, og det er ikke behov for øvrige tjenester.

Lokalsykehusstrukturen i PHR følger i hovedsak de somatiske sykehusenes lokalsykehusfunksjoner, med unntak av Asker, som er etablert som eget område i PHR, men hvor lokalsykehusfunksjonene i somatikken er organisert ved henholdsvis Bærum og Drammen sykehus.

I arbeidet med de polikliniske tjenestene har klinikken vurdert om det bør utredes et eiendomsalternativ som innebærer sammenslåing av de polikliniske tjenestene i Asker og Bærum til et lokalsykehusområde for de tre fagområdene. Vurdert opp mot de oppsatte kriteriene er det ikke vurdert som et alternativ klinikken ønsker å gå videre med. Det vurderes at det vil gi et kvalitativt dårligere tilbud enn i dag, grunnet lengere reiseavstand for flere pasienter, vanskeliggjøre opprettholdelse av FACT-team som er organisert sammen med kommunene og medføre risiko for at samhandlingen med kommunene ville blitt redusert.

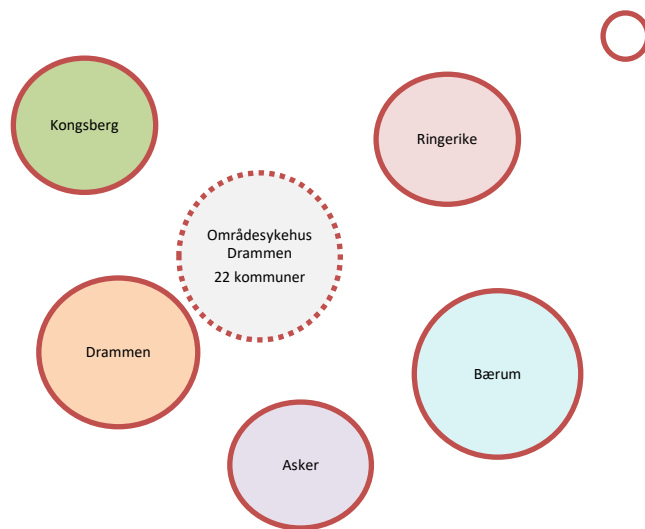
Alternativ 1 – poliklinisk virksomhet (VOP, TSB, BUP), lokalisering av tjenestene innenfor områdene



Modellen legger til grunn poliklinisk og ambulant virksomhet innenfor alle dagens lokalsykehusområder i klinikken. Den stiplede linjen markerer at alternativet kan lokaliseres i ulike bygg, men innen samme hovedområde. Tjenestene er i behov av nærhet til knutepunkt og offentlig kommunikasjon. Dette alternativet er noe svakere på robuste fagmiljøer, og det vil svekke fleksibilitet og robusthet om ikke VOP og TSB poliklinikkene samles.

BUP er ikke like avhengig av samlokalisering med øvrig poliklinikk. Det er imidlertid sentralt at de ambulante og polikliniske områdefunksjonene ikke fordeles ut på alle BUP'ene, da det er nødvendig med samlede fagmiljøer for å kunne opprettholde tilbudene. Tjenestene bør lokaliseres under et eller to av områdene, og da i områder med høy befolkningstetthet. Det tilsvarende gjelder også for de polikliniske områdefunksjonene for DPS.

Alternativ 2 – samlokalisering av polikliniske tjenester (VOP, TSB, BUP)



Modellen medfører en samlokalisering av den polikliniske virksomheten i samme bygg for alle de polikliniske tjenestene, inkludert FACT-teamene. Det vil også i denne modellen være behov for å ha plass til spesialpoliklinikkene og de ambulante tjenestene som i alternativ 1.

Det er tilsvarende behov til tilgjengelighet for pasienter, og modellen vurderes å oppfylle samtlige indikatorer.

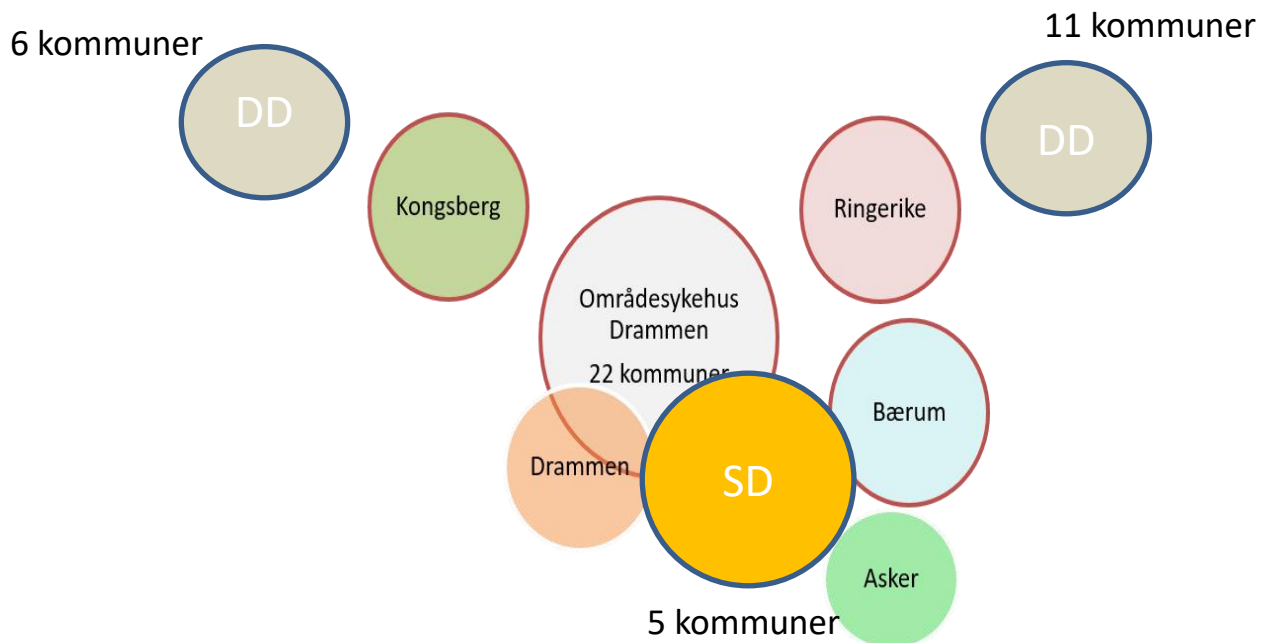
Bygningsmessig vil det være avgjørende med egne innganger og venterom for barn og unge, spesialrom, undervisningsrom etc vil kunne utnyttes mer fleksibelt enn i dag. Store felles fagmiljøer vil sannsynligvis virke rekrutterende, og bedre samhandling og ikke minst overgangene mellom barn- og ungdomstjenestene og voksentjenestene.

Døgntilbudet

Pasienter innlagt på døgn antas å være i mindre behov av nærhet til tjenestene enn poliklinikkene. I tillegg er døgntjenestene kostbare, og mindre enheter er kostnadskrevende i drift og har et mindre fagmiljø, som har betydning både for rekruttering og for å benytte personell fleksibelt.

Klinikken har arbeidet med tilpasning av bemanning i døgnsesjonene i alle avdelinger knyttet til ARP-prosjektet i foretaket, og optimalisert driften. Samtidig gir dagens døgntilbud mindre robusthet for å kunne utvikle døgntjenestene fleksibelt, både ved samling av tilbud som krever særskilt kompetanse, og også i form av kostnadskrevende vaktordninger.

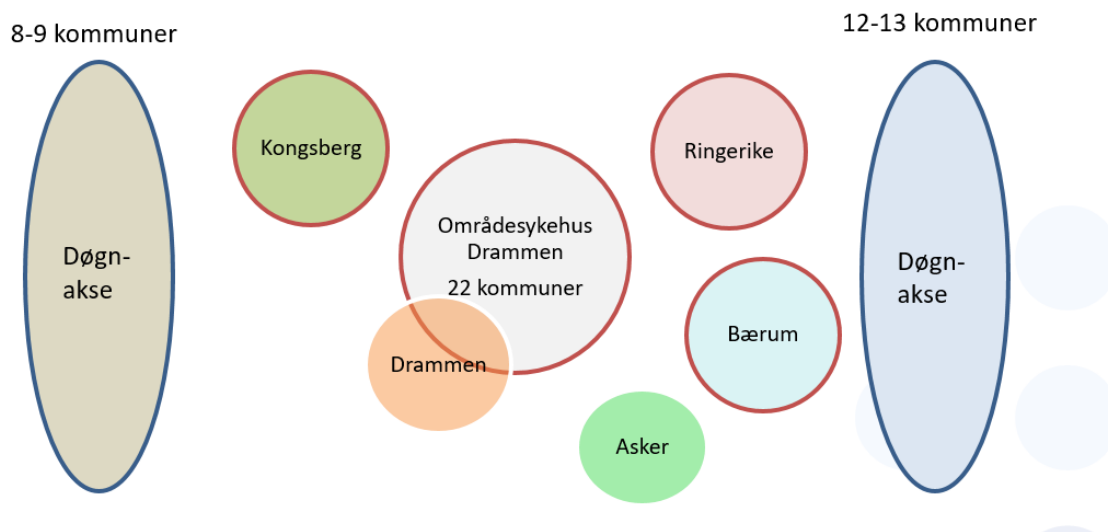
Alternativ 1 – tre døgnlokasjoner



Blå hel linje markerer døgnlokasjon.

Modellen innebærer opprettholdelse av døgntilbud ved de to distrikts DPS'ene. Det gir mulighet for fleksibilitet og mer bredde i fagmiljøene i distriktene. Øvrige døgntilbud, det vil si TSB-plassene, områdefunksjon BET og DPS-plassene for Asker, Bærum og Drammen samles. Det gir mulighet for et robust fagmiljø, og det gir klinikken gode muligheter til å spesialisere tjenester som krever høyere kompetanse for hele området. Modellen gir nærhet i distriktene for akutt, innleggelse av pasienter fra FACT-team og lokalpoliklinikk.

Alternativ 2 – lokalisering på to enheter



Blå hel linje markerer døgnlokasjon.

Modellen innebærer samling av døgntilbudet til to lokasjoner, samhandlingen vil da være mellom henholdsvis Kongsberg og Drammen og Ringerike, Asker og Bærum. Modellen gir fleksibilitet til samlokalisering med TSB-plassene ved den ene lokasjonen, og samlokalisering med områdetilbud ved den andre. Modellen synes å innfri kvalitet i pasientbehandling og robuste fagmiljøer. Geografisk avstand vil kunne medføre økt vanskelighet med hensyn til samhandling med kommunene og involvering av pårørende i behandling etc. Digitale løsninger vil kunne kompensere for noe av dette.

Døgnplasser lokalsykehus

Det er ulikheter mellom den nasjonale fremskrivingsmodellen (117) og fremskrivingen som er gjort i Eiendomsplan PHR del 1 (99). Modellen kompliseres ytterligere ved at større deler av TSB tilbudet nå er dimensjonert inn i NSD, mens deler av virksomheten for sykehuspsykiatrien (Seksjon for BET-behandling) nå er planlagt lokalisert på utsiden av sykehuset. Når det gjelder utredningsplasser for unge er samtlige nå beregnet inn i nytt sykehus, det omfatter også delen fra Asker DPS som tidligere lå utenfor. Klinikken vurderer at det må vurderes bygningsmessige løsninger som gir gode alternativer for kapasitet.

Alternativ 1 – tre døgnlokasjoner

	Antall senger 2022	Eiendomsplan del 1	Nasjonal fremskrivingsmodell
Samlet seksjon*	82	80	
Kongsberg DPS	11	9	10
Ringerike DPS	14 + 1	10	11

Inneholder Bærum DPS 19 plasser, Asker DPS 14 plasser, BET 6 plasser, TSB 24 plasser, Drammen DPS 19 plasser, BET-sengene er ikke fremskrevet, så disse kommer i tillegg. Ønskes utredet mellom 6-10 døgnplasser

Alternativ 2 – to døgnlokasjoner

Dette alternativet åpner for flere måter å kunne lokalisere døgnplassene. Det sentrale her er totalvirksomheten samlet sett. Det beskrives to ulike måter i oppsettet under. Seksjon for BET-behandling med mellom 6-10 plasser, er ikke med i oppsettet, men må plasseres på en av de to lokasjonene.

	Antall senger 2022	Eiendomsplan del 1	Nasjonal fremskrivingsmodell
<i>Alternativ 1 – TSB plassene er delt mellom to lokasjoner, BET plassene er ikke beskrevet</i>			
Akse Drammen- Kongsberg	42	47	59
Akse Ringerike – Asker - Bærum	60	52	58
<i>Alternativ 2 – TSB plassene samles ved en lokasjon, her foreslås det Drammen- Kongsberg aksen, men det er kun ment som eksempel. BET plassene kommer i tillegg men er ikke med i antallet totalt her</i>			
Akse Drammen- Kongsberg	54	58	70
Akse Ringerike – Asker - Bærum	48	41	47

**Dagens antall TSB senger er to lokasjoner utenfor nytt sykehus, totalt 24 plasser. BET-plassene er ikke beskrevet i antall plasser i dag, eller i fremskrivingsmodell.*

Sammenheng med økonomisk langtidspan

Klinikken er avhengig av en forenklet eiendomsstruktur for å kunne effektivisere døgntillegget ytterligere. Det vil da handle om bygningsmasse som er tilpasset optimale driftsenheter, og at virksomhet er organisert i samme hus. Det vil gi en bedre driftsøkonomi knyttet til døgntillegget og vaktordninger.

Rekrutteringsutfordringer er en betydelig kostnadsdriver for klinikken. Robuste fagmiljøer med høy kompetanse vil være viktig for rekrutteringsarbeidet videre. I tillegg har geografisk plassering og gode arbeidsforhold vesentlig betydning. Det vises for øvrig til punkt 7.1.3 i Eiendomsplan PHR-del 1, om arealstandarder og effektiv drift av den polikliniske virksomheten.

Brukerinvolvering

Arbeidsgruppe 1 – virksomhet, er organisert inn under PHR sitt program for samhandling og pasientflyt mot 2025 (SAPA 2025). Brukerutvalget har representasjon inn i programstyret til PHR, og fikk har fått tilsendt mandat for eiendomsplan og høringsdokument i forbindelse med møter i programstyret.

Brukerutvalget og Ungdomsrådet i foretaket er orientert om at arbeidet med Eiendomsplan lokalsykehusfunksjoner i PHR-del 2 er påbegynt. Ungdomsrådet har fått presentert alternativene i et møte og har gitt tilbakemelding på at alternativet med samlokalisering fordrer tilpasninger til BUPAs behov, eksempelvis atskilte innganger og ventesoner.

Det er behov for å sikre aktiv brukermedvirkning i det kommende arbeidet med planen.

Dato: 21. nov 2022
Saksbehandler: Cecilie B. Løken

Saksfremlegg

Digital transformasjon i Vestre Viken

Møte	Saknr.	Møtedato
Styresak	122/2022	28.11.2022

Forslag til vedtak

Styret tar status om digital transformasjon i Vestre Viken til orientering.

Drammen, 21. november 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I forbindelse med virksomhetsrapportering til styret ved 1. og 2. tertial 2022, jf styresak 57/2022 og 90/2022, har Vestre Viken HF (VVHF) rapportert høy risiko på IKT-området. Det vises også til styresak 73/2022 om Kritiske IKT-leveranser frem til innflytting i NSD og styreseminar 20. juni 2022 om digital transformasjon.

Digitalisering som fører til nye eller endrede arbeidsprosesser, forretningsmodeller og en ny eller endret kundeopplevelse, omtales ofte som digital transformasjon. Virksomheter som ligger lengst fremme, såkalte «Digital masters», har en sterk digital visjon, god virksomhetsstyring på tvers av siloer, mange digitale initiativer som genererer verdi og en sterk digital kultur.

Hensikten med saken er å redegjøre for utviklingen på IKT-området over de siste månedene og å informere om status for arbeidet med digital transformasjon i VVHF. Foretaket opplever en positiv utvikling i flere prosjekter, og den overordnede risikoen for IKT-området vurderes å være redusert i forhold til situasjonen for noen måneder siden.

Saksutredning

Helselogistikk

VVHF er et av de første helseforetakene som skal ta i bruk helselogistikk, og det er etablert et innføringsprosjekt som støtter opp om satsningen «ta tiden tilbake – mer tid til pasientrettet arbeid» i foretakets utviklingsplan. Helselogistikk omfatter løsninger for inn- og utsjekk, oversikt over pasientinformasjon og meldingsutveksling. Prosjektet har i lengre tid vært flagget med høy risiko knyttet til forsinkelser, uavklarte kostnader og bruk av amerikansk sky. Gjeldende plan tilsier oppstart pilotering i mai/juni 2023. Tidsplan for bredning til resten av foretaket foreligger ikke, men Sykehuspartner antyder tidligst ved årsskiftet 2023/2024.

VVHF har iverksatt flere tiltak for å redusere risiko:

- Det vurderes om elektroniske tavler kan breddes til sengeposter uavhengig av det regionale helselogistikkprosjektet, med funksjonalitet utviklet av VVHFs egen analyseavdeling («pasientrisikotavler»). Samme tilnærming vurderes for mobiltelefoner og nettbrett, siden helselogistikk er en av flere applikasjoner som det er ønskelig å tilby som mobil løsning. En frikobling av utstyr og IT-løsning for helselogistikk vil redusere gjennomføringsrisiko og kan gi avdelinger og ansatte mulighet til å venne seg til nytt utstyr i god tid før innflytting i NSD.
- VVHF har bedt om og gjennomført veiledningsmøte med Datatilsynet for å få klarhet i risiko knyttet til amerikansk sky. Det er etablert dialog mellom Helse Sør-Øst og Datatilsynet om saken. Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst legger Helse Sør-Øst sin juridiske vurdering til grunn ved godkjenning av løsningen.
- Mottaksprosjektet for NSD vurderer mulige tiltak knyttet til behov i NSD som ikke inngår i piloten for helselogistikk, og som det ikke foreligger investeringsbeslutninger for ennå.

Regionale løsninger for multimediearkiv og digital patologi

Innføring av regionale løsninger for multimediearkiv og digital patologi planlegges som en del av den regionale IKT-porteføljen i Helse Sør-Øst. Begge prosjektene har hatt god fremdrift de siste månedene. Risiko og mulige tiltak har vært tema i flere møter på strategisk nivå mellom Helse Sør-Øst, Sykehuspartner, PNSD (Sykehusbygg) og VVHF. Det legges opp til at VVHF blir helseforetak nr 2 i innføring av regionalt multimediearkiv, etter OUS. OUS hadde en vellykket idriftsettelse av nytt røntgensystem (RIS/PACS) i oktober 2022. Regional løsning for multimediearkiv skal bygge på samme tekniske plattform som røntgensystemet i OUS, og status i OUS-prosjektet gir dermed redusert risiko for innføring av multimediearkiv i VVHF.

For digital patologi legges det opp til at VVHF midlertidig skal tilknyttes samme løsning som ble satt i pilotdrift i Sykehuset i Vestfold i september 2022, og deretter en felles migrering til regional løsning i 2024. Det er fortsatt betydelig risiko ved begge prosjektene, og det legges opp til en tett oppfølging både i Helse Sør-Øst og i VVHF.

Post: Vestre Viken HF, Postboks 800, 3004 Drammen | Telefon: 03525 | Org. Nr: 894.166.762 | postmottak@vestreviken.no

Vår bank: Danske Bank | Kontonummer: 8601 72 17986. | IBAN: NO93 8601 7217 986. | SWIFT: DABANO22

Ny generasjon pasientjournal - DIPS Arena

Dagens pasientjournal (DIPS Classic) videreutvikles ikke og er basert på utdatert teknisk arkitektur. Neste generasjon pasientjournal, DIPS Arena, er allerede innført i andre helse-regioner og i deler av Helse Sør-Øst (delar av OUS og Diakonhjemmet). DIPS Arena vil gi ny funksjonalitet og større muligheter for videreutvikling. Det er besluttet at VVHF blir foretak nr 3 i Helse Sør-Øst for innføring av DIPS Arena, etter OUS og Sykehuset Telemark. Organisering og bemanning av VVHFs innføringsprosjekt pågår. Det planlegges med oppstart av dedikerte arbeidsgrupper i mars 2023. Oppstart av DIPS Arena i VVHF er planlagt 8. oktober 2023.

Infrastrukturmodernisering - STIM

Sykehuspartner har de siste månedene inngått to kontrakter som er viktige for IKT infrastruktur. I september ble det inngått avtale mellom Sykehuspartner og Conscia/Sopra Steria om modernisering av datanett i hele Helse Sør-Øst. Sykehuspartner er i gang med prosjektet, og de første lokasjonene som skal moderniseres er Sunnaas og VVHF. I VVHF vil moderniseringen først skje på Ringerike sykehus. Kontrakten skal også benyttes for etablering av datanett i Nytt Sykehus i Drammen.

I oktober ble det inngått kontrakt med Telenor om innendørs mobildekning basert på 5G-teknologi. 5G vil først etableres i OUS i forbindelse med Radiumhospitalet, og det planlegges å benytte avtalen for innendørs mobildekning i Nytt Sykehus i Drammen.

Sporing og lokalisering

Innføring av moderne teknologi for sporing og lokalisering, basert på internasjonale standarder som GS1, er viktig for nye løsninger som er planlagt i Nytt Sykehus i Drammen. Regional løsning for sporingsteknologi forventes idriftsatt ved årsskiftet, og pilotering av sporing av medisinsk teknologisk utstyr ved Bærum sykehus vil starte i første kvartal 2023.

Virtuelt sykehus og digital hjemmeoppfølging

Grunnsteinen for VVHFs virtuelle sykehus ble lagt ned 01.11.2022. Hensikten med markeringen var å synliggjøre at VVHF ønsker å utvikle helsetjenestene sammen med de som skal bruke dem. Foretaket har over tid utviklet flere digitale tilbud, og har et mål om at det skal bli flere. Målet er at mange skal slippe å reise til sykehuset, og at de kan motta nødvendig oppfølging der de måtte finne seg. I det virtuelle sykehuset samles eksisterende digitale tilbud og gjør dem synlige og lettere tilgjengelige. Tanken er at pasienter og brukere enklere kan etterspørre disse tjenestene.

Program for digital hjemmeoppfølging, som ble etablert i 2019, vil fortsatt være en motor i endringsarbeidet og understøtter klinikkene i eksisterende og nye digitale forløp. Resultatbasert finansiering gir ytterligere insentiver til nye tjenester i det virtuelle sykehuset.

Økt endringstakt og moderne tjenesteutvikling

Det pågår mange prosjekter i regionen for å legge til rette for økt endringstakt og raskere digitalisering. Sykehuspartner jobber aktivt med å etablere en mer endringsdyktig IKT-arkitektur.

VVHF følger med på og deltar i mange av prosjektene. Følgende kan nevnes spesielt:

- Innføring av M365 (Microsoft 365) i hele Helse Sør-Øst pågår i regi av Sykehuspartner. Plattformen vil gi alle helseforetakene tilgang til en helhetlig og moderne portefølje av verktøy for digital samhandling, som for eksempel Teams og Sharepoint.
- Regional anskaffelse av en «prosessplattform» skal gi muligheter for egenutvikling av enkle applikasjoner, såkalt lavkode-programmering. Anskaffelsen pågår og VVHF deltar i den første piloten som skal etableres for digital hjemmeoppfølging av KOLS-pasienter
- Regional anskaffelse av «MTU-gateway» skal forenkle dataflyt mellom utstyr og IKT. Anskaffelsen pågår og løsningen vil tas i bruk ved NSD utstyrsanskaffelser.

- Regionalt prosjekt for «nye integrasjonstjenester» skal gi enklere og mer standardisert dataflyt mellom IT-systemer. Prosjektet pågår og ses i sammenheng med andre prosjekter i Sykehuspartner, blant annet etablering av ny leveranseplattform (STIM) og utvikling av smidige leveransemetoder.
- Sykehuspartner er i gang med etableringen av et nytt forretningskonsept for moderne tjenesteutvikling under navnet «Gnist». Gnist er en utviklerportal som gjør verktøy og møteplasser tilgjengelig for utviklere utenfor Sykehuspartner.

Disse initiativene, sammen med den planlagte infrastrukturmoderniseringen i VVHF, vil gi et godt utgangspunkt for videre digitalisering i årene fremover.

Kartlegging av IKT-kostnader

Styringsmodellen i HSØ gjør det vanskelig for VVHF å forutsi hvilke og hvor store kostnader foretaket vil få ved innføring av nye IKT-løsninger. Tjenesteprisen som VVHF betaler til Sykehuspartner avhenger av investeringsnivå, driftskostnader til tredjepartsleverandører, drift- og forvaltningsmodell i Sykehuspartner, fordelingsnøkkel mellom foretak og behov for lokale tilpasninger. Det er igangsatt et arbeid for å kartlegge kostnader knyttet til IKT-løsninger som VVHF planlegger å ta i bruk før innflytting i NSD. Arbeidet er forankret på direktørnivå i NSD IKT beslutningsmøte og oppdraget eies av økonomidirektør i VVHF.

Program for digital transformasjon

Arbeidet med etablering av program for digital transformasjon pågår. Hensikten med programmet er å sikre en helhetlig koordinering og prioritering av viktige IKT-prosjekter og IKT-aktiviteter som skal understøtte god ressursbruk og nye måter å jobbe på. Programleder er ansatt og tiltrådte 17. november 2022. Det er gjennomført en workshop med sentrale nøkkelpersoner for å definere og avgrense programmet, og arbeidet med et mandat er igangsatt. Programmet er forankret i VVHF porteføljestyre og vil formelt starte opp etter jul.

Andre risikoreduserende tiltak på IKT-området

Under behandling av styresak 73/2022 ba styret om en vurdering av andre mulige tiltak for å redusere risiko på IKT-området. Det ble stilt spørsmål om det burde igangsettes en egen audit. VVHF har de to siste årene foreslått at IKT tilknyttet byggeprosjekter blir et eget revisjonsområde for konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst. Dette er nå igangsatt. Konsernrevisjonen har startet informasjonsinnhenting, og et innledende møte gjennomføres i uke 47. Det anbefales ikke å iverksette ytterligere tiltak.

Administrerende direktørs vurderinger

Den viktigste målsetting med digital transformasjon er å bidra til å løse de store utfordringene sektoren nå opplever. Helsevesenet har begrenset med ressurser og personell. Åpningen av VVHFs virtuelle sykehus er et konkret tiltak for å synliggjøre at teknologi er en viktig del av løsningen. En bærekraftig helsetjeneste forutsetter at vi utnytter mulighetene teknologien gir, og løser oppgavene på nye måter som ikke krever like mye innsats fra helsepersonell.

Mange viktige IKT-prosjekter har hatt en positiv utvikling de siste månedene, og det pågår regionale prosjekter for å øke innovasjons- og endringstakten gjennom økt digitalisering. Det er positivt at det er tett dialog på ledernivå mellom Helse Sør-Øst og VVHF om prosjekter med høy risiko, og at Helse Sør-Øst og Sykehuspartner samarbeider med VVHF om å konkretisere hvilke kostnader de planlagte IKT-løsningene vil gi for foretaket.

Etableringen av program for digital transformasjon inngår i VVHFs prioriterte prosjektportefølje og er et tiltak for å sikre helhetlig koordinering og prioritering av viktige IKT-prosjekter.

Administrerende direktør foreslår at styret tar sak om digital transformasjon til orientering.

Evaluering av styret i VVHF

November 2022

11 av de 13 styremedlemmene har besvart evalueringen - dvs. svarprosent er 85

Ta stilling til påstandene:



Score vist som andel positive svar dvs % "I stor grad" + "I svært stor grad"

Ta stilling til påstandene:

Riktige saker settes på agendaen	100%	Antall svar	11
Kontakt, dialog og relasjon mellom styre og administrerende direktør/administrasjonen oppleves som god	100%	Antall svar	11
Deltakelse i styremøtene fra andre i administrasjonen (omfang/form) er relevant	100%	Antall svar	11
Viktige saker settes på dagsorden tidlig nok til å sikre gode beslutningsprosesser	91%	Antall svar	11
Saksdokumentasjonen gir et riktig bilde av saken og fremhever det som er vesentlig	91%	Antall svar	11
Den muntlige informasjonen i møtet kompletterer saken på en god måte	91%	Antall svar	11
Styrets tidsbruk på sakene er tilfredsstillende	91%	Antall svar	11
Styremedlemmene stiller godt forberedt i styremøtene og stiller relevante spørsmål	91%	Antall svar	11
Møteledelsen legger til rette for gode drøftinger og effektiv tidsbruk i møtene	91%	Antall svar	11
Styrets samlede kompetanse innen områder som er viktige for VV er korrekt og god	91%	Antall svar	11
Ledelsen presenterer på en god måte forutsetninger, risiko og eventuelle alternativer i viktige beslutningssaker	82%	Antall svar	11
Saksdokumentasjonen er tilfredsstillende	82%	Antall svar	11
Styret får jevnlig oppdatering på viktige saker og strategiske tema	82%	Antall svar	11
Styret får nødvendig og relevant informasjon for å utøve sitt ansvar og oppgaver	82%	Antall svar	11
Tiden som settes av til viktige saker er tilfredsstillende	82%	Antall svar	11
Det enkelte styremedlems synspunkter og innspill blir hørt før beslutninger fattes	82%	Antall svar	11
Styret har tilstrekkelig strategisk perspektiv på viktige saker	82%	Antall svar	11
Protokollen gir et riktig bilde av styrets saksbehandling og beslutninger	82%	Antall svar	11
Administrasjonens følger opp styrets vedtak	82%	Antall svar	11
Styret har en god balanse mellom å utfordre og å støtte administrasjonen	82%	Antall svar	11
Antall styremøter og varigheten av disse er hensiktsmessig	73%	Antall svar	11

Score vist som andel positive svar dvs % "I stor grad" + "I svært stor grad"



Har du andre innspill som kan gjøre styremøtene bedre?

Jeg synes styret får for liten informasjon om summene som overskrides i forbindelse med nytt sykehus i Drammen. Ser media skriver om dette, Dette bør det informeres mer om i styremøtene. Til syvende og sist så er det jo VVHF som må betale for dette, og konsekvensene kan jo bli store flere år frem i tid etter innflytting. Ansattrepresentantene er valgt av og blant de ansatte. Vi får stadig henvendelser og spørsmål fra de ansatte og møter også disse i det daglige. Derfor må vi ofte være litt pågående i saker, der vi taler de ansattes sak.

Det er OK med enkelte digitale møter, men det er fortsatt noe problemer med teknisk kvalitet ved gjennomføringen. Hybride møter bør unngås. Antallet digitale møter må ikke begrense mulighetene for omvisninger/besøk på de ulike sykehusene.

Fysiske møter ved viktige saker og når de enkelte klinikker er tema.

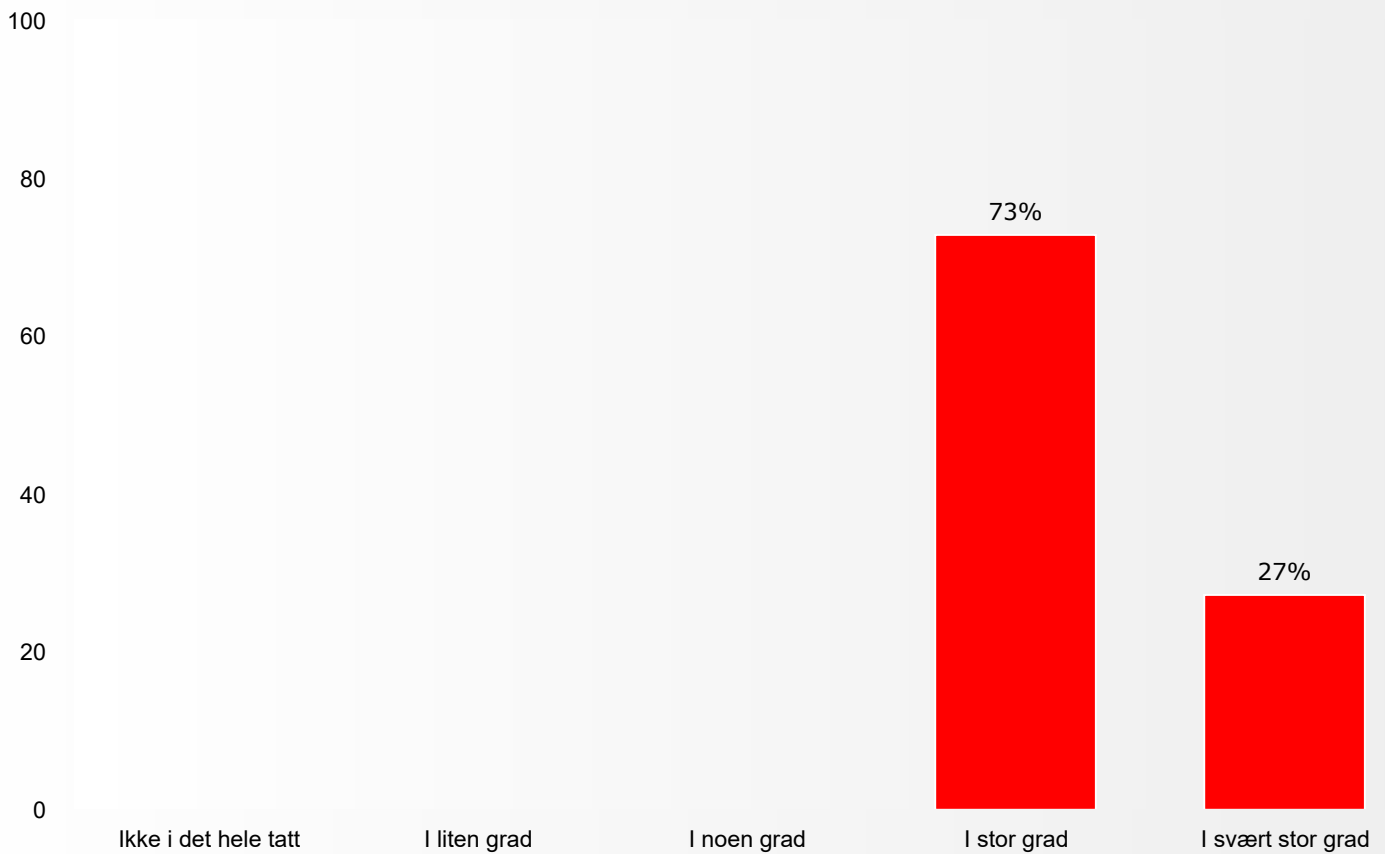
Jeg har gjennomgående gitt god score, dette gjelder med unntak av sakene knyttet til salg og forvaltning av eiendom. Disse har ikke vært tilfredsstillende håndtert overfor styret før det ble gjort grep med opprettelse av styreutvalg og mer direkte involvering av Adm dir.

Presentasjoner bør sendes ut i forkant



Riktige saker settes på agendaen

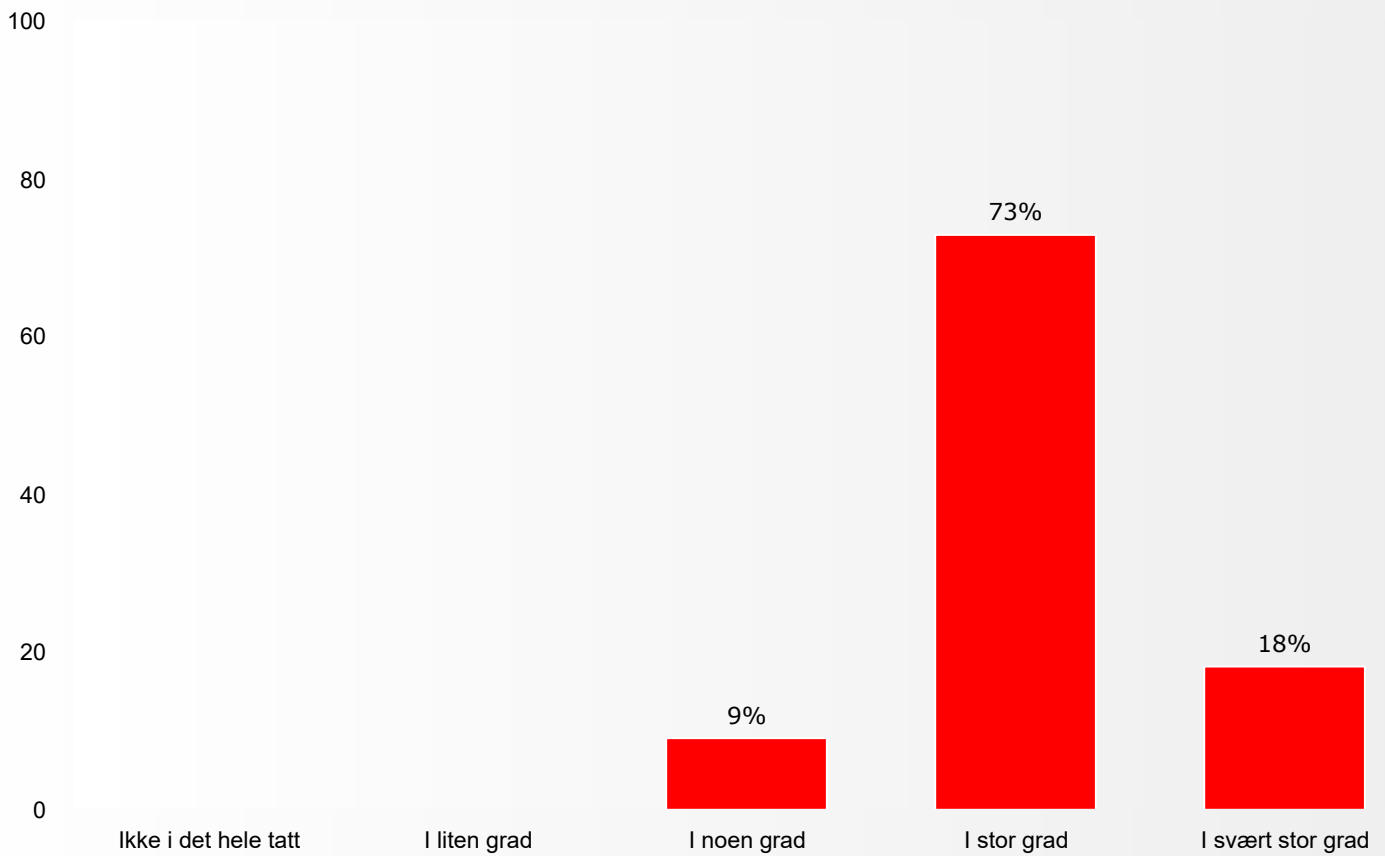
Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	0	0%
I stor grad	8	73%
I svært stor grad	3	27%
Total	11	100%





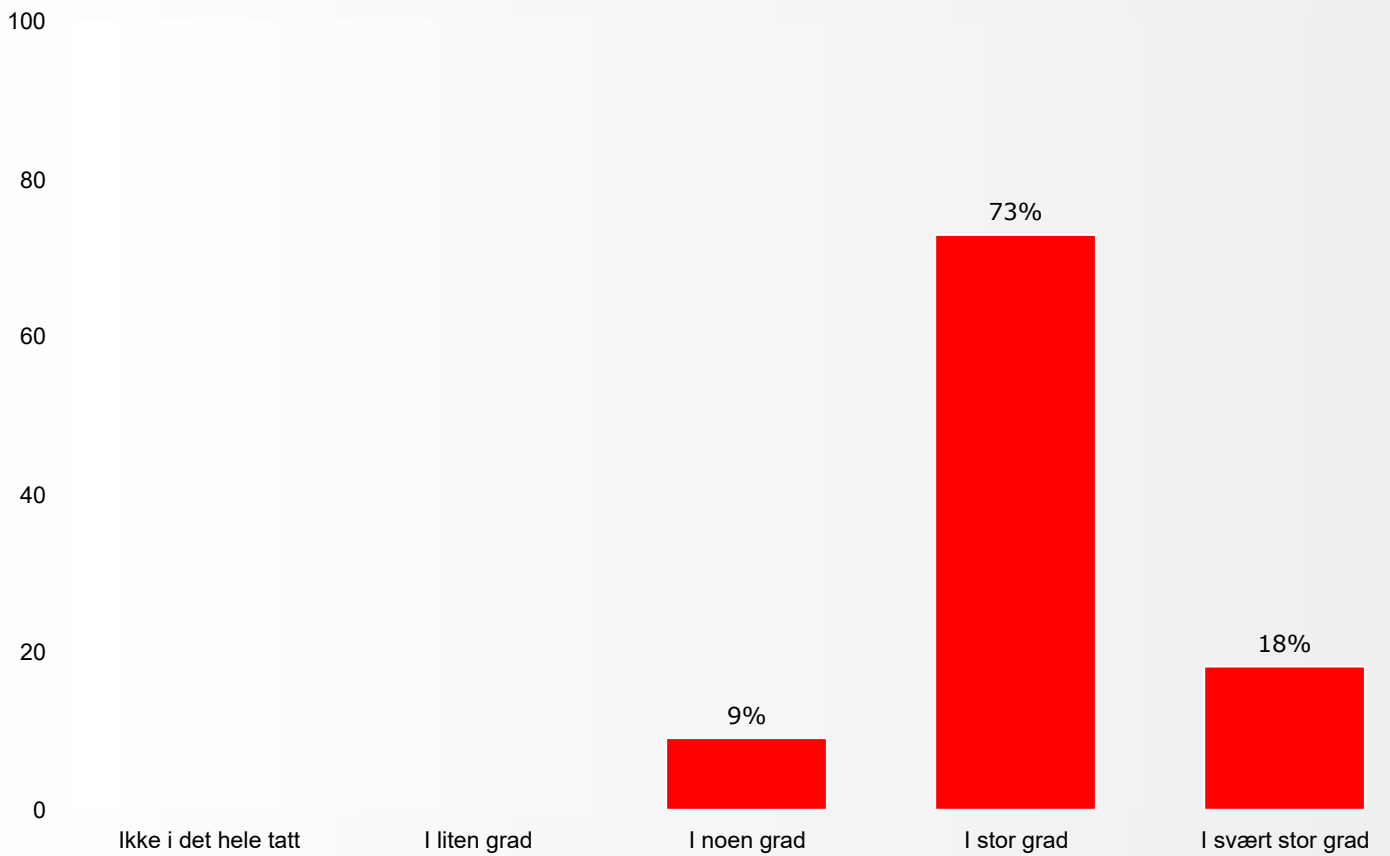
Viktige saker settes på dagsorden tidlig nok til å sikre gode beslutningsprosesser

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	1	9%
I stor grad	8	73%
I svært stor grad	2	18%
Total	11	100%



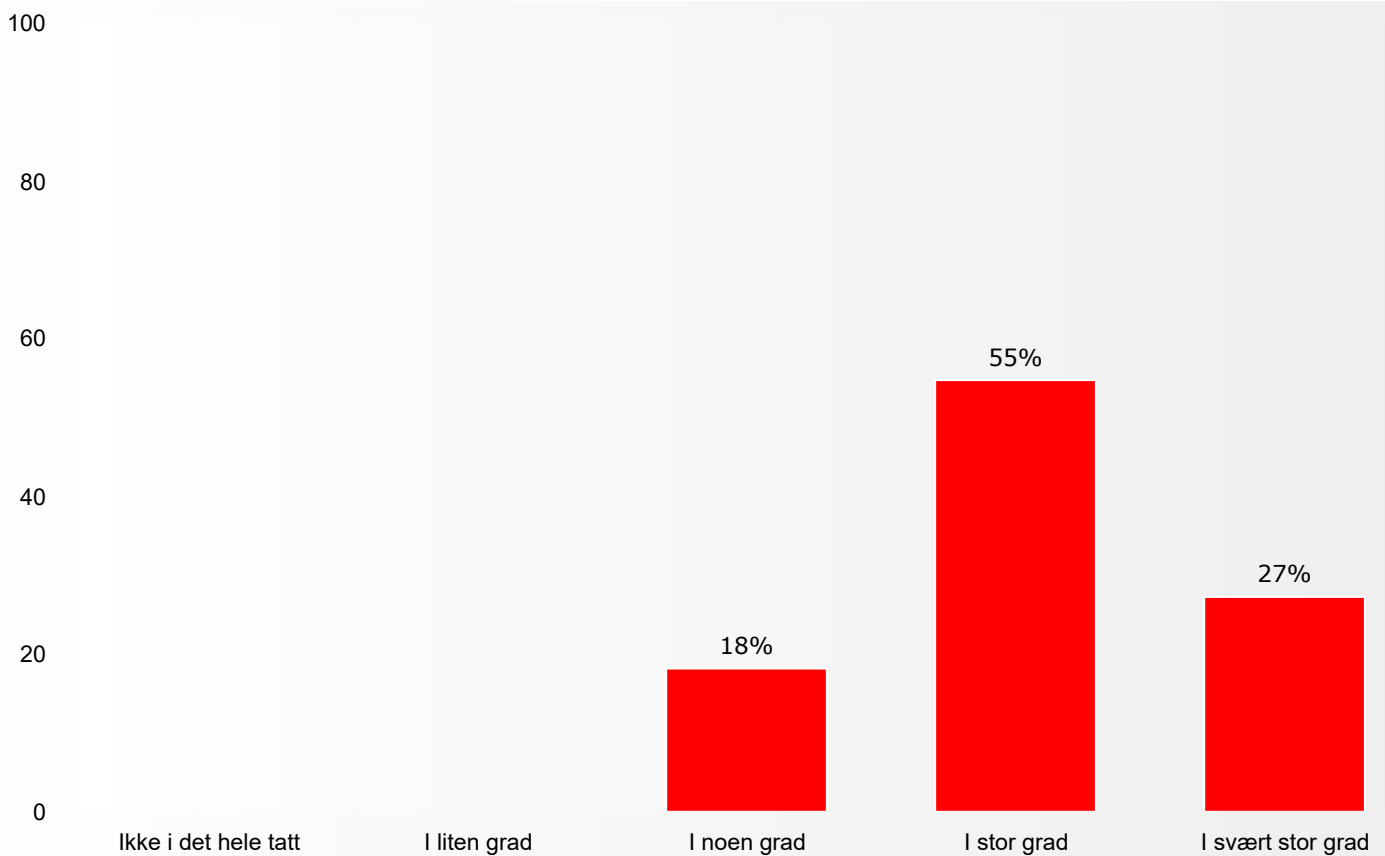
Saksdokumentasjonen gir et riktig bilde av saken og fremhever det som er vesentlig

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	1	9%
I stor grad	8	73%
I svært stor grad	2	18%
Total	11	100%



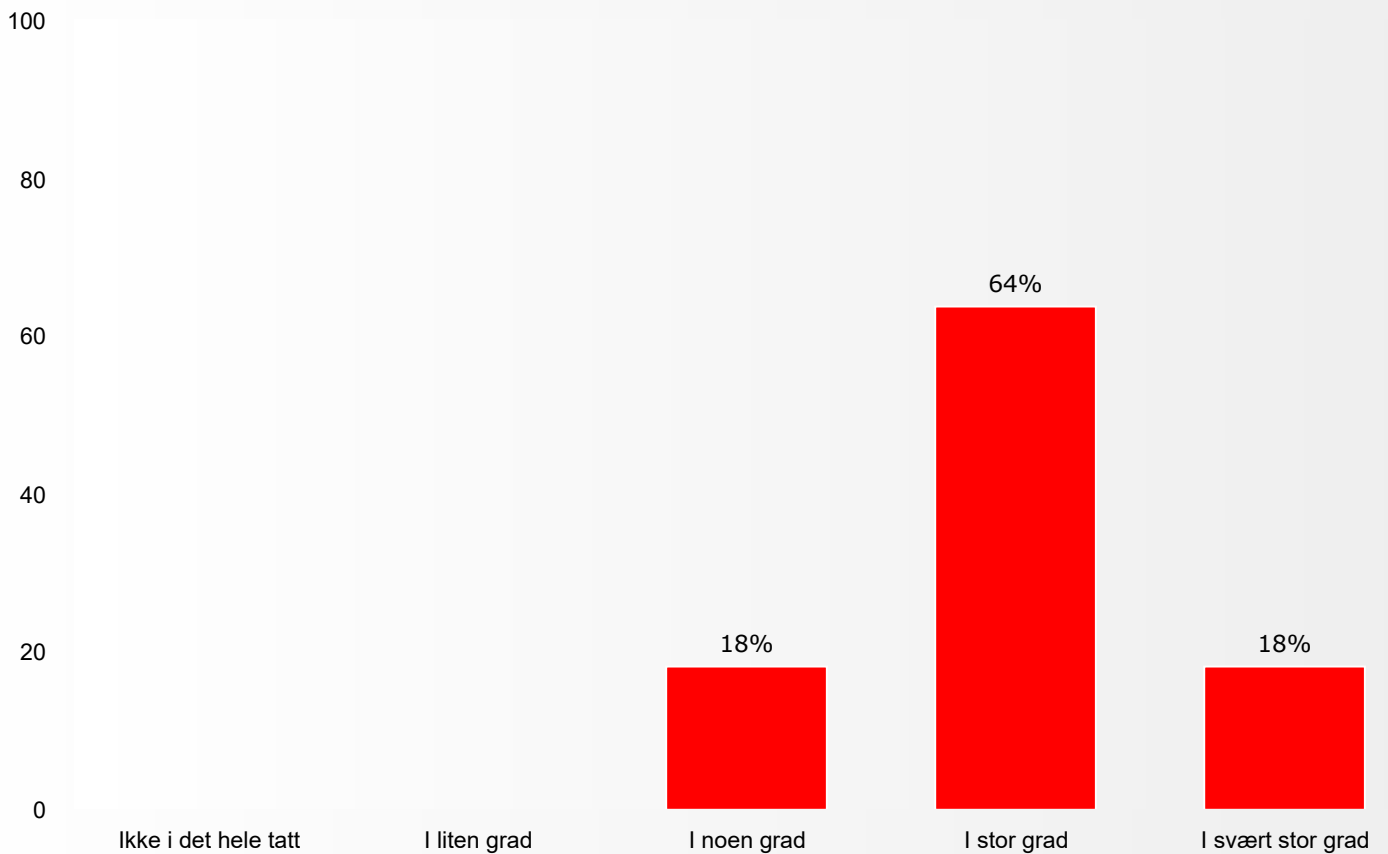
Ledelsen presenterer på en god måte forutsetninger, risiko og eventuelle alternativer i viktige beslutningsaker

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	6	55%
I svært stor grad	3	27%
Total	11	100%



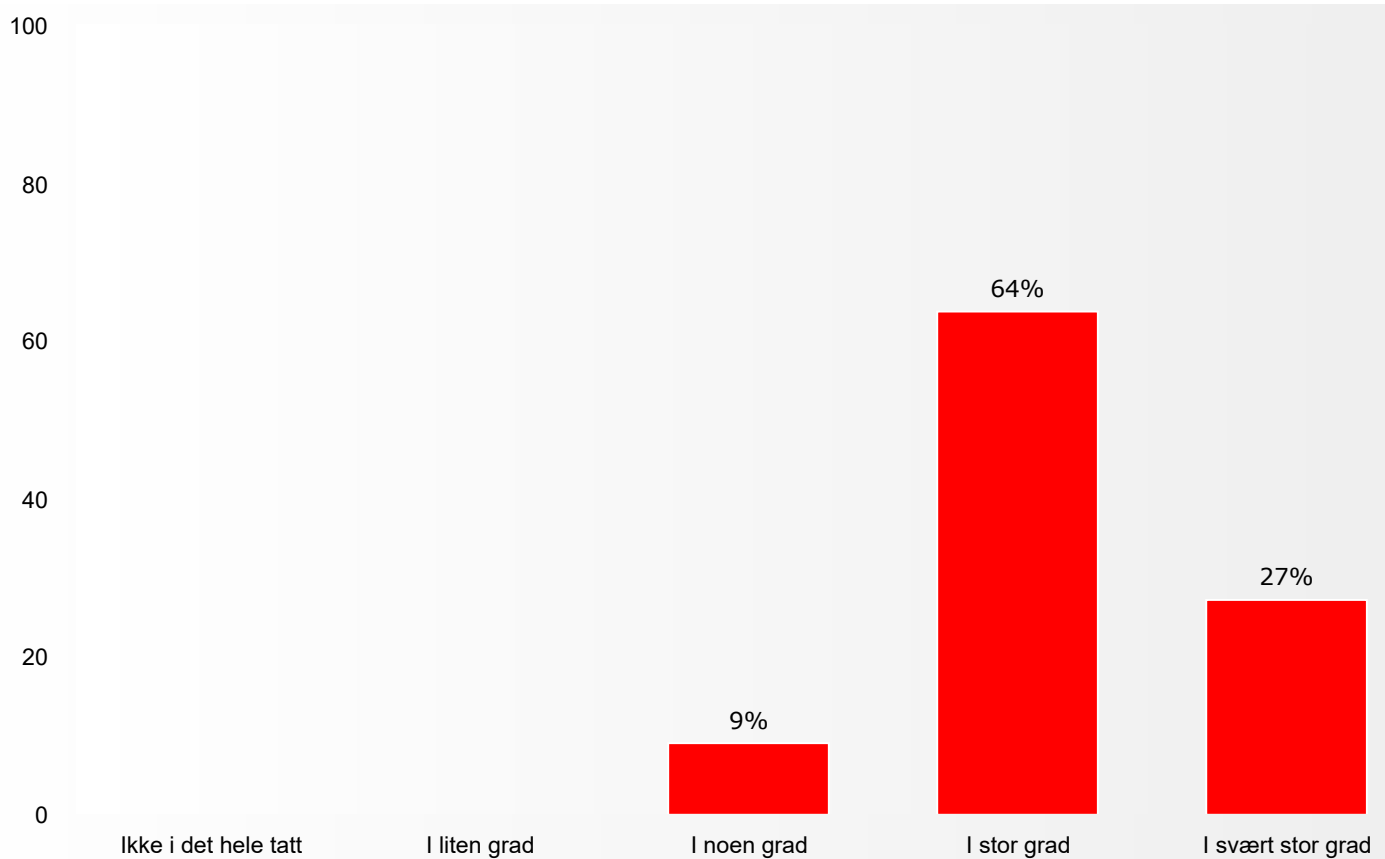
Saksdokumentasjonen er tilfredsstillende

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	7	64%
I svært stor grad	2	18%
Total	11	100%



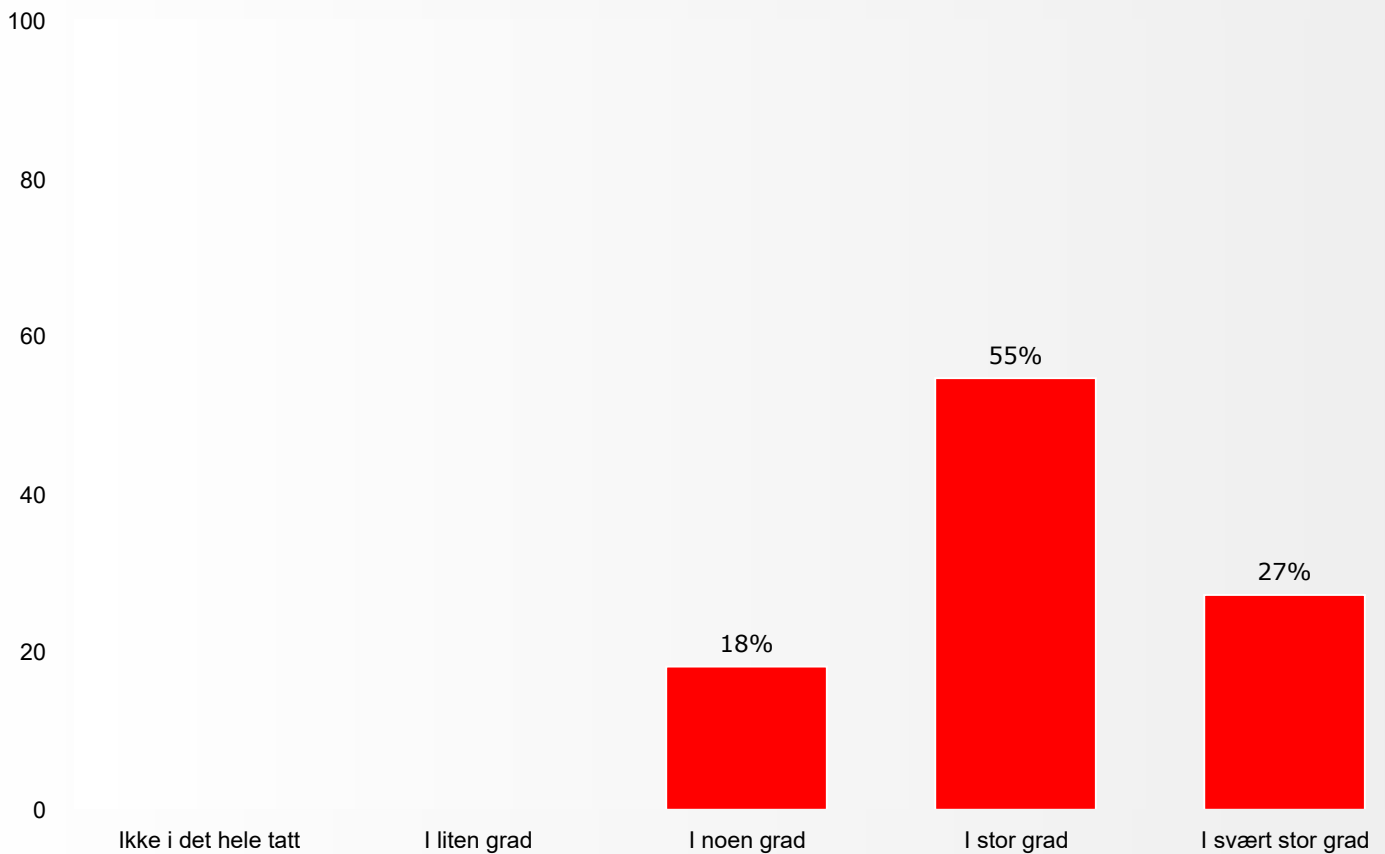
Den muntlige informasjonen i møtet kompletterer saken på en god måte

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	1	9%
I stor grad	7	64%
I svært stor grad	3	27%
Total	11	100%



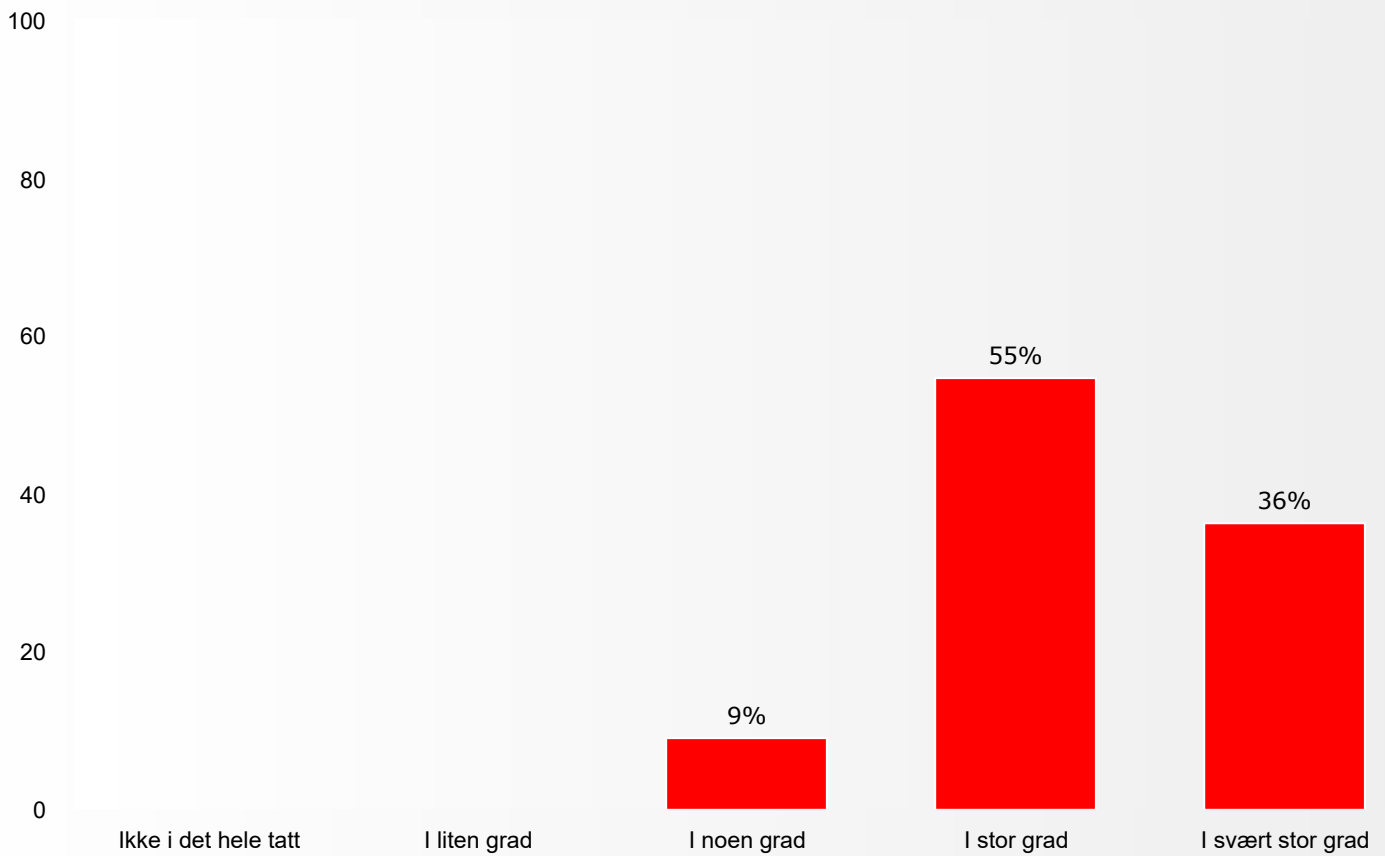
Styret får jevnlig oppdatering på viktige saker og strategiske tema

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	6	55%
I svært stor grad	3	27%
Total	11	100%



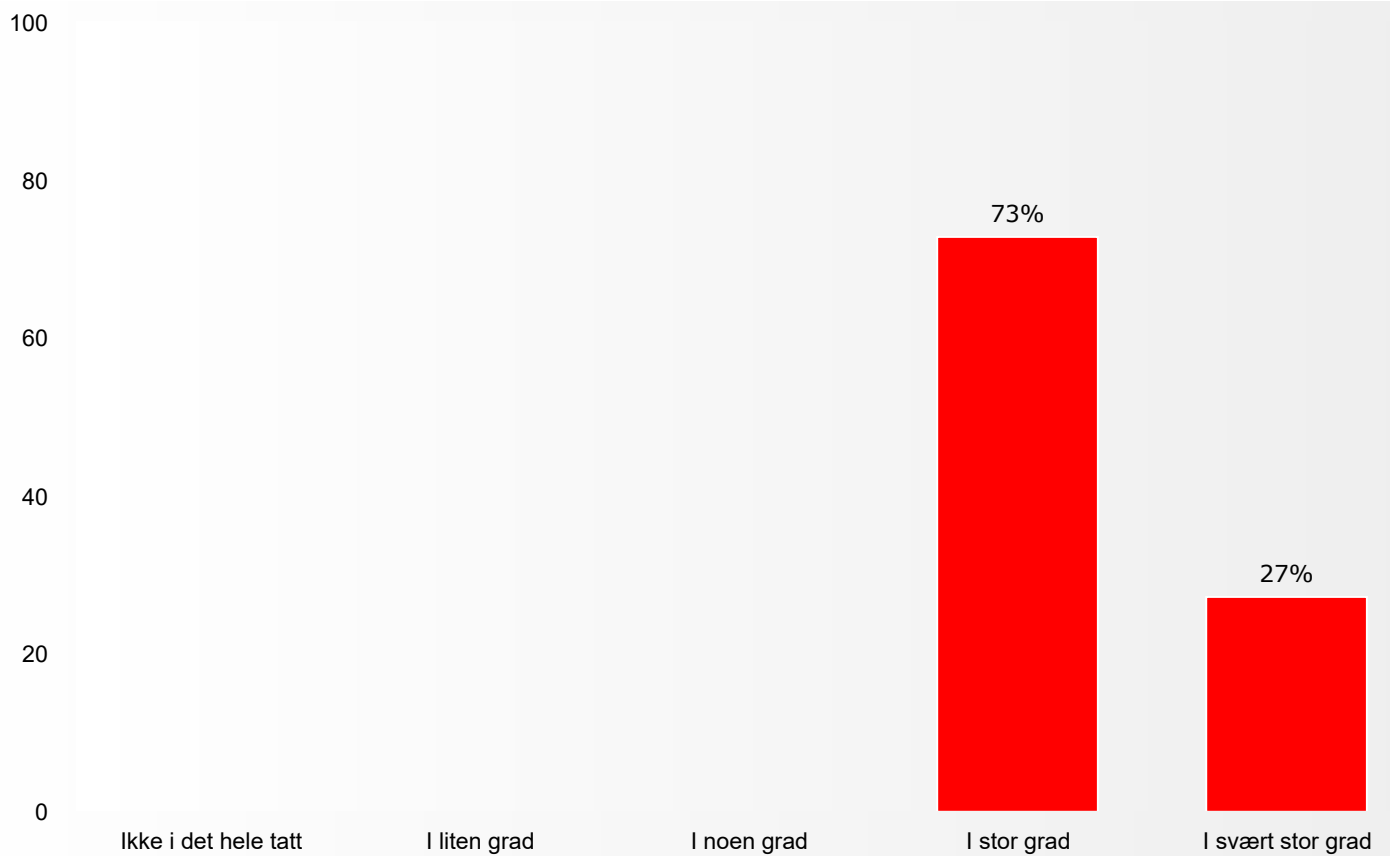
Styrets tidsbruk på sakene er tilfredsstillende

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	1	9%
I stor grad	6	55%
I svært stor grad	4	36%
Total	11	100%



Kontakt, dialog og relasjon mellom styre og administrerende direktør/administrasjonen oppleves som god

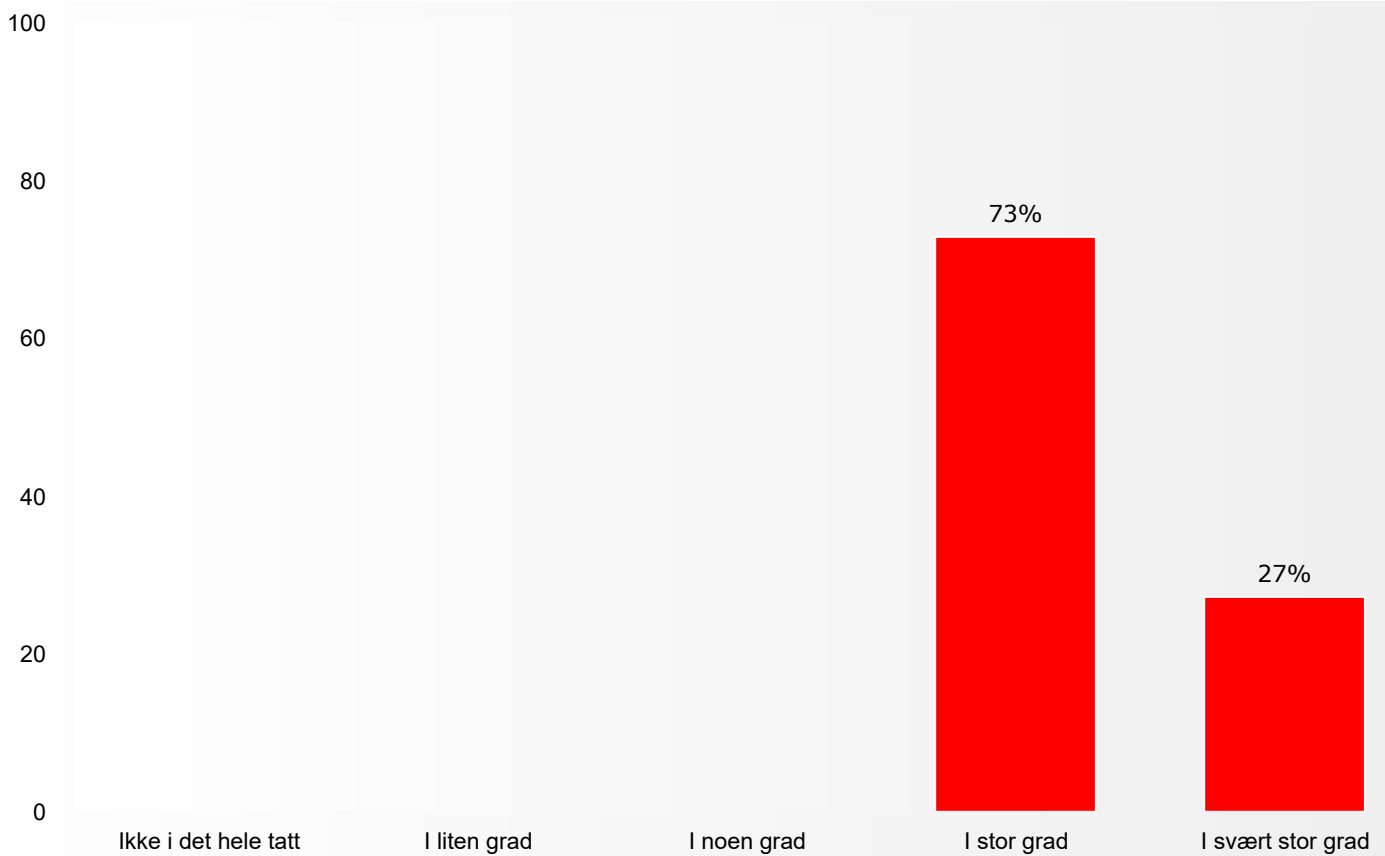
Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	0	0%
I stor grad	8	73%
I svært stor grad	3	27%
Total	11	100%





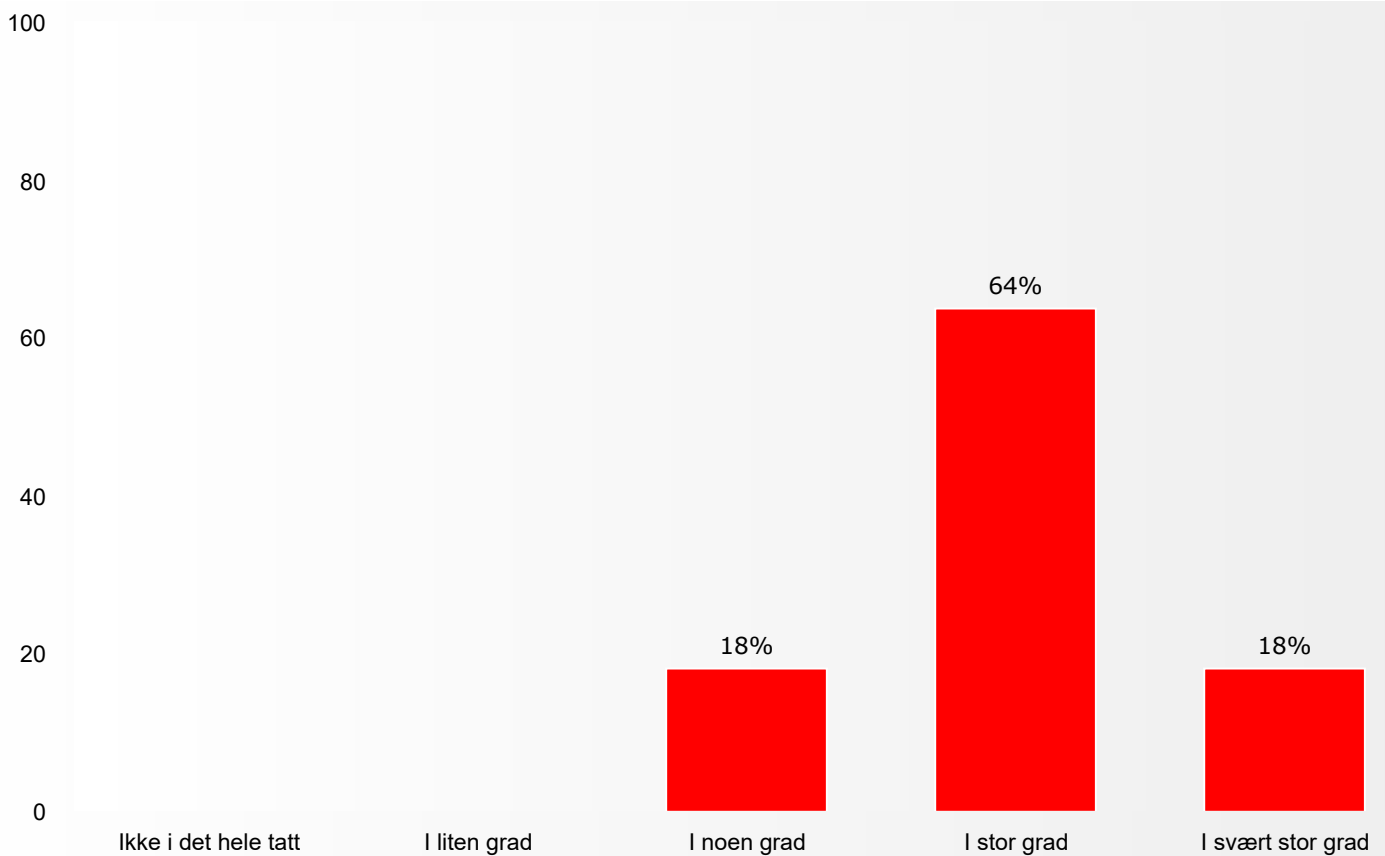
Deltakelse i styremøtene fra andre i administrasjonen (omfang/form) er relevant

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	0	0%
I stor grad	8	73%
I svært stor grad	3	27%
Total	11	100%



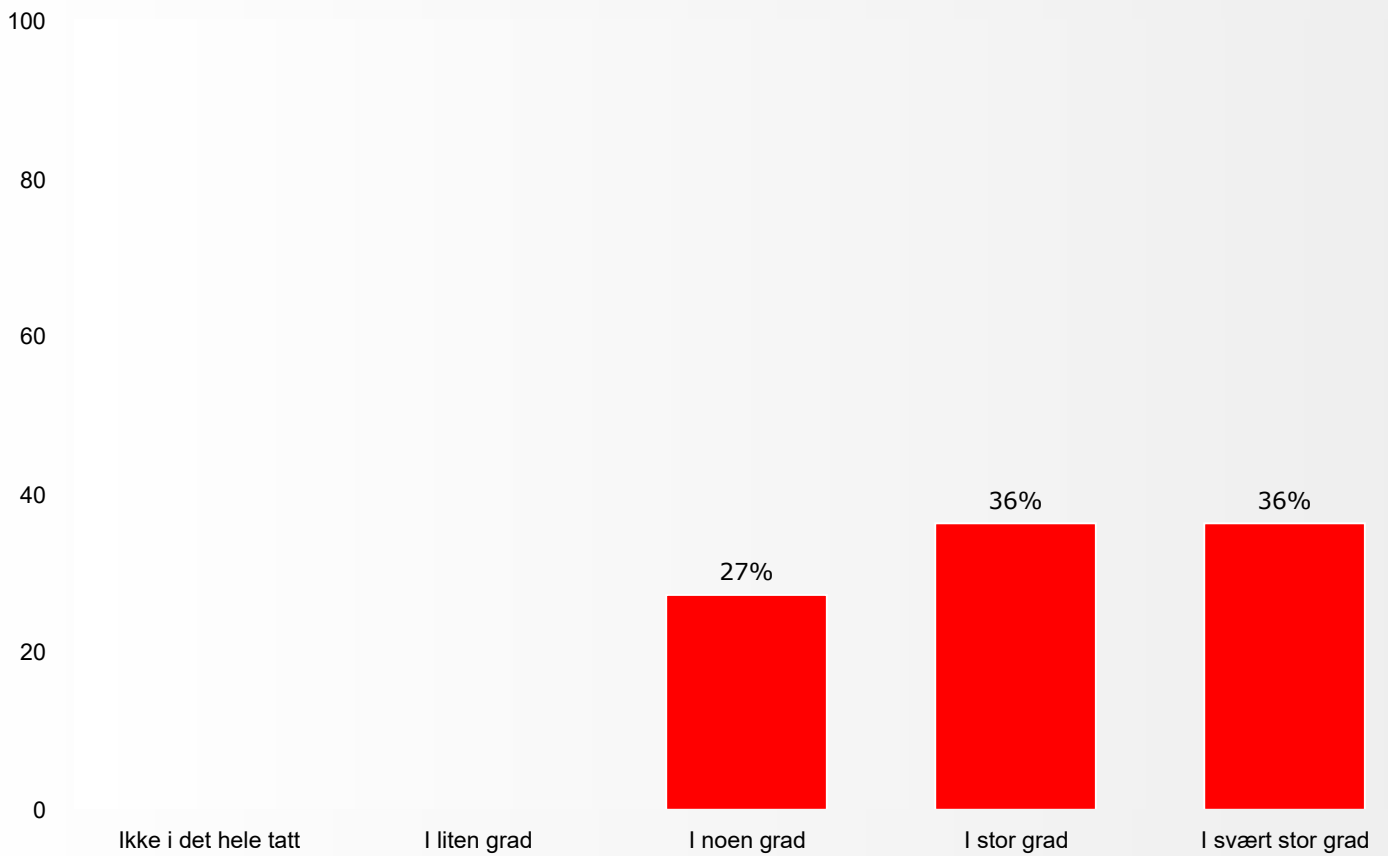
Styret får nødvendig og relevant informasjon for å utøve sitt ansvar og oppgaver

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	7	64%
I svært stor grad	2	18%
Total	11	100%



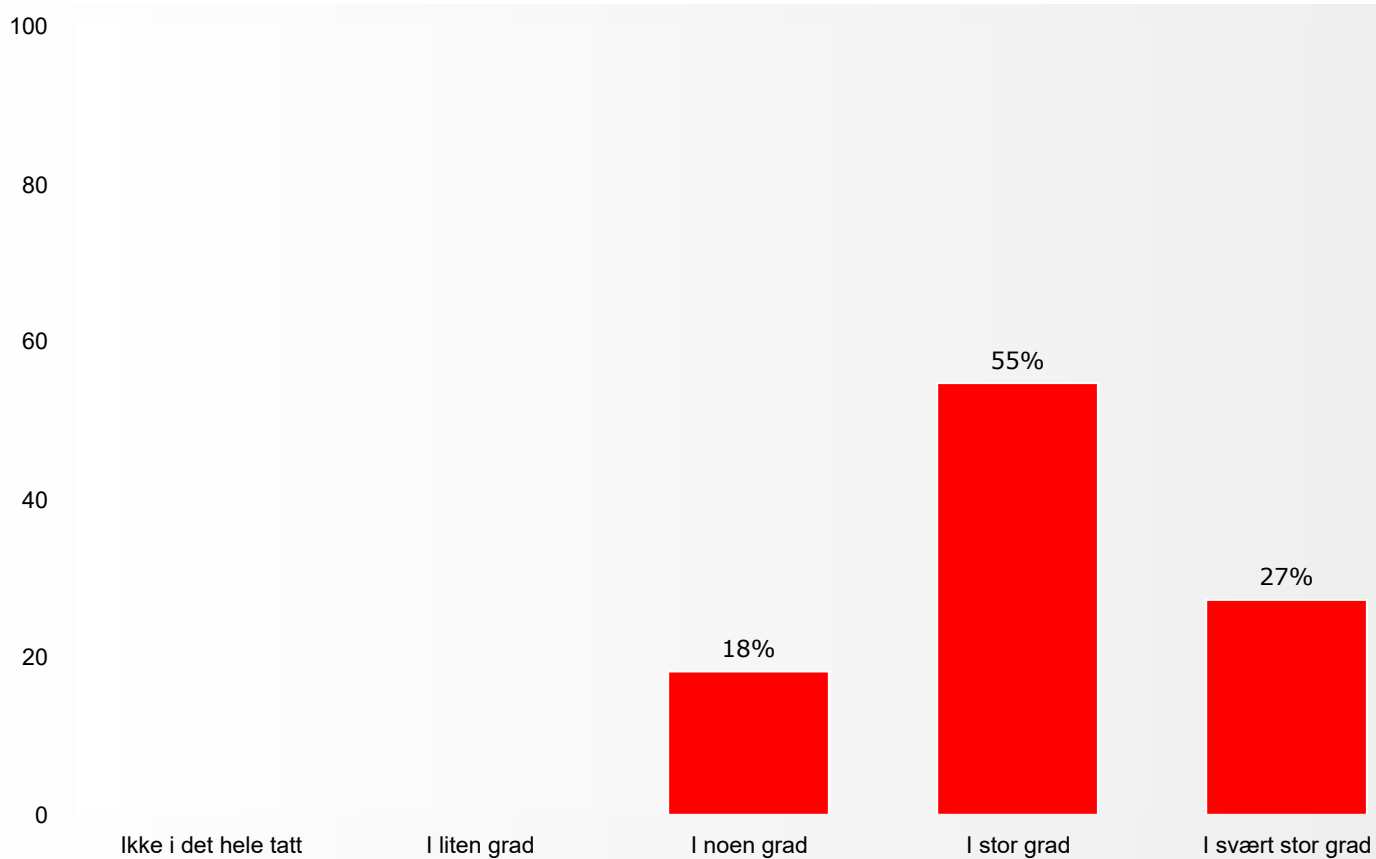
Antall styremøter og varigheten av disse er hensiktsmessig

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	3	27%
I stor grad	4	36%
I svært stor grad	4	36%
Total	11	100%



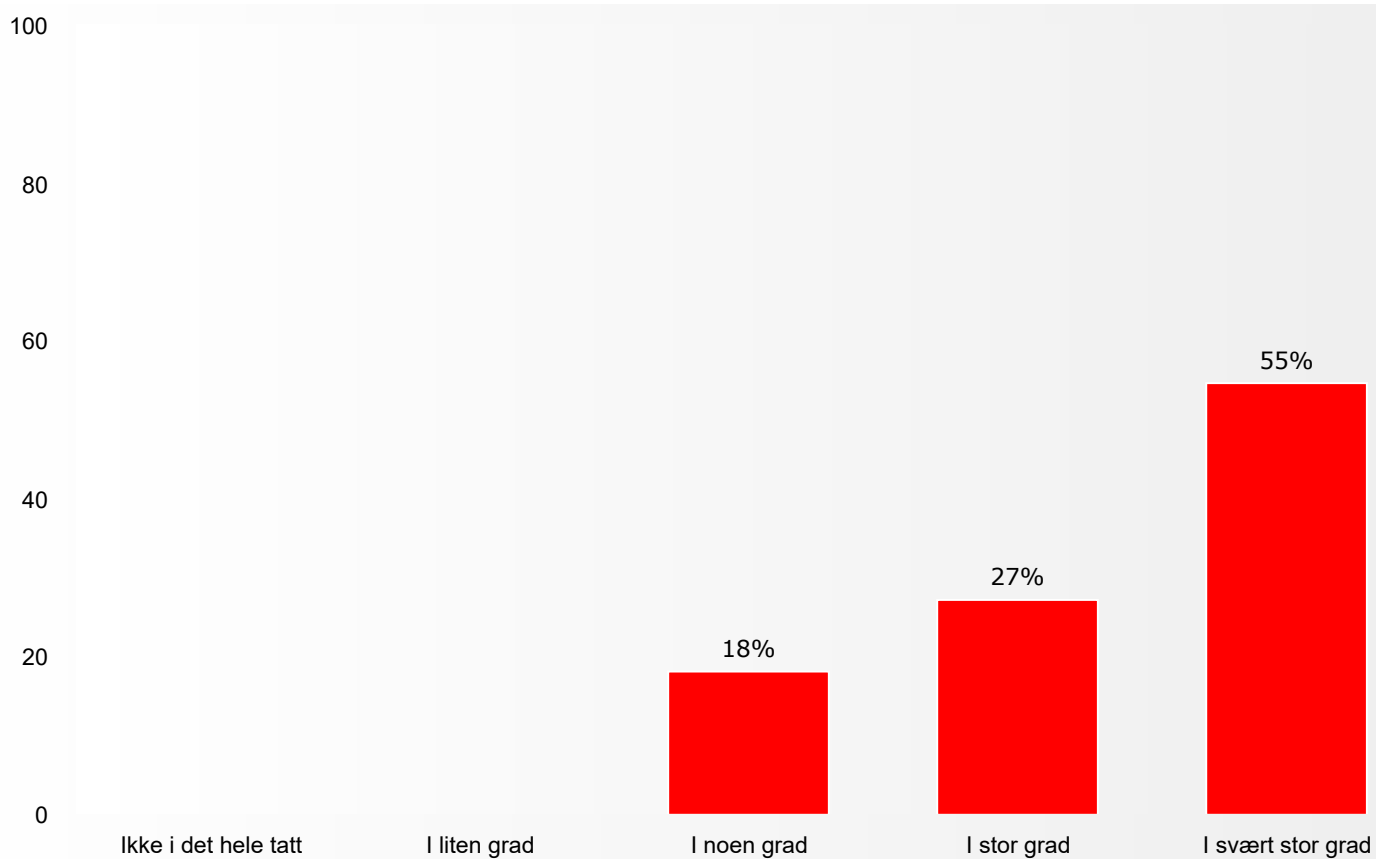
Tiden som settes av til viktige saker er tilfredsstillende

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	6	55%
I svært stor grad	3	27%
Total	11	100%



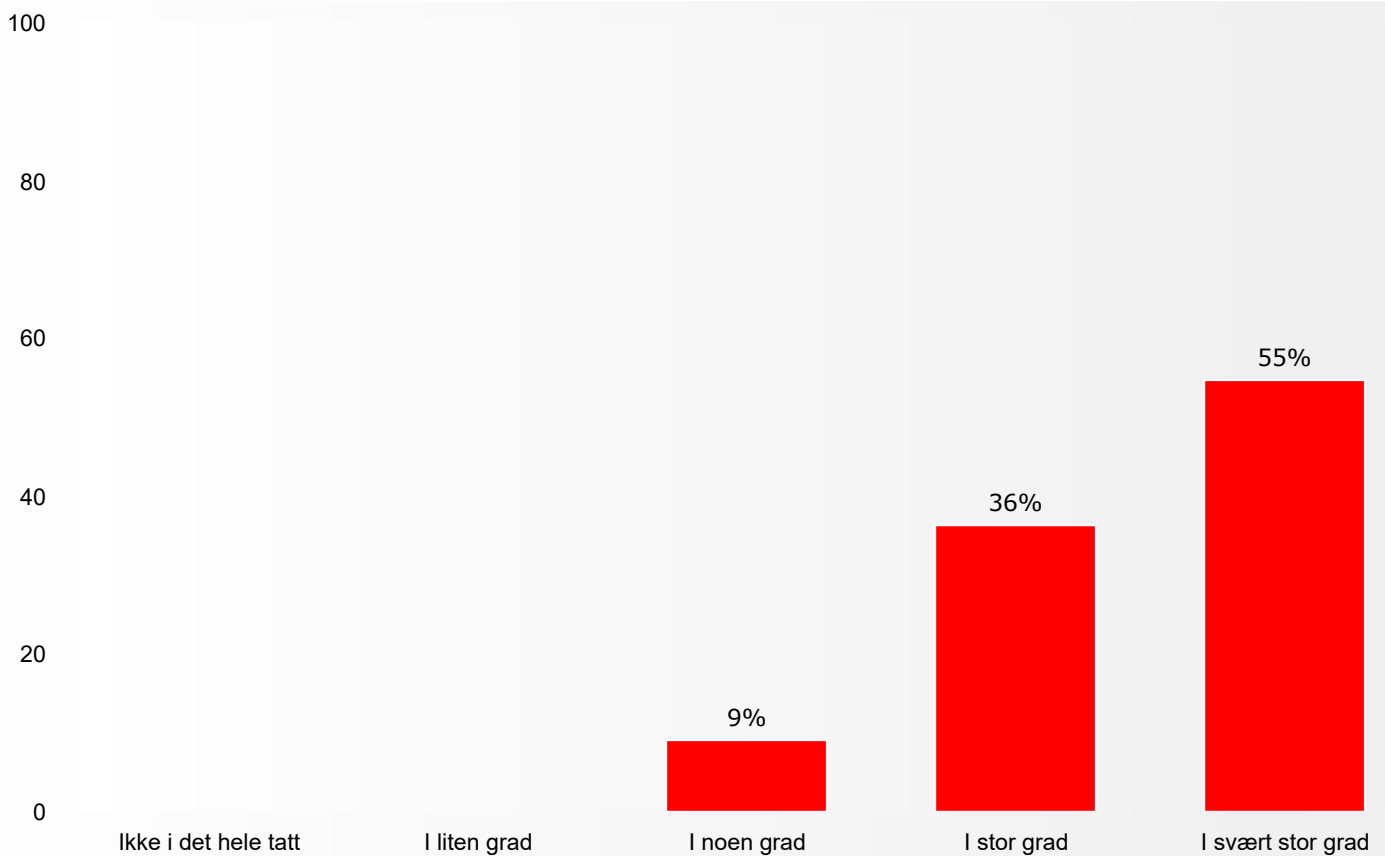
Det enkelte styremedlems synspunkter og innspill blir hørt før beslutninger fattes

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	3	27%
I svært stor grad	6	55%
Total	11	100%



Styremedlemmene stiller godt forberedt i styremøtene og stiller relevante spørsmål

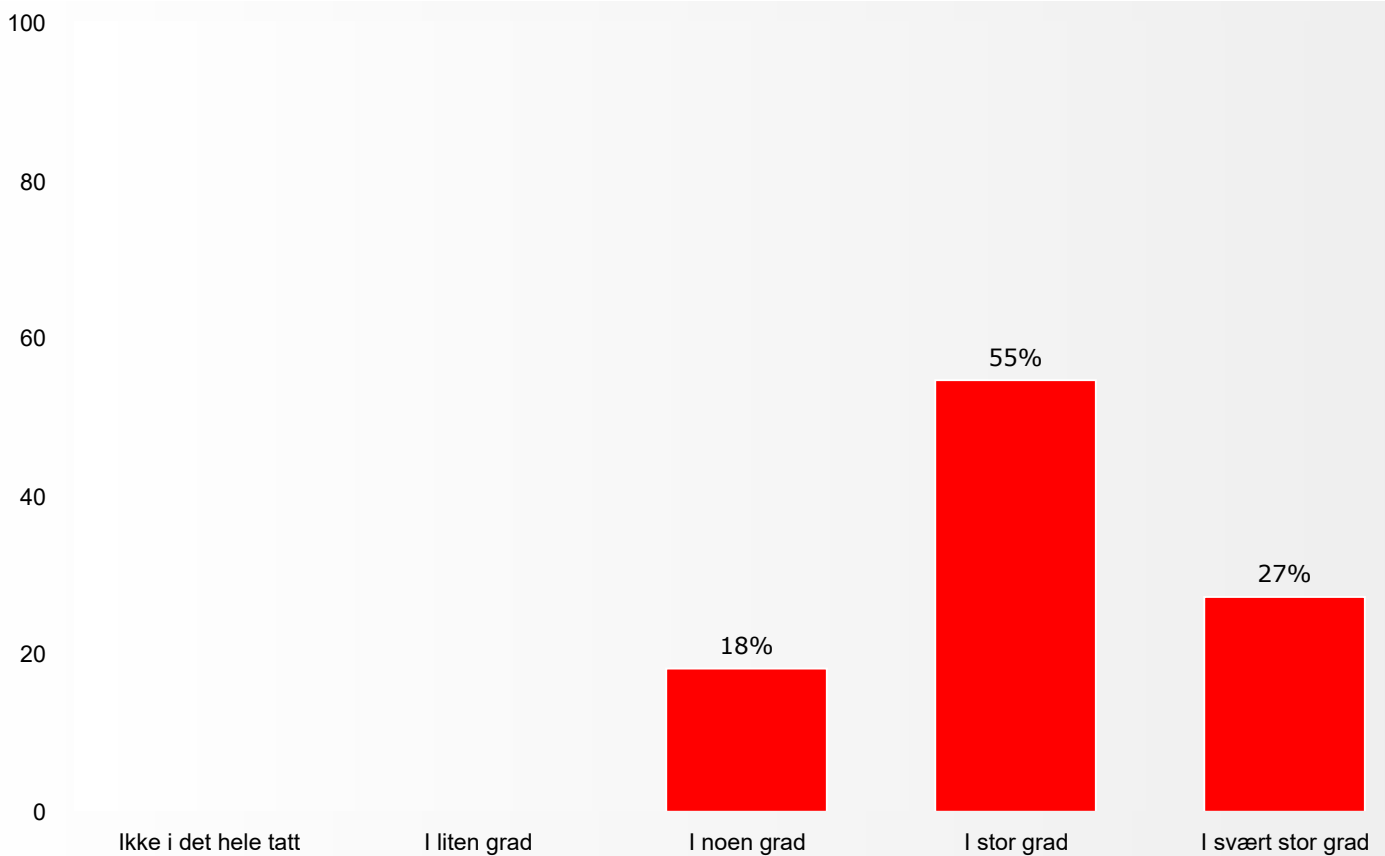
Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	1	9%
I stor grad	4	36%
I svært stor grad	6	55%
Total	11	100%





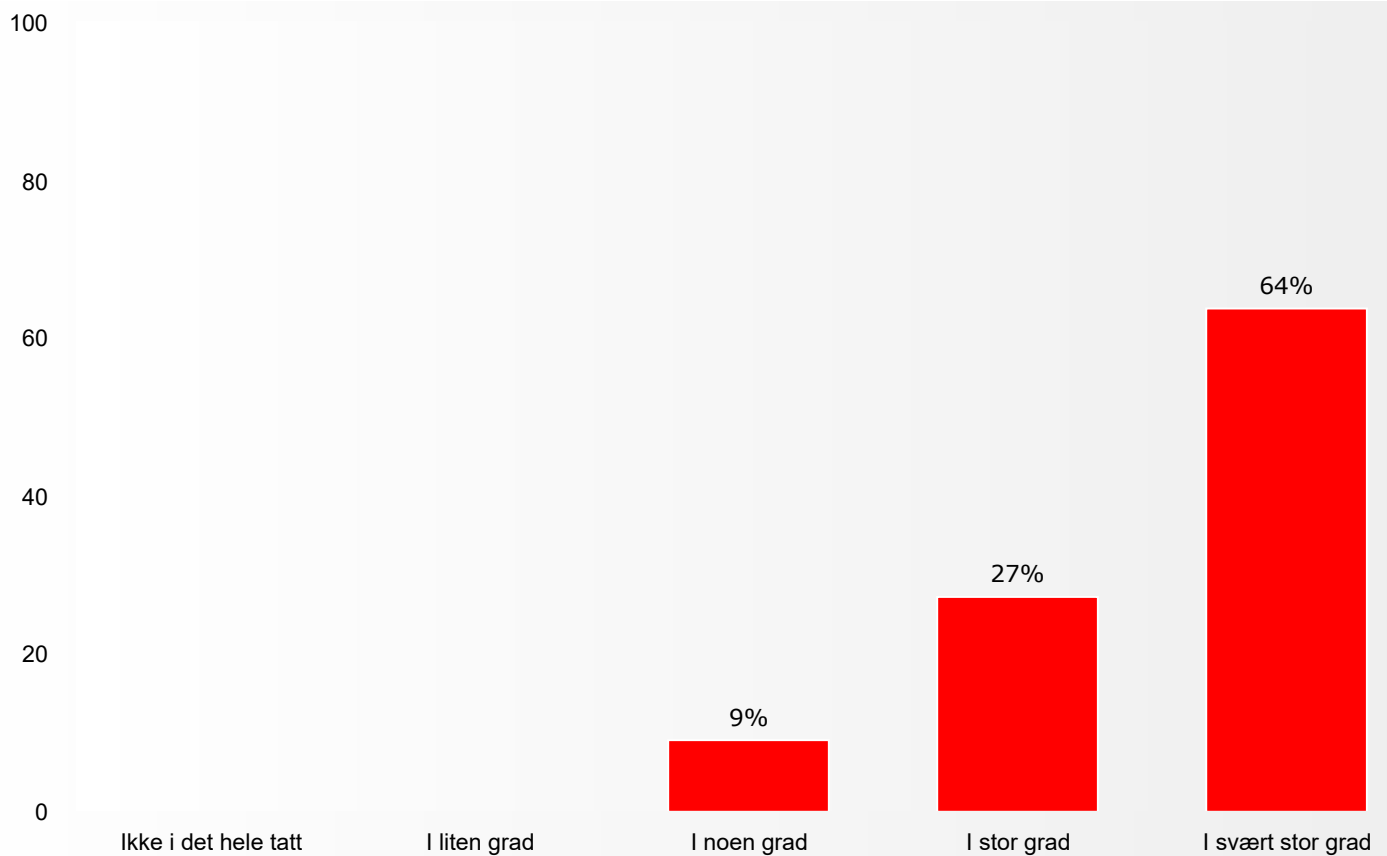
Styret har tilstrekkelig strategisk perspektiv på viktige saker

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	6	55%
I svært stor grad	3	27%
Total	11	100%



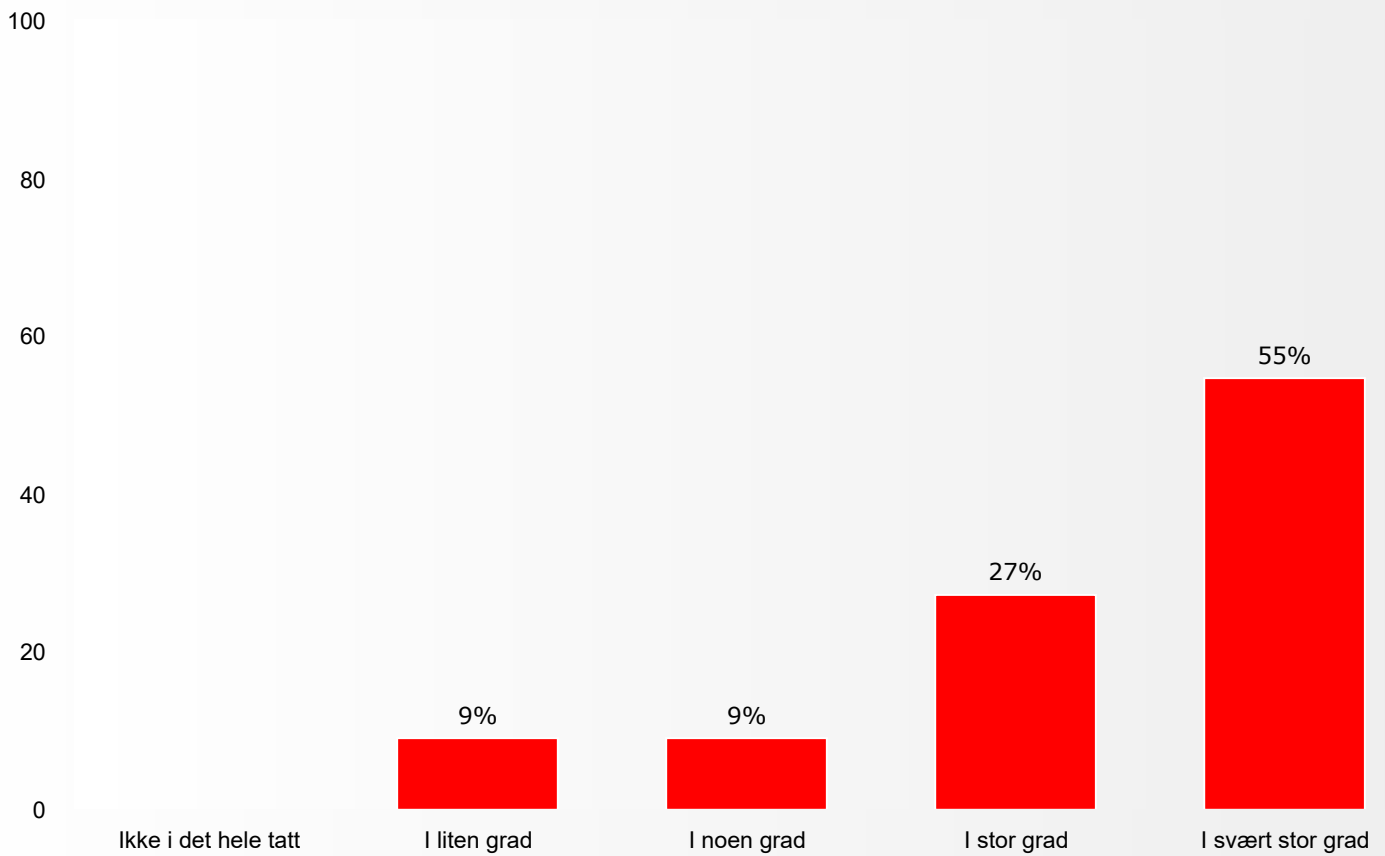
Møteledelsen legger til rette for gode drøftinger og effektiv tidsbruk i møtene

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	1	9%
I stor grad	3	27%
I svært stor grad	7	64%
Total	11	100%



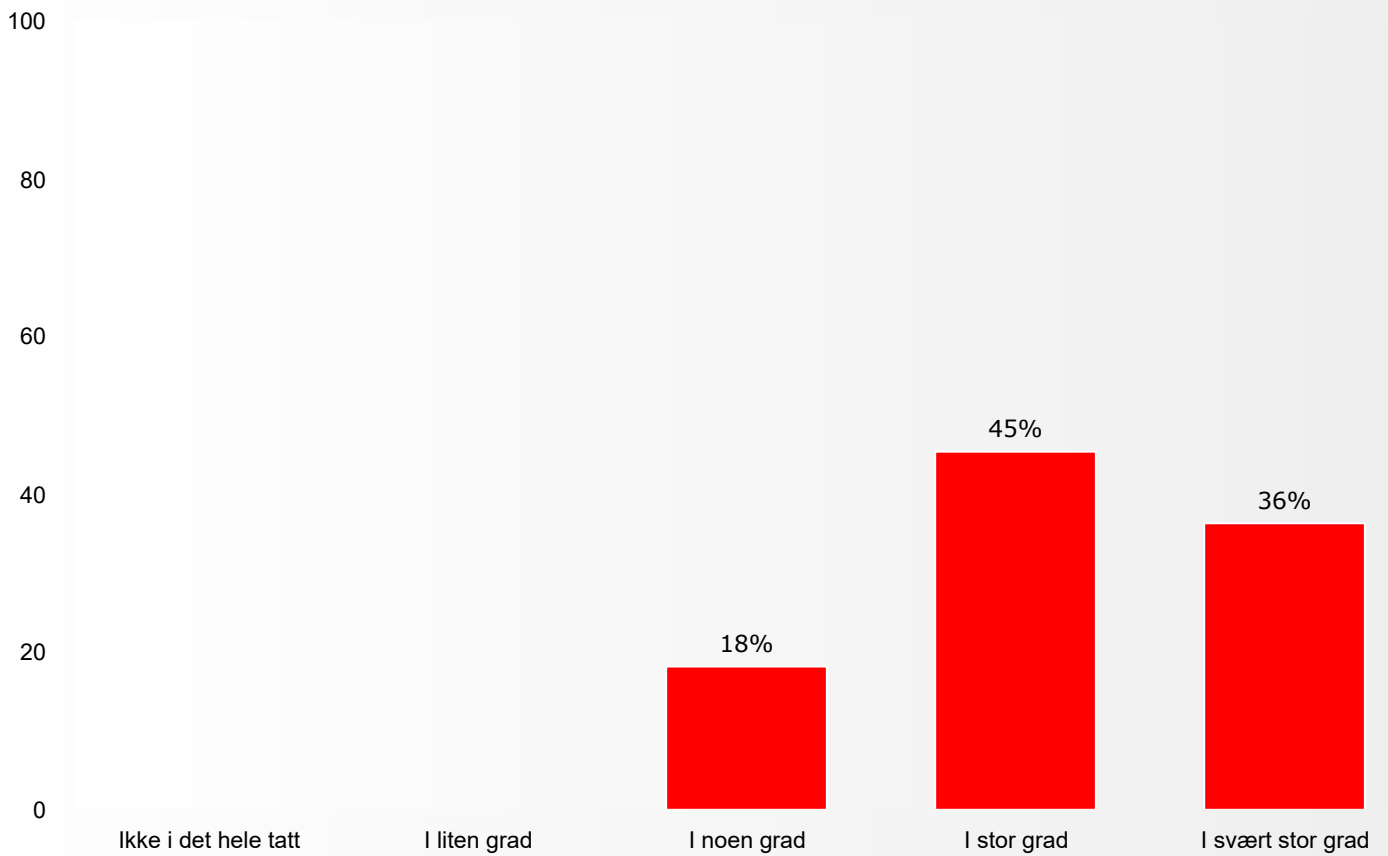
Protokollen gir et riktig bilde av styrets saksbehandling og beslutninger

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	1	9%
I noen grad	1	9%
I stor grad	3	27%
I svært stor grad	6	55%
Total	11	100%



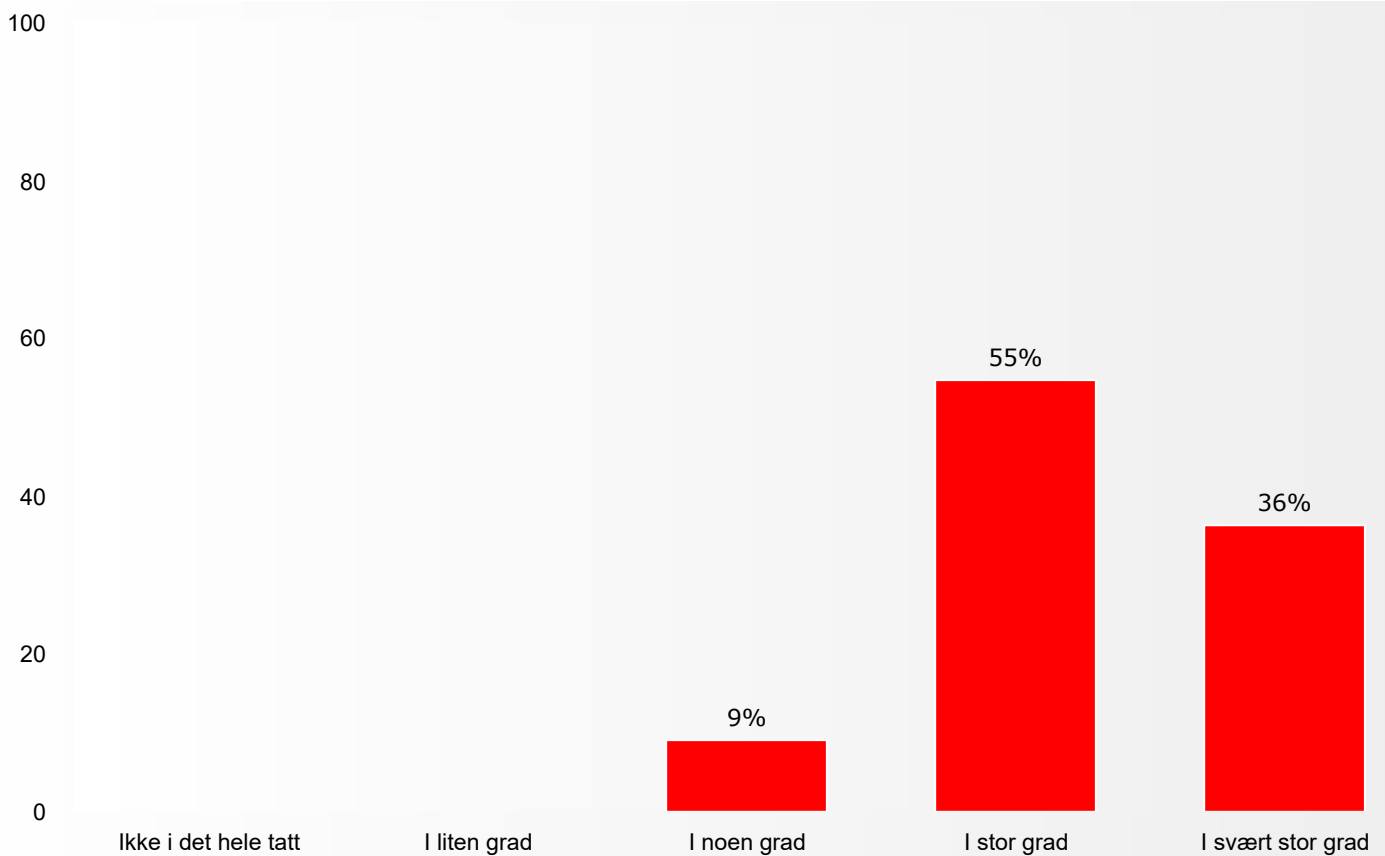
Administrasjonens følger opp styrets vedtak

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	5	45%
I svært stor grad	4	36%
Total	11	100%



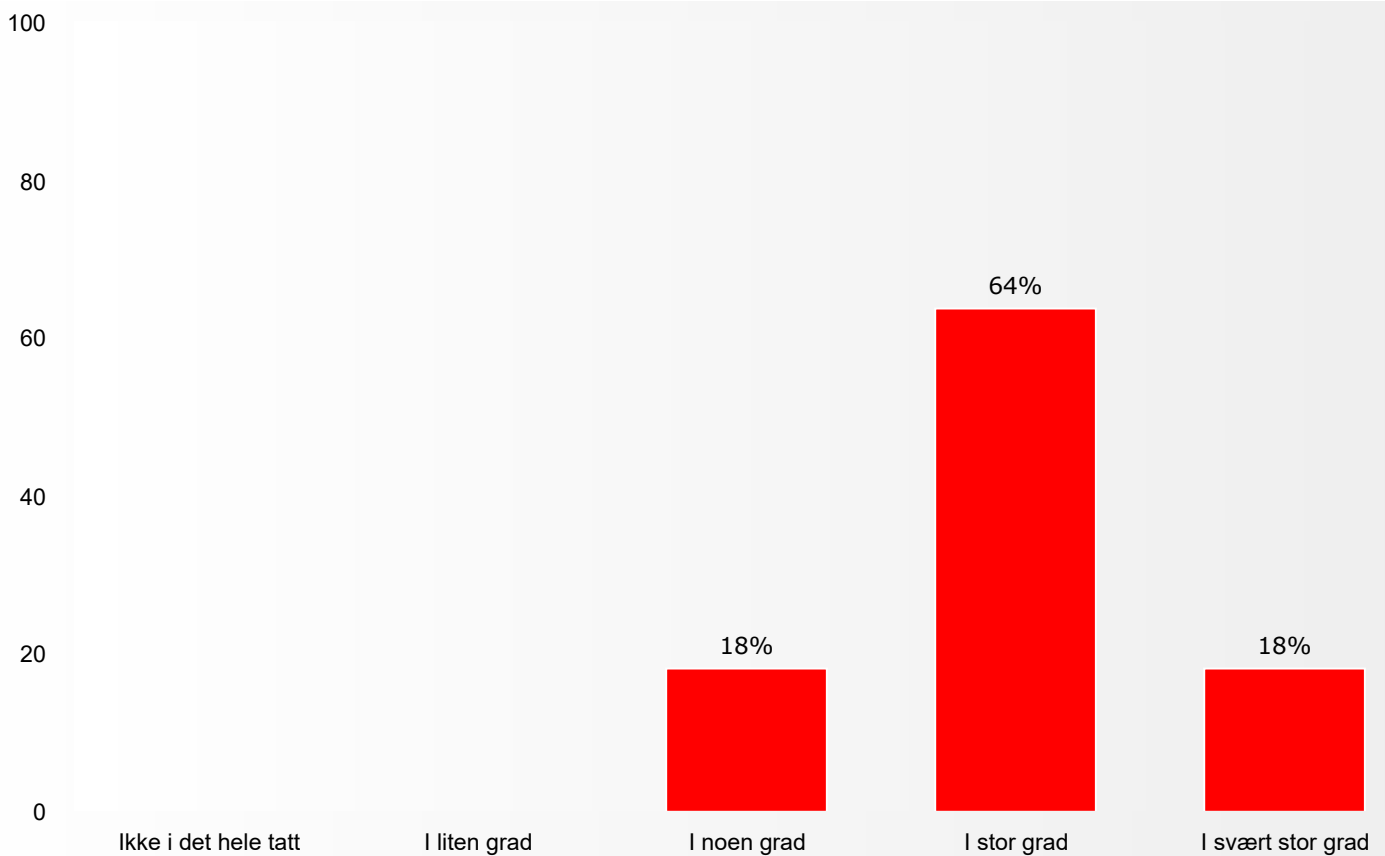
Styrets samlede kompetanse innen områder som er viktige for VV er korrekt og god

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	1	9%
I stor grad	6	55%
I svært stor grad	4	36%
Total	11	100%



Styret har en god balanse mellom å utfordre og å støtte administrasjonen

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	7	64%
I svært stor grad	2	18%
Total	11	100%



Dato: 16. nov. 2022
Saksbehandler: Per-Erik Holo
/Hilde Enget

Saksfremlegg

Evaluering av styrets arbeid 2022

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	123/2022	28.11.22

Forslag til vedtak

Styret har gjennomført egnevaluering av styrearbeidet i 2022. Resultatene og innspill i møtet legges til grunn i forbedringsarbeidet videre, og med videreutvikling av styret som kollegium og den enkeltes utøvelse av styrerollen.

Drammen, 21. november 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Saksutredning

I henhold til instruks for styret skal det årlig foretas en evaluering av styrets arbeid og arbeidsform. Evalueringen er gjort ved at en kartlegging med 21 påstander er sendt som elektronisk skjema i en epost til de 13 styremedlemmene. Programvaren Conformat ble benyttet og undersøkelsen pågikk i perioden 30. oktober – 8. november.

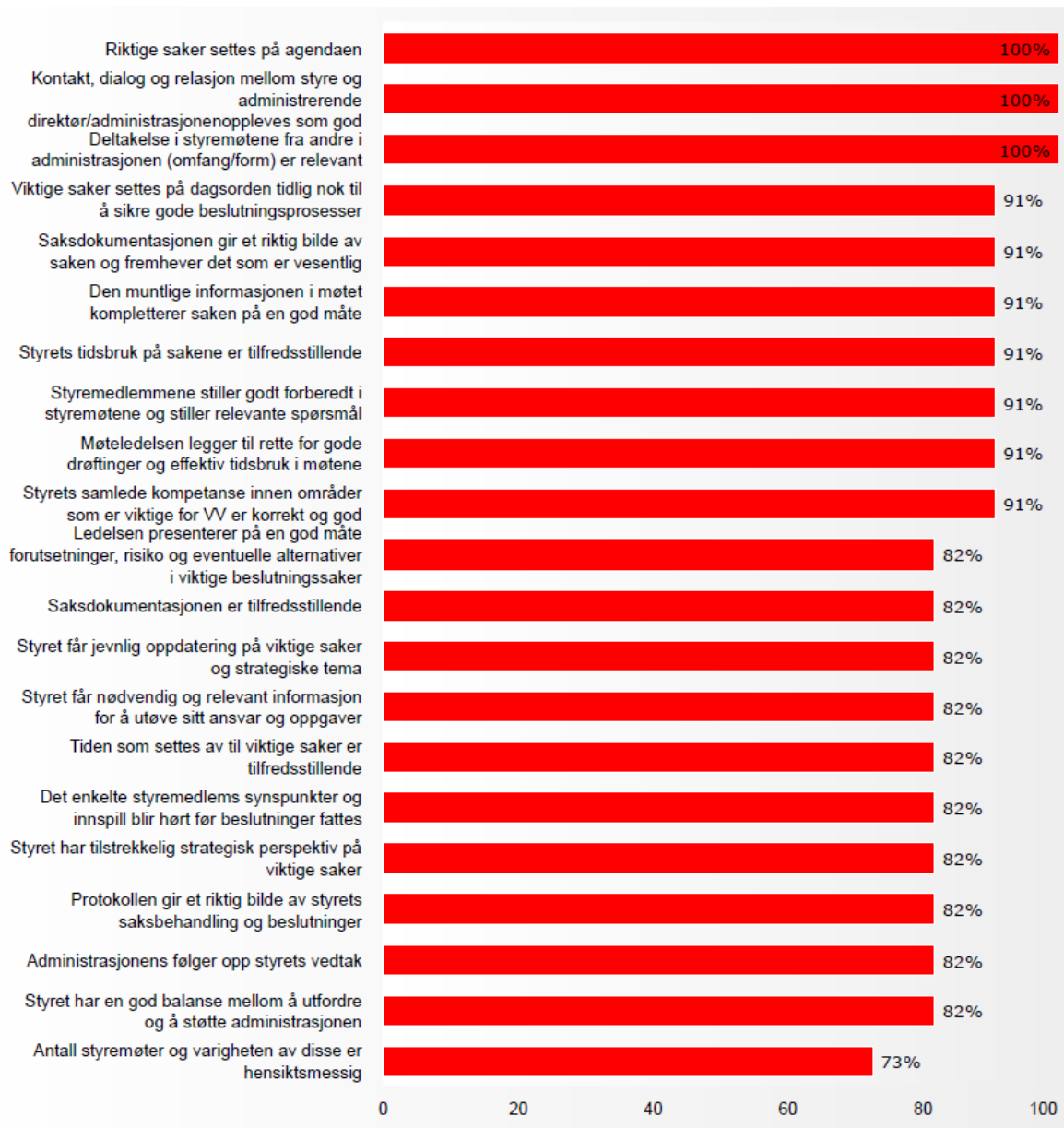
11 har svart, dvs. 85%. Leder og nestleder i Brukerutvalget har valgt å ikke besvare undersøkelsen med begrunnelse at de er observatører i styremøtene.

Påstandene er besvart etter en svarskala:

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

Grafen under viser scoren som andel positive svar – dvs. andel (%) som har svart «I stor grad + «I svært stor grad»:

Ta stilling til påstandene:



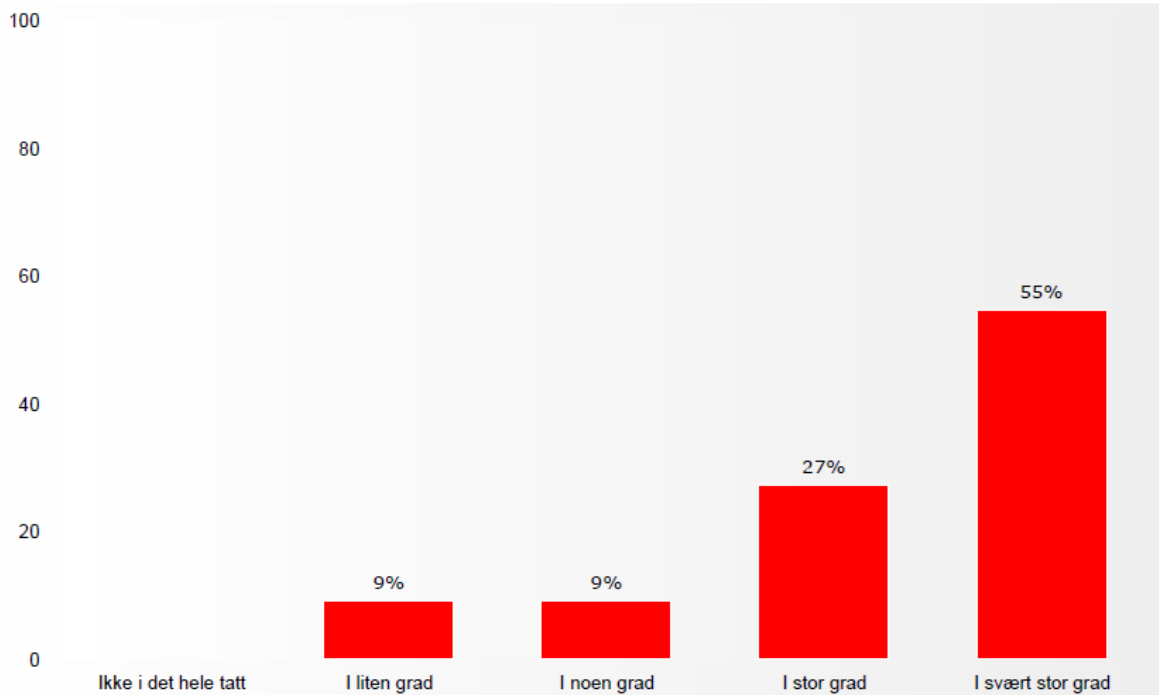
Score vist som andel positive svar dvs % "I stor grad" + "I svært stor grad"

Scoren er gjennomgående svært høy og ingen spørsmål skiller seg nevneverdig ut, et unntak er påstanden: «*Antall styremøter og varighetene av disse er hensiktsmessig*» som har en noe lavere andel positive svar enn de øvrige.

Ser en på det enkelte spørsmål (totalrapporten ligger ved) – ser en at påstanden «*Protokollen gir et riktig bilde av styrets saksbehandling og beslutninger*» som det eneste spørsmålet som har fått et negativt svar:

Protokollen gir et riktig bilde av styrets saksbehandling og beslutninger

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	1	9%
I noen grad	1	9%
I stor grad	3	27%
I svært stor grad	6	55%
Total	11	100%



En bør huske at ved kun 11 svar i en rapport, vil dette kunne gi liten variasjon i score og ved tolkning vil et enkelt svar kunne gjøre et forholdsvis stort utslag.

Kartleggingen ga også mulighet for innspill som tekst – dette er tilbakemeldingene:

Har du andre innspill som kan gjøre styremøtene bedre?

Jeg synes styret får for liten informasjon om summene som overskrides i forbindelse med nytt sykehus i Drammen. Ser media skriver om dette, Dette bør det informeres mer om i styremøtene. Til syvende og sist så er det jo VVHF som må betale for dette, og konsekvensene kan jo bli store flere år frem i tid etter innflytting. Ansattrepresentantene er valgt av og blant de ansatte. Vi får stadig henvendelser og spørsmål fra de ansatte og møter også disse i det daglige. Derfor må vi ofte være litt pågående i saker, der vi taler de ansattes sak.

Det er OK med enkelte digitale møter, men det er fortsatt noe problemer med teknisk kvalitet ved gjennomføringen. Hybride møter bør unngås. Antallet digitale møter må ikke begrense mulighetene for omvisninger/besøk på de ulike sykehusene.

Fysiske møter ved viktige saker og når de enkelte klinikker er tema.

Jeg har gjennomgående gitt god score, dette gjelder med unntak av sakene knyttet til salg og forvaltning av eiendom. Disse har ikke vært tilfredsstillende håndtert overfor styret før det ble gjort grep med opprettelse av styreutvalg og mer direkte involvering av Adm dir.

Presentasjoner bør sendes ut i forkant

Oppsummering:

Evalueringen viser at styret jobber godt, og det ikke er behov for umiddelbare og store endringer. Imidlertid kan følgende punkter trekkes frem og danne grunnlag for en mulig diskusjon om forbedring knyttet til:

- Antall styremøter og varigheten av disse
- Protokollens innhold i forhold til saksbehandling og beslutninger
- Bedre informasjon om kostnadsoverskridelser i forbindelse med bygging av nytt sykehus i Drammen
- Saker knyttet til salg og forvaltning av eiendom kunne vært håndtert bedre

Vedlegg: 1. Totalrapport evaluering av styrets arbeid 2022

Evaluering av styret i VVHF

November 2022

11 av de 13 styremedlemmene har besvart evalueringen - dvs. svarprosent er 85

Ta stilling til påstandene:



Score vist som andel positive svar dvs % "I stor grad" + "I svært stor grad"

Ta stilling til påstandene:

Riktige saker settes på agendaen	100%	Antall svar	11
Kontakt, dialog og relasjon mellom styre og administrerende direktør/administrasjonen oppleves som god	100%	Antall svar	11
Deltakelse i styremøtene fra andre i administrasjonen (omfang/form) er relevant	100%	Antall svar	11
Viktige saker settes på dagsorden tidlig nok til å sikre gode beslutningsprosesser	91%	Antall svar	11
Saksdokumentasjonen gir et riktig bilde av saken og fremhever det som er vesentlig	91%	Antall svar	11
Den muntlige informasjonen i møtet kompletterer saken på en god måte	91%	Antall svar	11
Styrets tidsbruk på sakene er tilfredsstillende	91%	Antall svar	11
Styremedlemmene stiller godt forberedt i styremøtene og stiller relevante spørsmål	91%	Antall svar	11
Møteledelsen legger til rette for gode drøftinger og effektiv tidsbruk i møtene	91%	Antall svar	11
Styrets samlede kompetanse innen områder som er viktige for VV er korrekt og god	91%	Antall svar	11
Ledelsen presenterer på en god måte forutsetninger, risiko og eventuelle alternativer i viktige beslutningssaker	82%	Antall svar	11
Saksdokumentasjonen er tilfredsstillende	82%	Antall svar	11
Styret får jevnlig oppdatering på viktige saker og strategiske tema	82%	Antall svar	11
Styret får nødvendig og relevant informasjon for å utøve sitt ansvar og oppgaver	82%	Antall svar	11
Tiden som settes av til viktige saker er tilfredsstillende	82%	Antall svar	11
Det enkelte styremedlems synspunkter og innspill blir hørt før beslutninger fattes	82%	Antall svar	11
Styret har tilstrekkelig strategisk perspektiv på viktige saker	82%	Antall svar	11
Protokollen gir et riktig bilde av styrets saksbehandling og beslutninger	82%	Antall svar	11
Administrasjonens følger opp styrets vedtak	82%	Antall svar	11
Styret har en god balanse mellom å utfordre og å støtte administrasjonen	82%	Antall svar	11
Antall styremøter og varigheten av disse er hensiktsmessig	73%	Antall svar	11

Score vist som andel positive svar dvs % "I stor grad" + "I svært stor grad"

Har du andre innspill som kan gjøre styremøtene bedre?

Jeg synes styret får for liten informasjon om summene som overskrides i forbindelse med nytt sykehus i Drammen. Ser media skriver om dette, Dette bør det informeres mer om i styremøtene. Til syvende og sist så er det jo VVHF som må betale for dette, og konsekvensene kan jo bli store flere år frem i tid etter innflytting. Ansattrepresentantene er valgt av og blant de ansatte. Vi får stadig henvendelser og spørsmål fra de ansatte og møter også disse i det daglige. Derfor må vi ofte være litt pågående i saker, der vi taler de ansattes sak.

Det er OK med enkelte digitale møter, men det er fortsatt noe problemer med teknisk kvalitet ved gjennomføringen. Hybride møter bør unngås. Antallet digitale møter må ikke begrense mulighetene for omvisninger/besøk på de ulike sykehusene.

Fysiske møter ved viktige saker og når de enkelte klinikker er tema.

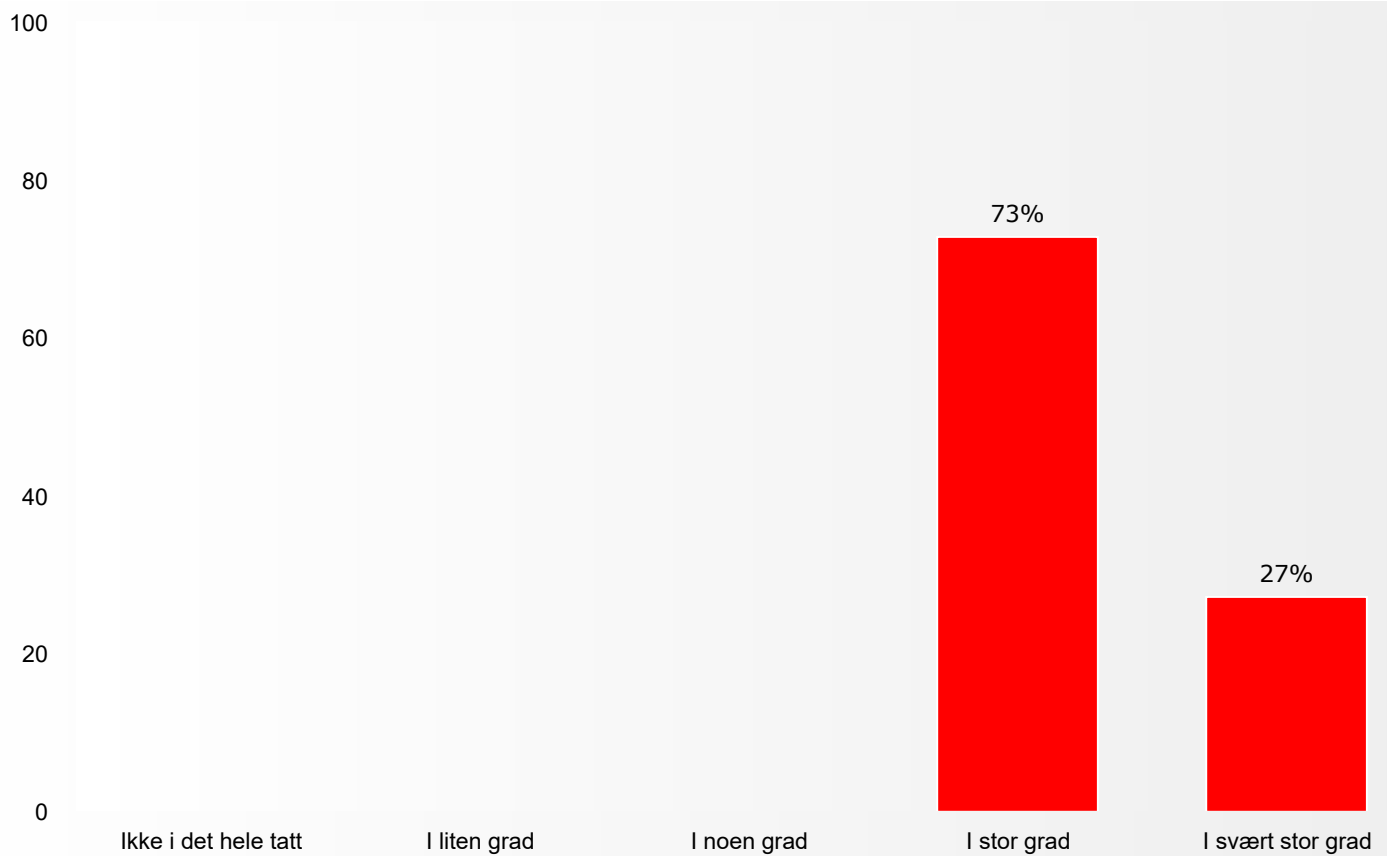
Jeg har gjennomgående gitt god score, dette gjelder med unntak av sakene knyttet til salg og forvaltning av eiendom. Disse har ikke vært tilfredsstillende håndtert overfor styret før det ble gjort grep med opprettelse av styreutvalg og mer direkte involvering av Adm dir.

Presentasjoner bør sendes ut i forkant



Riktige saker settes på agendaen

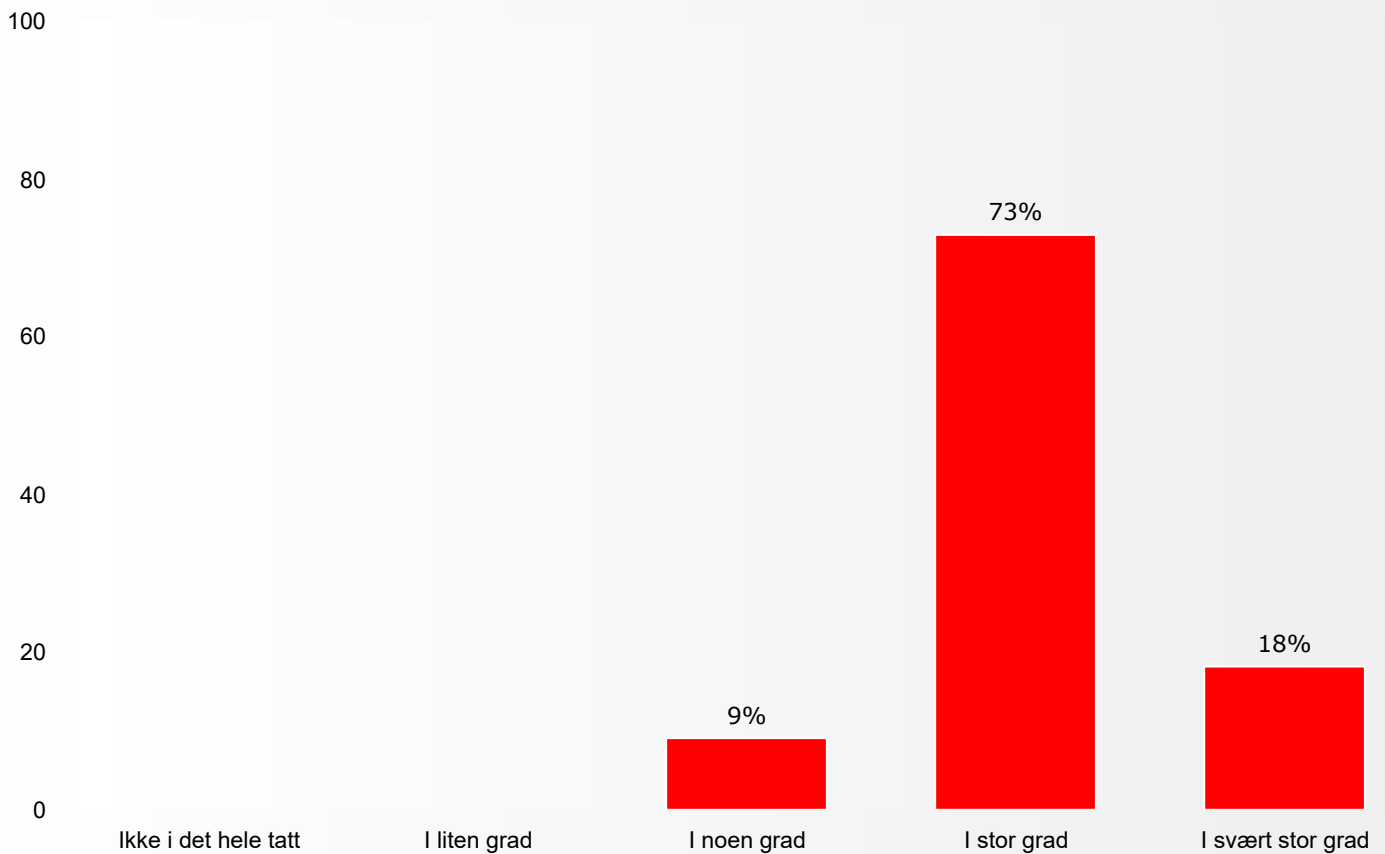
Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	0	0%
I stor grad	8	73%
I svært stor grad	3	27%
Total	11	100%





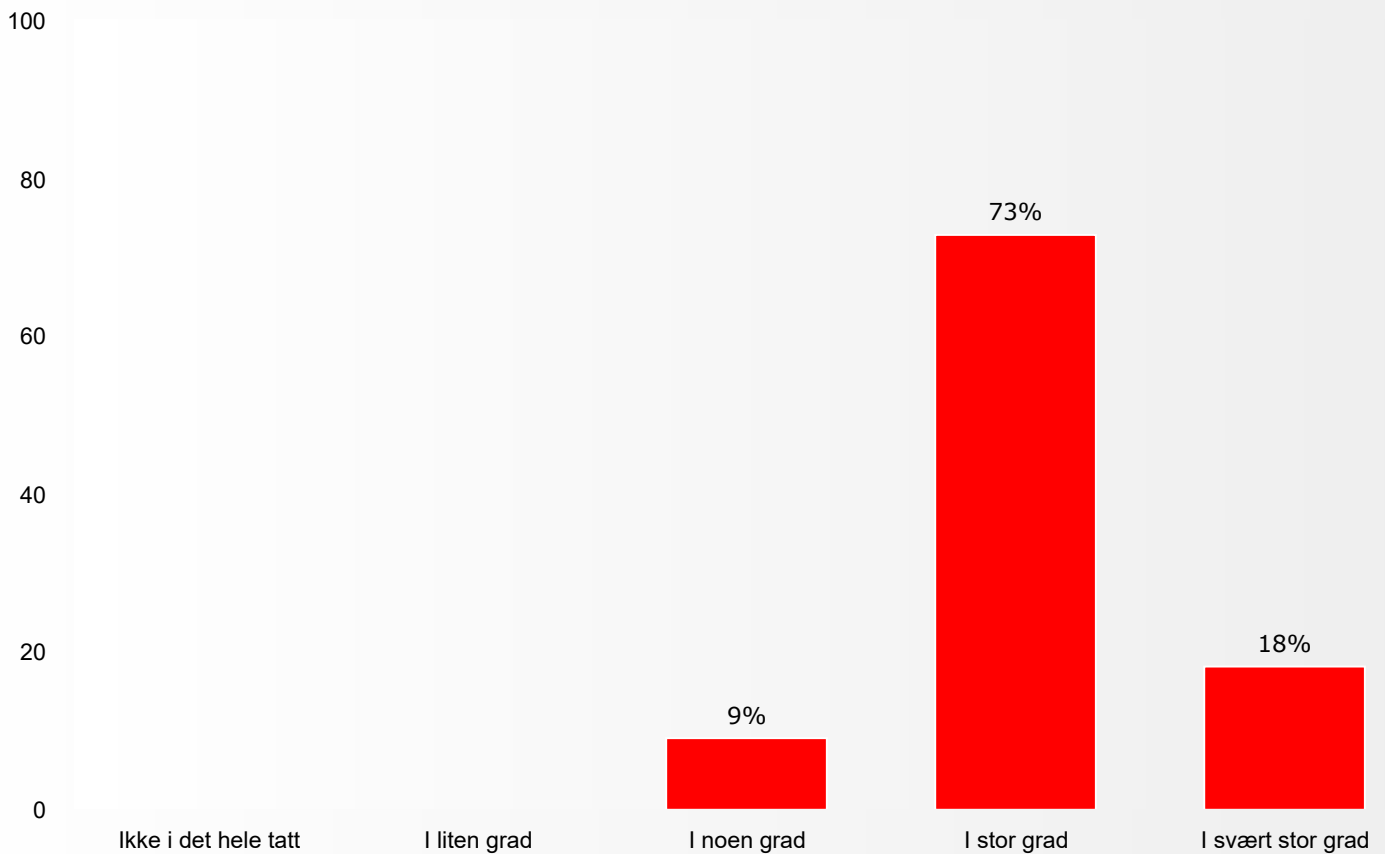
Viktige saker settes på dagsorden tidlig nok til å sikre gode beslutningsprosesser

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	1	9%
I stor grad	8	73%
I svært stor grad	2	18%
Total	11	100%



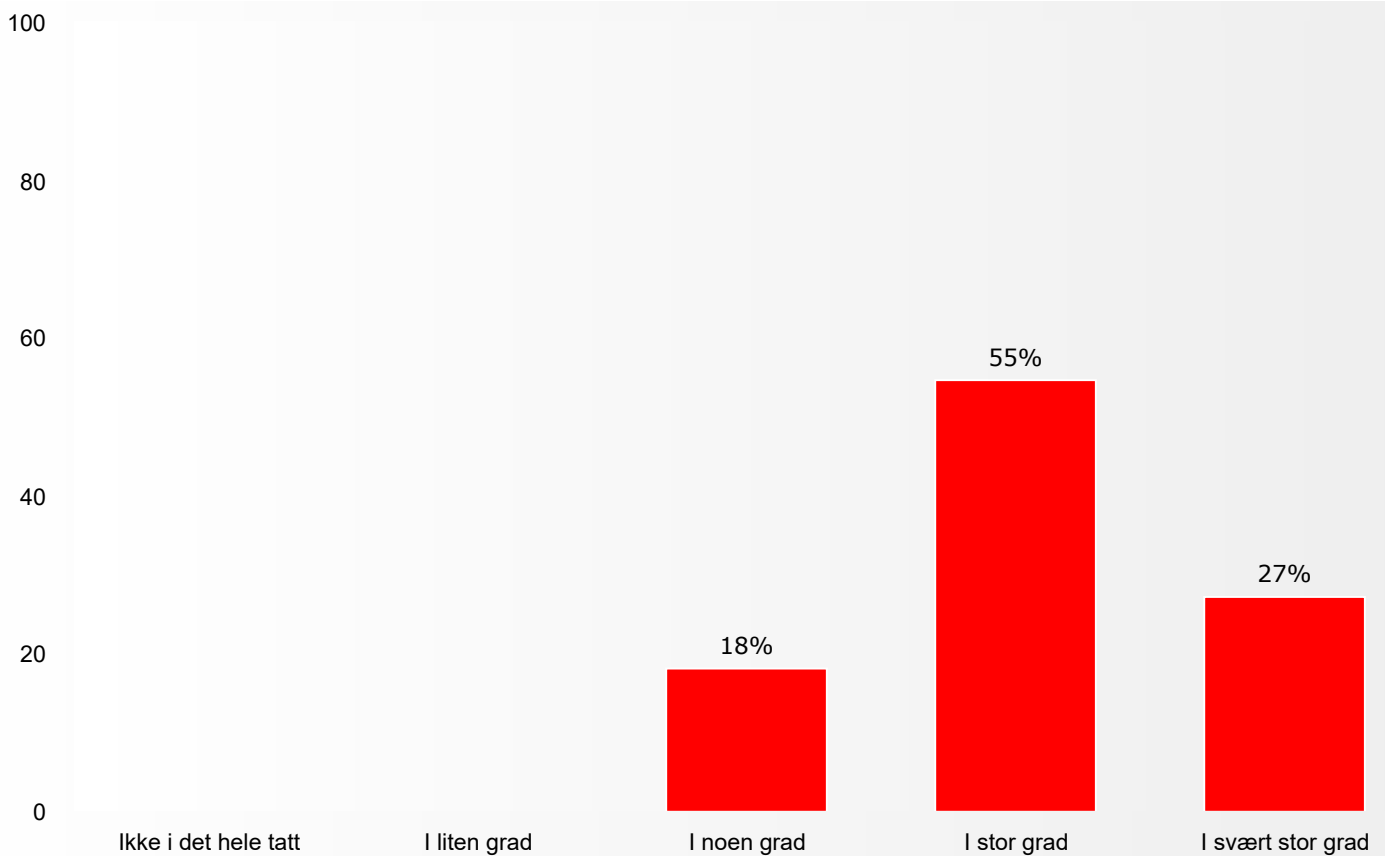
Saksdokumentasjonen gir et riktig bilde av saken og fremhever det som er vesentlig

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	1	9%
I stor grad	8	73%
I svært stor grad	2	18%
Total	11	100%



Ledelsen presenterer på en god måte forutsetninger, risiko og eventuelle alternativer i viktige beslutningsaker

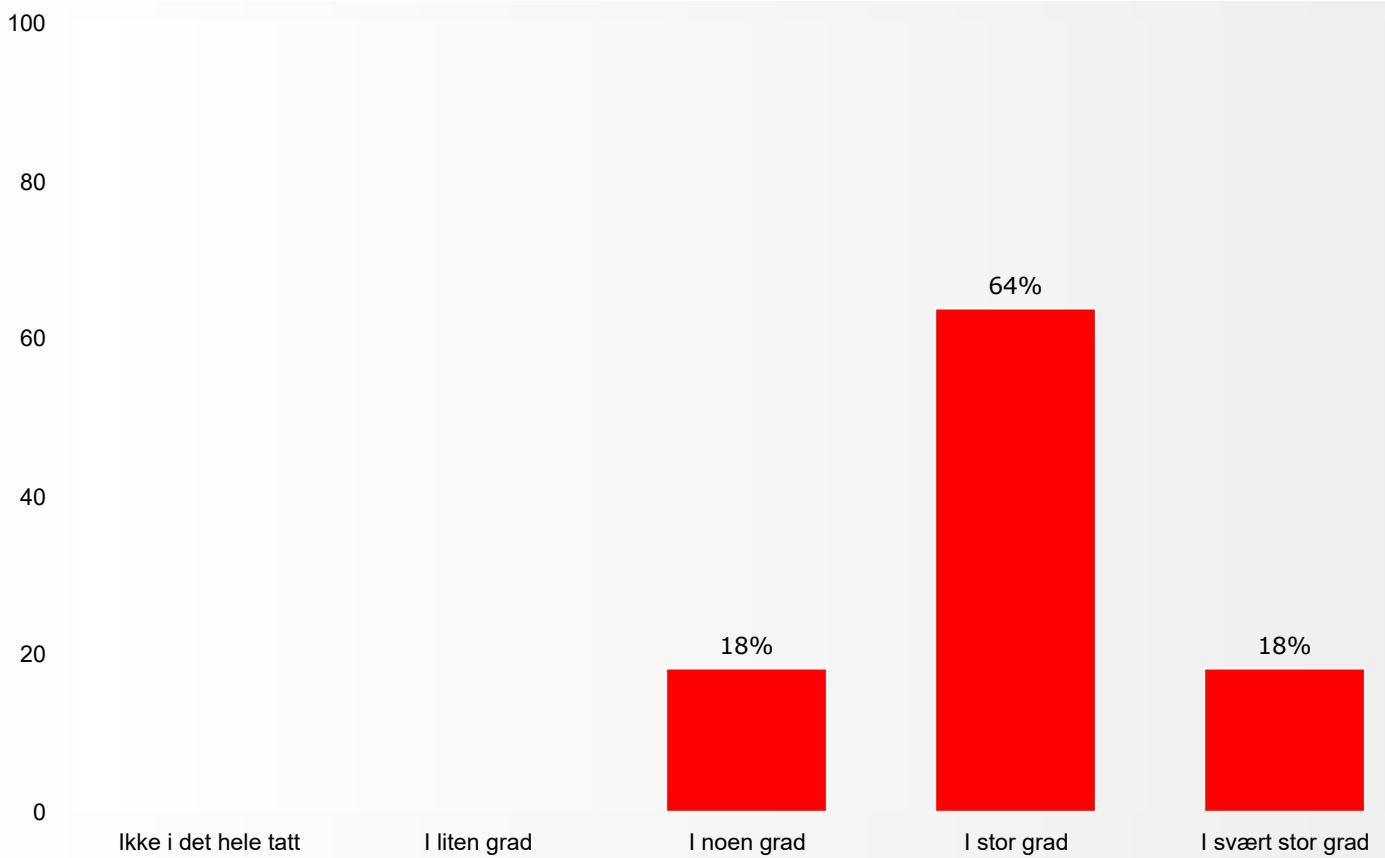
Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	6	55%
I svært stor grad	3	27%
Total	11	100%





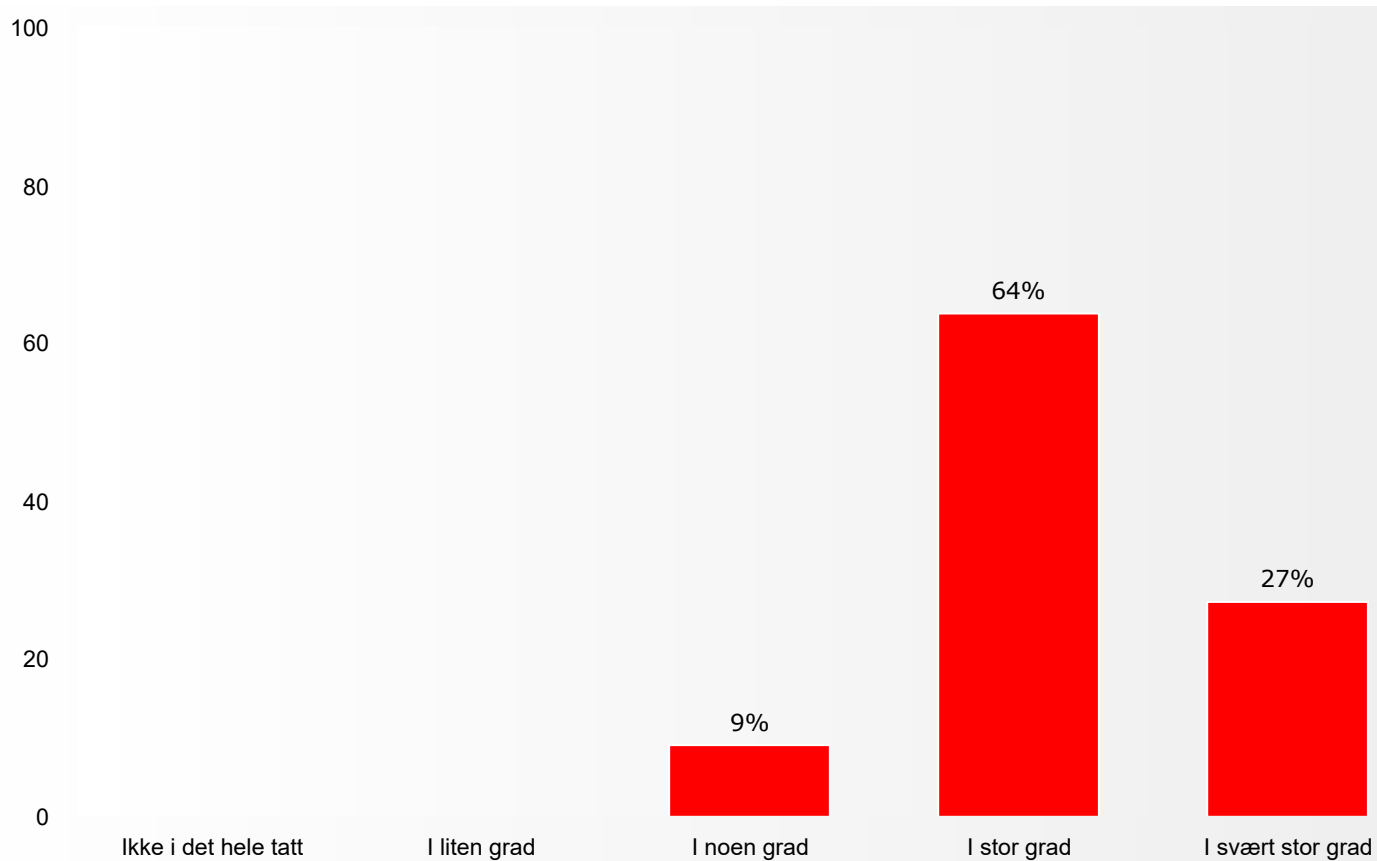
Saksdokumentasjonen er tilfredsstillende

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	7	64%
I svært stor grad	2	18%
Total	11	100%



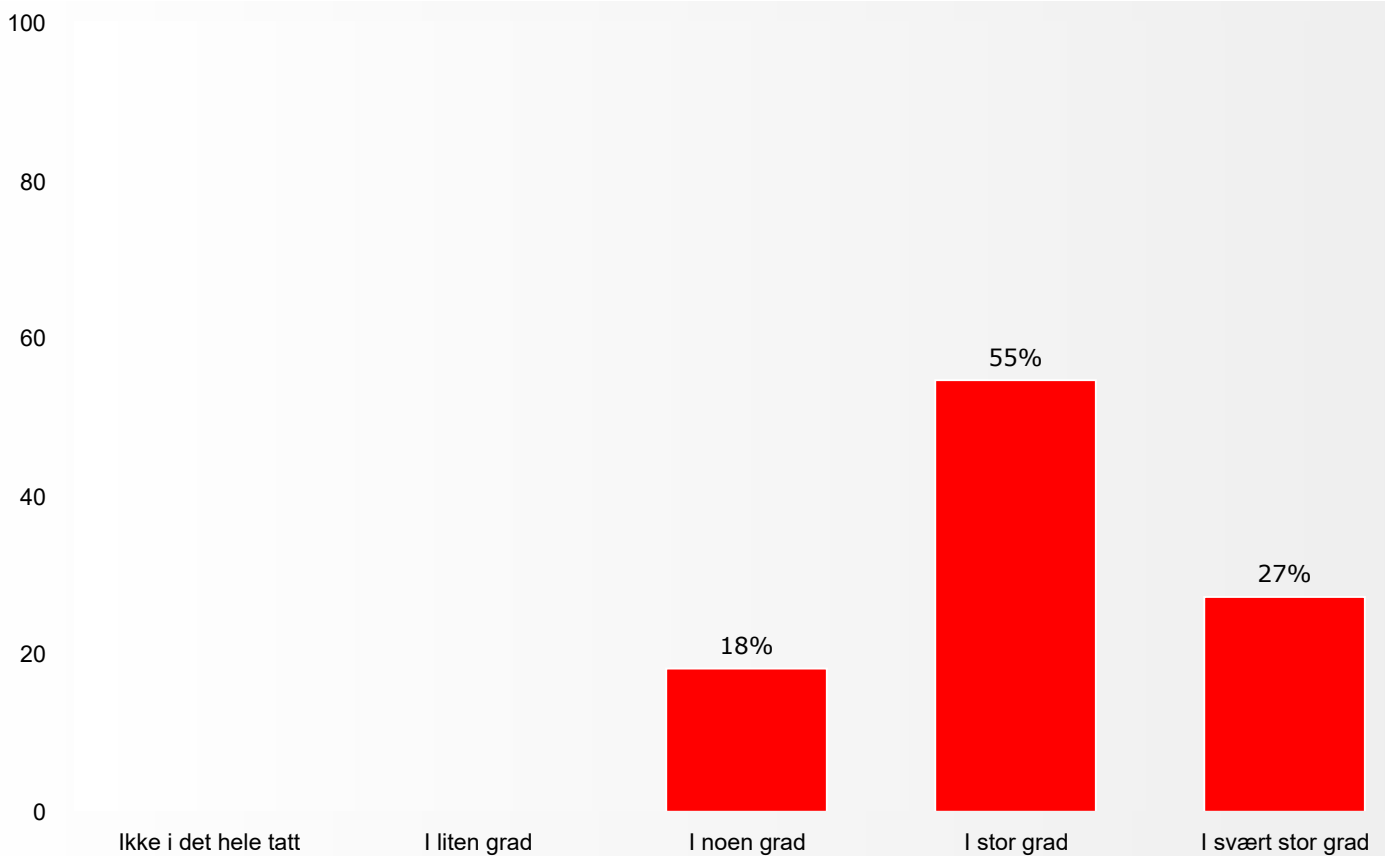
Den muntlige informasjonen i møtet kompletterer saken på en god måte

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	1	9%
I stor grad	7	64%
I svært stor grad	3	27%
Total	11	100%



Styret får jevnlig oppdatering på viktige saker og strategiske tema

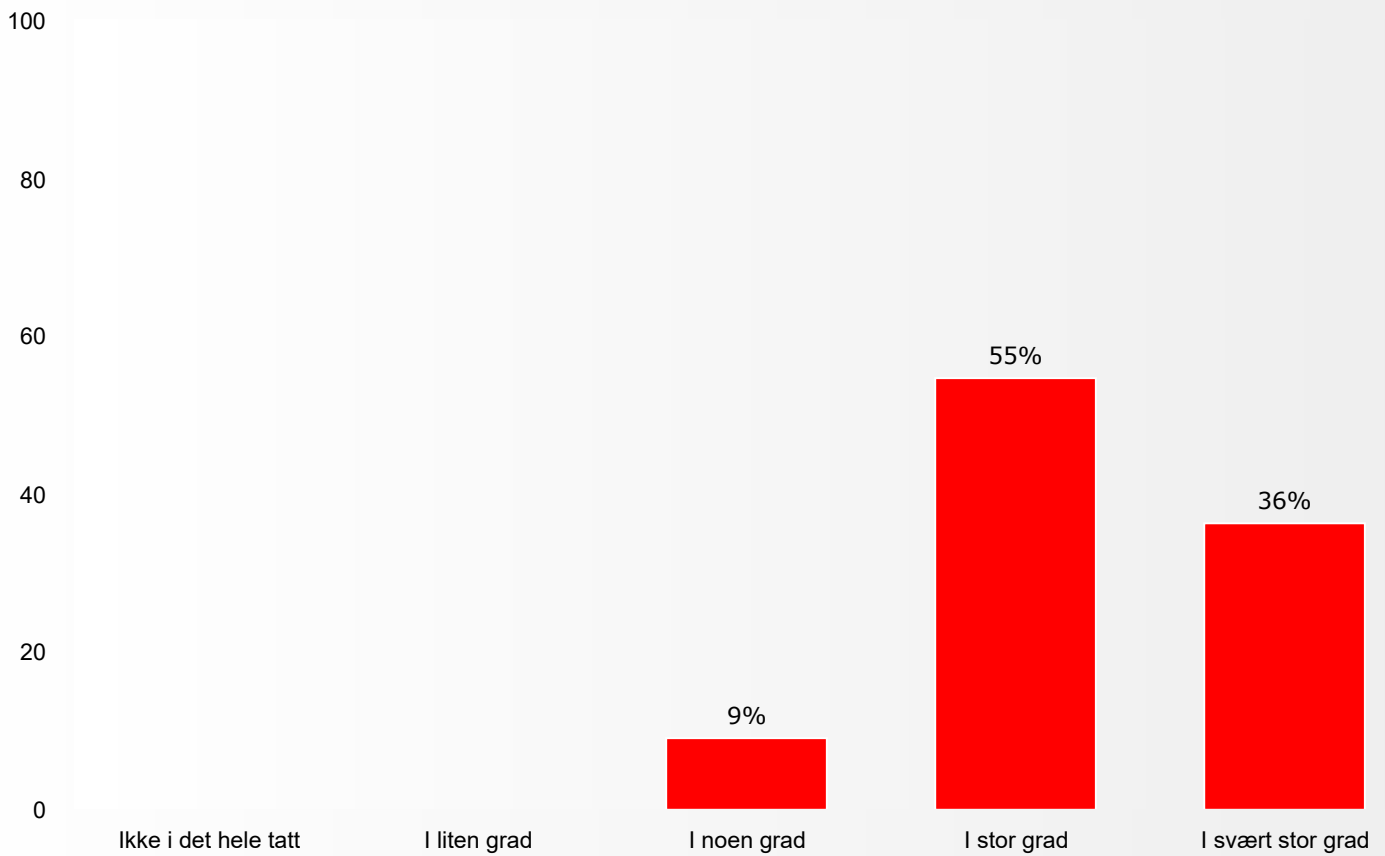
Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	6	55%
I svært stor grad	3	27%
Total	11	100%





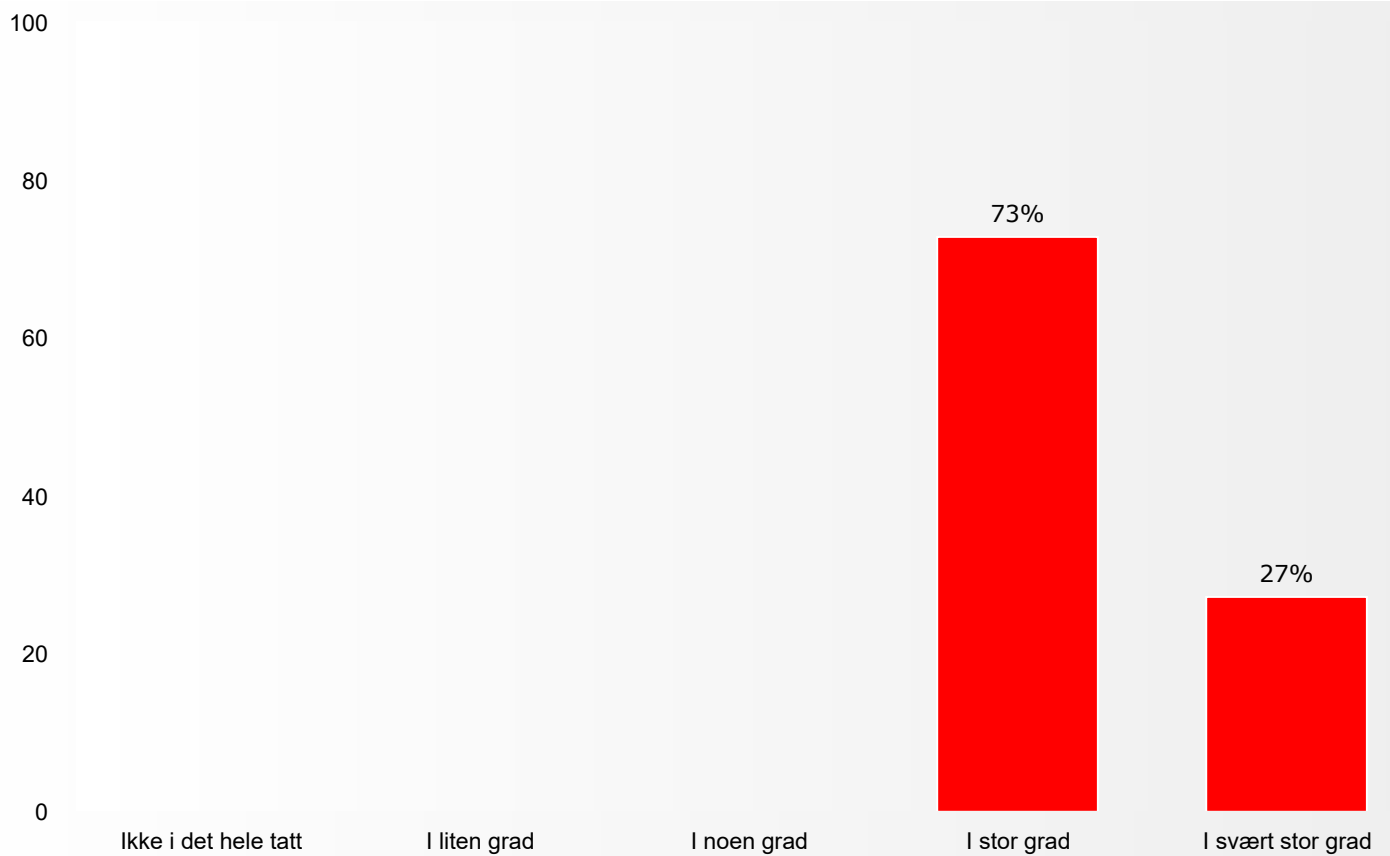
Styrets tidsbruk på sakene er tilfredsstillende

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	1	9%
I stor grad	6	55%
I svært stor grad	4	36%
Total	11	100%



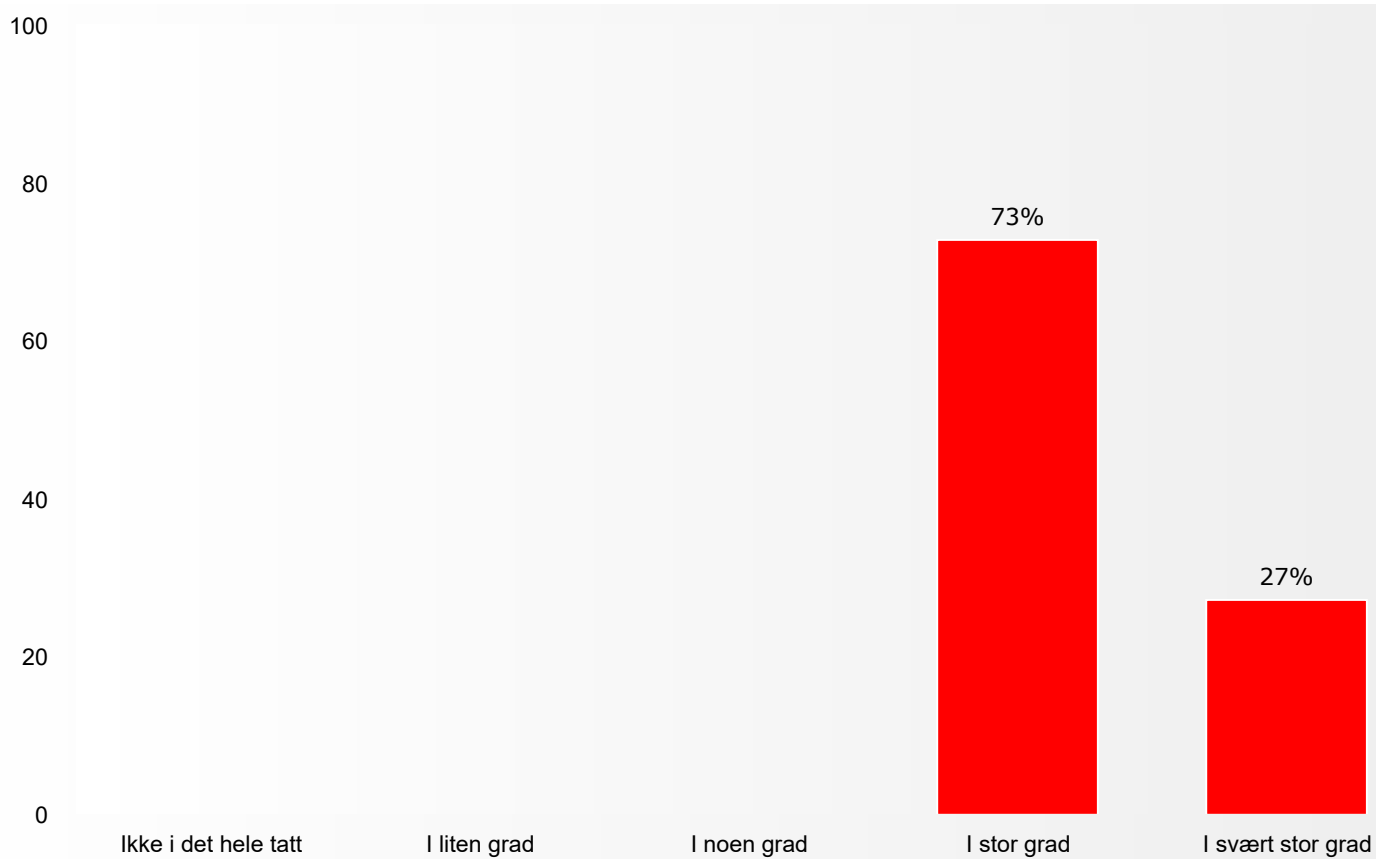
Kontakt, dialog og relasjon mellom styre og administrerende direktør/administrasjonen oppleves som god

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	0	0%
I stor grad	8	73%
I svært stor grad	3	27%
Total	11	100%



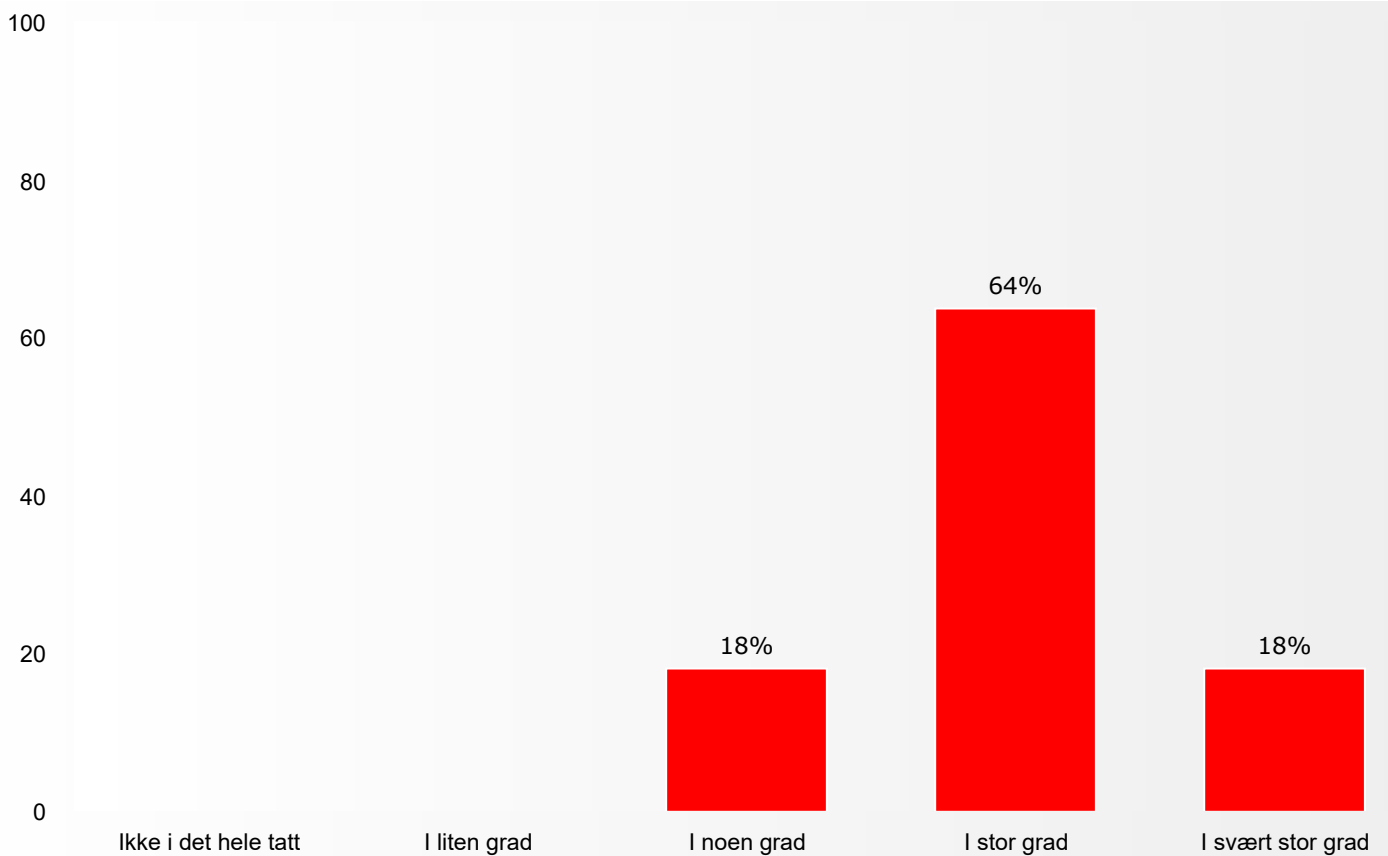
Deltakelse i styremøtene fra andre i administrasjonen (omfang/form) er relevant

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	0	0%
I stor grad	8	73%
I svært stor grad	3	27%
Total	11	100%



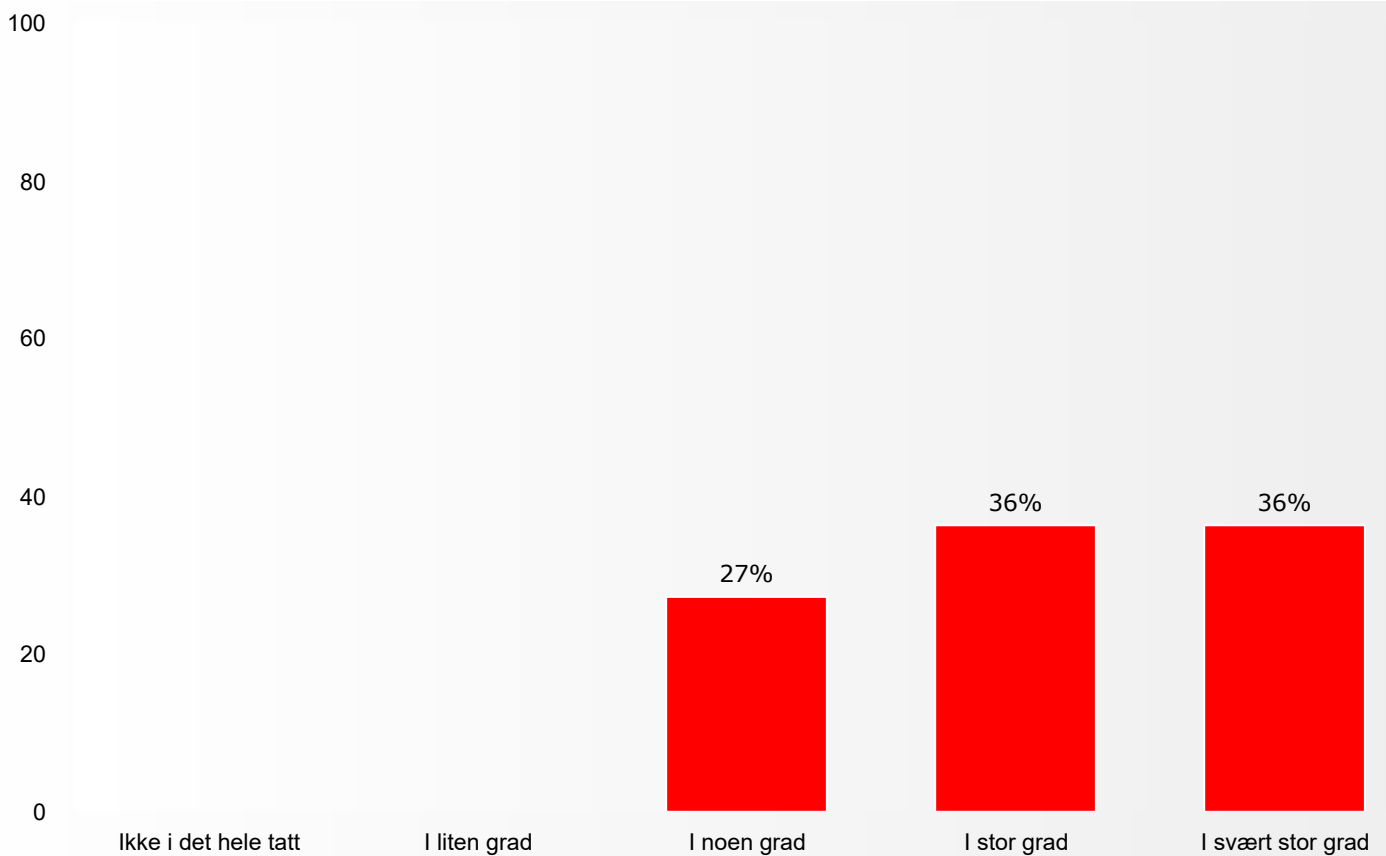
Styret får nødvendig og relevant informasjon for å utøve sitt ansvar og oppgaver

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	7	64%
I svært stor grad	2	18%
Total	11	100%



Antall styremøter og varigheten av disse er hensiktsmessig

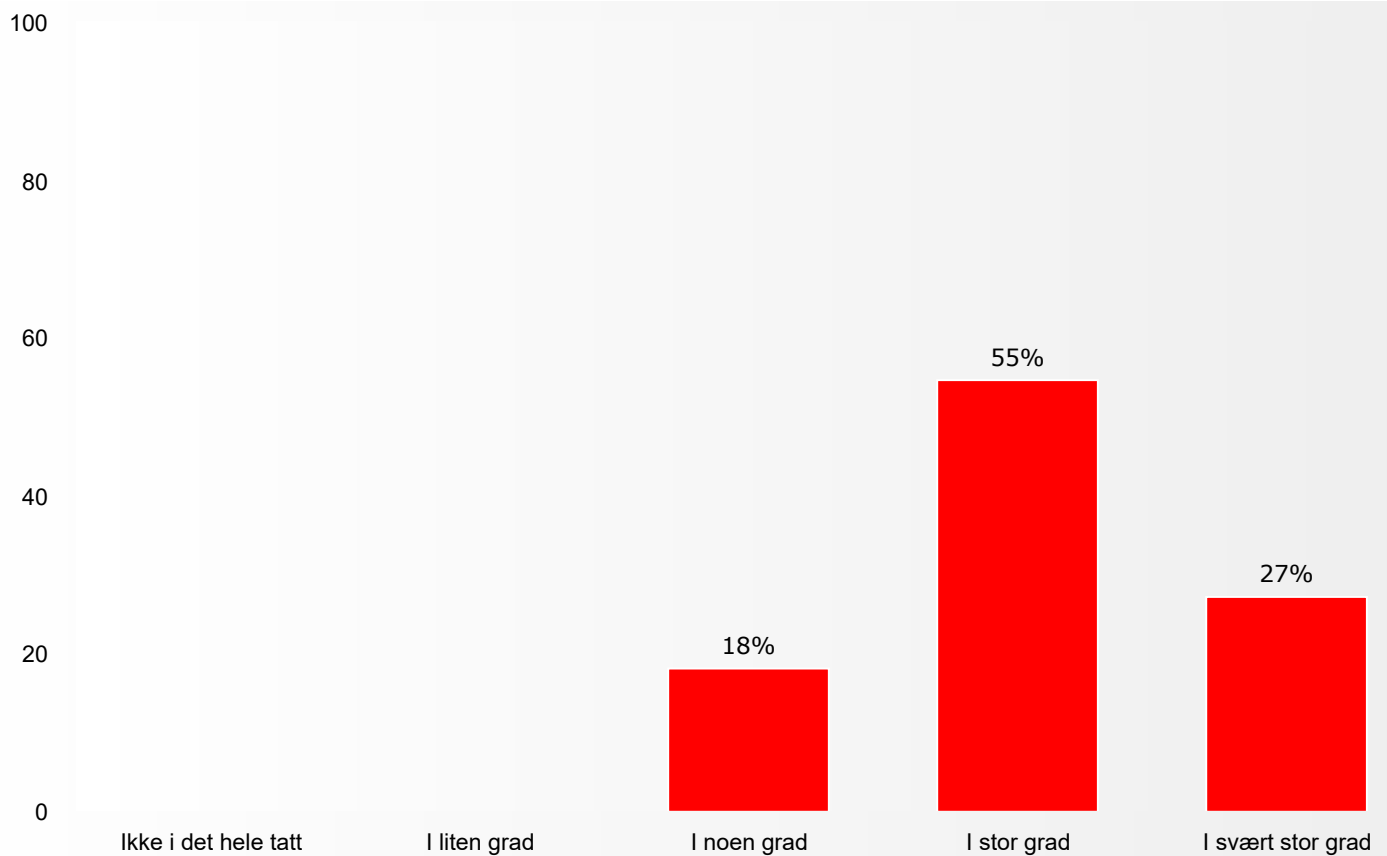
Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	3	27%
I stor grad	4	36%
I svært stor grad	4	36%
Total	11	100%





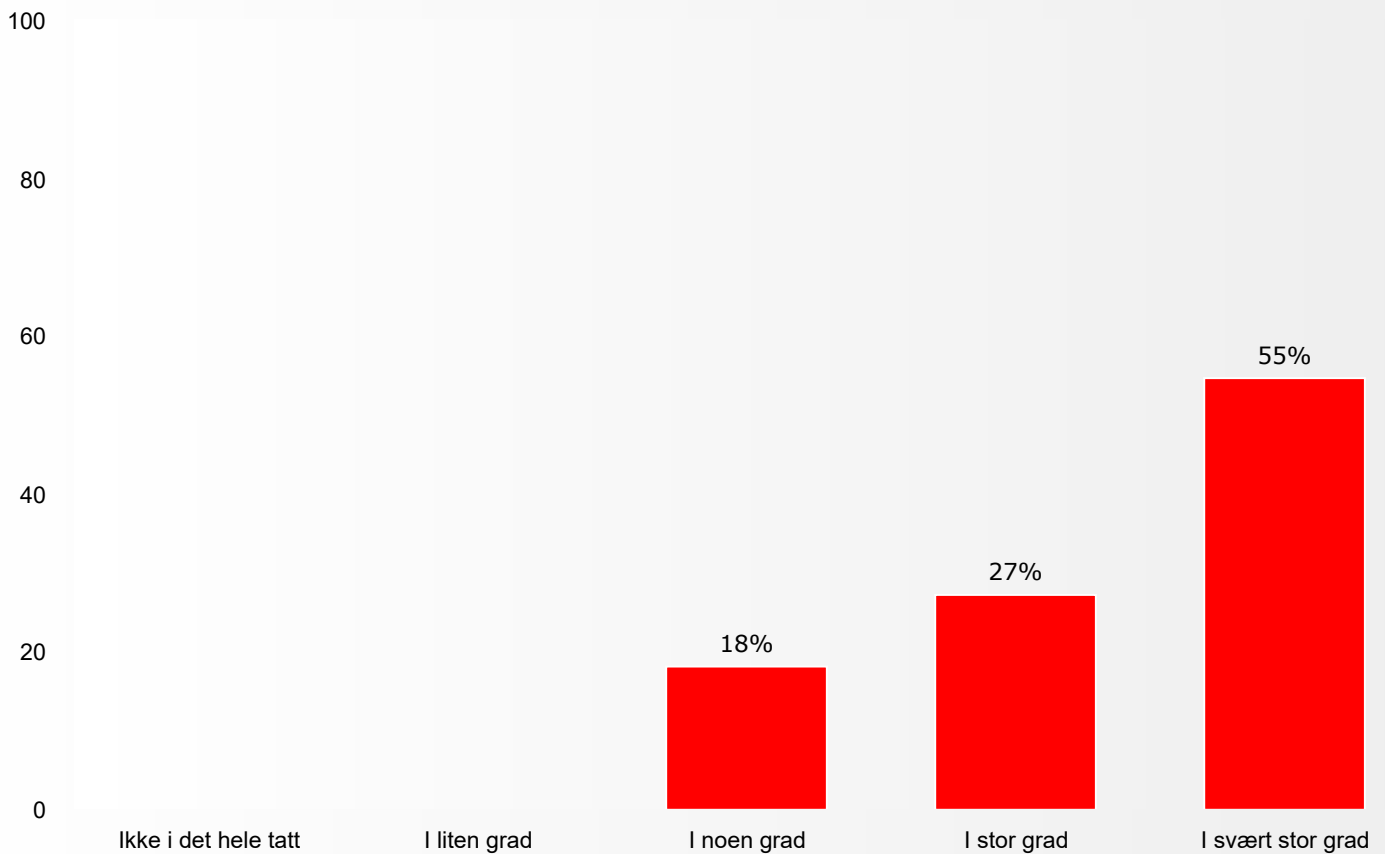
Tiden som settes av til viktige saker er tilfredsstillende

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	6	55%
I svært stor grad	3	27%
Total	11	100%



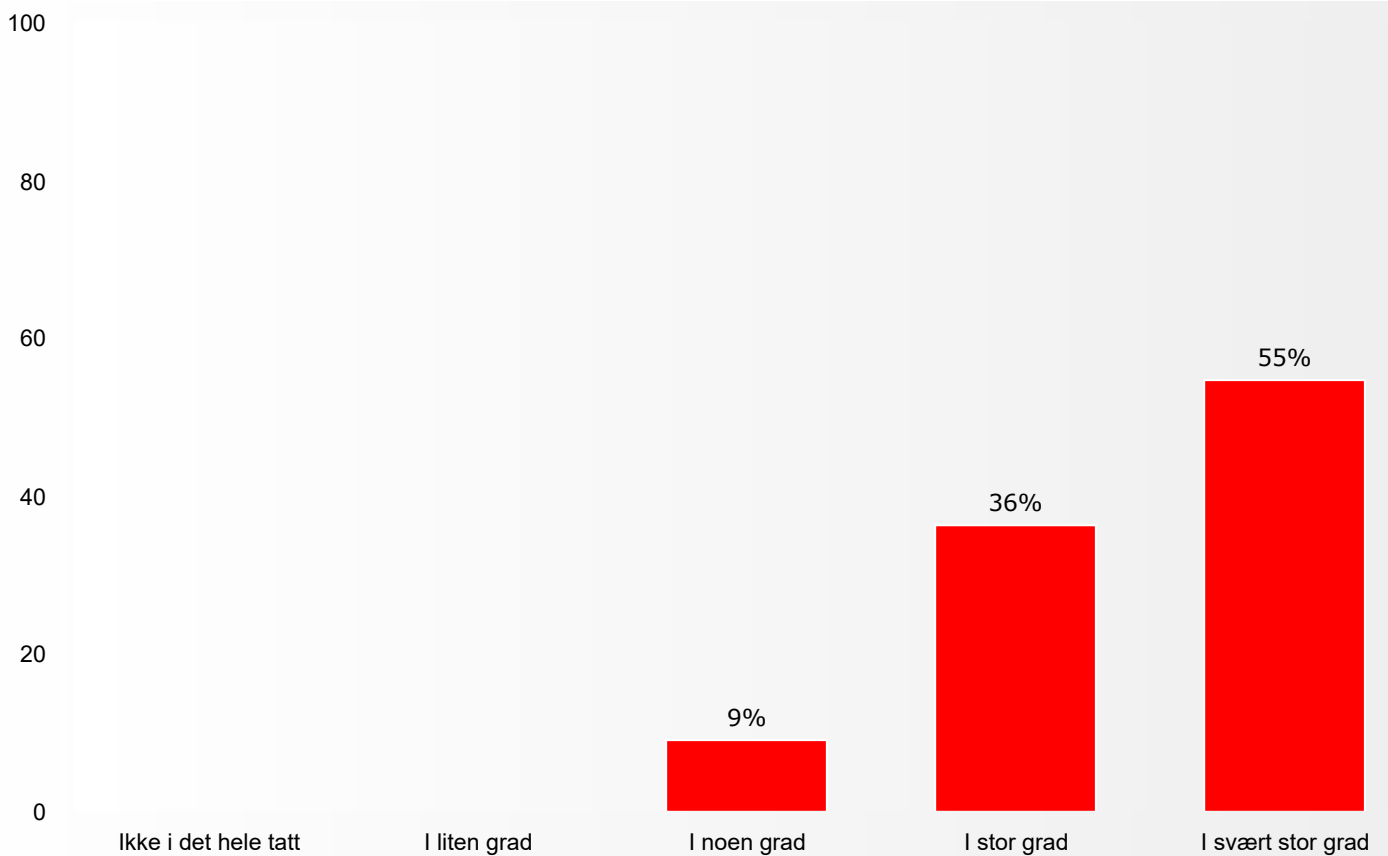
Det enkelte styremedlems synspunkter og innspill blir hørt før beslutninger fattes

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	3	27%
I svært stor grad	6	55%
Total	11	100%



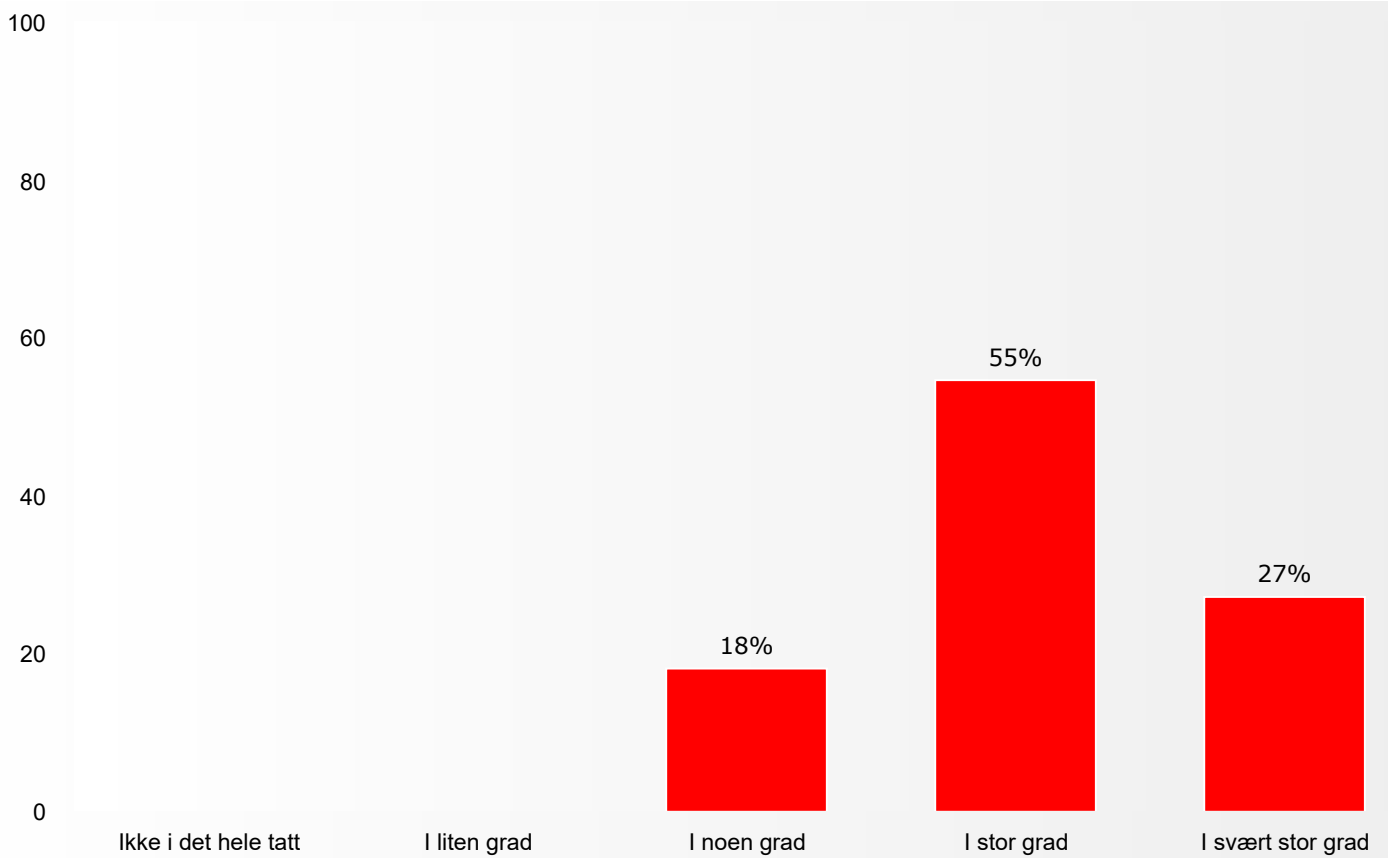
Styremedlemmene stiller godt forberedt i styremøtene og stiller relevante spørsmål

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	1	9%
I stor grad	4	36%
I svært stor grad	6	55%
Total	11	100%



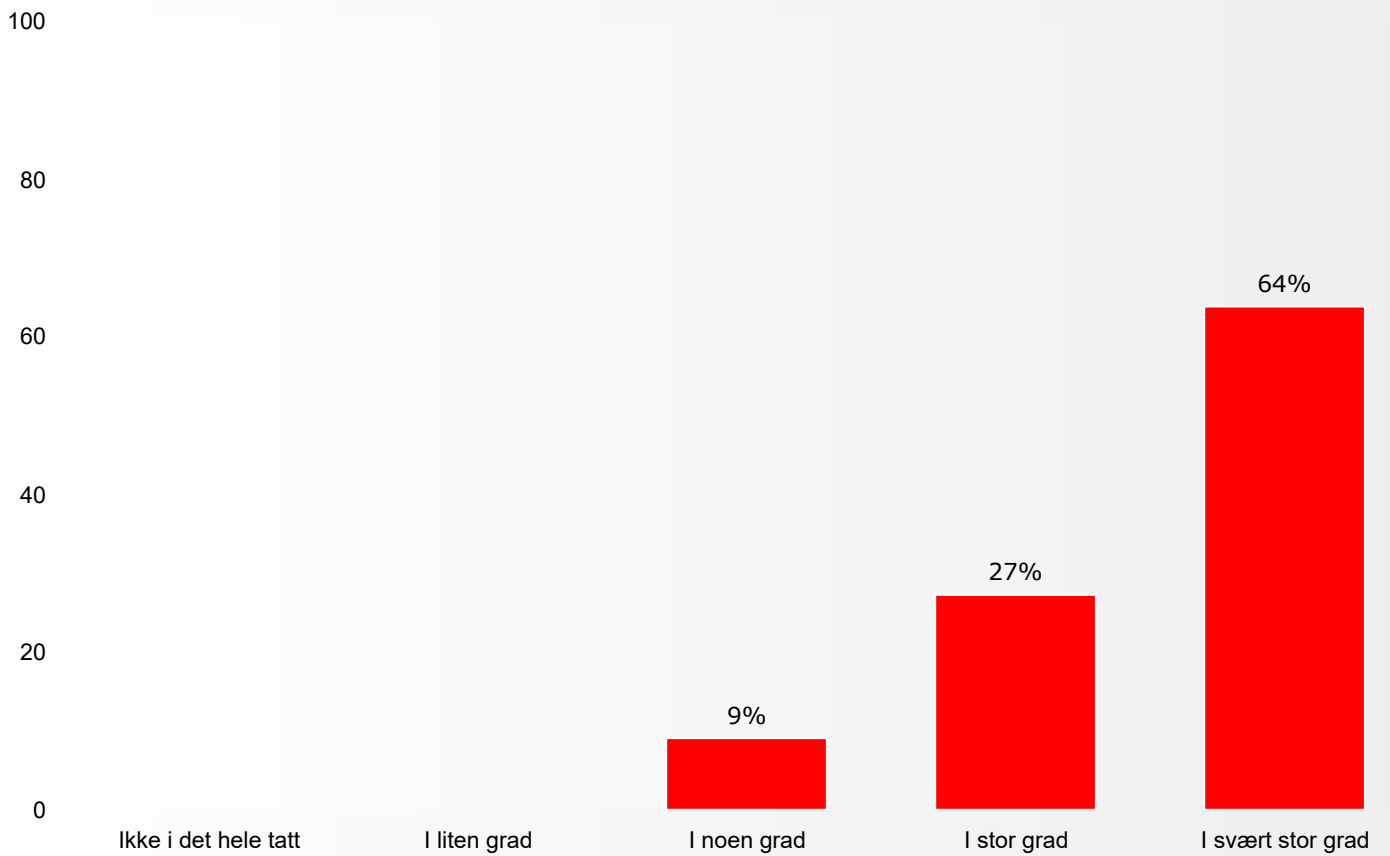
Styret har tilstrekkelig strategisk perspektiv på viktige saker

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	6	55%
I svært stor grad	3	27%
Total	11	100%



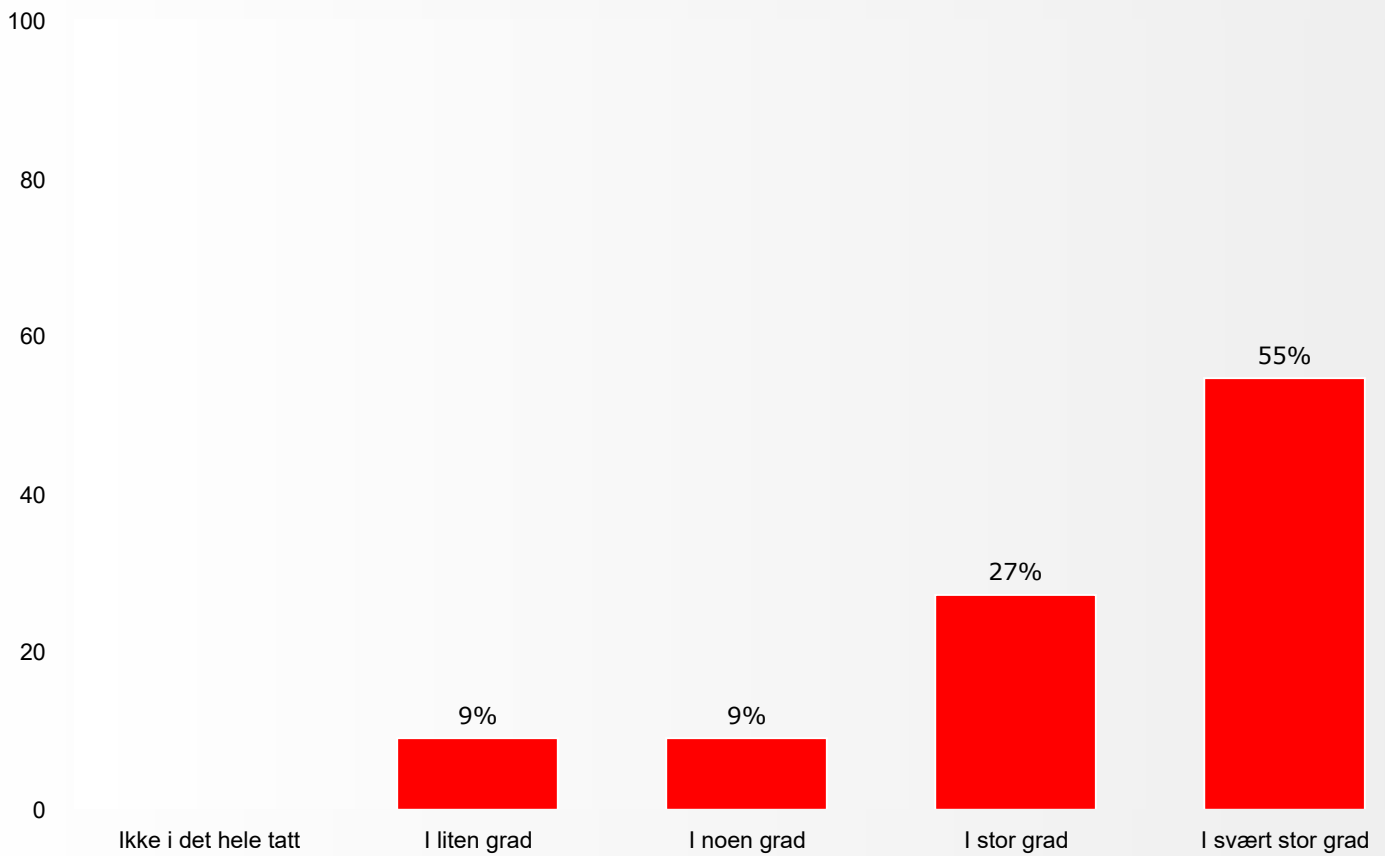
Møteledelsen legger til rette for gode drøftinger og effektiv tidsbruk i møtene

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	1	9%
I stor grad	3	27%
I svært stor grad	7	64%
Total	11	100%



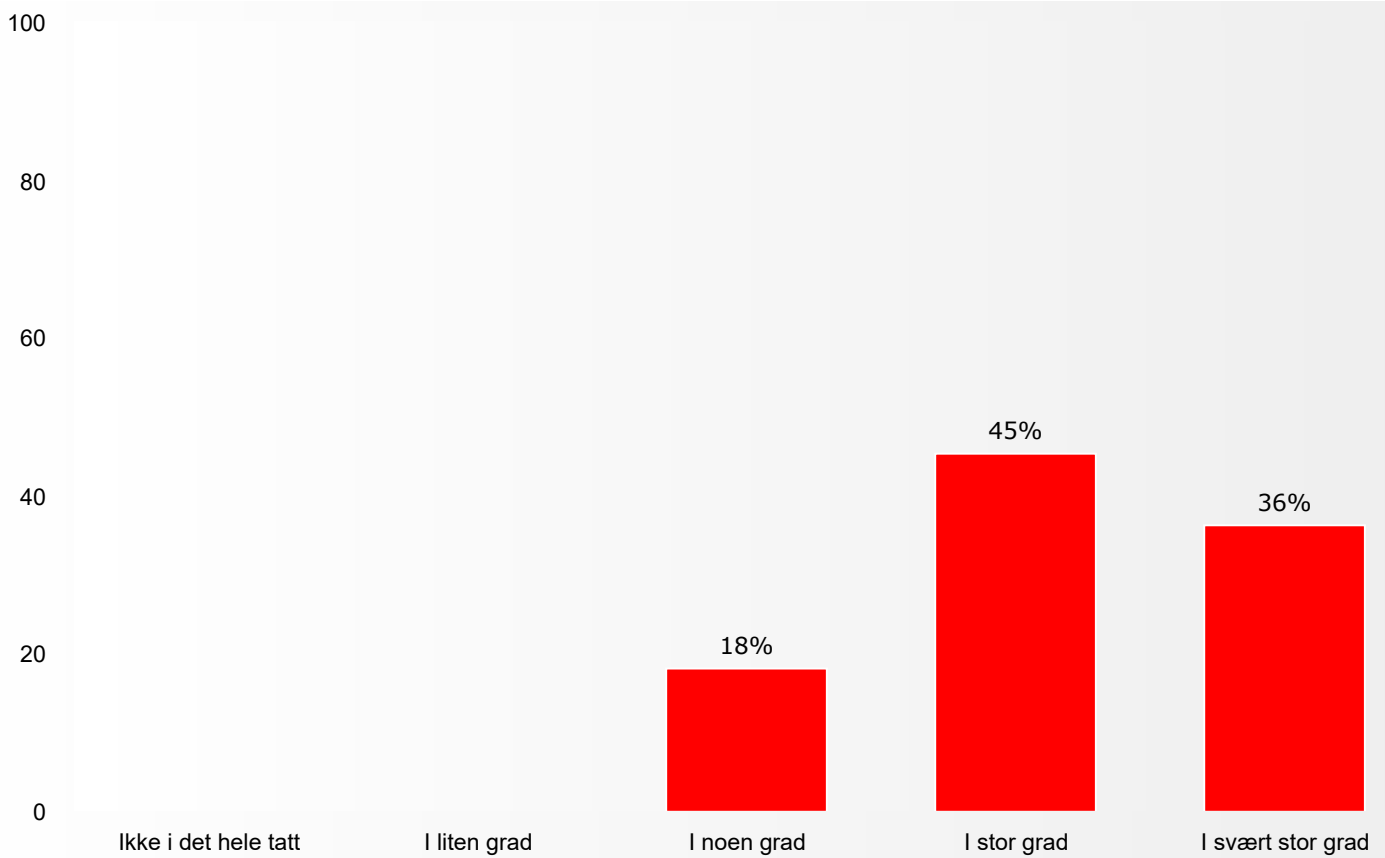
Protokollen gir et riktig bilde av styrets saksbehandling og beslutninger

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	1	9%
I noen grad	1	9%
I stor grad	3	27%
I svært stor grad	6	55%
Total	11	100%



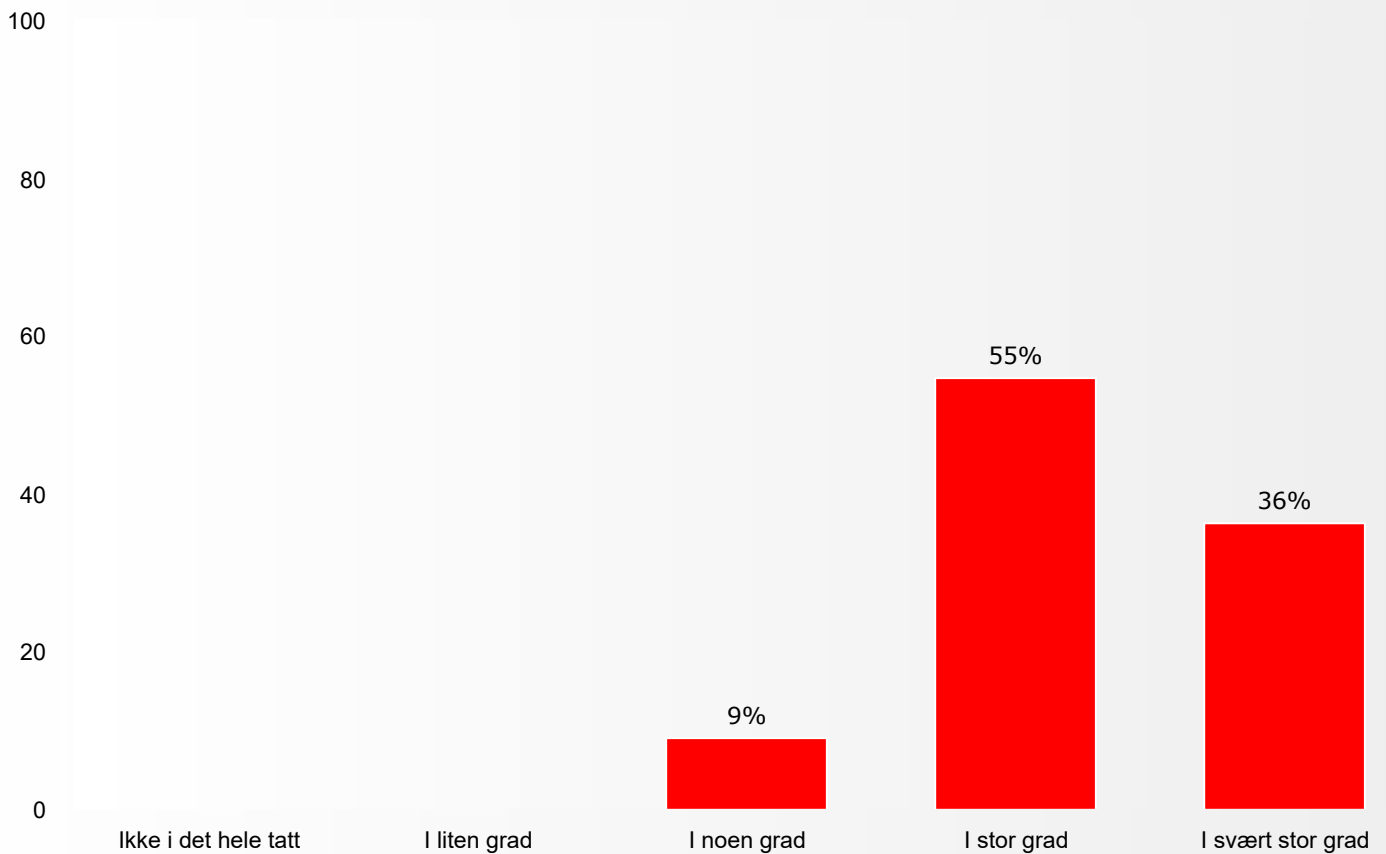
Administrasjonens følger opp styrets vedtak

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	5	45%
I svært stor grad	4	36%
Total	11	100%



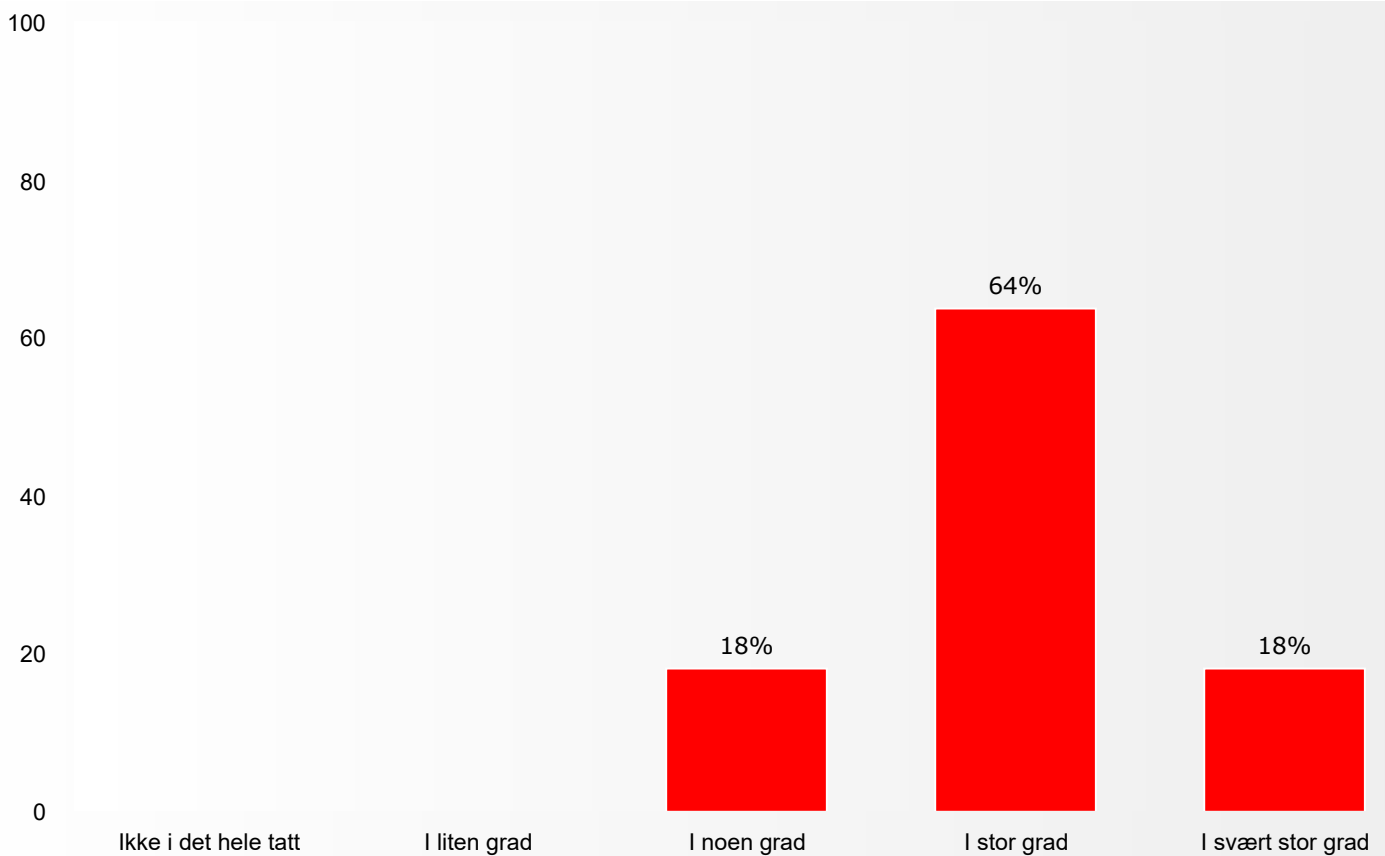
Styrets samlede kompetanse innen områder som er viktige for VV er korrekt og god

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	1	9%
I stor grad	6	55%
I svært stor grad	4	36%
Total	11	100%



Styret har en god balanse mellom å utfordre og å støtte administrasjonen

Ikke i det hele tatt	0	0%
I liten grad	0	0%
I noen grad	2	18%
I stor grad	7	64%
I svært stor grad	2	18%
Total	11	100%



Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet
Dato: Fredag 18. november 2022
Tidspunkt: Kl. 09:00 – 15:00

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder		
Nina Tangnæs Grønvold	Nestleder		
Kirsten Brubakk		Forfall	Vara: Irene Kronkvist
Christian Grimsgaard			
Bushra Ishaq			
Einar Lunde			
Harald Vaagaasar Nikolaisen		Forfall	
Peder Kristian Olsen			
Lasse Sølvsberg			
Kristin Vinje			

Fra brukerutvalget møtte:

Lilli-Ann Stendal
Odvar Jacobsen

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, eierdirektør Tore Robertsen, konst. økonomi-
direktør Line Alfarrustad, direktør innsatsteam 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:

126-2022	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 18. november 2022.

127-2022	Godkjenning av protokoll fra styremøte 21. oktober 2022
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll fra styremøte 21. oktober 2022 godkjennes.

128-2022	Virksomhetsrapport per oktober 2022
-----------------	--

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapporten per oktober 2022 som er vedlagt saken.

Kommentarer i møtet

Styret understreker betydningen av at det skjer en tilpasning mellom aktivitet og ressursbruk med situasjonen før pandemien som referanse.

Styret tar til etterretning at pasientbehandlingen er under press som følge av den økonomiske situasjonen og legger vekt på at psykisk helsevern for barn og unge søkes skjermet for virkningene av dette.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per oktober 2022 til etterretning.

Oppsummering

Administrerende direktør fremmer med denne saken forslag til fordeling av faste inntekter for 2023 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene med driftsavtale, samt for det regionale helseforetaket. I saken fremmes videre forslag til reservasjon av likviditet til lokale og regionalt prioriterte investeringsprosjekter.

Saken er basert på styresak 030-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023–2026 – planforutsetninger* og styresak 068-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023–2026*, samt Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon for 2023, Prop. 1 S (2022–2023).

Det tas et generelt forbehold om eventuelle endringer i inntektsforutsetningene som følge av Stortingets budsjettvedtak. Hvis Stortingets budsjettvedtak innebærer betydelige endringer i forhold til Prop. 1 S (2022–2023), vil administrerende direktør vurdere å legge fram en oppdatert budsjettsak.

Kommentarer i møtet

Styret viser til at premisser for styrevedtaket ikke hører hjemme som vedtak. Det vises til at de er omtalt i styresaken.

Styret ber om at det i punkt 5 i administrasjonens forslag til vedtak legges til at premissene for søknadsprosessen for tildeling av regionale forskningsmidler skal legges frem for styret for behandling på våren.

Styret presiserer at administrerende direktørs fullmakt gjelder fullmakt til å foreta mindre bevilgninger.

Det legges til et vedtakspunkt om at de administrative budsjettene for de felleseide helseforetakene skal være nominelt uendret. Eventuelle endringer til dette skal forelegges styret.

Styret ber administrasjonen vurderer det fortsatte behovet for ekstraordinære investeringer til vedlikehold ved Oslo universitetssykehus HF.

Styret understreker at det gitt den økonomiske situasjonen vil være krevende å signalisere at noen områder er prioritert. Som et eksempel er det mer dekkende å si at «en skal søke å skjerme psykisk helse for barn og unge».

Styrets

VEDTAK

1. Styret legger premisser, mål og prioriteringer som fremgår av Prop. 1 S (2022–2023) og *Regional utviklingsplan 2040* til grunn for budsjett 2023.

2. For å sikre økonomisk kontroll er det nødvendig med omstillingstiltak og at investeringsprosjekter som ikke er i forprosjektfase eller gjennomføringsfase, vurderes forskjøvet.
3. Styret godkjenner følgende fordeling av faste inntekter på 72 373 millioner kroner:

Faste inntekter 2023	I alt
Akershus universitetssykehus HF	9 054
Oslo universitetssykehus HF	15 208
Sunnaas sykehus HF	501
Sykehuset Innlandet HF	6 601
Sykehuset i Vestfold HF	4 290
Sykehuset Telemark HF	3 131
Sykehuset Østfold HF	5 576
Sørlandet Sykehus HF	5 818
Vestre Viken HF	7 927
Sykehuspartner HF	343
Betanien Hospital	109
Diakonhjemmet Sykehus	1 476
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1 690
Martina Hansens Hospital	216
Revmatismesykehuset	65
Helse Sør-Øst RHF	10 366
I alt	72 373

(tall i millioner kroner)

4. Styret bevilger 663,6 millioner kroner til forskning og innovasjon i 2023. Summen inkluderer 336,2 millioner kroner fra det regionale helseforetakets eget budsjett. For fremtidige prosesser skal det legges frem en egen sak til styret om våren hvor rammene for søknadsprosessen behandles.
5. Helseforetakenes og sykehusenes inntektsrammer og krav vil bli endelig fastsatt i oppdrag og bestilling 2023.
6. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å:
 - Foreta eventuelle mindre budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer med videre.
 - Tildeler og korrigerer mindre ekstraordinær inntektsstøtte ved endrede forutsetninger innenfor budsjettåret.
7. Administrerende direktør har fullmakt til å prolongere avtaleinngåelser innenfor vedtatte prioriteringer og budsjett. Med mindre det foreligger særlige grunner som tilsier at administrerende direktør bør forelegge saken for styret, gjelder fullmakten også ut over det enkelte budsjettår når avtalen er en forutsetning for å videreføre ordinær drift. Herunder følger:

- Inngå avtaler om kjøp av helsetjenester fra private tilbydere i tråd med gjeldende prioriteringer og føringer.
 - Fatte beslutninger om forlengelse av eksisterende lisensavtaler knyttet til IKT-drift som er innarbeidet i budsjettet.
 - Oppta investeringslån fra Helse- og omsorgsdepartementet.
8. Byggeprosjekter i gjennomføringsfase og prosjekter som er tildelt lånefinansiering over statsbudsjettet, videreføres. Kapasitetsbehov vil være førende for styrets framtidige beslutninger om å videreføre prosjekter.
 9. Det reserveres inntil 900 millioner kroner til drift og investeringer i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Videre reserveres likviditet til Sykehuspartner HF's investeringsbudsjett med inntil 942 millioner kroner.
 10. Likviditet til lokale investeringer i helseforetakene settes til 1 345 millioner kroner, hvorav 208 millioner kroner representerer likviditet til ekstraordinært vedlikehold av bygningsmassen.
 11. Det reserveres en regional resultatbuffer på 600 millioner kroner. Springen i det regionale helseforetaket øker fra 200 millioner kroner til 400 millioner kroner.
 12. Det forutsettes at de administrative utgiftene for de felleseide helseforetakene holdes nominelt uendret. Styret ber om å bli holdt orientert om eventuelle avvik.

Votering:

Saken ble vedtatt mot 3 stemmer

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Lasse Sølvberg, Christian Grimsgaard og Irene Kronkvist: Representanten anser at det legges opp til et budsjett som vil bli for stramt for helseforetakene, og er bekymret for at «økonomisjokket» vil kunne medføre betydelig svekket tilbud til pasientgrupper. Mer press på ansatte vil kunne svekke evnen til å beholde og rekruttere ansatte, med ytterligere konsekvenser for drift og behandling. Representanten anser at regionen burde bidra til å dempe sjokket ved å endre profilen i budsjettet; redusere på bufferordninger og redusere inntektsveksten til RHFet. Denne representanten anser at trinnvis utbygging bør utredes for byggeprosjektene, i tråd med vedtaket fattet i behandlingen av økonomisk langtidspan.

130-2022	Innspill til statsbudsjett for 2024
-----------------	--

Oppsummering

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 10. januar 2022 er det forutsatt at de regionale helseforetakene gir innspill til statsbudsjett for 2024 innen 1. desember 2022.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2024 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB). I tillegg omhandler innspillet fra de regionale helseforetakene noen overordnede tema av betydning for statsbudsjettet for 2024.

Det fremmes likelydende styresaker for de fire regionale helseforetakenes styrer.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at administrasjonen i samråd med styreleder utarbeider et overføringsbrev hvor utfordringene knyttet til budsjettammer med i praksis nullvekst tydeliggjøres. Styret er bekymret for hva dette betyr for den offentlige helsetjenesten og risikoen for at prinsippet om likeverdig tilgang til helsetjenester svekkes.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til foreliggende vurderinger av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som innspill til statsbudsjett for 2024.
2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2024:
 - Behov for økt basisbevilgning
 - Finansielle rammebetingelser
 - Forutsetningen om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad
 - Behandlingshjelpemidler
 - Mål for miljø/klima
 - Legemiddelområdet
 - Utdanning
 - Beredskapsarbeid
 - Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
 - Investeringer
 - Endring av renteberegningsregimet for langsiktige lån
 - Underfinansiert kostnadsvekst
 - Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetakene for driften av ordningen "dom til tvungen omsorg"
 - Driftsfinansiering av protonsentor i Helse Vest og Helse Sør-Øst

131-2022	Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje per andre tertial 2022
-----------------	--

Oppsummering

Saken omfatter de styrevedtatte prosjektene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Det rapporteres på status for hvert prosjekt. Rapporteringen per prosjekt avsluttes når den aktuelle IKT-løsningen er innført ved de helseforetakene som omfattes av prosjektet.

Selve tertialrapporten rapporterer status per 30. august 2022. Viktige hendelser som har skjedd i porteføljen etter denne datoen, er beskrevet i dette saksfremlegget.

Kommentarer i møtet

Styret er positive til utviklingen i den regionale IKT-porteføljen. Styret ber samtidig om at administrasjonen ved neste rapportering redegjør nærmere for forholdet mellom de regionale prosjektene og risikoen som beskrives knyttet til den pågående moderniseringen av infrastrukturen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per andre tertial 2022 for de styregodkjente prosjektene i regional IKT-prosjektportefølje til orientering.

132-2022	Rapport fra følgerevisjon av program STIM per 2. tertial 2022
-----------------	--

Oppsummering

Konsernrevisjonen gjennomfører en følgerevisjon av program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) hver tertial etter oppdrag fra styret i Helse Sør-Øst RHF. Denne saken oppsummerer følgerevisjonens resultater i 2. tertial 2022.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar rapport fra følgerevisjon av program STIM per 2. tertial 2022 til orientering.

133-2022	Status og rapportering andre tertial 2022 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, Sykehuspartner HF
-----------------	--

Oppsummering

Saken omhandler status og rapportering per andre tertial 2022 for programmet STIM (standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering) og Windows 10-prosjektet som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF. Rapporten ble behandlet i styret i Sykehuspartner HF 21. september, jf. styresak 083-2022 i Sykehuspartner HF.

Saken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å holde styret orientert om status og fremdrift i programmet STIM og Windows 10-prosjektet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status og rapportering per andre tertial 2022 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, til orientering.

134-2022	Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040
-----------------	---

Oppsummering

Styret behandlet høringsversjonen av Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040 i styremøte 27. april 2022 (sak 054-2022) og oppsummering av høringsinnspillene i styremøtet 21. oktober 2022 (sak 120-2022). Saken legges frem for styret for endelig beslutning.

Administrerende direktør orienterte som del av sin innledning om innspill til regional utviklingsplan til bystyret Oslo kommune, behandlet av byrådet, som blant annet knyttet seg til digital samhandling, datadeling og behovet for styrket samarbeid. Administrasjonen foreslår å innarbeide disse områdene ved ferdigstilling av planen. Reviderte målbilder for de felleseide helseforetakene vil også innarbeides i planen. Formulering om grad av økonomisk kontroll justeres i tråd med den siste tids utvikling.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at fremlegg fra byrådet i Oslo kommune til bystyret knyttet til digital samhandling, datadeling og behovet for styrket samarbeid innarbeides i regional utviklingsplan. Eventuelle ytterligere momenter etter Oslo bystyres behandling av innspillet følges opp i den videre oppfølgingen av planen.

Styret ber om at man for kommende regionale utviklingsplanprosesser også legger planer for hvordan planen skal operasjonaliseres og følges opp.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret gir sin tilslutning til Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040 med de merknader som fremkom i møtet.

135-2022	Helseforetakenes tiltak for å fremme bedre bemannings- og ressursplanlegging
-----------------	---

Oppsummering

Saken handler om hvordan helseforetakene jobber med bemanningsplanlegging og mer optimal bruk av ressurser og kompetanse i helseforetakene.

Styret i Helse Sør-Øst har bedt administrasjonen om å foreta en kartlegging av helseforetakenes tiltak innen bemanningsplanlegging. Oppgaven ble gitt i forbindelse med

oppsummering av virksomhetsrapporteringen i november 2020. Direktørmøtet i Helse Sør Øst ba senere om at det i tillegg skulle ses på muligheter for å dele kunnskap om god bemanningsplanlegging.

Administrerende direktør har på denne bakgrunn gjennomført et samlet arbeid for å kartlegge status, utveksle erfaringer og dele kunnskap om helseforetakenes tiltak for å fremme bedre bemannings- og ressursstyring.

Oppsummert viser kartleggingen at arbeidet med bemanningsplanlegging har vært i en positiv utvikling over tid. Kartleggingen bekrefter en betydelig styrket ledelses- og ressursmessig prioritering av innsatsen på dette området. Samtidig dokumenteres også at det er et potensial for fortsatte forbedringer.

Denne saken gir styret en kort oppsummering av arbeidet som er gjennomført, og redegjør nærmere for de tiltakene som helseforetakene har sett særlig nytte av (sakens del I). I tillegg inneholder sakens del II forslag til videre arbeid for å fremme enda bedre bemannings- og ressursplanlegging.

Kommentarer i møtet

Styret tar den fremlagte kartleggingen av arbeidet med bemanningsplanlegging i helseforetakene til orientering og berømmer det arbeidet som er gjort.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret gir sin tilslutning til at det etableres et regionalt prosjekt som har til formål å utvikle felles rammeverk for hvordan det skal arbeide med ressursstyring på de ulike nivåene i regionen, inkludert organisering, ressurser og kompetanse
2. Styret ber om å bli holdt orientert om det videre arbeidet med å forbedre bemanningsplanlegging i Helse Sør-Øst

136-2022	Styresaker i Helse Sør-Øst RHF – status og oppfølging
-----------------	--

Oppsummering

Styret har to ganger per år fått fremlagt en oversikt over status og oppfølging av styresaker som har vært til behandling.

Sist oversikten ble behandlet i styret var i april 2022.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med september 2022 til orientering.

137-2022	Administrerende direktørs arbeidsavtale – lønnsregulering 2022
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Administrerende direktørs lønn per 1. januar 2022 reguleres med 3,8 %

138-2022	Oslo universitetssykehus HF – tomteerverv Nye Aker
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Saken ble behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

139-2022	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker i 2022 og 2023 tas til orientering.

140-2022	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Kommentarer i møtet:

Styret ber om at det legges frem en egen sak for styret om Fritt behandlingsvalg etter at Stortinget har behandlet saken.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 19. og 20. november 2022
3. Brev fra Fred Heggen
4. Brev fra Bente Odner og Randi W-Erichsen
5. Bekymringsbrev vedrørende forskning og utdanning i Nye Aker og Nye Rikshospitalet
6. Brev fra Redd Ullevål sykehus
7. Brev fra Randi Rosenqvist
8. Drøfteprotokoll RHF-KTV 15.11.22
9. Brev fra Tom Gerner og andre
10. Brev fra Eirik Jacobsen
11. Brev fra lokale partilag i Nordre Aker
12. Brev fra borettslaget Øvre Sogn
13. Brev fra Helsepolitisk forum for hele Helse Sør-Øst og Redd Ullevål Sykehus
14. Brev fra Tor Winsnes

Møtet hevet kl. 14:40

Oslo, 18. november 2022

Svein I. Gjedrem
styreleder

Nina Tangnæs Grønvold
nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Einar Lunde

Harald Vaagaasar Nikolaisen

Peder Kristian Olsen

Lasse Sølvberg

Kristin Vinje

Hilde Jacobsen
styresekretær

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Lisbeth Sommervoll, Eli Årmot, Ulrich Spreng, Trine Olsen, Kirsten Hørthe, Wes Caple, Joan Nygard, Cecilie Føreland, Toril Morken, Geir B Gundersen, John Egil Kvamsøe, Nils Jørgen Aagaard-Gjestvang, Roald Brekkhus (Falck), Hanne Misund, Hanne Juritzen, Marianne Njøten
Møtedato:	11.november 2022		
Tidspunkt:	0900-1100		
Sted:	Tyrifjord 1-2		
Møteleder:	Lisbeth Sommervoll		
Referent:	Cecilie S Monsen	Forfall:	Tom Frost, Gry L Christoffersen, Narve Furnes, Hanne S Torgersbråten

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Godkjenning av innkalling og agenda Godkjent
	Endelig godkjenning av referat fra 13.september 2022 Godkjent
TEMA	<p>«Der skoen trykker» og «Tidlig og tett på» Gjennomgang av presentasjon (vedlagt) ved Cecilie Opdan, programleder fra Spekter og Beate Ryttersveen Sand, IA team koordinator VVHF. Programmene er en nasjonal satsing på bransjespesifikke tiltak i sektorer med høyt sykefravær. Programmet <i>Der skoen trykker</i> er et systematisk, langsiktig og målrettet arbeid for å redusere sykefravær, bedre arbeidsmiljøet og styrke parts-samarbeidet. Programmet <i>Tidlig og tett på</i> er å redusere samt forebygge langvarige og hyppige fravær. <u>Innspill i møtet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Arbeidet er, og har vært, et sterkt partssamarbeid hele veien. – Det er utarbeidet godt støttemateriell og verktøy, og det anbefales klinikkene å ta det i bruk. Kontakt HR for å komme i gang med arbeidet. – Arbeidsmengde, ledelse og organisering er stikkord for et godt arbeidsmiljø. Det er viktig å arbeide bevisst og målrettet med sykefravær. – Arbeidet må også knyttes opp mot sikre pasientforløp og ARP. – Blakstad sykehus skal nå være med i pilot for <i>Tidlig og tett på</i> – BHT påpeker viktigheten av å inkluderes for en felles tilnærming.
15/2022	<p>Evaluering av sommerferieavviklingen 2022 v/ Marianne Ono Njøten. Presentasjon fra møtet ligger vedlagt. Økonomiske incentiver er utfordrende for foretaket, og alle klinikker har et overforbruk på dette området. Det må vurderes andre alternativer for neste år for å unngå overforbruket.</p>

	<p><u>Innspill i møtet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Bemanningssenteret var i år i startgropen, men vil være et godt alternativ for neste sommer. Opplæring må gis vikarene slik at de kan benyttes på flere seksjoner. – Se på muligheter for å slå sammen seksjoner i kortere perioder. Dette er et arbeid som må planlegges godt og starte umiddelbart. – Arbeide mer i team. – Det finnes pr i dag en partssammensatt gruppe som ser konkret for blant annet ferieavvikling på føde/barsel. Forslag om å etablere noe tilsvarende for øvrige fagområder. <p>Forslag til vedtak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HAMU tar årets evaluering til orientering, og ber om at evalueringen tas med i planleggingen av ferie 2023. 2. HAMU ber om at det etableres en partssammensatt gruppe som skal se på hvilke områder som kan være aktuelle å gå videre med. Direktør kompetanse etablerer gruppen i samarbeid med direktør fag.
<p>16/2022</p>	<p>Status arbeid med heltidskultur v/ Marianne Ono Njøten</p> <p>Utviklingen går i riktig retning, men det er en lang prosess. Det er vedtatt at 100 % stillinger skal være hovedregelen ved utlysning. Det er en nedgang i antall deltid i de fleste stillingsgrupper. Ulike tiltak for å øke andelen heltidsstillinger er iverksatt. Som eksempel kan nevnes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kombinasjonsstillinger • omgjøring av vikarmidler til faste stillinger • fokus på registrering og avregistrering av ønsket og uønsket deltid i personalportalen • piloter igangsatt ved Ringerike, Drammen, Kongsberg og Blakstad sykehus <p><u>Innspill i møtet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Bemanningsoppsett medfører at enkelte ønsker deltid pga stor belastning – Turnuser bør gjennomgås; unngå for mange <i>aften-dag</i> vakter – Bruke mellomvakter – Bruke 12 timers vakter – Organisasjonene, ledelse og de ansatte bør jobbe enda tettere under utarbeidelse av turnuser – Balansere ønsker og behov; veie fordeler og ulemper <p>Vedtak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HAMU tar saken om heltidskultur til etterretning. HAMU viser til at det jevnlike arbeidet med heltidskultur, herunder bruk av tiltakene, skal gjøres i klinikkene og følges opp i klinikkens AMU. 2. HAMU ønsker å følge opp jevnlig med rapportering om status på hva som blir gjort ute i klinikkene. 3. HAMU imøteser status på arbeidet med heltidskultur høsten 2023.
<p>17/2022</p>	<p>Faste skriftlige orienteringer</p> <p>Vedtak: HAMU tar de fremlagte orienteringene til etterretning.</p>

	<p>Orientering fra BHT v/Roald Brekkhus</p> <ul style="list-style-type: none"> – Det er mye individoppfølging på sykefravær. – Det kommer en forskriftsendring i 2023 hvor det stilles krav til at BHT skal mer inn i det planlagte systematiske arbeidet. BHTs rolle og mandat skal tydeliggjøres. – Ønskelig å dreie fra individoppfølging til mer systematisk og forebyggende arbeid.
	<p>Orientering fra FHVO</p> <p>Nils Jørgen Aagaard-Gjestvang orienterte om følgende: Nytt foretakshovedverneombud valgt fra 1.januar 2023; Bente Kristensen (Kongsberg sykehus), med vara Nils-Jørgen Aagaard-Gjestvang. Alle hovedverneombud er nå på plass med unntak av sentrale staber. Prosess pågår.</p>
	<p>Orientering fra HMS</p> <p>HMS sjef orienterte om følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pasientsikkerhetsuka – HMS ble løftet; arbeidsmiljø en viktig del av sikre pasientforløp. – Influensavaksineringsen er kommet godt i gang. Det ser ut til at det er større interesse for å ta vaksine i år. – Tilsyn og interne revisjoner – det har vært gjennomført mange tilsyn i 2022, og flere er på gang. Arbeidstilsynet, Branntilsyn og El-tilsyn mest vanlig. – HMS strategien går ut 2022 og skal revideres og kobles tettere opp mot Utviklingsplan 2035. Større fokus på handlingsplaner. HMS skal inn i foretakets strukturer og verktøy for kvalitet og virksomhetsstyring.

Referat

Møte:	Sentralt kvalitetsutvalg	Tilstede:	Ulrich Johannes Spreng, May Janne Botha Pedersen, Wesley Caple, Mette Wahlberg, Narve H. Furnes, Inger Meland Buene, Solveig R. Tørstad, Trine Olsen, Per-Erik Holo, Anne-Lene Egeland Arnesen, Hanne Elisabeth Wanvik Misund, Cecilie B. Løken, Eli Årnot, Gro Vik Knudsen, Anne Lise Kristensen, Hans-Christian Stoud Platou, Kirsten Hørthe, Janne Hjelm-Gabrielsen, Rune Kløvtvedt, Nina H. Kristiansen, Hanne Juritzen Gjester/gjesteforelesere: Wender Figved, Axel Simonsen, Solveig H. Midtvedt
Møtedato:	08.11.2022		
Tidspunkt:	09.00-10.30		
Sted:	Teams		
Møteleder:	Lisebeth Sommervoll		
Referent:	Per-Erik Holo	Forfall:	Lukas Månsson

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
39/2022	Godkjenning av innkalling og referat v/Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll Godkjent.
Informasjon	
40/2022	SKU SMITTEVERN (PREVALENS AV HAI, NY METODE FOR MÅLING AV DIVERSE ETTERLEVELSE) v/smittevernoverlege Mette Walberg Presentasjon av helseassosierte infeksjoner i VV. Kongsberg Sykehus har ved siste måling 0 infeksjoner. Vestre Viken ligger lavere enn landet for øvrig. Selv om vi er gode, skal vi jobbe for å bli bedre. NOST: Pålagt av FHI Verktøy for overvåking av Håndsmykkebruk Se presentasjon.
41/2022	PRESENTASJON AV DIGITALT OVERSETTELSESVERKTØY FOR HELSEPERSONELL OG MINORITETSSPRÅKLIGE PASIENTER v/Spesialrådgiver Solveig Midtvedt og seksjonsleder Axel Simonsen, LMS (Digitalt oversettelsesverktøy for helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter - Helse Sør-Øst RHF (helse-sorost.no)) Navnet: Care to Translate Team Likeverdige helsetjenester presenterte nytt digitalt oversettelsesverktøy i HSØ. Fem avdelinger i VV tester verktøyet. Verktøyet er tilgjengelig på telefonen, pc og nettbrett med 40+ språk.

	<p>CTT erstatter ikke tolk, men er et supplement i hverdagskommunikasjon når tolk ikke er tilstede.</p> <p>Ved hjelp av CTT kan det gis informasjon, korte beskjeder og avklaringer på spørsmål. Forskning viser at språkbarrierer fører til misforståelser, feilmedisinering og reinnleggelser. Manglende kommunikasjon har ført til alvorlige hendelser. Verktøyet er et viktig bidrag i arbeidet med å øke pasientsikkerheten og helsekompetansen.</p> <p>Det er grunn til å tro at verktøyet vil redusere behovet for tolk i akutte situasjoner, bidra til økt trygghet og forebygge unødvendige utgifter. Akutte tolkeoppdrag utgjør ca 10 % av tolkebudsjetten.</p> <p><i>Tilbakemelding fra SKU: Det var diskusjon rundt kostander og økonomien i å anskaffe dette og validiteten i business casen som er sendt som vedlegg til Teknologi i forbindelse med avrop.</i></p> <p>Se presentasjon.</p>
42/2022	<p>KONTINUERLIG FORBEDRINGSARBEID VED ORTOPEDISK AVDELING BS. v/avd.sjef ort.avd. BS Wender Figved</p> <p><i>60% Reduction of reoperations and complications for elderly patients with hip fracture through the implementation of a six-item improvement programme</i></p> <p>Presentasjon av hvordan man hadde arbeidet med forbedringsarbeidet ved avdelingen – se presentasjon.</p>
43/2022	<p>Referater og oversikter</p> <p>Se vedlegg.</p>

Referat

Møte:	Ungdomsrådet i Vestre Viken
Møtedato:	25.10.22
Tidspunkt:	1700-1900
Sted:	Grønland 32, Møterom Kolsås 1 og 2
Inviterte:	<p>Fra Ungdomsrådet: Andreas Rollheim Melby, Ayse Iclal, Silje Crosby, Kaja Borgersen, Elenor Amalie Iversen, Hedda Vågårøy</p> <p>Fra administrasjonen: Kurt Kleppe Josefsen Axel Simonsen</p> <p>Fra Vestre Viken Per Erik Holo, Kvalitetsseksjonen</p> <p>Forfall Andrine Bøe Ebbestad, Hanan Murad</p>

Saksliste:

Agenda	
Saker	
54/22	<p>Fellesmøte med Brukerutvalget (1700-1800)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilitetsutvalg Ved Narve Furnes • PHR Eiendomsplan, del 2 Ved Narve Furnes og Henrik Dahlstøm <p>Fra diskusjonen Både Ungdomsråd og Brukerutvalg deltok på diskusjonen. I dag er PHR fragmentert og spredt ut over hele opptaksområdet. Noen lokaler er ikke egnet til dagens behandling og det vil være behov for endringer. Noen av lokalene er leide og det er ønskelig å komme inn i egne lokaler. Det foreligger flere alternativer for hvor de forskjellige enhetene fysisk skal være og prosjektet ønsker å diskutere dette med begge råd. BU er representert i både styringsgruppe og prosjektgruppe, men Ungdomsrådet er ikke representert. Prosjektet ønsker derfor et særskilt møte med Ungdomsrådet. Dette planlegges foreløpig den 30. november.</p> <p>Vedtak: Presentasjonen tas til orientering. Ungdomsrådet inviteres til særskilt møte med prosjektet i forhold til eiendomsplanen.</p>

55/22	<p>Referat fra UR møtet 27.09</p> <p>Vedtak: Godkjent med de kommentarer som fremkom i møtet.</p>
56/22	<p>Innkommet post/aktuelle saker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protokoll BU • Leder/nestledersamling UR - HSØ • Fagkonferanse FFO 29-30/10 (Kongsberg) -19-20/11 (Sarpsborg)- • Nye medlemmer i Ungdomsrådet <p>Vedtak: Tas til orientering. Hanan deltar på konferansen på Kongsberg og Ayse deltar på konferansen i Sarpsborg. I forhold til ungdomsrådet er unge gutter spesielt fra somatikk en gruppe som er underrepresentert i rådet. Koordinator tar kontakt med barne- og ungdomsavdelingen for å be de ta initiativ til å rekruttere nye medlemmer til rådet.</p>
	<p>Spørreskjema til pasienter/ungdom Hva skal til for å få ungdommen til å svare?</p> <p>Utkast til spørsmål sendes alle på SMS.</p> <p>Vedtak: Innspill til endringer i skjemaet sendes koordinator.</p>
	<p>Status arbeidsgruppene Vi lager en plan for arbeidet i gruppene</p> <p>Fra diskusjonen: Kaja overtar som leder i PHT-gruppen Hedda går inn i nettsidegruppen Andreas går inn på voksenavdelinger sammen med Hedda Koordinator sender ut oversikt over gruppene (eget dokument med kontaktinformasjon)</p> <p>Vedtak: Alle lederne inviterer til et gruppemøte i løpet av november.</p>
	<p>Møteplan 2022 30. november (møte med avdelingssjefene)</p> <p>Møteplan 2023</p> <ul style="list-style-type: none"> • Januar

	<ul style="list-style-type: none">• Februar• Mars• April• Mai• Juni• August• September• Oktober• November• Desember <p>Vedtak: Onsdager er den dagen som passer best for flest mulig i rådet. Koordinator legger inn til forslag på dager og møteplan vedtas i neste møte i rådet.</p>
	<p>Eventuelt Når besøke NDS (fredager 13-15). Aktuelle dager? Mars 2023</p> <p>Vedtak: Rådet ønsker å besøke byggeplassen gjerne i mars. Koordinator tar kontakt med byggeprosjektet for å bestille besøket.</p>

Årsplan for styret 2022

Ajourført pr 20. november 2022

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Styreutvalg 20. januar			
Mandag 31. januar Digitalt / Teams	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2021, inkludert risikovurdering, gevinstplan og IKT. 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klinikk for intern service (KIS) Nytt sykehus Drammen Foreløpig årsresultat 2021 <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> Brukerutvalg 25. januar Styrets årsplan pr januar 	
16. februar – foretaksmøte i regi av HSØ			Oppdrag og bestilling (OBD) 2022
Mandag 28. februar Brakerøya, Drammen	<ul style="list-style-type: none"> Årlig melding 2021 Foretaksprotokoller 2021 – inkl. OBD 2022 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2022 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Drammen sykehus Nytt sykehus Drammen <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 10. februar SKU 1. februar HAMU 8. februar Brukerutvalg 22. februar Årsrapport 2021 for varslingsutvalget 	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> Styrets årsplan 	
Mandag 28. mars Fysisk – Drammen G 32	<ul style="list-style-type: none"> Årsberetning/årsregnskap 2021 Etiske retningslinjer 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2022 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> PHT Nytt sykehus Drammen ØLP 2023 -2026 Pasientombudenes årsmelding 2021 Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 10. mars Brukerutvalg 22. mars Styrets årsplan 	Eget møte mellom styret og revisor.
Styreutvalg 8. april			
25. april Fysisk – Drammen G 32	<ul style="list-style-type: none"> ØLP 2023 -2026 Revidert utviklingsplan 2035 Temasak Kompetanse og bemanning Ledelsens gjennomgang VVHF 2021 Styrende dokumenter for Vestre Viken Instruks for styret i Vestre Viken Instruks for AD i Vestre Viken 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr 31. Mars ARP-prosjektet Andre orienteringer <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> SKU referat 12. April (utgår) HAMU 5. april Brukerutvalg referat 19. april Styrets årsplan pr april 	
Styreutvalg			

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
9. mai utgår- erstattet 11. mai og 23. mai			
Mandag 30. mai Digitalt / Teams	<ul style="list-style-type: none"> Tertialrapport 1. tertial 2022 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr 30. April <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sikre pasientforløp - gevinster Nytt sykehus Drammen (notat) Klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD) Analyse Kongsberghendelsen og PHT <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> Årsrapport 2021 VVHF - endelig HAMU – 10. mai Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 27.-28. april SKU 3. mai Brukerutvalg 24. mai Styrets årsplan pr mai 	Forskning i VVHF
Styreutvalg 3. juni og 24. juni			
Mandag 20. juni Fysisk møte - Scandic	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet Styrets møteplan 2023 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2022 <p>Andre orienteringer:</p>	Styreseminar i etterkant av styremøte (kl. 14.00 – 18.00)

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Ambassadeur, Drammen		<ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen og reorganisering mottaksprosjekt NSD, Samlet Plan Helselogistikk-prosjektet Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> HAMU 7. juni Brukerutvalg 14. juni SKU 14. juni Styrets årsplan pr juni 	
Styreutvalg 16. og 22. august			
Mandag 29. august Digitalt / Teams (09.00 – 11.00)		<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. juli Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 23. juni og 25. august Brukerutvalg 23. august Styrets årsplan Tilleggsdokument Oppdrag og bestilling 2022 	
Styreutvalg 2, 9 og 14 september			
Mandag 26. september Fysisk – ved Drammen sykehus	<ul style="list-style-type: none"> Tertialrapport 2. tertial 2022 Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2023 Lønnsoppgjør 2022 for administrerende direktør 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Status nytt sykehus Drammen Referatsaker	Program styreseminar: Status økonomistyring i klinikkene

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Styreseminar 26. september		<ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 22. september • HAMU 13. september • SKU 6. september • Brukerutvalg 20. september • Styrets årsplan 	
Styreutvalg 26. og 27 oktober			
Mandag 31. oktober Digitalt / Teams Bærum sykehus, for de som ønsker å møte fysisk.	<ul style="list-style-type: none"> • Medarbeiderundersøkelsen ForBedring i VVHF 2022 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. september 2022 • BRK-prosjektet • Sårbare fagmiljøer og sykehus i nettverk • Kvalitetsindikatorer <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bærum sykehus • Nytt sykehus Drammen • Budsjett 2023 <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra HSØ 21. oktober • SKU 4. oktober • Brukerutvalg 25. oktober • Styrets årsplan 	Forskning i VVHF
Styreutvalg 11, 18,21 og 24 november			
Mandag 28. november	<ul style="list-style-type: none"> • Internfakturering av husleie 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2021 <p>Andre orienteringer:</p>	Evaluering av styrets arbeid.

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Fysisk – Drammen		<ul style="list-style-type: none"> Eiendomsplan PHR del 2 Nytt sykehus Drammen Digital transformasjon Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ16.-17. november HAMU 1. november SKU 8. november Brukerutvalg 22. november Styrets årsplan 	
Mandag 12. desember Fysisk- Drammen G32	<ul style="list-style-type: none"> Budsjett og mål 2023 Styrets årsplan 2023 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 30. november 2022 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen Fullmakter i VVHF Reevaluering NSD – erfaringer fra nytt sykehus i Østfold Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 16. desember HAMU 13. desember SKU 6. desember Brukerutvalg 13. desember Styrets årsplan 	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 103/2022 Status BRK-programmet. Det vil bli utarbeidet en konsekvensanalyse som legges frem for styret i desember.	31.10.22	12.12.22	
Sak 101/2022 Virksomhetsrapportering per. 30. September 2022. Styret ønsker å få innsikt i foretakets situasjon mht. tilgang til god styringsinformasjon.	31.10.22	30.01.23	
Sak 101/2022 Virksomhetsrapportering per. 30. September 2022. Styret bemerker at det er uheldig at prognosen endrer seg gjennom høsten og ønsker informasjon om hvordan administrasjonen sikrer styringsinformasjon som gir mer trygghet for prognosene	31.10.22	28.11.22	
Sak 90/2022 Virksomhetsrapportering pr. 2 tertial 2022. Styret ber om å få informasjon i et senere styremøte om hvordan avviklingen av Fritt behandlingsvalg vil påvirke drift og kostnader for VVHF.	26.09.22	30.01.23	
Sak 90/2022 Virksomhetsrapportering pr. 2 tertial 2022. Det rapporteres om at risiko på både kort og lang sikt innen IKT området vurderes som høy, og leveranser fra Sykehuspartner går fra grønt til gult. Dette påvirker NSD direkte med hensyn til gevinstuttak. Styret stiller spørsmål til om risikoen er høyere. En beskrivelse av «Plan B» for NSD med bakgrunn i de forsinkede leveransene fremlegges ved neste tertialrapportering.	26.09.22	27.02.23	
Sak 74/2022 Utbedring av foretakets varslingsordning. Varslingsutvalgets årsrapport fremlegges årlig for styret. Fra og med 2022 rapporteringen vil denne medfølges av en oversikt over antall og type varslings saker. Styret vil	20.06.22	27.02.23	

også få fremlagt resultater av den oppfølgingen konsernrevisjonen har varslet i 2022.			
Sak 51/2022 Temasak ARP-programmet. Styret ber om statusoppdatering på ARP-programmet hvert halvår, og klinikkene bes om å informere om status i sitt arbeid med ARP-programmet når de har innlegg for styret.	25.04.22	30.01.23	Det vises til dypdykk ved hhv Bærum og Drammen sykehus 2. halvår 2022
Sak 49/2022 Revidert utviklingsplan 2035. Styret ønsker å holdes orientert om viktige initiativer som VVHF tar som en følge av mål og tiltak i Utviklingsplanen, dette for å følge med på at "våre initiativ må henge sammen med UP".	25.04.22	Fort-løpende	Informeres under driftsorientering fra AD
Sak 116/2021 Eiendomsplan PHR del 1 – ramme for videre eiendomsutvikling. Styret ønsker å følge arbeidet i del 2 gjennom orienteringer i styremøter.	20.12.21	28.11.22	
Sak 119/ 2021 Reevaluering NSD –erfaringer fra nytt sykehus i Østfold Ny reevaluering legges frem for styret.	20.12.21	12.12.22	Lagt i årsplanen.
Sak 88/2021 Driftsorientering fra administrerende direktør. Styret får informasjon om tilsynsrapporten om Kongsberghendelsen når den foreligger.	25.10.21	28.03. 22	Informert under driftsorientering fra AD
Sak 57/2021 Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 31. mai 2021. Styret bør diskutere arbeidet med reduksjon av AML-brudd i 2022 og sette mål for dette arbeidet i foretaket.	21.06.21	12.12.22	Det rapporteres på AML-brudd ifb med virksomhetsrapporteringen

Huskeliste 2023:

- Revidering av Etske retningslinjer til styremøtet 27. Mars