

Til: Styret i Vestre Viken HF
Dato utsendt: 13. desember
Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 20. desember
Møtetid: kl. 10.00 – 14.45
Møtested: Digitalt / Teams

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, må melde fra om dette til styresekretær innen søndag 19. desember (hilde.enget@vestreviken.no).

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

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

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Hilde Enget

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
110/2021	10.00 5 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 20. desember
111/2021	10.05 5 min	Godkjenning av møteprotokoll 29. november 2021 Vedlegg: Foreløpig protokoll 29. november 2021
112/2021	10.10 20 min	Driftsorientering fra administrerende direktør Presentasjon
113/2021	10.30 10min	Virksomhetsrapport pr. 30.november Vedlegg: Virksomhetsrapport VVHF per november 2021
114/2021	10.40 30 min	Revidert Utviklingsplan 2035 - Høringsutkast Vedlegg: Høringsutkast til Utviklingsplan 2035 Presentasjon
Pause	11.10 5 min	5 min. benstrekk
115/2021	11.15 60 min	Budsjett og mål for 2022 Vedlegg: <ol style="list-style-type: none"> 1. Utkast til virksomhetsplan for 2022 2. Budsjett 2022 3. Referat fra behandling i HAMU 14.12.21 ettersendes 4. Drøftingsprotokoll fra møte med hovedtillitsvalgte og vernetjeneste 09.12.21 Presentasjon
Pause	12.15 15min	Lunsj 12.15 – 12.30
116/2021	12.30 45 min	Eiendomsplan Psykisk helse og Rus (PHR) del 1 – ramme for videre eiendomsutvikling Vedlegg: <ol style="list-style-type: none"> 1. PHR Eiendomsplan del 1 2. Tilleggsutredning - dimensjonering Orientering og presentasjon
117/2021	13.15 30 min	Avhending av eiendommer ved Drammen sykehus – orientering om salgs- og kontraktstrategi <i>Unntatt offentlighet – offentlighetsloven § 23 første ledd</i>
118/2021	13.45 30 min	Rammeverk for planlegging av forberedelse til drift og Samlet plan NSD Vedlegg: <ol style="list-style-type: none"> 1. Rammeverk for planlegging av forberedelse av forberedelse til drift og Samlet Plan 2. Samlet plan versjon 1.2
119/2021	14.15 10 min	Reevaluering NSD – erfaringer fra nytt sykehus i Østfold
120/2021	14.25 10 min	Reevaluering NSD – erfaringer etter korona
121/2021	14.35 5 min	Styrets årsplan 2022 Vedlegg: Styrets årsplan 2022

122/2021	14.40 5 min	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Foreløpig styreprotokoll fra HSØ 25. 11.212. SKU 9. 11.213. Brukerutvalg 23. 11. 21. Referat fra 14.12.21 ettersendes.4. HAMU 30.11. 14.5. Styrets årsplan 20216. Ungdomsrådet 15.12.21
123/2021	14.45	Eventuelt

Dato: 10. des. 2021
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i Vestre Viken HF	110/2021	20.12.21

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 13. desember 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 20. desember.

Dato: 10. des. 2021
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll 29. november 2021

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	111/2021	20.12.21

Forslag til vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 29. november 2021 godkjennes.

Drammen, 13. desember 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 29. november 2021

Saksbehandler: Hilde Enget

Direkte telefon: 48 16 66 24

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Drammen, Grønland 32**Dato:** 29. november 2021**Tidspunkt:** Kl. 10.00 – 15.00

Følgende medlemmer deltok:

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

Leder av Brukerutvalget Rune Kløvtveit meldte forfall. Brukerrepresentant Gudrun Breistøl deltok som observatør med møte- og talerett.

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

Navn	Funksjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør
Halfdan Aass	Direktør medisin
Ulrich Spreng	Direktør fag
Mette Lise Lindblad	Direktør økonomi
Eli Årnot	Direktør Kompetanse
Henning Aarset	Direktør kommunikasjon og samfunnskontakt
Rune Abrahamsen	Prosjektdirektør NSD (deltok i sak 107)
Jørn-Ivar Hellesnes	Beredskapsrådgiver (deltok i sak 104)
Hilde Enget	Administrasjonssjef / styresekretær

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

Sak 96/2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 97/2021 Godkjenning av styreprotokoll 25. oktober 2021

Styrets enstemmige

Vedtak:

Møteprotokoller fra styremøtet 25. oktober 2021 godkjennes.

Sak 98/2021 Driftsorientering fra administrerende direktør

Oppsummering innhold:

Administrerende direktør orienterte om bl.a. masseskadeøvelse 4. november, uværshelgen 19.-21. november og opplæring og øvelser gjennomført på Kongsberg og Bærum sykehus. Det er gitt internasjonal anerkjennelse for arbeidet for å redusere risiko for dyp infeksjon etter hofteproteser og ulike utmerkelse til ansatte i VV. Digital dialog via Helsenorge.no innført hvor pasienten kan gi beskjed 24/7 om tildelt time ikke passer, er iverksatt. På lik linje med andre helseforetak opplever VV et høyere sykefravær og mangel på vikarer. Det er iverksatt lønnsmessige tiltak overfor spesialsykepleiere og jordmødre. Helsepersonell 3. vaksinedose. Vestre Viken gikk i grønn beredskap 15. november. Per i dag er det 27 innlagte pasienter med covid-19 i helseforetaket. Det ble informert om at både Drammen og Ringerike er i gul beredskap.

Kommentarer i møtet:

Styret takker for en god orientering og gleder seg over alt det positive som skjer, til tross for krevende tider.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Driftsorienteringen tas til orientering.

Sak 99/2021 Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 31. oktober 2021

Oppsummering innhold:

Resultatet i oktober måned rapporteres i samsvar med budsjett. Tilleggsbevilgningene tilknyttet pandemien blir fortløpende inntektsført for å dekke mindreinntekter og merkostnader. Driften i oktober måned er preget av høye lønnskostnader, økte

varekostnader og fortsatt lavere pasientrettet aktivitet i somatisk virksomhet sammenholdt med budsjettet.

Kommentarer i møtet:

Det registreres en slitenhet blant ansatte som over tid har stått i en krevende situasjon. Det er viktig at det er en fortløpende dialog med HSØ om de utfordringene dette innebærer. Det legges merke til at flere behandlinger forsinkes pga. høyere smittetrykk i befolkningen og flere innleggelseser, men at det er variasjoner mellom sykehusene. Det er igangsatt et arbeid med å øke andelen intensivsykepleiere i VVHF, dette er også et prioritert arbeid fra sentrale helsemyndigheter.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret tar virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2021 til orientering.

Sak 100/2021 Revisjon Utviklingsplan 2035

Innledende presentasjon til behandling av saken ved direktør fag.

Oppsummering innhold:

Revisjon av utviklingsplan inngår i en syklus frem til ny Nasjonal helse- og sykehusplan 2024-2027. Planen skal:

- beskrive dagens situasjon, utfordringer og muligheter
- ta opp føringer i NHSP 2020-2023, regional UP 2035 og HSØ styresak 043-2021 «Premisser og føringer for arbeidet med lokale utviklingsplaner»
- gi innspill til revidert regional utviklingsplan og neste NHSP

Det er lagt opp til en stram tidsplan før styrebehandling, høringsprosess og oversendelse til Helse Sør-Øst 1. mai 2022.

Kommentarer i møtet:

VVHF er en kompetansebedrift hvor de ansatte er grunnlaget for pasientbehandlingen. Hvordan vi kan bruke andre arbeidsmetoder og vår kompetanse på en ny måte, vil måtte være en del av løsningen. Det er behov for å jobbe mer i team og øke oppgavedelingen mellom ulike yrkesgrupper, for å møte utfordringen knyttet til kritisk kompetanse. Med tanke på erfaringen vi har gjort oss med koronasituasjonen, bør utviklingsplanen vie mer oppmerksomhet knyttet til økt fleksibilitet og sikre rett bruk av kompetanse. Styreleders forventning er at bærekraftig økonomi blir omtalt som en forutsetning for utviklingsplanen.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Saken tas til orientering.

Sak 101/2021 Budsjett 2022 og økonomisk langtidsplan

Innledende presentasjon til behandling av saken ved direktør økonomi.

Oppsummering innhold:

Tilpasning av virksomheten til rammeforutsetningene for 2022 vil kreve mye av organisasjonen. Pandemien påvirker fortsatt driften, og medfører noe redusert aktivitet og høyt sykefravær. Tilgang på kritisk kompetanse er en utfordring for alle helseforetak. Det er påkrevet å intensivere arbeidet med gevinstplanen, og identifisere ytterligere tiltak for omstilling og forbedring av driften.

Kommentarer i møtet:

Arbeidet med tiltak og gevinstrealisering er i stor grad satt på vent under pandemien. Aktuelle tiltak i budsjett 2022 må konsekvensutredes, slik at tiltakene som velges er de med ønskede langsiktige effekter. Dersom foretaket vil vurdere å utsette investeringer, må også det konsekvensutredes.

Styret uttrykte bekymring for vekst innenfor behandlingshjelpemidler, pasientreiser og ambulansetjenesten. Dette er områder som har vokst mer enn veksten i rammefinansieringen og innebærer dermed en vridning av midler fra øvrige aktiviteter i sykehusene.

Økte energipriser er også en bekymring. Det er ønskelig at det under AD sin orientering i styremøte 20. desember informeres om hvilke tiltak som iverksettes innenfor energiøkonomisering.

VVHF hadde en utfordring knyttet til antall årsverk før pandemien, og dette har blitt forsterket under denne. Siden budsjettet for 2022 skal fremlegges uten koronaeffekter, er det viktig at rapporteringen blir tydelig på hvilke årsverk som er direkte koronarelaterte, slik at utfordringsbildet i underliggende drift blir klarere.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 102/2021 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Innledende presentasjon til behandling av saken ved direktør fag.

Oppsummering innhold:

Gjennom driftsavtalene er kvalitetsindikatorne en del av virksomhetsstyringen i Vestre Viken, og disse skal brukes aktivt i forbedringsarbeidet. Rapporteringen på utvalgte kvalitetsindikatorer følger den ordinære resultatrapporteringen tertialvis. Hver klinikk har definert minst tre indikatorer som skal følges særskilt opp gjennom oppfølgingsmøter.

Kommentarer i møtet:

Styret takker for en god gjennomgang. Det er en betryggelse at kvalitetsindikatorerne benyttes aktivt. Det er positivt at det er åpenhet rundt forbedringer. Det imøteses at VVHF arbeider videre med å tilgjengeliggjøre denne type informasjon til pasientene på hjemmesidene.

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 103/2021 Implementering av rammeverk for virksomhetsstyring i HSØ

Oppsummering innhold:

Administrerende direktør mener at foretaket har etablert tilfredsstillende rutiner for virksomhetsstyring. Disse er i samsvar med rammeverket for virksomhetsstyring vedtatt av styret i HSØ. Tilgang på arbeidskraft med spesialisert kompetanse er den største utfordringen i helsetjenesten nå. Videre arbeid med tilpasning av bemanning til aktivitet og tiltak for å kvalifisere, rekruttere og beholde personell er påkrevet. Det må legges til grunn at det er en kontinuerlig forbedring også på dette området.

Kommentarer i møtet:

Rammeverket som Helse Sør-Øst legger til grunn oppleves som et godt rammeverk. Styret bemerker at det er positivt at VVHF har inkludert vernetjenesten i sine prosesser for virksomhetsstyring. Det ble gitt innspill til figuren som beskriver de prosesser som ligger til grunn for virksomhetsstyringen i Vestre Viken, særlig viktig er det at handlinger identifiseres under overskriften «korrigeringer». Det bemerkes at bemanningsstyring og kompetanse synliggjøres også i denne saken, dette viser hvor overgripende disse utfordringene er.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar saken til etterretning.

Sak 104/2021 Beredskapsutvikling – Beredskapsplaner i VVHF

Oppsummering innhold:

Vestre Viken HFs beredskapsplaner skal bidra til å sikre at foretaket er i stand til å levere nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen, at pasienter, ansatte og pårørendes helse, miljø og sikkerhet ivaretas, og at foretakets samlede ressurser utnyttes på beste mulige måte ved kriser og katastrofer i fredstid og i krig.

Kommentarer i møtet:

I den administrative planen står det: «Vestre Vikens styre informeres normalt i situasjoner der ledelsen i Helse Sør-Øst varsles». Styreleder ber om at begrepet «normalt» tas ut av planen da styret alltid skal informeres i situasjoner der Helse Sør-Øst varsles. I den operative planen bes det om at det klargjøres at administrasjonen bistår med informasjon til hele styret.

Styret ber om at det kommer tydelig frem at fullmakter som ligger til administrerende direktør i en ordinær situasjon også gjelder i kriser.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret tar den administrative beredskapsplanen til etterretning og den operative planen for foretakets sentrale beredskapsledelse til orientering.

Sak 105/2021 Avhending av garasje ved Ringerike sykehus**Oppsummering innhold:**

En opprydding i et eiendomsforhold der bruksretten ikke lenger er i VVHF.

Kommentarer i møtet:

Ingen kommentarer.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret i Vestre Viken HF godkjenner salg av gnr 44 bnr 104 i 3007 Ringerike kommune.

Sak 106/2021 Fullmakt til administrerende direktør for utnevning av styremedlemmer Emma Hjort Boligselskap**Oppsummering innhold:**

Styrene i Stiftelsen Blakstad Sykehus Boligselskap og Stiftelsen Emma Hjorth Boligselskap har arbeidet med å slå sammen de to stiftelsene til én. Begge styrene har vedtatt at de går inn for sammenslåingen, og søknad om dette er sendt til Stiftelsestilsynet. Sammenslåingen skjer ved at Stiftelsen Blakstad Sykehus Boligselskap blir innfusjonert i Stiftelsen Emma Hjort Boligselskap. Det må velges nytt styre for stiftelsen. Dette skal etter vedtektene utnevnes at styret i Vestre Viken HF.

Kommentarer i møtet:

Styret oppfordrer styret i stiftelsen om å revurdere behovet for 7 varamedlemmer i sitt styre. Styret legger til grunn at ansatte i VVHF som sitter styret i hel- eller deleide virksomheter ikke mottar honorarer for dette, i tråd med vanlig praksis. Foretaket bes

derfor vurdere praksisen med styrehonorar. Styret vil også anbefale at VV styremedlemmer i stiftelsen gjør samme vurdering.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å utnevne styremedlemmer med personlige varamedlemmer i stiftelsen Emma Hjort Boligselskap.

Sak 107/2021 Andre orienteringer

- Statusrapport Nytt sykehus Drammen
- Rammeverk for planlegging av forberedelser til drift – Samlet Plan

Kommentarer i møtet:

Samlet Plan er et bindende dokument for VVHF og skal behandles og godkjennes i styret den 20. desember.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Notatene ble tatt til orientering.

Sak 108/2021 Referatsaker

1. Styreprotokoll fra HSØ 21. oktober
2. Brukerutvalg 19. oktober
3. Ekstraordinært HAMU 26. oktober
4. Styrets årsplan
5. SKU 12.10.21
6. SKU 09.11.21
7. Styreutvalg 19.11.21

Sak 109/2021 Eventuelt

Ingen saker.

Drammen 29. november 2021

Siri Hatlen
styreleder

Margrethe Snekkerbakken
nestleder

Bovild Tjønn

Tom Roger Heggelund Frost

Heidi Elisabeth Neverdal Haugen

Robert Bjercknes

Ane Rongen Breivega

Hans-Kristian Glesne

Toril Anneli Kiuru Morken

Gry Lillås Christoffersen

Dato: 13.12.2021
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering pr. 30. november 2021

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	113/2021	20.12.2021

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. 30. november 2021 til orientering.

Drammen 13. desember 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. 30. november i tråd med styrets årshjul.

Saksutredning

De viktigste resultatene knyttet til økonomi, aktivitet, kvalitet og bemanning pr. 30. november 2021 er oppsummert i måltavlen under:

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	15 226	219 472	190 000		
		Mål	20 334	223 667	244 000		
		Avvik	-5 108	-4 195	-54 000		
		I fjor	141 299	270 758	272 939		
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	9 738	100 367	109 292		
		Mål	10 652	109 236	118 957		
		Avvik	-914	-8 869	-9 665		
		I fjor	9 156	96 636	105 223		
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	16 319	159 452	172 362		
		Mål	17 178	162 405	175 678		
		Avvik	-859	-2 953	-3 316		
		I fjor	15 934	153 658	167 124		
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	8 483	83 815	90 523		
		Mål	8 795	80 754	87 150		
		Avvik	-312	3 061	3 373		
		I fjor	8 443	77 723	84 324		
5	KVALITET Telefon- og videokonsultasjoner ANDEL	Virkelig	10,6%	13,1%	13,0%		
		Mål	15,0%	15,0%	15,0%		
		Avvik	-4,4%	-1,9%	-2,0%		
		I fjor	0,0%	0,0%	13,6%		
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk	Virkelig	57	56	54		
		Mål	54	54	54		
		Avvik	3	2	0		
		I fjor	60	59	59		
7	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	39	43	41		
		Mål	38	38	38		
		Avvik	1	4	3		
		I fjor	40	41	40		
8	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	73 %	69 %	70 %		
		Mål	70 %	70 %	70 %		
		Avvik	3 %	-1 %	0 %		
		I fjor	69 %	71 %	72 %		
9	HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 864	7 795	7 795		
		Mål	7 597	7 705	7 705		
		Avvik	267	90	90		
		I fjor	7 733	7 637	7 637		
10	HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	8,5 %	7,9 %	7,8 %		
		Mål	6,6 %	7,0 %	7,0 %		
		Avvik	1,9 %	0,9 %	-0,8 %		
		I fjor	8,0 %	8,1 %	8,1 %		
11	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	2,7 %	2,9 %	2,9 %		
		Mål	0,0 %	0,0 %	0,0 %		
		Avvik	2,7 %	2,9 %	2,9 %		
		I fjor	2,6 %	2,4 %	2,4 %		

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

Økonomi

Totalresultat pr. november viser et overskudd på 219,5 MNOK som er 4,2 MNOK under budsjett. Resultatet pr. november inkluderer inntektsføring av 471,2 MNOK i covid-midler og 91,5 MNOK i basisøkning som følge av økte pensjonskostnader.

Kostnadene er 383 MNOK høyere enn budsjett pr. november, hvorav 82,2 MNOK er knyttet til økte pensjonskostnader. Aktuarberegninger foretatt i 2021, gir en økning i pensjonskostnader på 89,6 MNOK for året, med en månedlig effekt på 7,5 MNOK i forhold til budsjettert kostnad.

ISF-inntektene er fortsatt vesentlig lavere enn budsjett. Lavere aktivitet forklares av fravær, kompetansemangel og rekrutteringsutfordringer ved enkelte avdelinger. Pandemiens utvikling de siste månedene har igjen medført at sykehusene har økt beredskapsnivået og aktiviteten er redusert på grunn av tilpasning av driften til situasjonen.

Lønnskostnadene (eks. pensjonsøkning) er samlet sett 169,1 MNOK over budsjett pr. november. Sommerferieavvikling, sykdom og koronarelatert fravær har gitt økt forbruk av årsverk. Årets lønnsoppgjør bidrar også til det negative budsjettavviket da dette gir høyere lønnsvekst enn forutsatt i budsjett 2021. Årets samlede effekt er estimert til merkostnader på ca. 30 MNOK. Pr. november er 188,4 MNOK kodet som koronarelatert lønn. Innleie er 30,4 MNOK høyere enn budsjett hittil i år. Overforbruket på innleie skyldes rekrutteringsutfordringer og personellmangel ved enkelte avdelinger i tillegg til fravær og ferieavvikling. Foretaket ligger fortsatt høyt på månedsverk.

Varekostnader er 74,9 MNOK høyere enn budsjett, og skyldes økte medikamentkostnader, både H-resepter og medikamenter gitt i sykehus. Det er også høyere kostnader til laboratorierekvisita vedrørende koronatester. ISF-refusjoner på H-resepter er 45,6 MNOK høyere enn budsjett, og oppveier mer enn kostnadsøkningen på dette området.

Gjestepasientkostnader innen lab. er høyere enn budsjett som følge av pandemien, men lavere for annen aktivitet. Positivt avvik på andre driftskostnader i november måned er knyttet til avregning fra Sykehusapotekene og Sykehuspartner. Negativt avvik på andre driftskostnader hittil i år skyldes først og fremst høyere kostnader til byggvedlikehold som er 43,1 MNOK mer enn budsjettert pr. november. Dette vil utlignes mot tilsvarende lavere investeringer.

Koronaeffekter

Virksomheten har en betydelig inntektssvikt som følge av koronasituasjonen, i tillegg til økte kostnader. Foretaket har rapportert totale negative koronaeffekter på 505,2 MNOK hittil i år.

Det er beregnet at koronapandemien har gitt et fall i pasientrelaterte inntekter på 224,3 MNOK akkumulert pr. november. I november måned er disse inntektene 28,8 MNOK lavere enn budsjett. Aktiviteten i år har i perioder vært redusert på grunn av gul beredskap og koronautbrudd ved flere av sykehusene, økt smitte i samfunnet og økt antall innleggelser av pasienter med covid-19. Dette har gitt lavere ISF-inntekter, gjestepasient- og andre pasientrelaterte inntekter. På grunn av fravær, manglende tilgang på nødvendig kompetanse og rekrutteringsutfordringer har det ved enkelte avdelinger vært redusert antall pasientbehandlinger i høst. Det har den siste tiden vært økende antall innlagte pasienter med covid-19-smitte. Vestre Viken er nå i gul beredskap, og dette påvirker aktiviteten i sykehusene.

Koronapandemien har også gitt et negativt avvik på øvrige driftsinntekter, blant annet knyttet til salg fra kiosk og kantiner.

Netto økning i kostnader knyttet til pandemien er beregnet til 8,4 MNOK i november måned og 286,2 MNOK akkumulert pr. november. Dette er i hovedsak lønn, varekostnader og andre driftskostnader.

Koronamidler

Foretaket ble tildelt 82,7 MNOK i koronamidler i budsjett 2021 og overførte 102,2 MNOK fra 2020 for å dekke koronaeffekter i 2021. I tillegg er foretaket blitt bevilget ytterligere 363,3 MNOK i løpet av 2021 for å kompensere for effektene av koronapandemien. Herav er 51,5 MNOK til dette og andre øremerkede formål. Pr. november er det inntektsført totalt 471,2 MNOK for å utligne de negative resultateffektene av pandemien, inkludert inntektsføring av tilskudd for å møte avskrivningskostnaden på investeringer som en følge av pandemien. Foretaket har dermed inntektsført de totale ikke-øremerkede midler for å dekke koronakostnader for 2021. Det er 77 MNOK i rest til øremerkede formål, inklusive investeringstilskudd.

Covid-midler	Total bevilgning	Inntektsført hittil i år	Rest
Ikke øremerkede covid-midler			
Midler avsatt pr 31.12.2020	58,2	58,2	0,0
Bevilgede midler i budsjett 2021	82,7	82,7	0,0
RNB kompensasjon for tapte inntekter	164,1	164,1	0,0
HSØ tildeling	147,8	147,8	0,0
Avsatt til senere perioder	0,0	0,0	0,0
Sum ikke øremerkede midler	452,7	452,7	0,0
Investeringstilskudd	44,0	2,8	41,2
Øremerkede midler bevilget i 2021	51,5	15,6	35,8
SUM covid-midler	548,2	471,2	77,0

Ordinær drift

Foretakets resultat er i stor grad påvirket av koronapandemien. Kartleggingen av koronakostnader tar utgangspunkt både i faktiske kostnader som er ført på koronaprojekt, og estimerer/ beregninger. Pasientrelatert inntektstap som skyldes pandemien, er definert av Helse Sør-Øst til å være samlet avvik mot budsjett, selv om også andre forhold påvirker inntektene. Lønnskostnader (og årsverk) som er kodet med koronaprojekt, kan inkludere både den sykemeldte og vikaren, og kan således være angitt for høyt. Andre områder estimeres av klinikkene basert på egne vurderinger og tolkninger. Fordi koronarapporteringen baseres på subjektive vurderinger og tolkninger, er det vanskelig å gi en presis angivelse av resultat av det som defineres som ordinær drift. Foretaket er opptatt av å sikre samsvar mellom ressursbruk og aktivitet, og sørge for at ekstraordinære årsverk og særskilte koronakostnader avvikles i takt med at pandemiens påvirkning på foretakets drift reduseres.

Det legges opp til at budsjett 2022 skal ta utgangspunkt i et normalt driftsår, uten særlige koronaeffekter. Det betyr at aktivitetsnivået må økes i forhold til dagens nivå, og at både årsverk og driftskostnader må reduseres vesentlig. For å sikre riktig styringsfart inn i 2022 var det planlagt å iverksette målrettede tiltak for å øke aktiviteten og tilpasse bemanningen til forventet aktivitetsnivå fremover. Planene er nå utsatt som følge av pandemiens utvikling, og det forventes at desember resultat også vil bli sterk preget av pandemien med redusert aktivitet og høye kostnader/fravær.

Prognose

Prognosen er forverret med ytterligere 34 MNOK og årsprognosen rapporteres nå på 190 MNOK, 54 MNOK lavere enn budsjett. Endringen skyldes pandemiens utvikling de siste par månedene og forventning om fortsatt stor effekt i desember regnskap. Prognosen inkluderer

Økte driftskostnader til byggvedlikehold over drift med 47 MNOK. Dette innebærer at det faktiske avviket mot budsjett utgjør 7 MNOK, da vedlikeholdskostnadene utliknes mot lavere investeringer. Samlet likviditetsoppbygging fra årets resultat og investeringer vil følgelig kun avvike med 7 MNOK, forutsatt at prognosen oppnås.

Prognosen tar ikke høyde for inntektsføring av øremerkede koronamidler, da midlene skal utlignes mot faktiske kostnader når de inntreffer. Prognosen inkluderer økte pensjonskostnader og økt basisinntekt som følge av dette. Det er lagt inn økte lønnskostnader som følge av overforbruk hittil i år, forventet overforbruk ut året, midlertidig korona kompensasjonsordning og effektene av årets lønnsoppgjør. Det er også tatt høyde for økte varekostnader og kjøp av tjenester inkludert fritt behandlingsvalg. Det er risiko knyttet til estimatet.

Aktivitet

Somatikk

Samlet aktivitet pr. november i antall "sørge-for" ISF-poeng er 8920 poeng lavere enn budsjett. Dette forklares av lavere aktivitet på grunn av koronapandemien, og et fall i øyeblikkelig hjelp innleggelser. Det er reduksjon i døgnaktivitet som gir størst utslag i DRG-poeng, og som utgjør den største utfordringen for foretaket. Antall døgnopphold er 6440 bak plan pr. november. Dagopphold er 176 foran plan. Dagkirurgi er 2525 opphold bak plan og antall polikliniske konsultasjoner er 2537 bak plan.

Som følge av aktivitetsreduksjonen er det etterslep i pasientbehandlinger på flere områder. Klinikken gjennomfører planer for å redusere etterslepet. Fravær, kompetansemangel og rekrutteringsutfordringer har på enkelte områder forsinket opptrapping av aktivitet.

Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus

Poliklinisk aktivitet er pr. november 3,8 % over budsjett innen BUP. Innen VOP/TSB ligger poliklinisk aktivitet 1,8 % under målkravet. Aktivitetsnivået i høst har ikke kommet helt opp på samme nivå som på vårparten. En rekke tiltak er igangsatt, som f.eks. kveldspoliklinikker og rekruttering, flere gruppebehandlinger, økt produktivitet i FACT-team. Samtidig har det gjennom høsten vært en utfordring med høyt fravær (egen sykdom, hjemme med sykt barn, karantene), samt høy turnover. Ekstramidler tildelt gjennom prop. 195S muligheter gir for videre aktivitetsvekst, men vil først få effekt fra 2022.

Telefon- og videokonsultasjoner

Andelen telefon- og videokonsultasjoner ligger på 13,1 % pr. november. Målet i 2021 er 15 %. Psykisk helsevern ligger over målkravet. Totalt for året forventer man en andel telefon- og videokonsultasjoner på 13 %. I forbindelse med Vestre Vikens program for digital hjemmeoppfølging er det startet flere prosjekter som vil øke andelen av digitale konsultasjoner i 2022.

Kvalitet

Ventetid somatikk

Ventetiden innen somatikk var 57 dager i november og er 56 dager hittil i år. Dette er noe over målet hittil og skyldes hovedsakelig pandemien. Klinikken prioriterer pasienter slik at ventetiden er forsvarlig.

Ventetid psykisk helse og rus

Innen PHR er ventetiden samlet i november 39 dager og hittil i år 43 dager. For alle fagområder er ventetiden noe lengre enn målet, men innen VOP er ventetiden lavere enn målet i månedene fra september. Antall henviste pasienter er høyt, og bemanningen innen barne- og ungdomspsykiatrien økes. Det er planlagt kveldspoliklinikk både innen BUP og VOP for å øke aktiviteten.

Pakkeforløp for kreft

Vestre Viken ligger omtrent på målkravet på 70 % med 69 % pr. november, og har ligget over 70 % i månedene september-november. Området følges tett opp på de ulike fagområdene, og de igangsatte forbedringene har ført til at flere pasienter får sin behandling innen standardforløpstidene.

HR

Brutto månedsverk

Gjennomsnittlig brutto månedsverk pr. desember er 7795, som tilsvarer 90 brutto månedsverk mer enn budsjett. I brutto månedsverk inngår gjennomsnittlig 136 månedsverk knyttet til korona. Koronarelaterte årsverk fra august til november er som planlagt lavere enn tidligere perioder, men har en økning i desember.

Sykefravær

Det var gjennomsnittlig 8,5 % sykefravær pr. oktober. Så langt i 2021 er korttidsfraværet på 2,5 %. I september og oktober er korttidsfraværet over 3 %, som er høyt sammenlignet med tidligere perioder. Det er viktig at ansatte holder seg hjemme når de har symptomer på enten luftveissymptomer eller covid-19.

Spekter har i samarbeid med Inkluderende Arbeidsliv (IA) i sykehusene utviklet metodikken «Der skoen trykker». Dette er en målrettet, systematisk og langsiktig metodikk for å redusere og forebygge sykefravær gjennom tiltak for å bedre arbeidsmiljøet. Vestre Viken vil ta i bruk metodikken i løpet av 2022.

AML-brudd

Pr. november var gjennomsnittlig andel AML-brudd 2,9 % av alle vakter i foretaket, noe som er høyere enn forventet. Flere klinikker melder at det er krevende å dekke opp ledige vakter på grunn av vikarmangel. Særsilt akutt- og intensivseksjoner opplever høy aktivitet knyttet til covid-19 og annen sykdom. Dette i kombinasjon med høyt sykefravær medfører en økning i AML-brudd.

AML-bruddene begrunnes i hovedsak med å ivareta nødvendig kompetanse (35 %) eller dekke opp for sykefravær (27 %), og særlig korttidssykefravær. I november knyttes 6 % av AML-brudd direkte til covid-19. Samlet arbeidet tid pr. dag og arbeidsfri før vakt er de hyppigste bruddtypene. AML-brudd følges opp med klinikkene i oppfølgingsmøtene med administrerende direktør.

Administrerende direktørs vurderinger

Det rapporteres et resultat akkumulert pr. november på 4,2 MNOK lavere enn budsjett. Tilleggsbevilgningene tilknyttet pandemien har blitt fortløpende inntektsført for å dekke mindreinntekter og merkostnader, og ikke-øremerkede midler er pr. november inntektsført i sin helhet. Prognosen er derfor ytterligere forverret som følge av pandemiens store innvirkning på driften. Årets resultat forventes å ende om lag 54 MNOK lavere enn budsjett. Siden det negative avviket inkluderer merforbruk vedlikehold på 47 MNOK, som møtes av lavere investeringer, er det negative avviket ikke så stort som det fremstår. Oppbygging av likviditet i samsvar med plan for økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD blir følgelig ikke vesentlig svekket i 2021.

Driften i november måned er preget av høye lønnskostnader, økte varekostnader og fortsatt lavere pasientrettet aktivitet i somatisk virksomhet sammenholdt med budsjettet. Sykefravær har medført manglende kapasitet til å gjennomføre planlagte operasjoner. Det har også medført ekstra kostnader som følge av dyre vikartimer. Desember måned kommer også til å være preget av høye lønnskostnader og lavere aktivitet enn forutsatt i budsjett.

Den høye aktiviteten innen barne- og ungdomspsykiatrien og rekrutteringsutfordringer, medfører at vi ikke når ventetidsmålet. Det jobbes med tiltak for å bedre situasjonen, men konkurransen om arbeidskraft er stor. Øvrige kvalitetsindikatorer viser at det er god kontroll på driften.

Tilpasning av bemanning til forventet aktivitet, og kontroll på varekostnadene er de viktigste områdene foretaket nå arbeider med inn mot budsjett 2022.

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

Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr. 30. november 2021

Sak 113/2021
Virksomhetsrapportering
pr. november 2021



Måltavle pr november – Økonomi og aktivitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	15 226	219 472	190 000
		Mål	20 334		
		Avvik	-5 108		
		I fjor	141 299		
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgnet, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	9 738	100 367	109 292
		Mål	10 652		
		Avvik	-914		
		I fjor	9 156		
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	16 319	159 452	172 362
		Mål	17 178		
		Avvik	-859		
		I fjor	15 934		
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	8 483	83 815	90 523
		Mål	8 795		
		Avvik	-312		
		I fjor	8 443		

Prognosen inkluderer inntektsføring av covid-midler på tilsammen 490,4 MNOK

Måltavle pr november – Kvalitet

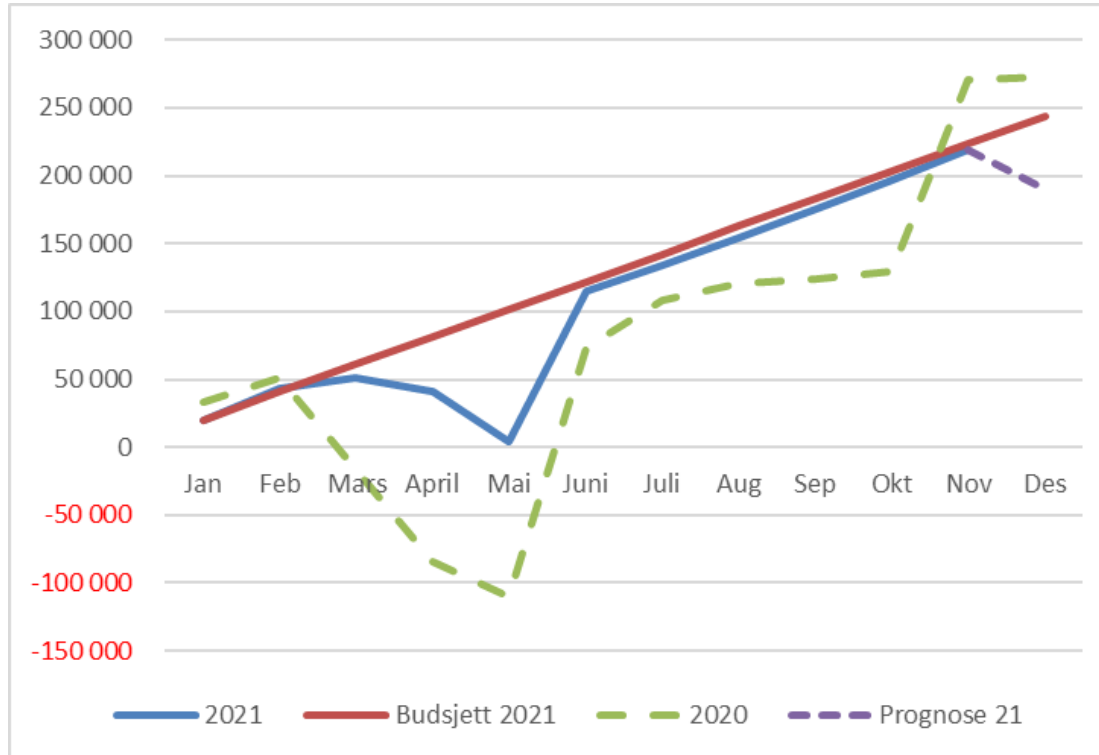
Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose		
5	KVALITET Telefon- og videokonsultasjoner ANDEL	Virkelig	10,6 %	13,1 %	13,0 %		
		Mål	15,0 %			15,0 %	
		Avvik	-4,4 %			-1,9 %	-2,0 %
		I fjor	0,0 %			0,0 %	13,6 %
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk	Virkelig	57	56	54		
		Mål	54			54	
		Avvik	3			2	0
		I fjor	60			59	59
7	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	39	43	41		
		Mål	38			38	
		Avvik	1			4	3
		I fjor	40			41	40
8	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	73 %	69 %	70 %		
		Mål	70 %			70 %	70 %
		Avvik	3 %			-1 %	0 %
		I fjor	69 %			71 %	72 %

Måltavle pr november

Vestre Viken HF		Denne måned			Hittil i år		Prognose	
9	HR	Virkelig	7 864		7 795		7 785	
	Brutto månedsverk	Mål	7 597		7 705		7 705	
	ANTALL	Avvik	267		90		80	
	(neste måned)	I fjor	7 733		7 637		7 637	
10	HR	Virkelig	8,5 %		7,9 %		7,8 %	
	Sykefravær i PROSENT	Mål	6,6 %		7,0 %		7,0 %	
	(etterskuddsvis)	Avvik	1,9 %		0,9 %		-0,8 %	
		I fjor	8,0 %		8,1 %		8,1 %	
11	HR	Virkelig	2,7 %		2,9 %		2,9 %	
	AML brudd	Mål	0,0 %		0,0 %		0,0 %	
	ANDEL	Avvik	2,7 %		2,9 %		2,9 %	
		I fjor	2,6 %		2,4 %		2,4 %	

Sykefravær rapporteres for foregående måned og brutto månedsverk viser neste måned i kolonnen for denne måned

Resultatutvikling – akkumulert





VESTRE VIKEN

Resultatprognose

Prognosen viser et årsresultat som er 54 MNOK bak budsjett. Prognosen er redusert pga. reduserte pasientrelaterte inntekter, høye varekostnader, høye lønnskostnader og økte kostnader til fritt behandlingsvalg. Rekrutteringsproblemer og fravær har redusert antall pasientbehandlinger og operasjoner utført i høst.

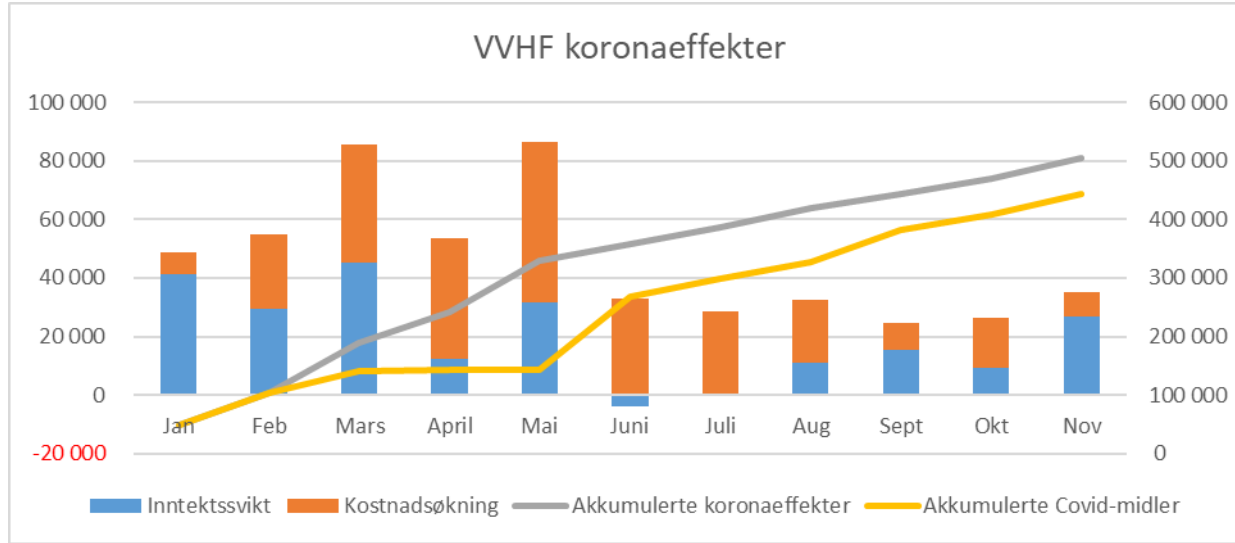
Prognose inkluderer:

- Inntektsføring av bevilgede covid-midler på til sammen 490 MNOK
- Økte pensjonskostnader sfa. ny aktuarberegning januar 2021 på 89,6 MNOK og basiskompensasjon på 99,8 MNOK (netto gevinst 10,1 MNOK)
- Forventede koronaeffekter - hovedsakelig som reduksjon i pasientrelaterte inntekter, økt varekost, økt innleie og økte lønnskostnader. Sykehusene er i gult beredskap fra desember 2021.
- Byggvedlikehold 47 MNOK mer enn budsjettet
- Estimert merforbruk på årets lønnsoppgjør på 31,7 MNOK (økning fra 2,2 % til 2,82 %)

pr november 2021	Budsjett	Estimat	Avvik	Avviks
	i år	2021		%
Basisramme inkl. KBF	6 359 160	6 491 610	132 450	2,1 %
ISF inntekter	3 127 710	2 946 498	- 181 212	-5,8 %
Gjestepasientinntekter	159 562	156 062	- 3 500	-2,2 %
Andre pasientrelaterte inntekter	524 386	571 086	46 700	8,9 %
Øvrige driftsinntekter	465 644	845 224	379 580	81,5 %
Gevinst ved avgang av anleggsmidler		3	3	
SUM Inntekter	10 636 462	11 010 483	374 021	3,5 %
Varekostnader	1 426 652	1 505 952	- 79 300	-5,6 %
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	855 956	883 656	- 27 700	-3,2 %
Innleid arbeidskraft	26 667	60 867	- 34 200	-128,2 %
Lønnskostnader	6 510 853	6 795 934	- 285 081	-4,4 %
Avskrivninger og nedskrivninger	311 191	300 295	10 896	3,5 %
Andre driftskostnader	1 254 593	1 270 230	- 15 637	-1,2 %
SUM Driftskostnader	10 385 913	10 816 934	- 431 021	-4 %
Netto finanskostnader	6 549	3 549	3 000	45,8 %
Resultatet	244 000	190 000	- 54 000	28 %

Det er risiko i prognosen knyttet til aktivitetsutvikling og pandemien
















Koronaeffekter hittil i år



Hittil i år er det beregnet 505,2 MNOK i negative koronaeffekter (tapte inntekter + økte kostnader). Det er inntektsført 444,5 MNOK av covid-midler for å nulle negativt resultatavvik i regnskapet hittil i år (ikke øremerkede midler)

VESTRE VIKEN

Budsjettavvik per klinikk

Avvik mot budsjett pr november	Inntekter		Kostnader		RESULTAT		
	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	Avvik som % av total budsjett	
Drammen sykehus	- 106 168	-5,7 %	- 117 163	-6,3 %	- 223 332	-12,0 %	
Bærum sykehus	- 62 981	-5,6 %	- 68 711	-6,1 %	- 131 692	-11,8 %	
Ringerike sykehus	- 20 294	-3,3 %	- 23 344	-3,9 %	- 43 638	-7,2 %	
Kongsberg sykehus	- 37 337	-11,4 %	- 9 782	-3,0 %	- 47 119	-14,3 %	
Intern Service	8 537	1,4 %	472	0,1 %	9 008	1,5 %	
Psykisk Helse og Rus	16 392	1,0 %	- 75 293	-4,6 %	- 58 901	-3,6 %	
Prehospital Tjenester	5 804	1,9 %	- 11 495	-3,7 %	- 5 690	-1,8 %	
Medisinsk Diagnostikk	50 246	6,9 %	- 41 638	-5,7 %	8 608	1,2 %	
Stabene	14 145	1,3 %	5 008	0,0 %	19 153	3,7 %	
Byggvedlikehold	- 7 542		- 35 541	-80,9 %	- 43 083	-98,1 %	
Varekost BHM			- 2 967	-2,4 %	- 2 967	-2,4 %	
SP IKT			12 372	3,0 %	12 372	3,0 %	
Pasientreiser	8 878		- 11 510	-0,1 %	- 2 631	-3,0 %	
Overordnet VVHF	506 339	-37,4 %	223 043	-0,1 %	729 382	64,6 %	
Resultat hittil i år	376 019	-3,9 %	- 156 548	-1,6 %	219 471	2,3 %	

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

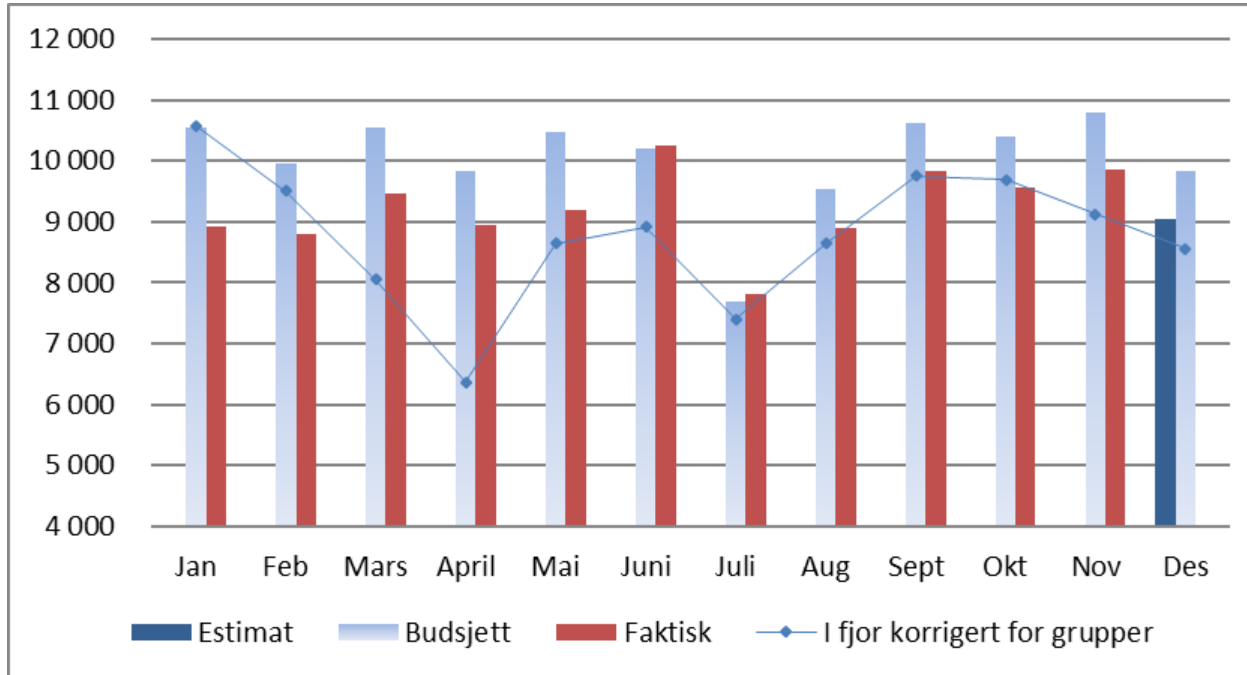
Rapporterte koronaeffekter

- Koronaeffekter er i tråd med rapportering til HSØ
- Felles inkluderer det meste av inntektsføring av covid-midler
- Negativ resultateffekt i klinikkene og stabsområder er 35 MNOK i november, og 503 MNOK hittil i år

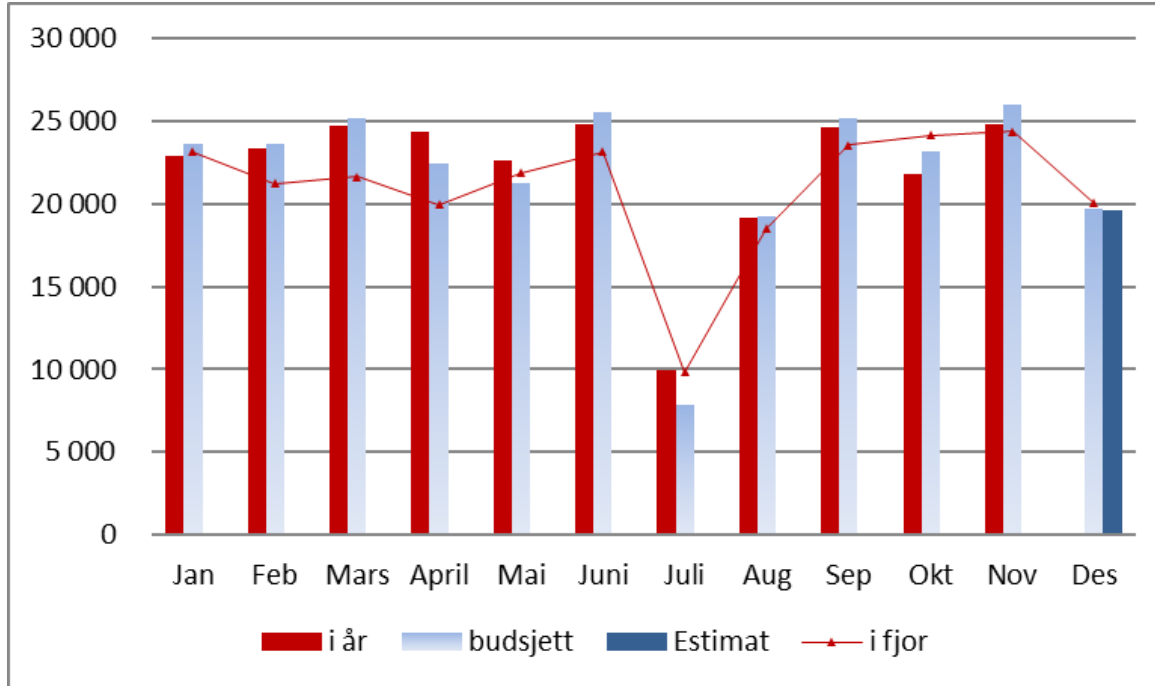
Nov	Reduserte inntekter	Økte kostnader	Totalt	pr Nov
DS	4 406	2 501	6 907	169 037
BS	8 320	1 694	10 014	120 892
RS	687	1 635	2 322	38 289
KS	14 348	-8 959	5 389	41 356
KIS	897	431	1 328	46 330
PHR	-1 702	3 410	1 708	25 495
PHT	-182	863	681	13 397
PAS	0	1 127	1 127	6 419
KMD	0	5 134	5 134	36 811
FAG	0	161	161	916
KOMP	0	51	51	1 751
ØK	0	0	0	6
TEKN	0	314	314	1 887
ADM-KOMM	0	0	0	275
FELLES	-36 080	0	-36 080	-442 152
VVHF	-9 306	8 361	-945	60 707

VVHF totale antall DRG-poeng

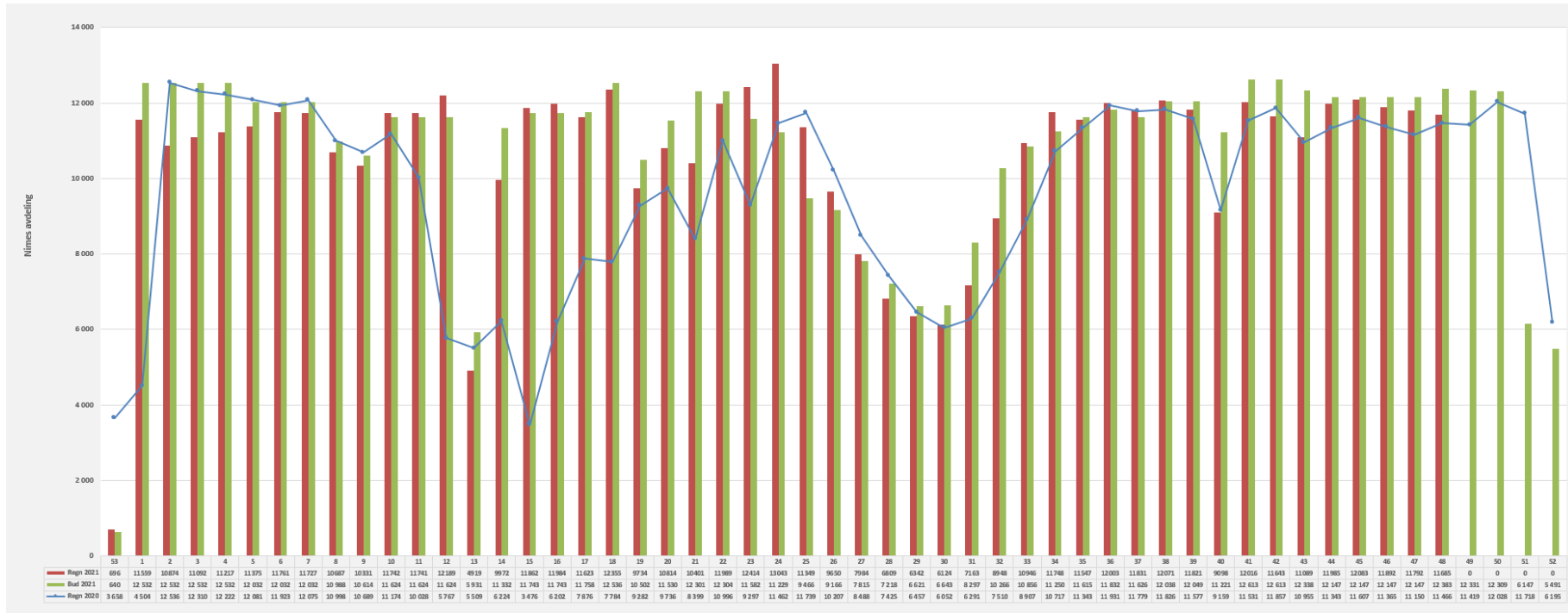
døgn, dag og poliklinikk, fra egen og andre regioner



Poliklinikk PHR totalt

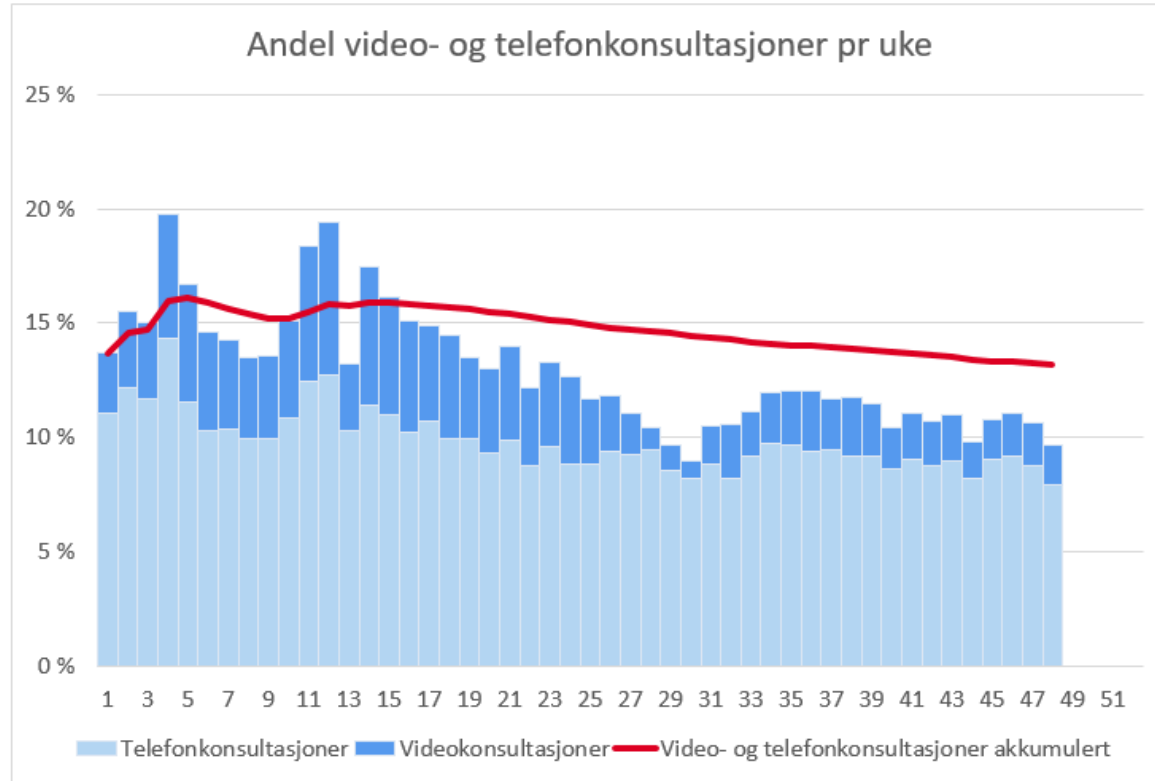


Utvikling pr uke somatikk- antall opphold totalt

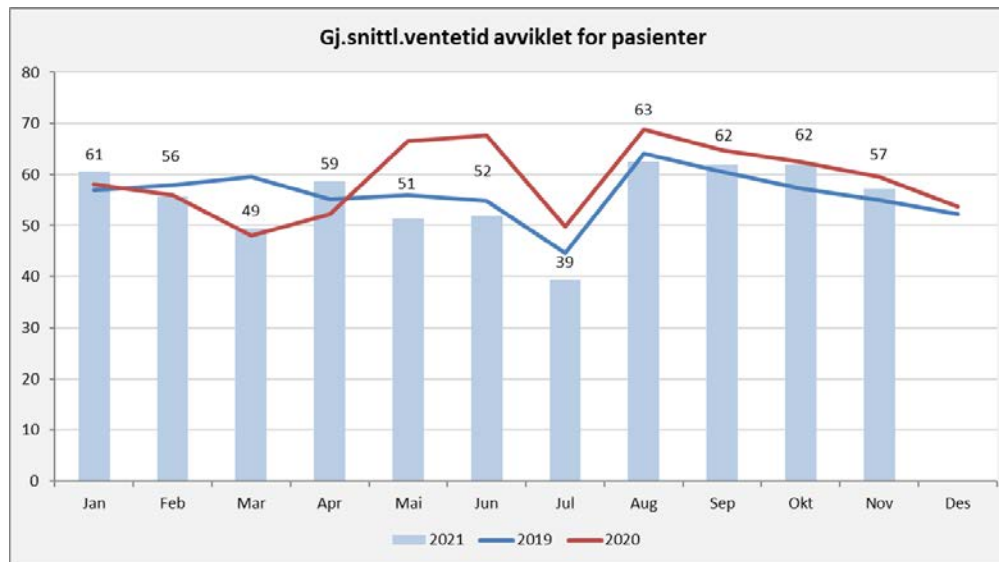


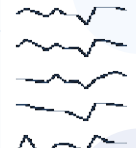









Akkumulert avvik pr uke 48: - 16 662, avvik uke 44-48: -1 372

Telefon- og videokonsultasjoner

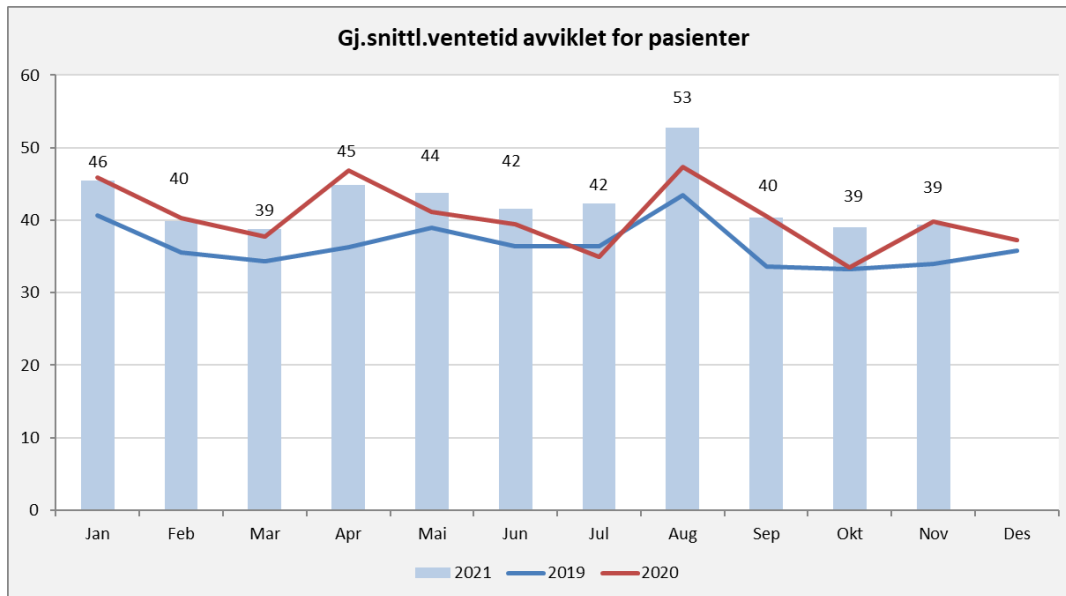










Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp somatikk



	Nov 2020	Des 2020	Jan 2021	Feb 2021	Mar 2021	Apr 2021	Mai 2021	Jun 2021	Jul 2021	Aug 2021	Sep 2021	Okt 2021	Nov 2021	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Gj.snittl.ventetid avviklet for pasienter totalt	60	54	61	56	49	59	51	52	39	63	62	62	57		
10- Klinikk Drammen sykehus	60	55	66	61	53	61	55	56	43	68	65	60	58		
20- Klinikk Bærum sykehus	71	56	57	53	48	66	48	53	34	56	65	75	61		
30- Klinikk Ringerike sykehus	56	57	57	53	50	49	49	44	37	60	58	57	55		
40- Klinikk Kongsberg sykehus	34	32	50	35	33	41	42	37	34	49	43	41	42		

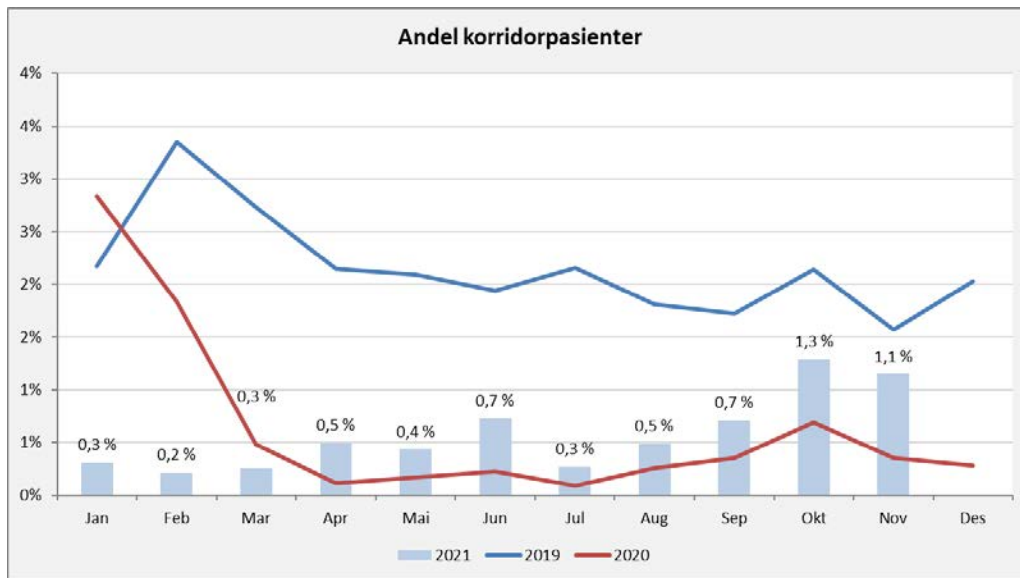
Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR



Gj.snittlig ventetid avviklet for pasienter	Okt 2020	Nov 2020	Des 2020	Jan 2021	Feb 2021	Mar 2021	Apr 2021	Mai 2021	Juni 2021	Juli 2021	Aug 2021	Sept 2021	Okt 2021	Nov 2021	Siste 12 mnd	Siste 3 år
60 - Psykisk helse og rus (PHR)	33	40	37	46	40	39	45	44	42	42	53	40	39	39		
Herav VOP	33	41	38	44	39	37	43	43	40	42	51	38	37	37		
Herav BUP	36	40	39	50	45	46	54	50	50	47	58	56	47	50		
Herav TSB	30	29	28	33	33	31	31	33	32	33	41	27	33	37		

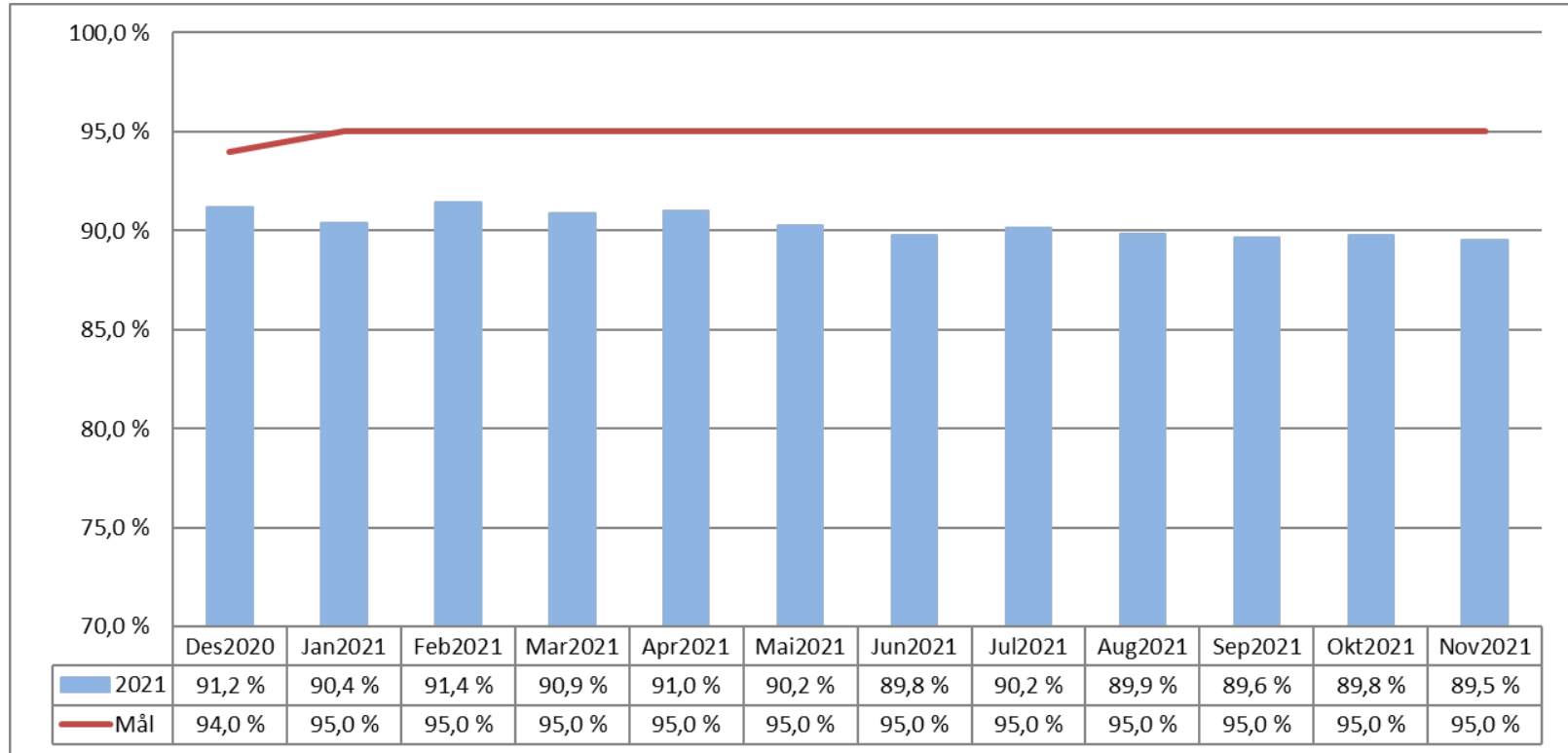
VESTRE VIKEN

Andel korridorpasienter somatikk



	Nov 2020	Des 2020	Jan 2021	Feb 2021	Mar 2021	Apr 2021	Mai 2021	Jun 2021	Jul 2021	Aug 2021	Sep 2021	Okt 2021	Nov 2021	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Andel korridorpasienter_SOM	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %	0,5 %	0,4 %	0,7 %	0,3 %	0,5 %	0,7 %	1,3 %	1,1 %		
10 - Klinikk Drammen sykehus	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,5 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %	0,9 %	0,6 %		
20 - Klinikk Bærum sykehus	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,5 %	1,0 %	0,6 %		
30 - Klinikk Ringerike sykehus	0,4 %	0,2 %	0,5 %	0,3 %	0,7 %	1,8 %	1,3 %	2,1 %	0,8 %	1,0 %	1,9 %	2,8 %	3,3 %		
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	1,0 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %			0,7 %	2,1 %	0,6 %	0,7 %	0,5 %		

Andel pasientavtaler overholdt



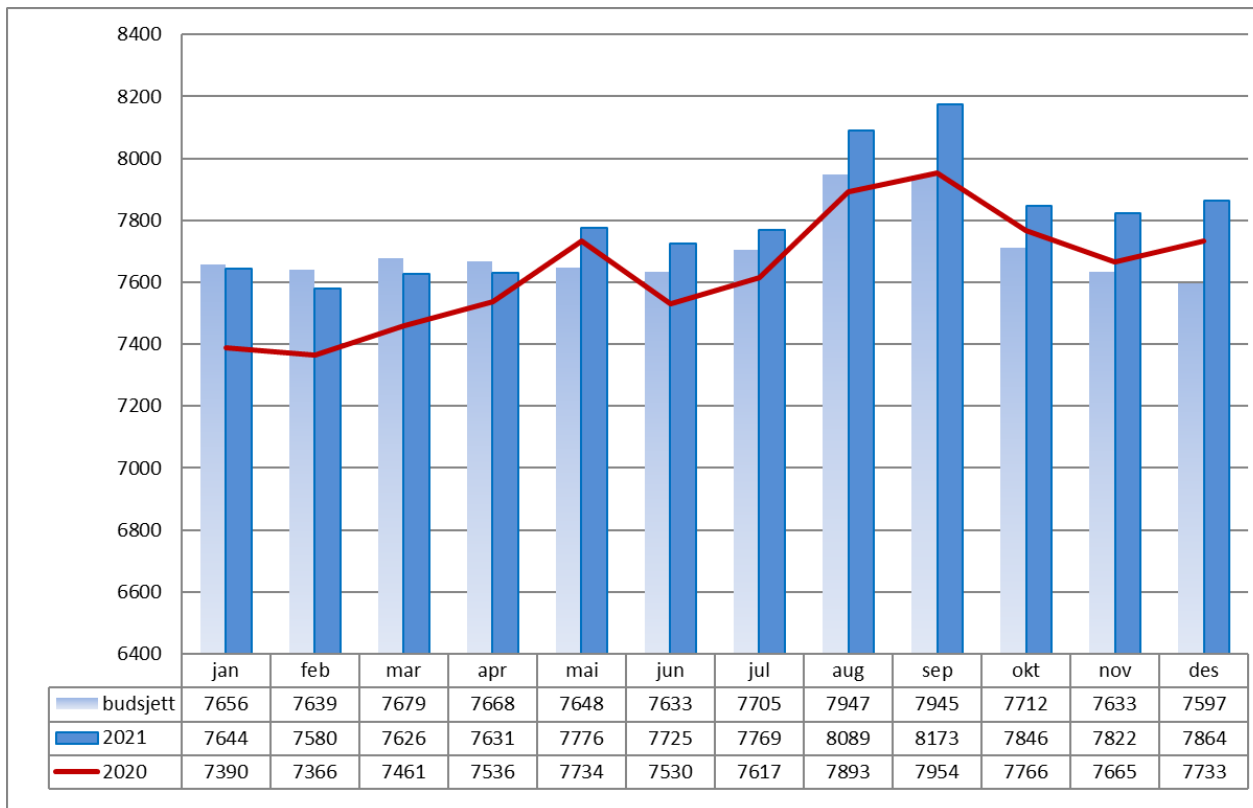
Prioriteringsregel

pr november	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor	Estimat i år	Året i fjor	Årsestimat ift i fjor
Polikliniske konsultasjoner						
Somatikk	415 272	405 479	2,4 %	448 871	438 707	2,3 %
VOP	124 411	119 623	4,0 %	134 720	130 036	3,6 %
BUP	83 815	77 723	7,8 %	90 523	84 324	7,4 %
TSB	35 041	34 035	3,0 %	37 642	37 088	1,5 %
SUM PHR	243 267	231 381	5,1 %	262 885	251 448	4,5 %
Ventetid						
Somatikk	56	59	-7 %	54	59	-8,5 %
VOP	41	40	2 %	40	40	0,2 %
BUP	50	45	12 %	49	45	10,1 %
TSB	33	32	3 %	33	32	4,2 %
SUM PHR	43	41	5 %	41	40	1,7 %

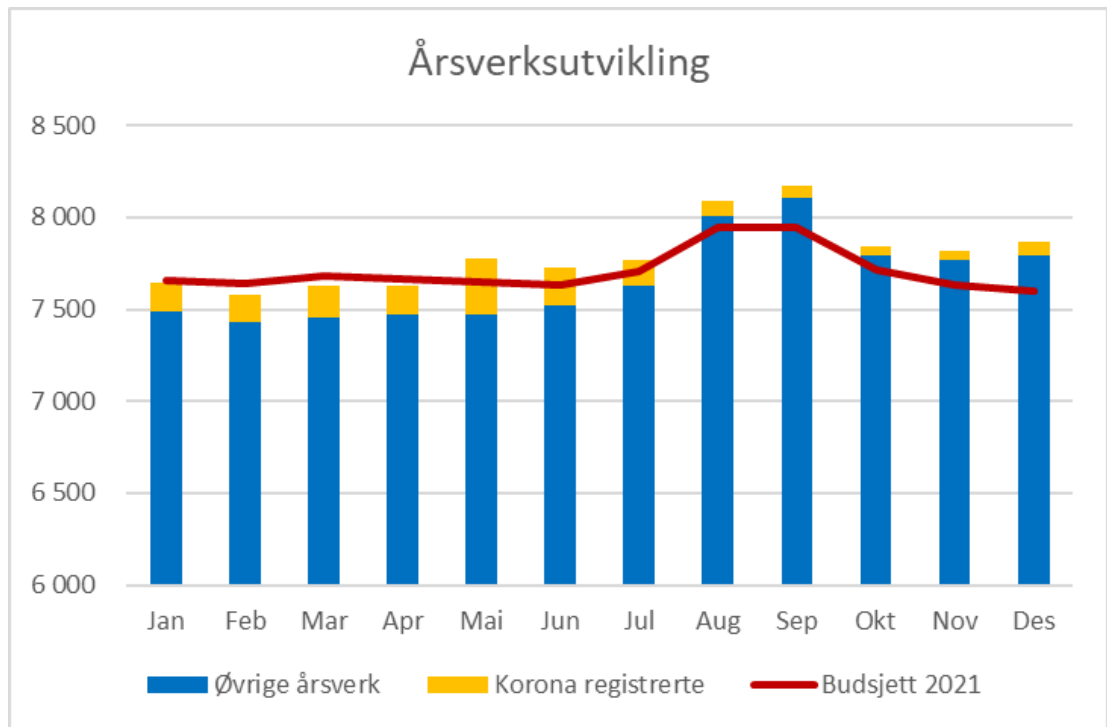
For somatikk sammenlignes poliklinisk aktivitet med budsjett 2020 pga. kraftig aktivitetsfall i 2020 i-fm pandemien



Brutto månedsverk

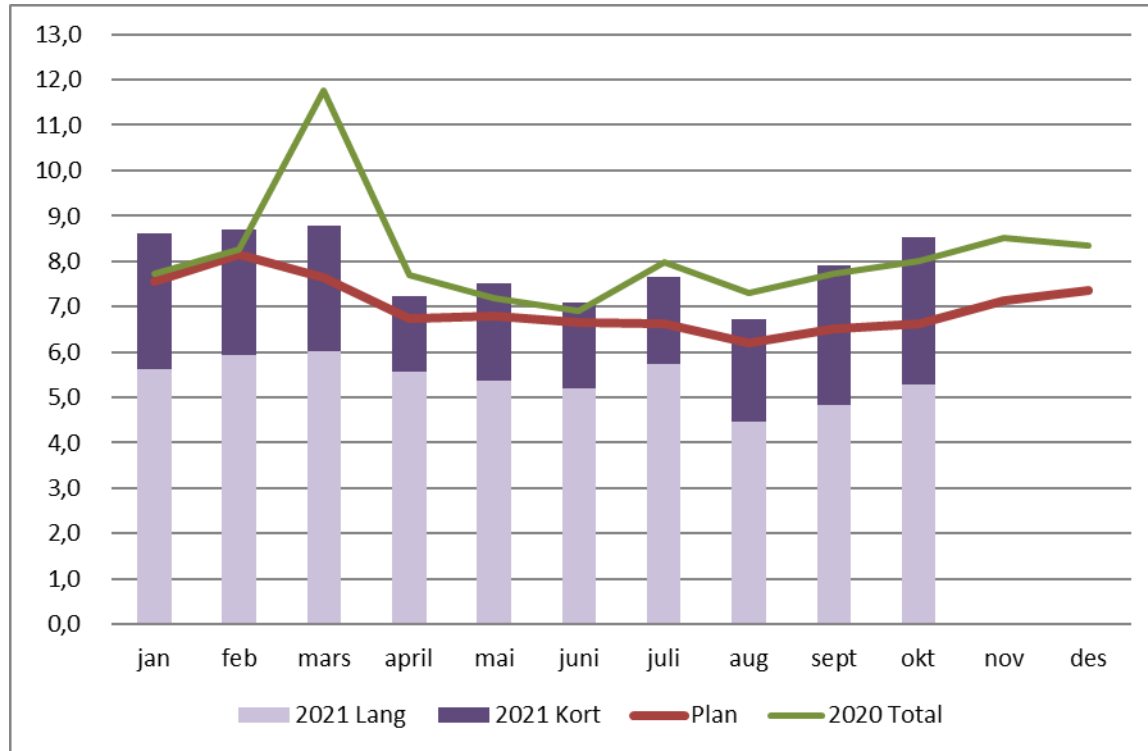


Brutto månedsverk fordelt



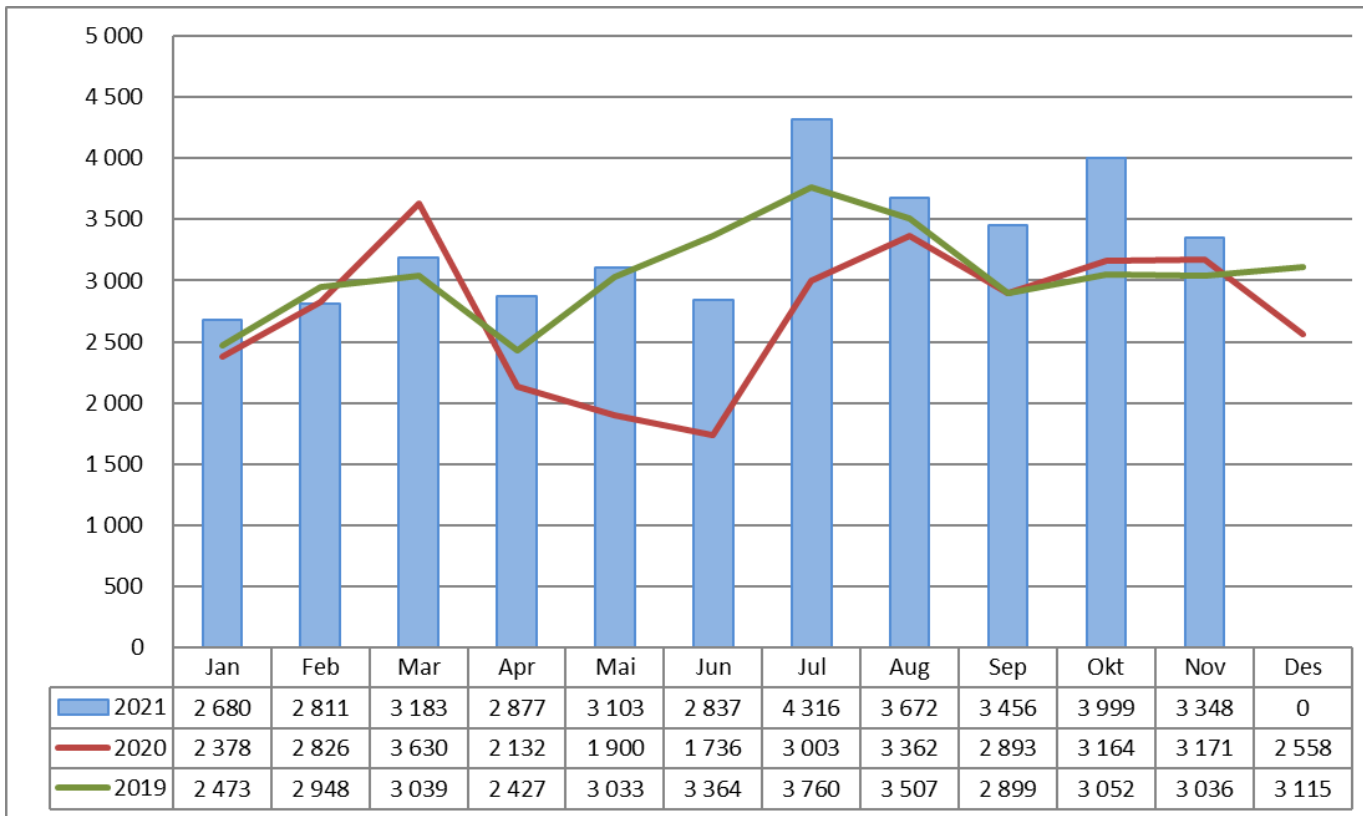
Brutto månedsverk prosjektført korona vises gult

Sykefravær 2021



* Sykefravær oppdateres etterskuddsvis

AML-brudd – antall



Dato: 10. desember 2021
Saksbehandler: Christine
Furuholmen
Elisabeth Kaasa

Saksfremlegg

Revidert Utviklingsplan 2035 – Høringsutkast

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	114/2021	20.12. 2021

Forslag til vedtak

Styret slutter seg til høringsutkastet til *Utviklingsplan 2035* for Vestre Viken, og til at dette sendes på høring til berørte parter før endelig plan behandles i styremøte 25. april 2022.

Drammen, 13. desember 2021

Lisbeth Sommervoll
Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Høringsutkast til *Utviklingsplan 2035*

Bakgrunn

Styret ble orientert om plan for revisjon av Utviklingsplan 2035 i styremøte 22. februar 2021, sak 13/2021. Utviklingsplanen var tema på styreseminar 28. september og styret fikk en orientering om status i arbeidet 29. november 2021.

Revisjon av utviklingsplanen inngår i en syklus frem til ny Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) 2024-2027. Planen skal:

- beskrive dagens situasjon, utfordringer og muligheter
- ta opp føringer i NHSP 2020-2023, Regional utviklingsplan 2035 og HSØ styresak 043-2021, *Premisser og føringer for arbeidet med lokale utviklingsplaner*.
- gi innspill til revidert regional utviklingsplan og neste NHSP

Utviklingsplanen er helseforetakets øverste strategiske dokument. Alle underliggende planer skal støtte opp om de felles overordnede mål i utviklingsplanen.

Saksutredning

Arbeidet med revisjonen av utviklingsplanen har vært organisert som et prosjekt med stor grad av åpenhet og involvering. Ledere, brukere, kommuner, fastleger og ansatte er representert i styringsgruppen for utviklingsplanen. Fagfolk og ledere fra Vestre Viken, brukere, fastleger og kommunerepresentanter har medvirket i totalt ni deloppdrag. I tillegg har det vært faste orienteringer på møtene med kommunene i strategisk samarbeidsutvalg og i brukerutvalget.

Det er etablert en hjemmeside hvor informasjon blir lagt ut løpende [Utviklingsplan 2035 - Vestre Viken](#)

Den reviderte utviklingsplanen beskriver dagens situasjon, utfordringer og muligheter. Utviklingsplan 2035 er langsiktig, og hovedtrekkene ligger fast fra planen som ble godkjent av styret i 2018. I arbeidet med revisjon og oppdatering av planen er det lagt til grunn:

- Vi bruker det vi kan fra nåværende plan
- Vi fornyer det vi må, som omtale av Helsefelleskap
- Vi legger til det som er nytt i Nasjonal helse- og sykehusplan og regionale føringer
- Vi bruker veiledende format fra *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*

Helsefelleskapene skal bidra til at helseforetak og kommuner sammen planlegger og utvikler mer sammenhengende, helhetlige og bærekraftige helse- og omsorgstjenester for pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Både utviklingsplanene og den kommunale planleggingen må avspeile forventninger til gjensidig, felles planlegging innen aktuelle områder. Det gjelder særlig utvikling av helhetlige, koordinerte tjenester til barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblem, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser. Representanter fra kommunene har deltatt i arbeidsgrupper som har sett spesielt på tilbudet til de fire pasientgruppen i tillegg til fem andre deloppdrag.

Utviklingsplanen med forslag til tiltak, *Vestre Viken vil*, har vært behandlet i ledergruppa i Vestre Viken før behandling i styringsgruppen for utviklingsplanen. Styringsgruppen godkjente i møte 10. desember 2021 at planen oversendes til styret i Vestre Viken.

Utkast til utviklingsplan legges nå frem til orientering i styret før den sendes på en bred høring med frist 21. mars 2021. Høringsinnspillene innarbeides før behandling av endelig Utviklingsplan 2035 i styremøte 25. april 2022. Deretter skal planen oversendes til Helse Sør-Øst RHF innen fristen 02.05. 2022.

Administrerende direktørs vurderinger

Det foreliggende høringsutkastet er resultat av en god prosess med bred involvering. Planen legger et godt grunnlag for den videre utvikling av Vestre Viken. En høring vil gi ytterligere innspill til planen.

Administrerende direktør anbefaler på denne bakgrunn at det foreliggende utkastet til utviklingsplan sendes på høring, slik at berørte interessenter kan gi sine tilbakemeldinger før endelig plan legges fram for styret til behandling.

Utviklingsplan 2035

Veien videre – det utadvendte sykehuset

Innledning

Selv om pandemien har vist at helsetjenesten har stor evne til omstilling og krisehåndtering, så har den også tydeliggjort noen underliggende sårbarheter. Utviklingsplan 2035 handler om å velge en hovedretning for vår felles helsetjeneste for å redusere disse sårbarhetene.

Vi blir flere, vi blir eldre, vi lever lengre med sykdom og vi forventer mer av helsetjenesten. Samtidig har vi begrenset med ressurser og personell. En bærekraftig helsetjeneste i fremtiden forutsetter at vi utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen hos de ansatte best mulig og løser oppgavene på andre måter enn i dag.

Vi ser at vi særlig har utfordringer med kompetanse og kapasitet innenfor overvåking, intensiv, fødselsomsorg, operasjon, anestesi og ordinære sengeposter.

Å jobbe i team satt sammen av ulike kompetanse og personell bidrar til å redusere sårbarheten. Teamtrening, teamledelse og oppgavedeling blir derfor viktige områder å jobbe med i tiden fremover. Vi har behov for å rekruttere, kvalifisere og beholde personell slik at vi er stand til å møte fremtidens behov for kompetanse og fleksibilitet.

Ved å ta i bruk teknologi kan vi flytte helsetjenesten dit pasienten oppholder seg. Våre tjenester står midt i en digital transformasjon, og brukerne sine behov vil være førende for hvordan våre tilbud skal utformes. Her vil samspillet med kommunehelsetjenesten være viktig. Sammen med fagmiljøene vil vi kunne sikre at vår felles helsetjeneste blir så god og så likeverdig som mulig.

Vi må arbeide aktivt for å skape robuste fagmiljøer og målrettede spesialistutdanninger, slik at vi kan tilby helsehjelp av høy kvalitet til brukerne våre, uansett hvor de bor. Våre somatiske klinikker må derfor fortsette å utvikle sitt nettverkssamarbeid og sitt samarbeid med kommunene i helsefelleskapene. Vi vil også måtte ta et større ansvar for å bidra i det forebyggende helsearbeidet.

Et annet område vi vil jobbe aktivt med er miljøperspektivet. Helsetjenesten er en betydelig bidragsyter til det samlede miljøregnskapet, og det betyr at vi har et stort ansvar. Vestre Viken Helseforetak er miljøsertifisert, og vil i også den kommende planperioden sette tydelige og ambisiøse mål for miljøarbeidet.

De ansatte er vår viktigste ressurs. Det er fortsatt menneskene som er avgjørende for at vi kan utvikle oss og nå våre mål. Vi står midt i en pandemi som har satt vår kapasitet og våre ansatte under hardt press over lengre tid. Pandemien har også bidratt til å tydeliggjøre noen underliggende utfordringer. Mitt håp er at vi kan bruke denne innsikten til å finne de gode løsningene sammen med våre brukere og kommunehelsetjenesten.

Lisbeth Sommervoll

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
1 Bakgrunn.....	5
2 Nåsituasjon	6
2.1 Dagens virksomhet	7
2.2 Helsefelleskap	9
2.3 Pasientbehandling.....	10
2.4 Forskning og innovasjon.....	11
2.5 Utdanning.....	12
2.6 Opplæring av pasienter og pårørende	12
2.7 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.....	13
2.8 Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende	14
2.9 Sykehus i nettverk.....	16
2.10 Teknologi.....	17
2.11 Beredskap	18
2.12 Virksomhetsstyring og gevinstrealisering	19
3 En bærekraftig helsetjeneste - overordnede strategier og føringer	19
3.1 Ansvar for egen helse	20
3.2 Forebygge mer - reparere mindre	20
3.3 Ansatte er helsetjenestens viktigste ressurs.....	20
3.4 Samfunnsansvar - et grønnere sykehus	21
3.5 Nasjonale og regionale strategier og føringer	22
4 Utviklingstrekk og framskriving	23
4.1 Demografi og sykdomsutvikling.....	23
4.2 Helseutfordringer i befolkningen.....	25
4.3 Medisinskfaglig utvikling.....	27
4.4 Digital transformasjon.....	27
4.5 Innovasjon	28
4.6 Kapasitetsbehov somatikk.....	28
4.7 Kapasitetsbehov og utvikling av tilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	29
5 Analyse og veivalg.....	30
5.1 Mål og langsiktige satsningsområder.....	30
5.1.1 Styrke brukermedvirkning og brukerstyring.....	31
5.1.2 Skape trygge og helhetlige pasientforløp.....	31
5.1.3 Styrke samhandling og nettverk.....	31
5.1.4 Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi	31
5.1.5 Sikre personell med rett kompetanse	32

5.2	Det utadvendte sykehuset.....	32
5.2.1	Forebygging og helsefremmende arbeid	33
5.2.2	Barn og unge	34
5.2.3	Personer med alvorlig psykiske lidelser og rusproblemer	36
5.2.4	Skrøpelige eldre.....	39
5.2.5	Pasienter med flere kroniske lidelser.....	42
5.2.6	En sammenhengende akuttmedisinsk kjede.....	44
5.2.7	Ledelse, organisering og kompetanse i akuttmottakene.....	47
5.2.8	Digital hjemmeoppfølging.....	49
5.2.9	Kritisk kompetanse	51
5.3	Veien videre – det utadvendte sykehuset.....	53
6	Eiendom	53
6.1	Langsiktig strategi.....	53
6.2	Klimatilpasning bygg og anlegg	54
6.3	Nytt sykehus i Drammen og utvikling av øvrig bygningsmasse.....	54
6.4	Prehospitale tjenester.....	55
6.5	Avhending av eiendommer.....	55
6.6	Vedlikehold etter 2026.....	55

1 Bakgrunn

Vestre Viken helseforetak ble etablert 1. juli 2009 og har ansvar for spesialisthelsetjenester til om lag 500 000 innbyggere i 22 kommuner. I 2021 ble samarbeidet med kommunene formalisert i Helsefelleskapet Vest-Viken.

I 2021 har Vestre Viken 9 925 ansatte som til sammen utfører 7 846 årsverk. Vestre Vikens budsjett i 2022 er på over 10 milliarder kroner.

Den somatiske virksomheten foregår på de fire sykehusene i Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike, samt på Hallingdal sjukestugu. Sykehussenger for voksne i psykisk helsevern har siden 2018 vært samlet på Blakstad sykehus. I tillegg har Vestre Viken fem distriktpsykiatriske sentre (DPS), en egen avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og en avdeling for rus og avhengighet.

Nytt sykehus i Drammen skal stå ferdig på Brakerøya i 2025. Nytt sykehus innebærer samlokalisering mellom somatisk sykehusavdelinger og sykehusavdelinger for psykisk helsevern og rus. Forprosjektet for nytt sykehus i Drammen ble godkjent våren 2019 og samme høst startet byggeprosjektet.

Parallelt med planleggingen av nytt sykehus i Drammen er det laget en omfattende plan for hvordan sykehusene i Bærum, Kongsberg og på Ringerike, inklusive Hallingdal sjukestugu, skal oppgraderes og vedlikeholdes. Klinikk for psykisk helse og rus har i dag aktivitet på en rekke lokasjoner. Det er et mål å få samlet virksomheten på færrest mulige og funksjonelle lokasjoner for å dekke krav til mer effektiv drift og omstilling fra døgnbehandling til ambulerende og poliklinisk behandling.

Utviklingsplan 2035 fra 2018 legger føringer for hvordan Vestre Viken skal utvikle pasientens helsetjeneste. Sykehus som samarbeider i nettverk og god samhandling med kommunehelsetjenesten er to virkemidler som trekkes frem for å lykkes med gode likeverdige tjenester nærmest mulig der pasienten er.

Nasjonal helse- og sykehusplan legges frem hvert fjerde år og setter retning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Nasjonal helse- og sykehusplan skal blant annet bygge på de regionale og lokale utviklingsplanene i spesialisthelsetjenesten. Både de regionale helseforetakene og hvert enkelt helseforetak skal revidere sine planer for å sikre utvikling i tråd med nye nasjonale føringer. Slik inngår Vestre Vikens reviderte utviklingsplan i en syklus frem til neste nasjonale helse- og sykehusplan. Utviklingsplanen er Vestre Vikens øverste strategiske dokument og skal peke på ønsket utviklingsretning og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer.



Grunnlag for arbeidet



Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023 legger føringer for hvilke temaer som skal vektlegges i revisjon av utviklingsplanene. I foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2020, ble det blant annet stilt krav om at helseforetakene i sitt arbeid med lokale utviklingsplaner skal:

- *prioritere utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette planarbeidet skal være tuftet på felles planlegging og utvikling i helsefelleskapene. Barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser skal prioriteres i dette arbeidet.*
- *gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene*

På Partnerskapsmøtet i mars 2021 orienterte administrerende direktør kommunene og andre samarbeidspartener om forestående revisjon av utviklingsplan 2035 og inviterte kommunene til å medvirke og gi innspill i arbeidet.

Arbeidet med utviklingsplanen er organisert som et prosjekt med en styringsgruppe satt sammen av representanter fra Vestre Vikens ledergruppe, kommuner, brukerutvalg, ungdomsråd, tillitsvalgte og vernetjenesten. Styringsgruppen har hatt et særskilt ansvar for at prosjektet er blitt gjennomført som en åpen prosess med hensiktsmessig medvirkning fra interne og eksterne interessenter. Strategisk samarbeidsutvalg, brukerutvalg og ungdomsråd har vært løpende orientert.

Administrerende direktørs ledergruppe har blitt holdt løpende informert om status i arbeidet og vært involvert i vurdering av veivalg og mål. Utviklingsplan og det utadvendte sykehus har vært tema på ledersamling for alle avdelingssjefer i helseforetaket. Kommuner, fastleger og brukere har sittet i styringsgruppen og har deltatt i til sammen ni delprosjekt som har vært en del av arbeidet. Resultatene fra de ni delopdragene er omtalt i kapittel 5 *Analyse og veivalg* og ligger til grunn for valg av retning og forslag til tiltak de neste fire årene.

Det legges opp til en bred høring og presentasjon av revidert utviklingsplan på Partnerskapsmøtet i februar.

2 Nåsituasjon

Kommunene i Vestre Viken har ulik størrelse og befolknings sammensetning. Det er stor variasjon i bosetning mellom byer, tettbygde strøk og områder med mer spredt bosetning. I fjellområdene i nord er det store områder med fritidsboliger og stor befolkningstilstrømning i helger og ferieperioder. Dette skaper behov for helsetjenester der folk oppholder seg.

2.1 Dagens virksomhet



Figur 1 Helsefelleskapet Vest-Viken

Bærum sykehus er et stort lokal- og akutt sykehus for befolkningen i hoveddelen av Asker- og Bærum kommune som er et av de tettstede områdene i landet. Sykehuset har i tillegg til lokalsykehusfunksjoner et geriatrisk kompetansesenter som gir aldersmedisinsk behandling, inkludert ortogeriatri og områdefunksjon innen overvektskirurgi og plastisk kirurgi. Det siste året har sykehuset etablert en seksjon for forebyggende medisin, et helhetlig tverrfaglig tilbud for barn og unge og voksne med overvekt og fedme rettet mot hele Vestre Vikens befolkning. Sykehuset tilbyr nå utredning og behandling innen fedme og overvekt som inkluderer kirurgi når det er nødvendig. Sykehuset har et sterkt forskningsmiljø på hjerne- og hjerteforskning samt ortopedi og mage-tarm sykdommer. Bærum sykehus er både ISO-sertifisert og miljøsertifisert.

Drammen sykehus er det største av de fire somatiske sykehusene i Vestre Viken. Sykehuset har i tillegg til lokalsykehusfunksjoner også ansvar for behandlingstilbud til befolkningen i hele Vestre Viken innen nevrologi, nefrologi, barne- og nyfødtsmedisin, habilitering, øre-nese-hals, øye, karkirurgi og brystkreftbehandling. Drammen sykehus skal flytte inn i nytt bygg i 2025 og er godt i gang med videreutvikling av pasientbehandlingen, deriblant tilbud om stråleterapi. Sykehuset har etablerte satsingsområder med aktiv forskning og pågående doktorgradsarbeider innen områdene diagnostikk og behandling av luftveisinfeksjoner, kreftbehandling ved bryst- og lungekreft, hjernesykdommer med fokus på epilepsi og MS samt sekundærprofylakse ved koronar hjertesykdom.

Kongsberg sykehus er et lokalsykehus med utvalgte akuttfunksjoner. Sykehuset har ansvar for spesialisthelsetjenester til befolkningen i Kongsberg, Øvre Eiker og Numedalskommunene. Kongsberg sykehus vektlegger et tett faglig samarbeid med kommunene og har fagnettverk for store pasientgrupper som slag, diabetes, kreftomsorg, KOLS og geriatri. Sykehuset har ny simuleringsenhet og vil tilby kommunene å bruke denne som treningsarena for ulike prosedyrer.

Ringerike sykehus er lokalsykehus med akuttfunksjoner for et stort geografisk område med i alt 12 kommuner i Hallingdal, Midt-Buskerud og Jevnaker. Omfattende turisme innen hytte- og friluftsliv gjør at befolkningen øker med om lag 20 000 innbyggere i høysesongene. Sykehuset har høy traumeaktivitet i forhold til befolkningsgrunnlaget. Systematisk og hyppig trening av medisinske team er et viktig kjennetegn for hele virksomheten og kvaliteten på akuttbehandlingen.

Hallingdal sjukestugu på Ål er en avdeling i Ringerike sykehus. Her får innbyggerne spesialisthelsetjenester i tett samarbeid med kommunene i Hallingdal. Sengeavdelingen har en unik modell med 10 sykehussenger og 10 interkommunale senger som er driftet av Ringerike sykehus. Den bærende tanken er å utvikle gode lokale helsetjenester med høy kompetanse. Tilbudet omfatter både diagnostikk og behandling i samarbeid med resten av Vestre Viken.

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

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) gir tilbud rettet mot 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 et lokalt team ved Hallingdal Sjukestugu (HSS). Døgnsesjonene ligger i Drammen og Bærum. BUPA bygger opp oppsøkende tilbud (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 HSS. DPS gir behandling i poliklinikk, ambulant og i døgnsesjoner. Alle DPS i Vestre Viken har tverrfaglige ambulerende team (FACT) i samarbeid med kommunene.

Avdeling for rus og avhengighet gir døgnbehandling til pasienter fra hele opptaksområdet med behov for avrusning og videre behandling, samt legemiddelassistert behandling. Blakstad sykehus har ansvar for øyeblikkelig hjelp og for pasienter med særlig kompliserte psykiatriske tilstander, for eksempel pasienter som trenger opphold på lukket avdeling eller sikkerhetsavdeling. Sykehuset har FACT sikkerhetsteam som følger opp pasienter med vedvarende forhøyet voldsrisiko. Det samarbeides tett med DPS, øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunene.

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. Klinikken har en stor forsknings- og fagutviklingsenhet med blant annet satsingen *EarlyMent* som skal utvikle ny kunnskap om kliniske kjennetegn i tidlige faser av alvorlige psykiske lidelser. Målet er tidligst mulig utredning og behandling for barn, unge og voksne. Klinikken er også med i et regionalt forskningsprosjekt som styrker pårørendesamarbeidet ved psykoselidelser og utvikler ny metodikk for å fremme egenkunnskap og mestring for barn med ADHD.

Klinikk for prehospitaltjenester omfatter akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), ambulansetjeneste, luftambulans og pasientreiser. Vestre Viken har ansvaret for prehospitaltjenester til kommunene med unntak av Bærum kommune og deler av Asker kommune som får disse tjenestene fra Oslo Universitetssykehus. Vestre Viken har også ansvar for legebemanningen på luftambulansens base på Ål, som ligger i nær tilknytning til Hallingdal sjukestugu. Vestre Viken drifter 15 ambulansestasjoner med totalt 25 ambulanser. Pasientreiser har ansvar for ulike transporttilbud for pasienter som trenger tilrettelagt transport.

Klinikk for medisinsk diagnostikk er en tverrgående klinikk med 750 ansatte som omfatter laboratorie-, patologi-, og bildediagnostikk samt blodprodukter ved alle sykehusene i Vestre Viken. Klinikken tar imot henvisninger fra eksterne, og har i tillegg nasjonalt ansvar for drift av mammografibussene. For å sikre høy kvalitet på utredning og behandling er klinikken ledende nasjonalt i å ta i bruk ny teknologi og nye metoder, inkludert kunstig intelligens og genteknologi. Klinikken jobber kontinuerlig med utvikling, forbedring, kvalitet og forskning på alle nivå.

Klinikk for intern service leverer støttetjenester til kjernevirksomheten i helseforetaket, og skal bidra til at møtet mellom pasient og behandler blir av god kvalitet. Klinikken har ansvar for forvaltning, drift og vedlikehold av foretakets eiendomsmasse på rundt 300 000 m² bruttoareal, renhold, tekstiler, mat til pasienter, kantine- og kiosktilbud, forsyning av varer, pasienttransport innad sykehus, budbiler, samt sentralbord og servicetorg. Klinikken har rundt 550 årsverk, og består av seks avdelinger som er organisert på tvers av lokasjonene i Vestre Viken. Alle tjenesteområdene har fokus på risikostyring og pasientsikkerhet med forutsigbare leveranser. Brukere skal være en del av tjenesteutviklingen, og kjernevirksomheten skal oppleve at klinikken er en aktiv utviklingspartner og bidrar til å fremme god helse gjennom miljøvennlig drift.

2.2 Helsefelleskap

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023 er etablering av helsefelleskap mellom kommuner og helseforetak et av hovedtiltakene for å bidra til å skape en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Vestre Viken har ansvaret for spesialisthelsetjenester til 21 kommuner samt en del av befolkningen i Holmestrand kommune (tidligere Sande kommune).

Fra 1. januar har samarbeidet med kommunene vært formalisert i helsefelleskapet Vest-Viken i tråd med den strukturen som er skissert i avtalen mellom regjeringen og KS. De 21 kommunene som er med i helsefelleskapet, er organisert i *kommunehelsesamarbeidet* med et samarbeidsstyre og felles koordinator. Samarbeidsstrukturen i helsefelleskapet er en videreføring og justering av et mangeårig samarbeid mellom kommunene og helseforetaket.

Partnerskapsmøte er et årlig møte med politisk og administrativ toppledelse i kommuner og helseforetak sammen med representanter for brukere, fastleger og ansatte. Det er etablert et strategisk samarbeidsutvalg (SSU) med representanter for administrativ og faglig ledelse fra helseforetaket og kommunene sammen med representanter fra fastlegene, leder av brukerutvalget i Vestre Viken og tillitsvalgte. Det er i tillegg fem lokale samarbeidsutvalg (LSU) basert på geografisk representasjon, LSU Asker og Bærum, LSU Drammen, LSU Kongsberg, LSU Ringerike og LSU Hallingdal. De lokale utvalgene skal på den ene siden operasjonalisere overordnet strategi og føringer, på den andre siden ivareta lokale behov og kontaktflate mellom samarbeidsparter.

Nasjonale helse og sykehusplan trekker frem fire pasientgrupper som har behov for felles planlegging av tjenestene, og hvor helsefelleskapet har et ansvar for å utvikle helhetlige tjenester. I arbeidet med utviklingsplanen er kommunene med i arbeidsgrupper som beskriver ønsket utvikling for de fire pasientgruppene (skrøpelige eldre, personer med flere kroniske lidelser, voksne med alvorlig psykisk lidelser og rus problem og barn og unge). Det er også etablert et *faglige samarbeidsutvalg for barn og unge* og et *faglig samarbeidsutvalg for voksne med alvorlig psykiske lidelser og rusproblem*.

Gjensidig kunnskapsoverføring, faglige nettverk og hospitering er regulert i samarbeidsavtalen mellom kommunene og Vestre Viken. Partene har gjensidig veiledningsplikt. Veiledningsplikten er særlig viktig for å understøtte endret ansvarsdeling mellom kommuner og sykehus og bruk av ambulante tjenester. Ny teknologi og nye arbeidsformer vil påvirke behovet for å dele kunnskap.

Partene har ansvar for å fremme fagutvikling og kompetansetiltak, samt sørge for gjensidig kunnskapsoverføring. Dette gjelder også hvordan partene sammen skal sikre at brukernes erfaringer og kunnskap brukes i utviklingen av tjenestene. Praksiskonsulentene i Vestre Viken har et særlig ansvar for faglige møter og kurs for fastlegene. Praksiskonsulentene er fastleger som er ansatt i deltidsstillinger i Vestre Viken og som arbeider for å forbedre pasientforløp og utvikle felles retningslinjer og kultur for samarbeid mellom fastleger, kommunehelsetjenesten og sykehuset. Kompetansesamarbeid og kompetansedeling er viktige oppgaver for helsefelleskapet.

2.3 Pasientbehandling

De somatiske sykehusene i Vestre Viken har en samlet kapasitet på ca. 770 døgnplasser, og om lag 400 poliklinikk- og dagbehandlingsplasser. Psykisk helsevern benytter i dag 124 døgnplasser for voksne på sykehusnivå og 72 døgnplasser ved de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS). Det er ordinært 17 døgnplasser for barn i psykisk helsevern. Under pandemien har behovet for innleggelse for barn og unge økt, og antall døgnplasser er midlertidig økt til 22. Det er 49 døgnplasser i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

De siste årene har det vært en økning i aktivitet på alle områder i Vestre Viken. En betydelig del av aktivitetsveksten er løst gjennom en generell effektivisering av driften.

Aktivitet somatikk

Vestre Viken dekker lokalsykehusfunksjoner og områdefunksjoner ved sine sykehus mens behandlingstilbud på regionsykehusnivå dekkes av Oslo universitetssykehus. I tillegg dekker avtalespesialister en del av behovet for poliklinisk behandling.

Tabellen nedenfor viser pasientbehandling ved de fire somatiske sykehusene i 2019. Det er benyttet data fra 2019 fordi covid-19-pandemien har påvirket virksomheten i betydelig grad i 2020 og 2021.

	<i>Døgnopphold</i>	<i>Liggedager</i>	<i>Dagkirurgi</i>	<i>Dagopphold/Poliklinikk</i>
Drammen	34.012	111.369	9.778	238.708
Bærum	22.274	70.323	3.562	110.529
Ringerike	13.362	42.003	2.140	59.242
Kongsberg	6.511	20.560	1.792	35.304
Totalt Vestre Viken	76.159	244.255	17.272	443.783

Tabell: Pasientbehandling innen somatikk 2019 fordelt på kontaktyper

Det har vært en ønsket dreining fra døgnbehandling til dagbehandling og poliklinikk. I perioden 2015-2019 har antall døgnopphold økt med 6,7 prosent. Dagkirurgi har økt med 17,8 prosent og dagbehandling og poliklinikk med 21,1 prosent. Gjennomsnittlig liggetid har gått fra 3,4 dager i 2015 til 3,2 dager i 2019. Antall liggedøgn har økt med 1,2 prosent fra 2015.

Vel 50 prosent av de samlede pasientkontaktene skjer ved Drammen sykehus, 25 prosent ved Bærum sykehus, 14 prosent ved Ringerike sykehus, og 8 prosent ved Kongsberg sykehus.

Aktivitet psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Vestre Viken dekker de fleste behandlingstilbud innen psykisk helsevern. Enkelte spesialiserte regionsfunksjoner dekkes ved Oslo universitetssykehus. Avtalespesialister står også for en god del poliklinisk behandling. En del av behovet dekkes også av private institusjoner gjennom avtale med Helse Sør-Øst RHF, spesielt innen rusbehandling.

Tabellen nedenfor viser pasientbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Vestre Viken i 2019. Det har vært en betydelig omlegging av døgnbehandlingen innen psykisk helsevern for voksne de siste årene. All døgnbehandling på sykehusnivå ble samlet ved Blakstad sykehus i 2018 da Lier sykehus ble nedlagt. Innen psykisk helsevern på DPS-nivå har det de siste årene vært en overgang fra døgnbehandling til dag/poliklinisk behandling. Det har vært en betydelig vekst i poliklinisk aktivitet innen alle områdene i psykisk helsevern og TSB i løpet av de siste årene.

	Antall utskrevne pasienter	Antall liggedøgn	Dag/poliklinikk
Psykisk helsevern, voksne	2.791	64.805	127.863
Psykisk helsevern, barn og unge	166	4.306	74.897
Tverrfaglig spes. rusbehandling	811	15.426	37846
Totalt	3.768	84.537	240.596

Tabell: Pasientbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2019.

Befolkningens bruk av helsetjenester

Behovet for spesialisthelsetjenester er relatert både til alderssammensetning og sosioøkonomiske forhold i befolkningen. Statistikk fra SAMDATA 2019 viser at innbyggerne i Vestre Vikens område hadde samme nivå på antall døgnopphold innen somatikk som gjennomsnitt for Helse Sør-Øst, men noe færre opphold enn gjennomsnittet for Norge (alders- og kjønnsjustert).

Innen psykisk helsevern for barn og unge er forbruket av tjenester lavere enn landsgjennomsnitt, men på nivå med hovedstadsområdet. I psykisk helsevern for voksne var bruk av tjenester om lag 3,5 prosent lavere enn gjennomsnitt i landet, mens det for rusbehandling var noe over landsgjennomsnittet.

Variasjonene vurderes innenfor det som kan forventes ved sammenlikning mellom helseforetak.

2.4 Forskning og innovasjon

Forskningsaktiviteten i Vestre Viken tar utgangspunkt i pasientnære problemstillinger. Vestre Viken er i 2021 ansvarlig for over 65 pågående forskningsprosjekter og deltar i 51 multisenter studier. 20 av prosjektene er oppdragsstudier i samarbeid med industri. Hoveddelen av forskningen er innen hjerte, kreft, infeksjonsmedisin, nevrologi og alvorlige psykiske lidelser. Det er definert tre satsingsområder innen forskning; Hjerte og hjerne, alvorlig psykisk lidelse og luftveisinfeksjoner. Brukere involveres aktivt i forskningsprosjekter.

De siste årene har det vært en økende forskningsaktivitet, og i 2020 ble det publisert 148 vitenskapelige artikler og åtte doktorgrader. Vestre Viken har seks akademiske stillinger tilknyttet universiteter, og forskningsaktivitet er viktig for rekruttering av dyktige medarbeidere til foretaket.

Vestre Viken arbeider systematisk for å øke antall kliniske behandlingsstudier med inkludering av pasienter. For å bidra til at nye løsninger og behandlingsmetoder kan prøves ut i spesialisthelsetjenesten, er det opprettet infrastruktur for utprøving og samarbeid med industrien. Målet er å bruke 1 prosent av Vestre Vikens totale driftsbudsjett på forskning, en økning fra dagens 0,73 prosent. Det er videre et mål å øke den eksterne finansieringen av forskningen.

Innovasjon er utvikling av nye løsninger som gir kortere ventetider, økt pasientsikkerhet, bedre tilgjengelighet og økt kvalitet i pasientbehandlingen. Innovasjon er et viktig virkemiddel for at

helsetjenesten skal kunne omstilles og ivareta de fremtidige utfordringene. Det er i 2021 totalt 28 pågående innovasjonsprosjekter, i tillegg er fem innovasjonsprosjekter implementert i drift og flere av disse er adoptert av andre helseforetak. Gjennom program for digital hjemmeoppfølging satses det på innovasjon og utvikling av tjenestene for at pasienter kan motta brukerstyrte helsetjenester av høy kvalitet. Brukerperspektivet er sentralt i alle 10 innovasjonsprosjekter innen digital hjemmeoppfølging.

Satsing på innovasjon har bidratt til at Vestre Viken har mottatt eksterne midler fra Helse Sør-Øst og andre aktører. Vestre Viken har samarbeid med andre helseforetak, næringslivet og internasjonalt.

2.5 Utdanning

Utdanning av helsepersonell er en av helseforetakenes fire lovpålagte oppgaver. Vestre Viken har spesialistutdanning for leger i 32 ulike spesialiteter. Totalt er rundt 500 leger i spesialistutdanning. Det er etablert flere utdanningsstillinger for videreutdanning av sykepleiere innen anestes-, intensiv-, operasjon- og barnesykepleie. Antall lærlinger som gjennomfører læretid i Vestre Viken og antall hovedpraksisperioder for flere av bachelorutdanninger er økt. Det er stort fokus på tilrettelegging og veiledning. Selv med de utfordringene som pandemien har gitt, er det ubetydelig forsinkelser i utdanningsaktivitetene.

I tillegg til de formelle utdanningene, gjennomføres det mange tiltak for å heve kompetansen hos eget personell. Det har vært stort aktivitet rundt blant annet smittevern. Implementeringen av Kompetanseportalen innebærer et felles dokumentasjonssystem og felles plattform for kompetanseplaner som gir gode muligheter for blant annet kompetansedeling.

Det utvikles og produseres mye elæringskurs i Vestre Viken. Det kan for eksempel være instruksjonskurs i forhold til prosedyrer. Kursene lages ofte som en kombinasjon av film, tekst, illustrasjoner og refleksjonsoppgaver for å sikre et best mulig læringsutbytte. De benyttes ofte i tillegg til tradisjonell kursgjennomføring med foredragsholdere.

Vestre Viken samarbeider med en rekke utdanningsinstitusjoner på universitets- og høgskolenivå. Det er formelle samarbeidsmøter og tett dialog om praksisplasser og kapasitet. Vestre Viken har samarbeidsavtaler med OsloMet, Universitetet i Sørøst-Norge, Lovisenberg Diakonale Høgskole og NTNU Gjøvik. I tillegg har samarbeidet med nærliggende videregående skoler blitt tettere og mer forpliktende med tanke på å rekruttere lærlinger innen aktuelle helsefag.

2.6 Opplæring av pasienter og pårørende

Opplæring av pasienter og pårørende er integrert i den kliniske behandlingen og bidrar til å øke pasientens helsekompetanse med kunnskap om egen helse og mestring av sykdom. Målet er at pasienter og pårørende oppnår styrket helse og livskvalitet, får støtte til å mestre sykdom eller funksjonsnedsettelse og utvikler grunnlag for å ta informerte og kunnskapsbaserte valg sammen med helsepersonell.

Vestre Viken har et særlig ansvar for å bidra til at innvandrerbefolkningen får likeverdige helsetjenester. Under pandemien har det blitt ekstra synlig at sykdom kan ramme befolkningen ulikt. Vi samarbeider med en rekke kommuner og frivillig sektor, og har for eksempel under pandemien deltatt i utvikling og gjennomføring av utdanning for helseambassadører. Helseambassadørene er rekruttert fra ulike befolkningsgrupper, og vi har sett at de gjennom sin språk- og kulturforståelse kan bidra til å øke innvandrerbefolkningens helsekompetanse.

Barn og søsken som pårørende er særlig utsatt når sykdom rammer deres nærmeste. Opplæring av ansatte som møter barn som pårørende er en prioritert oppgave. Lærings- og mestringssenteret (LMS) prioriterer arbeid med likeverdige helsetjenester spesielt rettet mot innvandrerbefolkningen og arbeidet med barn og søsken som pårørende.

Lærings- og mestringssenteret har virksomhet i alle klinikker. LMS støtter klinikkens arbeid med opplæring og tilbyr kompetanseutvikling for helsepersonell, eksempelvis gjennom kurs i helsepedagogikk, empatisk kommunikasjon og opplæring i samvalg. Kursplasser tilbys også helsepersonell i kommunene.

LMS har tilbud om kurs og opplæring til pasienter og pårørende. Opplæringen baseres på en helsefremmende forståelse og tilnærming med fokus på læring og mestring gjennom erfaringsutveksling og dialog. LMS har tett samarbeid med brukerorganisasjoner og erfaringsformidlere.

2.7 Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger, forskningsbasert kunnskap og pasienterfaringer brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid. Ineffektive metoder skal utfases. Helsemyndighetene følger opp Vestre Vikens måloppnåelse på en rekke områder ved bruk av nasjonale kvalitetsindikatorer. Nasjonale kvalitetsindikatorer publiseres dels tertialvis og dels årlig. Disse gjennomgås når de publiseres, og brukes til forbedringsarbeid i klinikkene. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer>

I tillegg til de nasjonale kvalitetsindikatorer ble det i 2021 publisert Helseatlas for kvalitet 2017-2019. Helseatlasen er basert på informasjon om i underkant av 100 000 pasienter og behandlinger årlig. Hensikten er å undersøke om befolkningen får likeverdig kvalitet for utvalgte nødvendige helsetjenester, uavhengig av bosted og på tvers av fagområder.

Sammenstilling av kvalitetsindikatorer for ulike fagområder gir en forenklet framstilling av en kompleks virkelighet, men gir et grunnlag for å identifisere kvalitetsutfordringer innad i, og i mellom helseforetakene og helseregionene. Geografisk variasjon i kvalitet i behandling av alvorlig sykdom er ikke ønskelig, og dette atlasen er et utgangspunkt for arbeidet med å redusere slik uønsket variasjon.

Figur fra Helseatlas:

Figuren viser at Vestre Vikens pasienter får behandling med høy kvalitet på de fleste områder som måles (merket med grønt). Vi ser også at måloppnåelsen er lav på fagområder hvor samtlige eller mange av helseforetakene skårer lavt (merket med gult eller rødt). Vestre Viken har et ansvar for å følge opp og iverksette forbedringstiltak for de områdene hvor det er lav måloppnåelse.

Det er et nasjonalt mål at minst 30 prosent av pasienter som er avhengig av regelmessig dialyse skal få behandlingen utenfor sykehus (hjemmedialyse). I Vestre Viken har andelen vært langt under sykehus vi sammenlikner oss med og nasjonale mål. Et systematisk arbeid har økt andelen pasienter i hjemmedialyse til i underkant av 20 prosent ved utgangen av 2021, og andelen skal økes til 30 prosent i løpet av første halvår 2022.

Ingen pasienter skal komme til skade. Risikostyring ved hjelp av verktøyene grønt kors og tavle skal brukes. Vestre Viken arbeider kontinuerlig med å utvikle en kultur for god sikkerhet og læring. Vestre Viken har et system for melding, registrering, saksbehandling og oppfølging av

utilsiktede hendelser. Den enkelte klinikk har ansvar for å følge opp utilsiktede hendelser og sørge for forbedringstiltak. Det er etablert kvalitetsutvalg i klinikkene og på overordnet nivå i Vestre Viken.

Siden forrige versjon av utviklingsplanen (2018) ser vi en bedring i pasientsikkerheten på flere områder. Forekomsten av sykehusinfeksjoner er redusert fra 3,1 prosent i 2017 til 2,7 prosent i 2020, og ligger nå både under regionalt og nasjonalt nivå som er på fire prosent. Tallene inkluderer både sykehusinfeksjoner oppstått i Vestre Viken og sykehusinfeksjoner som følger med pasienten fra annet sykehus. Vestre Viken har over tid fulgt opp forekomst av sykehusinfeksjoner og iverksatt spesifikke tiltak som for eksempel bakteriereduksjon før ortopediske proteseoperasjoner. Det er også arbeidet systematisk for å redusere forekomsten av trykksår, og målinger viser en reduksjon av alle kategorier sår. Trykkavlastende madrasser brukes nå rutinemessig hos pasienter med risiko for trykksår.

Vestre Viken identifiserer risikoområder og trender som omhandler pasientsikkerhet og arbeidsmiljø for å redusere forekomst av utilsiktede hendelser. Ved alvorlige hendelser blir det gjennomført hendelsesanalyser. Erfaringene fra utilsiktede hendelser brukes til læring i hele virksomheten. Vestre Viken har etablert et eget team som ser på sammenhenger og systematisk følger opp pasientsikkerhet og HMS.

Vestre Viken har etablert et system for overvåking av kvalitet og pasientsikkerhet. Systemet følger opp:

- Kvalitetsindikatorer
- Registrering og analyse av utilsiktede hendelser
- Revisjoner og tilsyn
- Tilbakemeldinger fra pasienter og brukere

Vestre Viken har etablert et program for kontinuerlig forbedring som skal bidra til å gjøre kontinuerlig forbedring til en del av kultur og arbeidsform. Ledere skal tilrettelegge for at ansatte i samarbeid med brukere kan utvikle og forbedre helsetjenestene. Så langt har 600 ansatte gjennomgått teoretisk og praktisk opplæring i forbedringsarbeid. Vestre Viken utdanner forbedringsveiledere og forbedringsarbeid er en del av helhetlig lederopplæring. Leger i spesialisering har forbedringsarbeid som obligatorisk læringsmål.

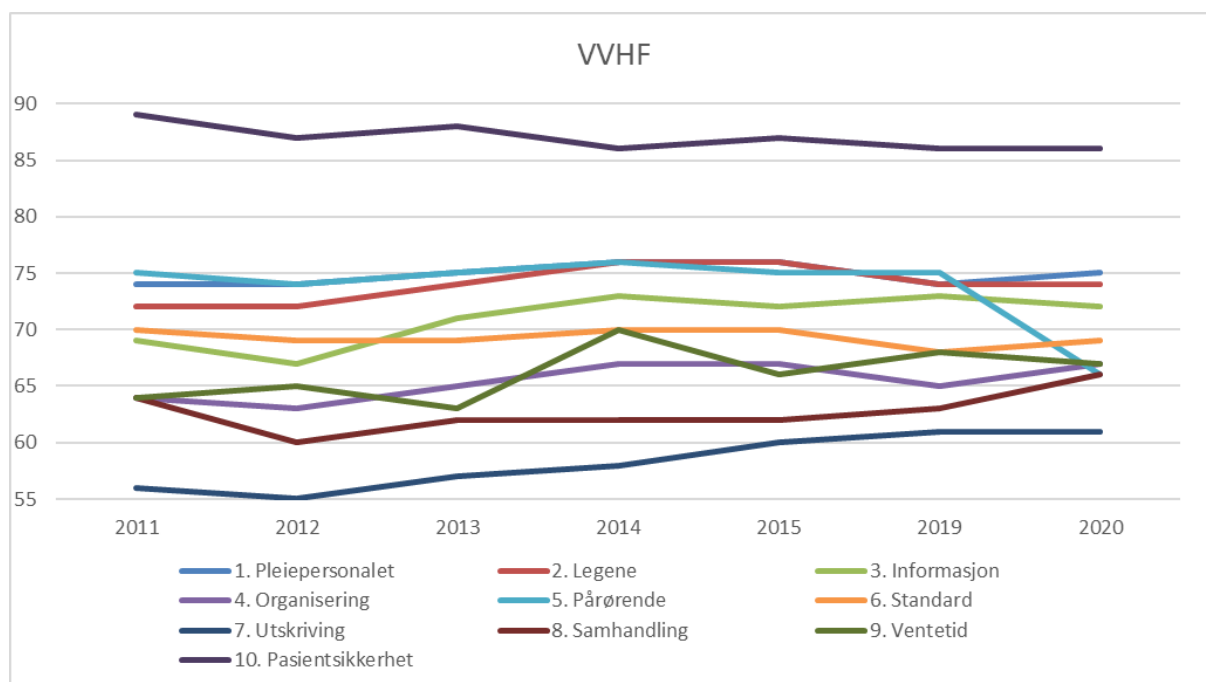
2.8 Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende

Vestre Viken vil bruke pasienter og pårørendes erfaringer med spesialisthelsetjenesten til å forbedre og utvikle tjenestene og behandlingstilbudet. Innhenting av pasientenes synspunkter og erfaringer gjøres på forskjellige måter.

Folkehelseinstituttet har i flere år gjennomført kartlegging av pasienterfaringer ved somatiske sykehusavdelinger. Oppdraget går ut på å gjennomføre en spørreundersøkelse blant personer som er utskrevet etter døgnopphold ved somatiske sykehusavdelinger, og rapportere resultatene til bruk for ulike formål. Resultatene beskriver situasjonen på hvert sykehus, helseforetak og regionalt helseforetak slik den ser ut fra pasientenes ståsted. Slike nasjonale kartlegginger gir også mulighet til å sammenligne helseforetak og sykehus på tvers.

Vestre Viken og det enkelte sykehus i helseforetaket ligger jevnt over på nasjonalt nivå på indikatorene som måles. Pasientenes vurdering av *pasientsikkerhet* gir høy score. Vi ser også at tilbakemeldingene på *sykepleiepersonalet* og *leger* har vært stabilt med forholdsvis høy score. Figuren under viser at områdene *utskrivning* og *samhandling* krever systematisk forbedringsfokus for å gi bedre pasientopplevelser. Dette til tross for tiltak som *Trygg utskrivning* og innføring av kommunikasjon og informasjonsverktøyet *pleie- og*

omsorgsmeldinger. På spørsmålet om *dine pårørende ble tatt godt imot av personalet på sykehuset* er det en tydelig nedgang i 2020 sammenlignet med 2019. Vi tror dette kan skyldes pårørendes opplevelse av strenge smitteverntiltak og besøksrestriksjoner som ble innført under koronapandemien.



Figur: Utvikling for utvalgte indikatorer fra PasOpp ved somatiske sykehus i Vestre Viken i perioden 2011-2020

Folkehelseinstituttet kartlegger også pasienters erfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern og pasienters erfaringer med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Alle pasienter og pårørende kan gi tilbakemelding til Vestre Viken ved å bruke linken *Si din mening* på Vestre Vikens hjemmeside. Vi ønsker svar på spørreundersøkelsen fra alle pasienter, enten de har vært innlagt på sykehus, har hatt dagbehandling, eller poliklinisk behandling.



Si din mening

Vi ønsker dine synspunkter og tilbakemeldinger på våre tjenester. Hvis du har vært pasient hos oss eller er pårørende til en som har vært det, setter vi stor pris på om du vil svare på en spørreundersøkelse. Du kan også sende oss et skriftlig forslag til hvordan vi kan forbedre oss eller en klage.

Takk for at du hjelper oss med å bli bedre!

For mange pasienter er det en barriere å bruke internett til slike tilbakemeldinger. Vestre Viken ønsker derfor å gjøre det enklere for pasienter å gi tilbakemelding ved å bruke SMS.

I arbeidet med å forbedre pasientbehandling og pasientforløp legges det vekt på å innhente tilbakemeldinger fra pasienter og brukere med erfaringskompetanse, for eksempel gjennom brukerundersøkelser, innsiktsintervjuer eller fokusgruppeintervjuer. Pasienter med brukererfaring bidrar også aktivt med å forbedre pasientforløp og i utvikling og gjennomføring av lærings- og mestringskurs.

Mange avdelinger i Vestre Viken gjennomfører egne brukerundersøkelser for å få informasjon om hvordan pasientene opplever møtet med sykehuset. Pasientenes erfaringer har stor verdi i arbeidet med forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet.

Brakerutvalget og ungdomsrådet i Vestre Viken har et stort kontaktnett mot brukerorganisasjoner, befolkning, pasienter og pårørende. De bidrar til å gi strukturert tilbakemelding til Vestre Viken om viktige pasienterfaringer og forbedringsområder.

2.9 Sykehus i nettverk

I følge Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) skal sykehusene fungere i et 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. Samarbeid skal sikre at helseforetakets samlede ressurser benyttes til pasientenes beste.

For å sikre robuste og likeverdige helsetjenester til hele befolkningen må Vestre Vikens sykehus og ansatte samarbeide. Siden forrige utgave av utviklingsplanen har Vestre Viken styrket samarbeid i nettverk på sykehusene for å legge til rette for klinisk samarbeid om pasienten og ha en felles lærende kultur der fagmiljøer deler kompetanse for å fremme pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring.

Felles kultur skal styrkes gjennom faglig samarbeid, deling av kompetanse og verdibasert ledelse. Digital samhandling har gitt nye muligheter. En betydelig andel av samarbeidet mellom faggrupper kan foregå stedsuavhengig med hjelp av digital teknologi.






Siden forrige utgave av utviklingsplanen har Vestre Viken etablert akser for samarbeid hvor personell arbeider på flere sykehus, og det er etablert felles vaktordninger og konsultasjonsordninger mellom personell på sykehusene. For å levere god kvalitet og redusere uønsket variasjon er det nødvendig at fagmiljøene i Vestre Viken er robuste. Dette betyr også at driften er sikret gjennom hele året, og at det er gode forhold for utdanning og kollegastøtte. Eksempler på samarbeid i nettverk er deler av kreftbehandling, geriatrikktilbud, blodsykdommer, og lungesykdommer.

Nasjonale kvalitetsindikatorer gir grunnlag for at Vestre Viken kan sammenlikne resultater med andre helseforetak, og det er også mulig å sammenlikne resultater innad i helseforetaket. Samarbeid i nettverk er et virkemiddel for å redusere uønsket variasjon og bidra til mer likeverdige helsetjenester. Andre tiltak er standardisering av prosedyrer og kliniske fagrevisjoner.

Nasjonale helse- og sykehusplan (2016-2019) anbefaler samlokalisering av psykisk helsevern og somatiske helsetjenester. I nytt sykehus i Drammen (NSD) blir helsetilbudet samlokalisert, og vil bidra til bedre tilrettelegging for å møte pasientenes behov for sammensatte tjenester.

2.10 Teknologi

Vestre Vikens strategiske handlingsplan for teknologi som ble vedtatt i 2019, er vist i figuren under. Planen inneholder seks satsingsområder.

INNSATSOMRÅDER	MÅL	TILTAK
 Ta i bruk ny teknologi	<i>Raskere oppnå effekt for å yte bedre helsetjenester</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedre interne beslutningsprosesser • Etablere veileder for å ta i bruk teknologi • Heve teknologikompentansen • Etablere testarenaer
 Forenkle og standardisere	<i>Integrerte, brukervennlige og driftssikre løsninger</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bidra i regional infrastrukturmodernisering • Redusere uønsket variasjon i utstyr og applikasjoner • Økt fokus på virksomhetsarkitektur og dataflyt
 Mobilitet og avstand	<i>Trygge og helhetlige helsetjenester nærmest mulig pasienten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Program for digital hjemmeoppfølging • Legge til rette for mobile sikkerhetsløsninger, arbeidsflate og applikasjoner
 Nytt sykehus	<i>Realisere nytt sykehus og optimalisere teknologi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Utnytte potensiale for innovativ teknologiutvikling • Sikre felles teknologiutviklingsprosjekter • Teste og pilotere i eksisterende sykehus
 Samarbeidskultur og mulighetsrom	<i>Oppnå rask og innovativ utvikling gjennom samarbeid</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Etablere løsninger for samhandling • Etablere samarbeid med helseforetak, næringslivet, teknologiklynger, akademia og kommuner • Heve kompetansen på innovative anskaffelser
 Styringsmodell og struktur	<i>Sikre teknologiutvikling i tråd med behov</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Styrke porteføljestyring • Etablere teknologinettverk i foretaket • Bedre overgang fra prosjekt til drift / forvaltning • Heve kompetansen på prosjektmetodikk

Figur Strategisk handlingsplan teknologi 2019 - 2022

Ta i bruk ny teknologi

Vestre Viken jobber systematisk med å ta i bruk ny teknologi gjennom regionale IKT-prosjekter, lokale innovasjonsprosjekter og anskaffelse av nytt medisinsk teknologisk utstyr. Siden 2018 har Vestre Viken innført elektronisk kurve og medikasjon, regional løsning for fosterovervåking, innsyn i kjernejournal, automatisk tildeling av fødselsnummer og utsending av digitale brev. Videokonsultasjoner med pasienter fikk en markant økning under pandemien. Innen program for digital hjemmeoppfølging er pasientens egenregistrering tatt i bruk for flere pasientgrupper. Fjernstyring av CT ble tatt i bruk mellom Hallingdal sjukestugu (HSS) og Ringerike sykehus i mars 2019, og videosamtaler til 113 ble tatt i bruk i april 2021. Røntgensystemet for lagring av røntgenbilder (PACS) er oppgradert til nyeste versjon. I program for digital hjemmeoppfølging er det utarbeidet veiledere for å ta i bruk nye løsninger.

Forenkle og standardisere

Vestre Viken arbeider med å forenkle og standardisere IKT- systemene for å gjøre forvaltningen mer driftseffektiv. Vestre Viken følger Sykehuspartners program for modernisering av IKT-infrastrukturen (STIM). De trådløse nettverkene i sykehusene er forbedret, og det er igangsatt utbedringer av IKT infrastruktur i lokale datarom. I løpet av de neste årene vil infrastrukturen i hele bygningsmassen, inkludert telefonsystemer og datanettverk, moderniseres.

Mobilitet og avstand

Vestre Viken har siden 2019 hatt et program for digital hjemmeoppfølging. Programmet har bidratt til flere digitale løsninger som gjør det mulig for pasienter å motta helsetjenester hjemme.

Det er innført en sikker plattform for mobile løsninger, og det er innført en mobil løsning for id-kontroll ved blodtransfusjoner.

Nytt sykehus

Planlegging av nytt sykehus i Drammen omfatter mange teknologiprojekter. Det skal anskaffes nytt utstyr for over en milliard kroner, og det jobbes med en rekke IKT-prosjekter. Vestre Viken er et av de første helseforetakene som skal ta i bruk *helselogistikk*. Helselogistikk omfatter løsninger for inn- og utsjekk, oversikt over pasientinformasjon og meldingsutveksling. Ny teknologi skal i størst mulig grad piloteres i eksisterende sykehus før implementering i nytt sykehus. Nytt adgangskontrollsystem vil tas i bruk på Kongsberg sykehus som første lokasjon i Vestre Viken.

Samarbeidskultur og mulighetsrom

Vestre Viken har et tett samarbeid med andre helseforetak og eksterne aktører om teknologiutvikling, og har tatt i bruk flere løsninger som er utviklet av andre. Tilsvarende har andre tatt i bruk løsninger utviklet av Vestre Viken som for eksempel ansattes registrering av egen karantenestatus (ARES).

Som medlemskap i Norway HealthTech har Vestre Viken fått bistand til innovasjonssøknader som har resultert i ny tjenester og løsninger. Vestre Viken deltok på *Hackaton* i EU-prosjektet Cross4Health i 2019 og to av ideene er videreført frem til det som i dag er ny løsning for videosamtale AMK og digital sårbehandling.

Fakta om registrering av karantenestatus (ARES)

I mars 2020 fikk Vestre Viken i løpet av 12 dager etablert en mobil løsning for ansattes registrering av karantenestatus (ARES). Dette ble mulig gjennom et tverrfaglig samarbeid mellom ansatte i Vestre Viken, tillitsvalgte, verneombud, Sykehuspartner, Helse Sør-Øst og utviklere hos leverandøren Checkware. Helse Sør-Øst bidro med å dekke deler av leverandørkostnaden og sikre en avtale som kunne benyttes av flere helseforetak.

Styringsmodell og struktur

Vestre Viken har økt kompetansen på prosjektmetodikk og porteføljestyring. Det er etablert et prosjektkontor på foretaksnivå og et porteføljestyre som følger opp de mest kritiske prosjektene og programmene. Det er gjennomført et større arbeid innenfor IKT systemforvaltning, informasjonssikkerhet og personvern.

2.11 Beredskap

Vestre Viken har en god grunnberedskap. Beredskapen i de prehospitalene tjenestene og på sykehusene settes jevnlig på prøve gjennom trening, øvelser og håndtering av reelle hendelser. Erfaringene fra håndteringen av covid-19 pandemien og andre hendelser har imidlertid vist at det er et potensial for

- forbedring i samhandlingen på tvers av organisatoriske grenser og nivåer internt, og mot eksterne samarbeidsparter.
- forbedring av beredskapen på områder som ligger på siden av foretakets kjernevirksomhet og -kompetanse.
- å forenkle og sikre at prosesser, planer og verktøy er brukervennlige, tilgjengelige og relevante, og at de faktisk brukes når det er nødvendig.

Som et resultat av erfaringer fra blant annet håndteringen av covid-19 pandemien har Vestre Viken etablert en handlingsplan for beredskapsutvikling. Vi bruker erfaringer fra trening, øvelser og håndtering av reelle hendelser til systematisk forbedring. Vi skal ha en robust beredskap som setter oss i stand til å møte et bredt spekter av uønskede hendelser. Handlingsplanen omhandler hovedområdene organisasjon, planverk, støtteverktøy og kompetanse.

I arbeidet med nytt sykehus i Drammen er sikkerhet og beredskap en integrert del av både byggeprosjektet og mottaksprosjektet. Det vil bli utarbeidet nye beredskapsplaner tilpasset det nye sykehuset og beredskapsplaner for flyttefasen.

2.12 Virksomhetsstyring og gevinstrealisering

Økonomisk bærekraft er fundamentet for all aktivitet og videre utvikling av helseforetaket. Solide økonomiske resultater skal sikre Vestre Vikens fremtidige utviklings- og investeringsevne.

Vestre Viken har betydelige resultatkrav for å sikre finansiering av nytt sykehus i Drammen. Frem til 2025 må vi ha tilstrekkelige overskudd for å nå kravet om 30 prosent egenfinansiering av det nye sykehuset. De neste årene skal overskudd fra driften bidra til nedbetaling av gjeld. Vestre Viken har i tillegg investeringer til en omfattende oppgradering og vedlikehold av sykehusene Bærum, Ringerike og Kongsberg. Det pågår i tillegg planlegging av utvikling av eiendomsmassen til klinikk for psykisk helse og rus, samt ambulansestasjonene. Utover dette skal det økonomiske resultatet sikre at vi opprettholder investeringsnivået i medisinsk-teknisk utstyr og IKT.

For å sikre resultatoppnåelse de nærmeste årene er det utarbeidet en plan for gevinstrealisering for nytt sykehus i Drammen (NSD) og økonomisk bærekraft i Vestre Viken. Planen omfatter tiltak for bedre ressursplanlegging av aktivitet, bedre kapasitetsutnyttelse, etablering av beste praksis og reduksjon av utilsiktede hendelser i pasientbehandlingen. I tillegg vil det i mottaksprosjektet for NSD planlegges for mer effektiv drift enn tidligere.

Vestre Viken har etablert et porteføljestyre som følger opp fremdrift og resultater i de viktigste utviklingsprosjektene. Det er etablert et prosjektkontor som støtter og veileder prosjektledere og prosjekteiere i gjennomføringen av prosjektene. Oppnåelse av effekt- og resultatmål i samsvar med plan vil være avgjørende for fremtidig bærekraft.

Utviklingsplanen vil gi retning for handlingsplaner de kommende årene. Utvikling i pasientbehandling, arbeidsformer, oppgavefordeling og arealbehov vil påvirke planlagt bemanning, kompetanse, investeringsbehov og inntektsgrunnlaget. Økonomisk langtidsplan skal gjenspeile dette. Planlagt aktivitet fremgår i årlig virksomhetsplan og budsjett. Planene tilpasses de økonomiske rammebetingelsene.

3 En bærekraftig helsetjeneste - overordnede strategier og føringer

God pasientbehandling og pasientsikkerhet skal ligge til grunn for alt vi gjør. Vestre Viken skal tilby gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi. Vestre Vikens virksomhet bygger på verdien kvalitet, trygghet og respekt. Både visjonen og verdigrunnlaget er felles med alle de andre helseforetakene i regionen.

Vestre Viken er en stor samfunnsaktør som skal bidra til å fremme god helse i befolkningen. Samtidig er det en forventning at befolkningen skal ta større ansvar for egen helse.

De ansatte er Vestre Vikens viktigste ressurs. Tilgang på riktig kompetanse er avgjørende for å en bærekraftig helsetjeneste.

Vestre Viken har også et samfunnsansvar for å ivareta miljø og klima. I det utadvendte sykehuset skal helseforetakene spille en aktiv rolle i lokalsamfunnet i tråd med sitt samfunnsansvar. Helseforetakene er store arbeidsplasser, de er utdanningsarenaer og de kan være en viktig samarbeidspartner for både lokalt og internasjonalt næringsliv. Samfunnsansvaret innebærer også et ansvar for å forvalte knappe ressurser på en bærekraftig måte.

3.1 Ansvar for egen helse

Det er en uttalt målsetting at befolkningen skal ta et større ansvar for egen helse. Helsepersonell skal bidra til å styrke pasientens evne til å fremme egen helse og mestre hverdagen. Pasientene skal ha reell mulighet til å påvirke beslutninger knyttet til egen utredning og behandling. Helsepersonell skal ha kunnskap om samvalg og bruk av samvalgsverktøy, og skal kommunisere slik at pasienten forstår og bruker kunnskap om egen sykdom og behandlingstilbud til å delta aktivt i beslutninger. For å møte disse oppgavene må opplæring av pasienter og pårørende være en høyt prioritert oppgave.

3.2 Forebygge mer - reparere mindre

I Stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen beskrives tre hovedutfordringer for helsetjenestene:

- pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- demografisk utvikling og endringer i sykdomsbildet gir utfordringer som kan true samfunnets økonomiske bæreevne.

Det er de samme mangler og svakheter som gjør seg gjeldene både når det gjelder de samfunnsøkonomiske utfordringene og de mer pasientrelaterte utfordringene.

Den demografiske utviklingen og fremtidig tilgang på helsepersonell krever større innsats på helsefremmende og forebyggende helse. For den enkelte handler det om livskvalitet og tapte leveår. Spesialisthelsetjenestens oppgaver er først og fremst knyttet til å forbygge tilbakefall og forverring av sykdom samt medvirke til at pasienten kan leve med og mestre sin sykdom.

Forebygging av livsstilsrelaterte sykdommer er viktig for å redusere sosial ulikhet i helse. Vi vet at forventet levetid er 20 år kortere for personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblem enn befolkningen for øvrig. Under pandemien har vi fått ny kunnskap om innvandrerbefolkningens helse og helseutfordringer.

Helse Sør-Øst følger i regional utviklingsplan 2035 opp Verdens helseorganisasjons bærekraftsmål om å redusere for tidlig død av ikke smittsomme sykdommer som kreft, diabetes, KOLS og hjertekarsykdommer med 30 prosent innen 2030. Det forventes at helseforetakene har en mer bevisst satsing på forebygging.

3.3 Ansatte er helsetjenestens viktigste ressurs

Tilgang på riktig kompetanse og arbeidskraft er nødvendig for å skape en bærekraftig helsetjeneste. Det er i økende grad konkurranse om de samme knappe personellressursene. I vår felles helsetjeneste må oppgaver løses og fordeles på nye måter. Oppgavene må løses i team på tvers av fag, organisasjonsstrukturer og forvaltningsnivå. Vestre Viken må planlegge systematisk i tråd med deg faglige utviklingen for å møte fremtidig kompetansebehov.

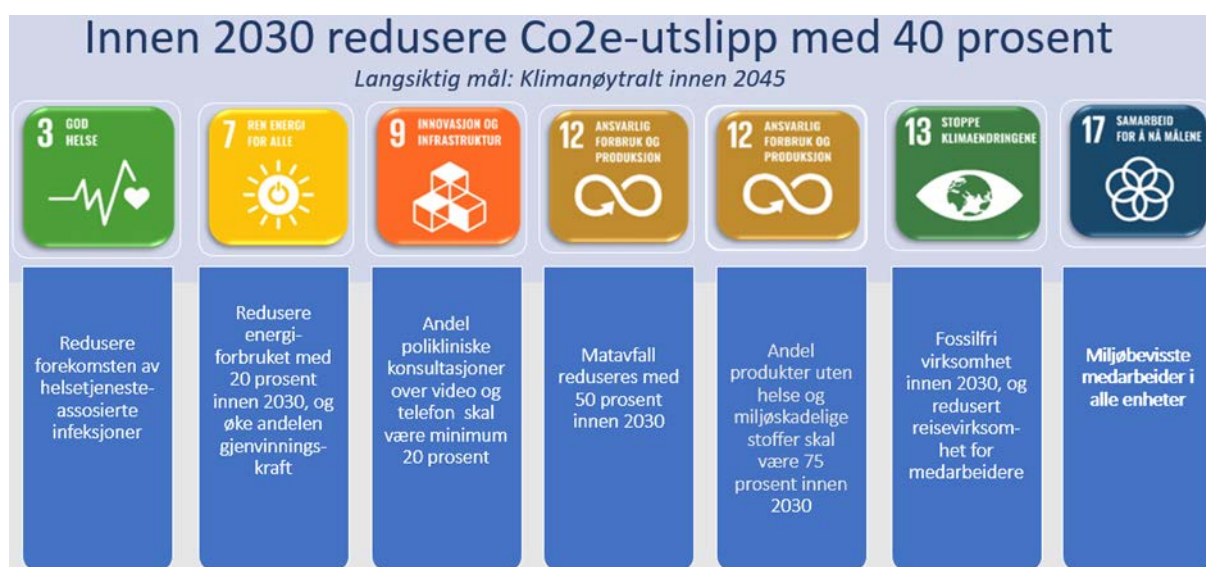
Pandemien har vist oss at de ansatte strekker seg langt for å ivareta pasientene. Pandemien har også vist oss at vi raskt kan snu oss og ta nye oppgaver. Samtidig har vi erfart hvor sårbare vi er for stabil tilgang på personell og kompetanse. Framskrivninger viser at det er et stort og udekket behov for helsepersonell. Dette gjelder særlig for sykepleiere og helsefagarbeidere. En bærekraftig bemanning forutsetter systematisk planlegging av kompetanse for alle faggrupper. I fremtiden vil det være et stort behov for å beholde og utvikle medarbeiderne.

3.4 Samfunnsansvar - et grønnere sykehus

Det er anslått at helsesektoren i 2018 stod for opp mot fem prosent av klimagassutslippene. Det er en forventning fra omverden, medarbeidere, pasienter og pårørende at Vestre Viken tar ansvar og bidrar til å redusere utslipp og negative miljøkonsekvenser fra sykehusdriften.

I flere år har Vestre Viken arbeidet med å skape bevissthet om egne utslipp og redusere miljøfotavtrykket. Gjennom konkrete tiltak skal Vestre Viken sørge for å nå målene som de regionale helseforetakene har gitt i felles *Klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030*.

Under vises spesialisthelsetjenestens klima- og miljømål 2022-2030.



Vestre Viken påvirker miljø og klima gjennom bruk av vann og energi, forbruk av varer og utstyr, matsvinn, transport, pasientreiser, byggeaktivitet, drift av bygg, håndtering av legemidler og kjemikalier. I Vestre Viken skal miljøbevisste ansatte velge bærekraftige løsninger og ta i bruk materialer, produkter, metoder og teknologi som gir miljøgevinster. Gjennom effektive miljø- og klimatiltak skal vi redusere vår miljøpåvirkning og bidra til å forbygge skadevirkninger på liv og helse.

Bærekraftig forbruk og produksjon handler om å gjøre mer med mindre ressurser. I sykehus er det et stort forbruk av materiell som generer betydelige avfallsmengder. Livssyklusperspektivet er viktig for å oppnå en mer miljøvennlig forvaltning av avfall.

Det utadvendte sykehuset innebærer tjenester nærmere pasientene. En reduksjon av pasientreiser innebærer en miljømessig gevinst, i tillegg til reduksjon av andre samfunnsmessige kostnader.

Helse Sør-Øst har sluttet seg til Eiendomssektorens veikart for 2050. Dette betyr at Vestre Viken skal følge opp anbefalte tiltak for byggeiere. Det vil sette ytterligere krav til hvordan vi bygger sykehus og hvordan de driftes. Det må arbeides videre med å lage en langsiktig handlingsplan for blant annet å redusere karbonutslippene fra sykehusdriften.

Vestre Viken skal legge til rette for at alle pasienter, besøkende og ansatte oppholder seg i et trygt og sikkert miljø. Ingen skal eksponeres for skadelig stråling, kjemikalier eller biologisk materiale. Risiko for farlige situasjoner skal reduseres til et minimum. Vestre Viken skal være en helsefremmende arbeidsplass.

3.5 Nasjonale og regionale strategier og føringer

De samlede forventningene til Vestre Viken kommer som nasjonale føringer, strategier og årlig oppdragsdokument fra Helse Sør- Øst. Sammen med statsbudsjettet legger dette viktige premisser for utviklingen.

Vestre Viken skal skape pasientens helsetjeneste. Å skape pasientens helsetjeneste betyr å involvere pasientene som partnere i utviklingen av tjenestene og involvere den enkelte pasient i egen helse. Styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF for 2022 samles i følgende hovedområder:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.
- Teknologi og digitalisering.
- Ressursutnyttelse og samordning.

Forventninger og føringer fra Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er helt sentrale. Den nasjonale planen gir en bred beskrivelse av viktige utviklingstrekk, politiske føringer, ambisjoner og planer for utviklingen av helsetjenesten. Avtalen mellom Kommunenes Sentralforbund og Regjeringen om Helsefelleskap sier noe om samarbeidsstruktur med kommunene og prioriteringer fremover.

Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør Øst (HSØ) ligger til grunn for arbeidet med revisjon av Vestre Vikens utviklingsplan 2035 fra 2018. Regional utviklingsplan har som mål å fremme:

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet

Helse Sør-Øst RHF prioriterer fem satsingsområder i sin utviklingsplan:

1. Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
2. Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
3. Redusere uønsket variasjon
4. Mer tid til pasientrettet arbeid
5. Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Regionale mål og satsingsområder er innarbeidet i Vestre Vikens mål og tiltak (kapittel 5 Analyse og veivalg).

Det er utarbeidet en *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som ble vedtatt av styret i HSØ desember 2020. I tillegg til overnevnte planer, strategier og veilederen har HSØ gitt premisser og føringer for arbeidet med utviklingsplanen i styresak 043-2021.

Følgende strategier og plandokumenter er lagt til grunn i arbeidet med revisjon og fornying av *Utviklingsplan 2035*:

Dokument
Nasjonale og regionale strategier og plandokumenter
Nasjonal Helse- og sykehusplan 2020-2023 Meld. St. nr. 7 (2019-2020)
Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør- Øst (desember 2018)
Regional fagplan for psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Sør-Øst (styresak 041-2021)
Regional delstrategi for teknologiområdet i Helse Sør-Øst (styresak 049-2020)
Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (styresak 009-21)
Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (styresak 148-2020 HSØ)
Premisser og føringer for arbeidet med lokale utviklingsplaner (styresak 043-2021 HSØ)
Vestre Vikens plandokumenter
Utviklingsplan 2035 for Vestre Viken (styresak 3. mai 2018)
Økonomisk langtidsplan 2021-2024

4 Utviklingstrekk og framskriving

4.1 Demografi og sykdomsutvikling

Befolkningsvekst

Forrige utviklingsplan 2035 baserte seg på framskrivningen fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) med utgangspunkt i befolkningen i 2016. Den anslø at folketallet i Norge ville øke til ca. 5,9 millioner i 2035, basert på det såkalte MMMM-alternativet, dvs. basert på middels fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring. Ny framskrivning basert på befolkningen i 2020 og MMMM fram til 2040 anslår imidlertid en mindre befolkningsøkning til ca. 5,8 millioner i 2040.

Befolkningen i Vestre Viken vil tilsvarende øke mindre enn tidligere forventet.

Befolkningsveksten framskrives nå til 546 012 innbyggere i 2035, som innebærer en økning fra 498 668 i 2020. Dette er lavere vekst enn det som tidligere er lagt til grunn.

Den prosentvise befolkningsveksten varierer betydelig mellom kommunene.

Befolkningsøkningen i de store kommunene som Asker, Bærum, Drammen, Øvre Eiker og Lier vil ha størst betydning for dimensjoneringen av tilbudet i Vestre Viken.

Kommune	Ant. Innbyggere		Vekst
	2020	2035	
Drammen kommune	101 386	109 062	8 %
Lier kommune	26 811	30 501	14 %
Bærum kommune	127 731	140 765	10 %
Asker kommune	94 441	103 538	10 %
Ringerike kommune	30 641	32 475	6 %
Hole kommune	6 799	7 984	17 %
Flå kommune	1 050	1 134	8 %
Nesbyen kommune	3 273	3 186	-3 %
Gol kommune	4 608	4 835	5 %
Hemesedal kommune	2 486	2 920	17 %
Ål kommune	4 674	4 573	-2 %
Hol kommune	4 441	4 684	5 %
Sigdal kommune	3 467	3 329	-4 %
Krødsherad kommune	2 212	2 336	6 %
Modum kommune	14 115	15 253	8 %
Jevnaker kommune	6 852	7 627	11 %
Kongsberg kommune	27 723	30 100	9 %
Øvre Eiker kommune	19 423	22 414	15 %
Flesberg kommune	2 688	3 000	12 %
Rollag kommune	1 390	1 425	3 %
Nore og Uvdal kommune	2 439	2 291	-6 %
Sande (del av Holmestrand)	10 018	12 580	26 %
Samlet innbyggertall	498 668	546 012	9 %

Befolkningsframskrivingen viser at de eldste aldersgruppene, som benytter sykehustjenester mest, har den klart største veksten. Det meste av veksten kommer i aldersgruppen over 65 år som øker med 44,5 prosent. For aldersgruppen 18-64 år er veksten forventet å bli 3,7 prosent mens det estimeres en nedgang i antall barn og unge i alderen 0-17 år på 4,9 prosent. Den betydelige økningen i antall eldre innebærer en økning i forventet behov for helsetjenester på alle nivåer. Når behovet for helsetjenester skal vurderes, må det ikke bare ses på prosentvis endring, men også på antallet innen den gruppen som endrer seg.

Sykehus	2020	2035	Vekst
Bærum sykehus	189 506	206 316	9 %
Drammen sykehus*	170 881	190 130	11 %
Kongsberg sykehus	53 663	59 230	10 %
Ringerike sykehus	84 618	90 336	7 %
Totalsum	498 668	546 012	9 %
*Drammen sykehus er også lokalsykehus for Kongsberg for kirurgi. Ansvar for Asker kommune delt mellom Bærum og Drammen sykehus etter gammel kommunestruktur.			

Befolkning og befolkningsvekst for lokalsykehusområdene i Vestre Viken i perioden 2020 til 2035. Merk at behovet for helsetjenester varierer med sammensetningen av befolkningen

Tabellen over viser også befolkningsutviklingen innen lokalsykehusfunksjonen for de fire somatiske klinikkene. Befolkningssammensetningen gjør at behovet for spesialisthelsetjenester

varierer i lokalsykehusområdene. For eksempel er befolkningen i Bærum sykehus sitt lokalsykehusområde yngre og har derfor mindre behov for spesialisthelsetjenester. Behov for spesialisthelsetjenester i en kommune beregnes etter en indeks hvor alder utgjør den vesentlige delen, men hvor også andre sykdomsfaktorer og sosioøkonomiske faktorer inngår. Gjennomsnittlig behov er satt til 1. For somatiske helsetjenester er indeksene i Vestre Viken henholdsvis 0,89 for Bærum lokalsykehusområde, 1,00 for Drammen, 1,02 for Kongsberg og 1,09 for Ringerike lokalsykehusområde.

Sykdomsutvikling

De demografiske endringene påvirker sykdomsbildet og dermed behovet for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Nye metoder i diagnostikk og behandling skaper større muligheter for å gi helsehjelp til flere. Behandlingsbehov påvirkes også av at flere lever lengre med kroniske sykdommer, og at flere får oppfølgingsbehov etter å ha overlevd alvorlig sykdom og skade. Samtidig får ulike helsefremmende tiltak effekt på behovet for helsetjenester. Det har i løpet av de siste 15 årene vært en betydelig reduksjon i sykdomsbyrden knyttet til hjerte/kar-sykdom. Samtidig har det vært en økning i antall tapte gode leveår knyttet til flere tilstander, særlig diabetes, nevrologiske sykdommer som demens og psykiske lidelser. Det har vært en økning i krefttilfeller, men samtidig har overlevelsen ved kreftsykdommer økt.

Behov for helsepersonell

Framskrivning av tilgang på helsepersonell viser at det vil bli ytterligere mangel på enkelte helsepersonellgrupper i tiden fremover. Denne situasjonen forsterkes av den demografiske utviklingen av befolkningen med en økende andel eldre.

4.2 Helseutfordringer i befolkningen

Barn og ungdoms levekår varierer. I deler av Vestre Vikens helseområde er det flere barn som vokser opp under fattigdomsgrensen enn nasjonalt gjennomsnitt. Det er også flere ungdommer som faller ut av videregående skole enn nasjonalt snitt. Ungdom som faller ut av skole kommer seg i mindre grad ut i arbeidslivet. Utdanning og arbeid er viktig for framtidig helse og levekår.

Psykiske plager og lidelser er et betydelig helseproblem hos barn og unge i Norge. Mange utvikler sykdomstegn i ung alder og før de fyller 30 år. Anslagsvis har 15-20 prosent av barn og unge mellom 3 og 18 år nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager som angst, depresjon og atferdsproblemer.

Om lag halvparten av befolkningen vil rammes av psykiske lidelser i løpet av livet. Angstlidelser og depressive lidelser er vanligst. Noen grupper i befolkningen er særskilt sårbare og har større helseutfordringer enn andre. Dette slår ut på forventet levealder. Personer med alvorlig psykisk sykdom og omfattende rusmisbruk har 20 år kortere forventet levealder. Nesten 60 prosent av overdødeligheten kan tilskrives somatiske sykdommer, og mange av sykdommene er livsstilsrelaterte.

I Vestre Vikens område har nesten hver femte innbygger innvandrerbakgrunn. De fleste innvandrerne bor i de store kommunene Asker, Bærum og Drammen. Selv om innvandrerbefolkningen fortsatt er relativt ung vil antall eldre over 70 år med innvandrerbakgrunn øke i årene som kommer.

Innvandrerbefolkningen er en sammensatt gruppe, og det er store helserelaterte forskjeller mellom ulike befolkningsgrupper. Generelt har de fleste god helse når de kommer til Norge. Enkelte sykdommer har en betydelig høyere forekomst blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Innvandrere fra Sør-Asia har høyere risiko for type 2-diabetes, og får ofte type 2-diabetes i yngre alder. Data fra kreftregisteret viser store variasjoner i kreftforekomst mellom

befolkningsgrupper, men det ser ikke ut som innvandrerbefolkningen totalt sett er mer utsatt for kreftsykdom enn den norske befolkningen. Selv rapporterer innvandrere høyere forekomst av psykiske helseplager. Barn av innvandrere har høyere forekomst av psykiske plager enn etnisk norske barn.

Ulik forståelse og oppfatning av helse og sykdom påvirker levevaner og bruk av helsetjenester. Brystkreft er for eksempel ofte mer fremskreden når den diagnostiseres blant innvandrere fra lavinntektsland enn blant andre pasienter. Pandemien har vist at deler av innvandrerbefolkningen rammes hardere enn den etnisk norske befolkningen. Vi ser også at vaksinegraden varierer mellom befolkningsgrupper.

Vestre Viken har også ansvar for å tilby personer med samisk språk og kultur likeverdige helsetjenester.

Det er variasjon i befolkningens helsekompetanse. Vestre Viken skal gi likeverdige helsetjenester, og har et særskilt ansvar for å ivareta grupper som vi vet kan ha vanskeligheter med å nyttiggjøre seg av helsetjenestene.

Fakta om helsekompetanse

Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.

Flere grupper i befolkningen kan ha utfordringer med å tilegne seg nødvendig helsekompetanse. Det gjelder blant annet personer med mangelfulle lese- og skriveferdigheter, personer med manglende språkferdigheter, for eksempel enkelte innvandrergrupper, personer med lav digital kompetanse og personer med ulike grader av kognitiv svikt. I tillegg er det i ulike samfunn forskjell på hva man definerer som sykdom, hvordan man presenterer sin lidelse, og hvem man henvender seg til for å få hjelp. Tiltak for å fremme helsekompetanse må tilpasses målgruppens forutsetninger.

Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023, Helse og omsorgsdepartementet

Befolkningssammensetningen er i endring med forholdsvis flere eldre i små kommuner med lang reise til helsehjelp, og en yngre populasjon i sentrale byområder. Antallet eldre over 80 år vil dobles fram mot 2035. Flere lever lenger med kroniske sykdommer og funksjonssvikt. Det forventes en økning av komplekse problemstillinger med kombinasjon av somatikk, organiske hjernesykdommer som demens, depresjon og psykosestilstander. Dette vil stille krav til god samhandling mellom psykisk helsevern, somatikk og kommunehelsetjenesten. Samtidig ser vi at flere lever lenger med god funksjon og at det er i siste leveår det er stort forbruk av helsetjenester. Befolkningens kompetanse til å mestre funksjonssvikt, til tross for sykdom og begrensninger, ser ut til å være økende.

I tiden frem mot 2035 er det forventet at forekomst av livsstilsrelaterte sykdommer, som hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes, KOLS, overvekt og kreft, vil øke. I følge Kreftforeningen vil forekomst av kreft i Vestre Vikens helseområde øke med rundt 60 prosent for menn og rundt 40 prosent for kvinner i perioden fram til 2035.

Vestre Viken følger nøye utviklingen av infeksjoner med multiresistente bakterier. Verdens helseorganisasjon anser økt forekomst av antibiotikaresistens som en global folkehelsestrussel. Det er usikkert hvilken risiko dette vil innebære for pasienter og helsetjenesten. Pandemien har vist oss hvor sårbare vi er. Vi må forvente at vi må leve med situasjoner med pandemier fremover.

4.3 Medisinskfaglig utvikling

Medisinskfaglige utviklingstrekk er preget av ny diagnostikk og nye behandlingsmetoder, samt en rask teknologisk utvikling.

Det kirurgiske fagfeltet vil utvikle seg mot en økt bruk av minimalt invasive teknikker som kikkeshullskirurgi, en økning i robotassisterte operasjoner og bruk av teknologi som *augmented reality* (AR) eller *virtual reality* (VR). Videre vil flere pasienter kunne behandles med intervensjonsradiologiske metoder, alene eller i kombinasjon med konvensjonell kirurgi.

Den medisinskfaglige utviklingen går mot en mer persontilpasset tilnærming, både når det gjelder forebygging og behandling. Med persontilpasset medisin menes forebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging tilpasset biologiske forhold hos den enkelte. Hensikten er å tilby pasientene mer presis og målrettet diagnostikk og behandling, og samtidig unngå behandling som ikke har effekt. Behandling av kreftsykdommer er for eksempel et område i rask utvikling, og bruk av immunterapi har vist lovende resultater for en rekke pasientgrupper.

Den medisinske utviklingen vil medføre en fortsatt økende grad av spesialisering. Dette virker sentraliserende, da det er behov for større og sterke fagmiljøer som innen deler av kirurgien og kreftbehandlingen. Samtidig er det et uttalt mål å skape det utadvendte sykehuset ved å flytte tjenester ut og hjem. Nye teknologiske og digitale løsninger kan bidra til det. Spesialister som arbeider i nettverk mellom større og mindre sykehus ved hjelp av teknologiske og digitale løsninger, kan også bidra til at pasienten kan få tjenestene desentralisert.

Fortsatt vil de store folkesykdommene som hjerne- og karsykdommer, kreft, diabetes og psykiske lidelser være dominerende. Eldre med sammensatte behov vil utgjøre en stor gruppe. Det medfører behov for behandlere med bred, generell kompetanse.

Det er med andre ord flere ulike trender som må forventes å prege utviklingen. Det har imidlertid ofte vært vanskelig å forutsi endringer i sykdomsutvikling, diagnostikk og behandling. Helsetjenesten må derfor være fleksibel og ha evne til å endre seg i takt med den medisinske utviklingen.

4.4 Digital transformasjon

Helsetjenesten står overfor digitale endringer som er så omfattende at vi kan kalle det en digital transformasjon. For Vestre Viken innebærer digital transformasjon en prosess der vi endrer hvordan vi utfører oppgavene, vi tilbyr bedre helsetjenester, vi arbeider mer effektivt eller vi skaper helt nye tjenester. Brukerstyring er når brukere selv styrer tjenesten eller tiltaket. Brukerstyring og brukernes opplevelse av helsetjenesten er kjernen i endringene som er basert på utnyttelse av digital teknologi. Vi snakker om grunnleggende og omfattende endringer, ikke mindre justeringer. Dette er redesign av virksomheten på alle nivå og berører pasienter, ansatte, arbeidsprosesser, teknologi og ledelse.

Vestre Viken forventer store endringer i arbeidsprosesser og i utvikling av tjenestene. Utviklingen muliggjør digital oppfølging, konsultasjon og behandling av pasienter på ulike lokasjoner, med mulighet for å nærme oss det virtuelle sykehuset eller hjemmesykehus. Mobile løsninger vil bringe ansatte og samarbeidspartnere tettere sammen. Sensortechnologi og sporing gir store muligheter til håndtering av sanntidsdata, og kan understøtte god pasientbehandling og helhetlige pasientforløp. Utviklingen innen laboratoriesystemer og utstyr for bildediagnostikk åpner for bedre diagnostikk og pasientbehandling. Kunstig intelligens og håndtering av store

datamengder, gir nye muligheter til håndtering av sanntidsdata, læring og analyse, og kan dermed bidra til styrket kvalitet i pasientbehandlingen.

I pasientens helsetjeneste er det et mål at sykehuset skal komme nærmere pasienten. I Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) heter det at: *Spesialister fra store sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, spesialister fra sykehus skal samarbeide med kommunens helsepersonell på kommunale arenaer og sykehuset skal bistå pasienter i hjemmet eller ved hjelp av digitale løsninger (s 49)*. Bruk av digitale løsninger vil både forsterke og erstatte ambulant virksomhet. I fremtidens utadvendte sykehus skal Vestre Viken samarbeide med fastleger og kommunehelsetjenesten for å skape pasientens helsetjeneste.

Fakta om digital sårbehandling

For mange pasienter kan både transport og opphold på sykehuset være en påkjenning. Kongsberg- og Bærum sykehus prøver nå ut digital sårbehandling med bruk av video i samarbeid med kommunene. Sårstellet utføres av sykepleier i pasientens hjem eller i kommunal institusjon med veiledning av personell på sykehuset. Sengeliggende eller skrøpelige pasienter slipper å vente på ambulansetransport, pasienten er mindre utsatt for infeksjoner og belastende ventetid på sykehuset. Pasient og ledsager slipper å vente på transport hjem. Helsepersonell i kommunen bygger opp kompetanse og inngår i et kompetansenettverk sammen med personell på sykehuset.

Vestre Viken vil bygge en kultur for tjenesteinnovasjon. Nyten av ny teknologi kommer først når teknologien tas i bruk på en slik måte at det gir en effekt for pasienter, pårørende eller de ansatte. Dette krever ofte vesentlige endringer i arbeidsprosesser, roller og ansvar.

Nytt sykehus i Drammen planlegges med moderne IKT-infrastruktur, nytt medisinsk teknologisk utstyr og moderne byggetekniske løsninger. Dette vil gi Vestre Viken en unik mulighet til å ta i bruk ny teknologi.

4.5 Innovasjon

Endringstakten i samfunnet er høy. Fremtiden stiller krav til utvikling av helsetjenestene for å møte pasientenes forventninger om økt brukerstyring samtidig som det er knapphet på kompetanse og personell.

For å komme til det utadvendte sykehuset er det nødvendig å øke innovasjonstakten. Vestre Viken må bruke innovasjon for å skape nye og bedre helsetjenester. Brukermidvirkning skal ligge til grunn i alle innovasjonsprosjekter i Vestre Viken. Det største innovasjonspotensialet i Vestre Viken er innen tjenesteinnovasjon som innebærer ny behandling, prosesser og arbeidsformer eller vesentlig forbedring av disse. I tjenesteinnovasjon organiseres tjenestene etter pasientens behov. Nye løsninger for tjenestene skapes i når brukererfaring, fag og teknologi ses i en sammenheng. Dette medfører økt brukerstyring for pasientene og ofte nye måter å arbeide på for de ansatte. Tjenesteinnovasjon er sentralt for å nå det utadvendte sykehuset. For Vestre Viken er tjenesteinnovasjon et virkemiddel for å redusere uønsket variasjon og gi mer tid til pasientrettet arbeid.

Forskning og innovasjon er sentralt for utvikling og forbedring av pasientbehandling og pasientforløp og er nødvendig for å nå målene i utviklingsplanen.

4.6 Kapasitetsbehov somatikk

Det er gjort en nasjonal framskrivning innen somatikk i forbindelse med revisjonen av helseforetakenes utviklingsplaner. Modellen vil bli ytterligere bearbeidet i løpet av 2022. Her framskrives kapasitetsbehovet fram til 2040. Framskrivningen slik den foreligger nå, estimerer behov for noen flere døgnplasser og et betydelig høyere behov for poliklinikk og dagbehandling enn tidligere antatt. Effekt av primær og sekundær forebygging, nye behandlingsmetoder, økt digitalisering, brukerstyrt oppfølging og endringer i organisering av tjenestetilbudet, for eksempel dreining fra døgn- til dagtilbud, er forhold som vil bli vurdert videre. Framskrivningen vil derfor bearbeides videre. Det må vurderes om det på lengre sikt vil være behov for kapasitetsøkning.

Vestre Viken framskrev behovet for somatiske spesialisthelsetjenester i 2030 i forbindelse med hovedfunksjonsprogrammet for nytt sykehus i Drammen og i arbeidet med det tiårige vedlikeholdsprogrammet for de andre somatiske sykehusene Bærum, Kongsberg og Ringerike med Hallingdal sjukestugu. Framskrivningene som ble gjort i 2016 ble basert på aktiviteten i 2013 med datidens forventede befolkningsutvikling og forventede endringsfaktorer. Beregningene ligger til grunn for kapasitet i nytt sykehus i Drammen og utviklingen ved de andre somatiske sykehusene. Poliklinisk aktivitet har imidlertid økt mer enn forutsatt. Senere framskrivninger viser økt kapasitetsbehov for poliklinikk. Det kan gi arealmessige utfordringer. En økt bruk av digital oppfølging av pasienter i tiden framover forventes å kunne løse dette frem mot 2030. Brukerstyrte poliklinikker på en del fagområder har også vist en reduksjon i behov for polikliniske konsultasjoner.

Koronapandemien har i 2020 og 2021 ført til perioder med svært presset kapasitet i sykehusene. Dette gjelder særlig akuttmottakene, medisinske sengeposter og intensivavdelingene. Mye tyder på at covid-19 viruset fortsatt vil føre til mange sykehusinnleggelse og sette helsetjenesten under press i tiden som kommer.

Vestre Viken må planlegge for mer fleksibel utnyttelse av kapasiteten fremover. Dette handler om planlegging med tanke på kjent sesongvariasjon og fleksibel bruk av helsepersonell.

Vestre Viken vil styrke kapasiteten til behandling av alvorlig syke pasienter. I løpet av 2022 skal økt intensivkapasitet og intermediærkapasitet utredes. Utredningen innebærer både utdanning av flere intensivsykepleiere, etablering av flere intensivsenger, men også opprettelse av medisinske team som tilkalles til sengeposter når tilstanden til en pasient er i rask negativ utvikling.

4.7 Kapasitetsbehov og utvikling av tilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Klinikk for psykisk helse og rus gjennomfører et større omstillingsarbeid for å møte morgendagens utfordringer. Målet for arbeidet 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 fremover vil i større grad være basert på digital oppfølging av pasientene, ved bruk av videokonsultasjoner og digitale verktøy som eMestring. 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 vil vi samarbeide med alle kommunene om FACT-team for barn og unge.

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

Det ble gjort beregninger av kapasitetsbehov for de delene av virksomheten som skal inn i nytt sykehus i Drammen i forbindelse med utarbeidelse av hovedfunksjonsprogrammet. Det har vært arbeidet med en eiendomsplan for de øvrige deler av virksomheten for å tilpasse denne til framtidig pasientbehandling. Sykehusbygg har gjort en framskrivning mot 2035 basert på virksomheten i 2019. Nasjonal framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fra september 2021 framskriver kapasitetsbehov 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 72 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 frem til forskjellig behov for døgnplasser innen psykisk helsevern for voksne på sykehusnivå. Antall planlagte plasser (136) i nytt sykehus i Drammen ligger mellom de to framskrivningene. Hvis det korrigeres for forskjell i beleggsprosentforutsetningene, er antall plasser i nytt sykehus på nivå med nasjonal modell i 2030. Det er grunn til å følge denne kapasitetsbehovsutviklingen nøye i årene fremover.

5 Analyse og veivalg

Målene for utvikling av helsetjenestene er gitt i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023). Vestre Viken skal skape pasientens helsetjeneste. I pasientens helsetjeneste er det et mål at sykehuset skal komme nærmere pasienten. Vi må utvikle det utadvendte sykehuset. I dette kapittelet beskriver vi ønsket retning for utvikling av Vestre Viken og tiltak som må iverksettes for å nå det utadvendte sykehuset.

Mål og satsingsområder fra Utviklingsplan 2035 som ble styrebehandlet 3. mai 2018 videreføres med noen justeringer tilpasset dagens situasjon. Nytt i utviklingsplanene er ni områder hvor det er nødvendig å ha særskilt oppmerksomhet de nærmeste årene (5.2).

5.1 Mål og langsiktige satsingsområder

Vestre Vikens skal tilby gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi. Vestre Vikens virksomhet bygger på verdiene kvalitet, trygghet og respekt. Både visjonen og verdigrunnet er felles med alle de andre helseforetakene i regionen.

Vestre Viken har fem langsiktige satsingsområder for å realisere pasientens helsetjeneste.

5.1.1 Styrke brukermedvirkning og brukerstyring

Pasientens helsetjeneste skal ta utgangspunkt i pasientenes behov, ressurser og preferanser. Pasientene skal oppleve likeverdighet i møte med helsepersonell, og respekt for den enkelte pasient skal være fundamentet i all behandling.

Brukermedvirkning innebærer at pasienter og pårørende deltar i beslutninger om egen helse og behandling, samt utvikling av helsetjenestene på alle nivå. Pasientens kunnskap og erfaring skal brukes i arbeidet med å utvikle og forbedre helsetjenestene.

Brukerstyring innebærer at pasienten selv styrer tjenesten eller tiltaket. Tjenesten skal være behovsstyrt ikke kalenderstyrt.

Helsepersonell skal kommunisere slik at pasienten kan ta større ansvar for egen helse. Dette forutsetter at pasienten forstår og kan bruke kunnskap om egen sykdom og behandlingsmuligheter for å delta aktivt i beslutninger. Målet er å fremme helse og mestring ved å benytte både pasientens og helsepersonellets kunnskap og erfaring.

5.1.2 Skape trygge og helhetlige pasientforløp

Riktig og virkningsfull pasientbehandling er den viktigste oppgaven for Vestre Viken. Planlegging og samarbeid skal sikre sammenhengende helsetjenester for den enkelte pasient. Gode pasientforløp skal utvikles i samarbeid med pasienter og kommunehelsetjenesten.

Sårbare pasienter og pasientgrupper skal vies særskilt oppmerksomhet. Helsetjenestene skal være likeverdige.

Sammen med brukere og kommunehelsetjenesten skal vi utvikle nye arbeidsformer og modeller.

Ny teknologi skal bidra til utvikling av trygge og helhetlige pasientforløp.

5.1.3 Styrke samhandling og nettverk

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

Samhandlingsarenaer og faglige møteplasser med kommunene skal videreutvikles i helsefelleskapet.

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

Vestre Viken skal ha en felles lærende kultur der fagmiljøer deler kompetanse på tvers av helseforetaket, for å fremme pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring.

5.1.4 Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi

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

Nasjonalt og internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid vil øke. Pasientene vil i større grad enn i dag bli aktivt involvert i utviklingen. Samarbeid med kommuner, utdanningsinstitusjoner og andre helse- og næringslivsaktører skal gi økt utnyttelse av forskningsdata, høyere forsknings- og innovasjonsaktivitet, og bedre helsetjenester.

Ny teknologi skal bidra til utvikling av trygge og helhetlige pasientforløp og forbedring av diagnostikk og behandling. Digitalisering og digital hjemmeoppfølging skal bidra til økt brukerstyring og behandlingstilbud nær pasienten. Nytt sykehus i Drammen gir nye muligheter til tjenesteinnovasjon og nye digitale løsninger. Mottaksprosjektet i nytt sykehus er et virkemiddel for å utvikle helsetjenestene og nye arbeidsformer i hele helseforetaket.

Vestre Viken skal ligge i front med digital samhandling med pasient, fastlege, kommune og andre helseaktører.

Vestre Viken skal aktivt bidra til å utvikle administrative systemer og teknologiske løsninger som gir støtte til ledelse, virksomhetsstyring og kvalitetsforbedring.

5.1.5 Sikre personell med rett kompetanse

Pasientens behov skal være styrende for fremtidens kompetanseutvikling og kompetansesammensetning.

Vestre Viken skal ta i bruk ny kunnskap og nye arbeidsmetoder som bidrar til sikker og virksom pasientbehandling. Ledere og medarbeidere i Vestre Viken skal ha kompetanse i kvalitets- og forbedringsarbeid.

Arbeidstidsordninger og oppgavedeling skal tilpasses nye arbeidsformer.

Vestre Viken skal være en faglig attraktiv arbeidsplass med tilbud om utviklingsmuligheter og faglige karriereveier for alle yrkesgrupper. Et helsefremmende arbeidsmiljø gir bedre behandling og pasientsikkerhet.

Vestre Viken skal utdanne helsepersonell for å dekke fremtidens kompetansebehov i samarbeid med utdanningsinstitusjonene.

Vi skal ha en ledelseskultur som er preget av åpenhet og forbedring.

5.2 Det utadvendte sykehuset

I pasientens helsetjeneste skal pasienten oppleve sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner. Sårbare pasienter skal oppleve at tjenestene opptrer i team rundt dem. Pasientene skal i større grad møte spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv. For Vestre Viken innebærer dette at vi skal bli det utadvendte sykehuset. I arbeidet med fornying av utviklingsplanen har vi definert ni områder hvor det er nødvendig å ha særskilt oppmerksomhet de nærmeste årene.

Brukere, deltakere fra kommunene, fastleger og fagfolk i Vestre Viken har deltatt aktivt i arbeidet med å beskrive ønsket utvikling og tiltak på alle ni områder.

5.2.1 Forebygging og helsefremmende arbeid

Spesialisthelsetjenestens oppgaver er først og fremst knyttet til å forbygge tilbakefall og forverring av sykdom samt medvirke til at pasienten kan leve med og mestre sin sykdom. Mange pasienter med kroniske sykdommer trenger bistand til å endre levevaner som har direkte innvirkning på sykdommen. Ernæring, aktivitet, søvn, bruk av alkohol og andre rusmidler påvirker sykdom og sykdomsforløpet.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at en tredjedel av befolkningen ikke forstår helseinformasjonen som gis. Halvparten av befolkningen vet ikke hvordan de skal finne frem i helsetjenesten og en fjerdedel av befolkningen vet ikke hvordan de skal forebygge sykdom. (Se omtale av helsekompetanse 4.2). Helseinformasjon og formidling av kunnskap om forebygging av sykdom er en utfordring for grupper med språkproblemer og annen forståelse av sykdom og helse. Dette gjelder deler av innvandrerbefolkningen, samer og andre minoriteter.

Pasientene har ofte mange og sammensatte sykdommer og plager. Dette passer ikke alltid med aktiviteten i poliklinikkene som ofte rettet mot å gi helsehjelp for en sykdom eller en funksjonssvikt av gangen. Mange kroniske sykdommer og plager påvirkes av pasientens livssituasjon og levevaner. En mer helhetlig tilnærming til pasienten gir bedre mulighet til å avdekke bakenforliggende årsaker til sykdom og ha et helsefremmende og forebyggende fokus i behandlingen.

Helsefremmende og forebyggende tiltak vil kreve innsats når pasienten ikke er på sykehuset. Kommunene er ulikt organisert og har ulikt tilbud som det kan være krevende å finne frem i både for pasienter og helsepersonell i sykehus.

Slik vil vi ha det i Vestre Viken

Helsetilbudet i Vestre Viken skal være tilpasset pasientenes behov. Helsepersonell må ha kompetanse til å veilede pasienten i helsefremmende adferd som en del av utredning og behandling. For noen pasientgrupper er det hensiktsmessig å utvikle tverrfaglige polikliniske tilbud med helhetlig tilnærming. Det nyopprettede senter for forebyggende medisin i Vestre Viken er et eksempel på behandlingstilbud som har det helhetlig og forebyggende perspektiv. Tilbudet er i dag for barn og voksne med sykkelig overvekt. Utvikling av tverrfaglige polikliniske tilbud kan også rettes mot andre pasientgrupper hvor en helhetlig og forebyggende tilnærming er en sentral del av utredning og behandling. Dette kan for eksempel være innvandrere med komplekse sykdomsbilder og begrenset språk og sykdomsforståelse.

Fakta om tilbud til pasienter med overvekt og fedme

Fedme er en kronisk sykdom. For å lykkes med vektreduksjon vil mange trenge støtte og veiledning fra helsepersonell over tid, både for veiledning om mat- og aktivitetsvaner, og for å opprettholde motivasjonen. Forskning har vist at vektreduksjon på 10 prosent gir betydelig helsemessig gevinst.

Seksjon for forebyggende medisin har et tverrfaglig tilbud til barn, unge og voksne med overvektsproblemer, tilhørende risikofaktorer, vektrelatert sykdom som metabolsk syndrom, forstyrrelser i blodets fettsammensetning, hjerte-kar sykdom i ung alder, eller risiko for slik sykdom. Hensikten med tilbudet er å hjelpe pasienten til å gjennomføre varige endringer i kostholds- og aktivitetsvaner samt tilby adekvat medikamentell behandling. Målet for pasienten er bedret helse, økt livskvalitet, vektreduksjon og forebygging av følgesykdommer som for eksempel diabetes type 2, hjerteinfarkt, hjerneslag, høyt blodtrykk, søvnapne, muskel- og

skjelettsmerter, kreftsykdom med mer. Behandlingsteamet er tverrfaglig og består av lege, sykepleier, klinisk ernæringsfysiolog, sosionom, fysioterapeut og sekretær.

Pasientgruppen er sammensatt og det er stor variasjon i kulturell bakgrunn og helsekompetanse. Det store- og stadig voksende antall henvisninger til seksjon for forebyggende medisin viser at tilbudet slik det er i dag ikke er dimensjonert for å kunne yte et godt nok tilbud til hele Vestre Vikens befolkning. Forebygging av følgesykdommer av overvekt og fedme bidrar til betydelig bedre helse og livskvalitet for den enkelte.

Tilbudet startet opp ved Bærum sykehus våren 2021 og har allerede hatt rundt 1500 konsultasjoner for voksne (>18 år) og 220 for barn (0 -18 år). Antall henviste er langt over forventet og planlagt aktivitetsnivå.

Vestre Viken skal utvikle forebyggende tiltak for pasienter som har nytte av endringer i levevaner både på kort og lang sikt. På Bærum sykehus har kirurgisk avdeling nylig startet et forsøk med såkalt prehabilitering før omfattende kreftkirurgi. Endring av levevaner skal gjøre at pasienten bedre tåler inngrepet og raskere kommer tilbake til opprinnelig funksjonsnivå. Endring av livsstilsvaner før kirurgiske inngrep fører til færre komplikasjoner etter operasjon. Opptreningen før operasjon skjer i samarbeid med fysioterapeut i kommunen. Pasienten får samtidig tilbud om støtte til endring av andre livsstilsvaner. Tilsvarende tiltak skal utvikles for flere pasientgrupper i Vestre Viken.

Vestre Viken vil:

- Øke helsepersonells kompetanse i helsefremmende og forebyggende arbeid spesielt rettet mot sårbare gruppers behov
- Vestre Viken skal ha tilbud om opplæring av pasienter og pårørende. Digitale lærings- og mestringstilbud må videreutvikles
- Alt helsepersonell skal ha opplæring i god kommunikasjon med pasienter og pårørende som for eksempel fire gode vaner og samvalg
- Oppmerksomhet mot endring av levevaner og styrking av pasientens helsekompetanse skal være en av utredning og behandling av pasienter
- Utvikle tverrfaglige polikliniske tilbud med en helhetlig og helsefremmende tilnærming til prioriterte pasientgrupper som for eksempel innvandrerbefolkningen
- Klinikken skal utvikle tilbud om prehabilitering før store kirurgiske inngrep til pasienter som har nytte av det
- Styrke samhandlingen med kommunene om pasienter som trenger tiltak i kommunen

5.2.2 Barn og unge

Barn og unge med langvarige behov for helsehjelp skal kunne leve så normale liv som mulig. Behandling av barn og unge berører hele familien. Behovet for helsehjelp kan skyldes medfødte tilstander, eller være en følge av sykdom eller ulykker. For mange barn og unge vil potensialet for forebygging gjennom tidlig innsats og behandling bidra til mindre helsetap og bedre livskvalitet. Derfor er det ekstra viktig å få avklart hjelpebehov og hvem som skal gi hjelpen så tidlig som mulig. Dette krever god samhandling mellom flere aktører både innad i helse- og omsorgstjenestene, på tvers av nivåer og med barnehage, skole, NAV og andre offentlige tjenester. Tilbudet til barn er spredt på mange forskjellige steder i Vestre Viken og kommunene er ulikt organisert. Dette kan føre til ulikt helsetilbud for barn i vårt område. Behovet for bedre samhandling gjelder også i overgangen fra barneavdeling til voksenavdeling i sykehuset.

Oppgavedelingen rundt forebyggende helsetjenester er i endring. Spesialisthelsetjenesten må ta et større ansvar på mer enn individnivå. Vestre Viken har opprettet tilbud om forebyggende medisin og livsstilsmestring for barn og unge med overvektspå Bærum sykehus. Vekt, mat og livsstil er temaer som opptar ungdom. Det ser ut som om omfanget av selvskading er økende, og tilsvarende gjelder angst, depresjon og spiseforstyrrelse. Under pandemien har vi sett et økende behov for helsehjelp for disse gruppene. Dagens tilbud til barn og unge med psykiske lidelser vil ikke dekke behovet for tjenester fremover.

Barne- og ungdomsavdelingen i Vestre Viken gir psykisk helsehjelp til barn, ungdom og familier som trenger støtte ved kroniske lidelser som barnet eller ungdommen må leve med hele livet, for eksempel kreft, diabetes eller tarmsykdommer. Også her må vi forvente et økende behov fremover.

Barn og unge med autismspekterforstyrrelser har behov for omfattende bistand og koordinerte tjenester. For mange er det snakk om livslang innsats også fra kommunale tjenester. Det er etablert et pasientforløp *hjem til hjem* for barn og unge med autisme i Vestre Viken, og det er utviklet moduler om autismedforståelse og tilrettelegging for skolehelsetjenesten gjennom VIP-programmet. VIP står for Veiledning og informasjon om psykisk helse til ungdom, og ideen er at elever i videregående skole skal få en innføring i temaet ungdom og psykisk helse.

Sammen med kommunene har Vestre Viken opprettet et faglig samarbeidsutvalg for barn og unge for å nå helsefelleskapets mål om å styrke behandlingstilbudet til denne gruppen. Utvalget skal bidra til felles faktagrunnlag for barn og unges helse, identifisere utfordringer med særlig vekt på de sårbare barna og ungdommene, bidra med kunnskapsbaserte anbefalinger og foreslå tiltak, og identifisere og initiere felles kompetansetiltak.

Belastningen med identiteten *syk* og fravær fra skole og hverdagsliv er høy for mange barn og unge. Digitale løsninger gir større mestring av eget liv, og kontroll med sykdom gir økt livskvalitet. Barn og ungdom vil bli møtt som selvstendige personer, og bli sett som *hele meg*. De vil bruke digitale løsninger som apper for å snakke med behandler, bruke selvrapporteringsverktøy, og de ønsker videokonsultasjoner for å slippe lang reisevei og fravær fra skole og hverdagsliv. Barn og unge er digitale innbyggere, og Ungdomsrådet i Vestre Viken har gitt et klart råd om å ta i bruk digitale løsninger.

Samlokaliseringen av fysiske og psykiske helsetjenester i det nytt sykehus Drammen vil bidra til bedre forløp for barn og unge. Inngangen til sykehuset blir felles for alle pasienter, og det er felles skolerom, felles kantine og oppholdsrom. I akuttmottaket skal det på plass et eget barne- og ungdomsforløp, uavhengig av diagnose. Samlokaliseringen vil legge til rette for at tjenestene i større grad enn i dag bruker kompetansen på tvers av fagområdene.

Barn og ungdom som skal gjennomgå kirurgiske inngrep kan i dag bli innlagt i voksenavdelinger ved alle Vestre Vikens sykehus. Nye akuttforløp for barn og unge innebærer også en gjennomgang av de områder hvor det i dag er variasjon mellom sykehusene.

Mange unge med kroniske sykdommer opplever overgangen fra barne- og ungdomsavdelingene til voksenavdeling som vanskelig. Ungdomsrådet i Vestre Viken trekker overganger frem som en av de viktigste forbedringsområdene for å gi gode helsetjenester til barn og unge.

Slik vil vi ha det i Vestre Viken

For at barn og unge skal kunne mestre dagliglivet med skole og fritid på best mulig måte er det viktig at de har kunnskap om egen sykdom og om hvordan de skal leve med sykdommen. Helsetjenesten har et særlig ansvar for å styrke barn og unges helsekompetanse. Barn og unges ønsker skal tas på alvor i planlegging og gjennomføring av egen behandling. Barn og unge skal også høres i planlegging og utvikling av helsetjenestene.

Vestre Viken skal utvikle nye kliniske arbeidsformer tilpasset barn og unge og deres familier. Digitale verktøy og ambulante tjenester egner seg godt for å møte barn og unges behov og ønsker for å slippe belastningen med reise og sykehusbesøk. Vestre Viken skal ha tilpassede brukerstyrte behandlingstilbud til barn og ungdom.

Fakta om DigiHOPP

DigiHOPP er et tilbud om digital hjemmeoppfølging for barn som er for tidlig født. Barnet og familien kan være hjemme i sitt naturlige og kjente miljø så fort det er medisinsk forvarlig. DigiHOPP er familiesentret omsorg med brukermedvirkning i familiens eget hjem. For barna innebærer dette blant annet mindre risiko for sykehusinfeksjoner, økt ammeforekomst og bedre vekst. Familiene rapporterer om bedre tilknytning til barnet, redusert stress, høyere tilfredshet og trygghet.

Vestre Viken har startet med regelmessige drøftingsmøter mellom BUP og enkelte av kommune for å håndtere uavklarte henvisninger, eller henvisninger som bør ivaretas på et annet nivå i helsetjenesten. Erfaringen med dialogbasert inntak er god og bør breddes til alle kommuner.

Vestre Viken vil første halvår 2022 etablere tverrfaglige oppsøkende team sammen med kommunene for ungdom med alvorlig og sammensatt uhelse (Fact Ung).

Fakta om Fact Ung

Fact Ung er tverrfaglig og tverretatelig ambulante oppsøkende team for ungdom i aldersgruppen 12-24 år med omfattede og sammensatt problematikk, og som ikke nyttiggjør seg eksisterende tilbud i helsetjenesten. Målsettingen er helhetlig og integreerte tjenester som gir behandlingskontinuitet, hever livskvaliteten, redusere innleggelses og øke ungdommenes deltakelse i lokalsamfunnet.

I Vestre Viken skal barn og unge oppleve planlagte og trygge overganger til voksenavdeling.

Vestre Viken vil:

- Alle barn og unge skal møte ansatte med gode kommunikasjonsferdigheter
- Helsepersonell i alle voksenavdelinger må ha nødvendig kompetanse til å møte barn og ungdom og deres behov på en god måte
- Ungdom skal oppleve overgangen til voksenavdelingen som trygg
- Barn og unge med kroniske lidelser skal ha tilbud om tilpasset opplæring for øke sin helsekompetanse
- Innføre brukerstyrt behandling og oppfølging for barn og unge med kroniske sykdommer som for eksempel epilepsi og inflammatorisk tarmsykdom
- Samarbeide med alle kommuner om dialogbasert inntak i barne- og ungdomspsykiatrien
- Etablere Fact Ung team i samarbeid med alle kommuner
- Innføre digital hjemmeoppfølging for barn som er født for tidlig
- Samarbeide med kommunene om oppfølging av barn og søsken som pårørende
- Samarbeide med kommunene i helsefelleskapet om et godt og likeverdig helsetilbud til alle barn og unge

5.2.3 Personer med alvorlig psykiske lidelser og rusproblemer

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusproblem utgjør en spesielt sårbar pasientgruppe som ofte har behov for langvarig helsehjelp fra både kommune og spesialisthelsetjenesten.

Behandlingstilbudet til denne pasientgruppen er geografisk spredt. Pasientene har tilgang på akutt- og krisetjenester, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) samt annen spesialisert utredning og behandling ved sitt lokale distriktpsikiatriske senter (DPS). Vestre Viken skal gi likeverdig helsehjelp til befolkningen uavhengig av bosted. Ulik tilgang på spesialister og ulikt kompetansenivå ved DPS kan skape uønsket variasjon i behandlingstilbudet.

Øyeblikkelig hjelp innleggelser, behandling av særlig kompliserte tilstander og sikkerhetspsykiatrien er samlet på Blakstad sykehus. Med utgangspunkt i store geografiske avstander vil tilgjengeligheten til sykehus oppleves forskjellig for pasientene avhengig hvor de bor. For pasientgruppen medfører flere samtidige tjenester og forflytninger mellom disse, økt sannsynlighet for at det kan oppstå brudd i behandlingen. Overganger synliggjør sårbarheten ved informasjonsflyten rundt pasienten.

Klinikk psykisk helse og rus gjennomførte i 2020 en stor kartlegging av hva som kan gi usammenhengende og ukoordinerte akutte pasientforløp. Informasjonen ble strukturert i ni kategorier for brudd i behandling, se figur. Identifisering av hva som gir brudd i behandling brukes i forbedring av tjenestene.



Teambaserte og tverrfaglige arbeidsformer gir gode resultater når man skal tilby helhetlige og integrerte tilbud til personer med omfattende psykisk lidelse og rusproblem. Vestre Viken har sammen med alle kommunene etablert såkalte FACT-team (fleksible aktivt oppsøkende tjenester) for å bedre behandlingstilbudet til denne gruppen. Det er også etablert et FACT-sikkerhetsteam ved Blakstad sykehus for pasienter med vedvarende høy voldsrisiko. Dette er pasienter som i hovedsak er underlagt tvunget psykisk helsevern.

FACT-team er viktige for å bygge bro mellom tjenestene og yte mer likeverdige og sammenhengende tjenester for pasienter med alvorlig psykiske lidelser og rusproblem.

Fakta om FACT

FACT-teamene yter langvarig oppfølging til personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblem. Dette er personer som i tillegg til sine alvorlige psykiske plager ofte har begrenset sosial fungering, ustabil bosituasjon, problemer med å få arbeid, økonomiske vansker og andre utfordringer som gir lav livskvalitet. De kan også ha vansker med å finne tilhørighet i nærmiljøet. Kontakten med hjelpeapparatet er ofte begrenset.

FACT Sikkerhet i Vestre Viken er det første FACT-teamet i Norge for pasienter som i hovedsak er underlagt tvunget psykisk helsevern, har vedvarende forhøyet voldsrisiko eller er definert under *særskilt krevende oppfølging*. Det er et rent spesialisthelseteam som har en støttefunksjon overfor FACT lokalt i form av konsultasjon og veiledning. Sentralt i arbeidet er å sørge for vekst for den enkelte som er dømt til psykisk helsevern ved å gi de sjansen til å bo og ha et eget hjem fremfor å være innlagt.

Slik vil vi ha det i Vestre Viken

Vestre Viken skal legge til rette for samvalg og brukerinvolvering gjennom hele pasientforløpet. Pasientene skal medvirke i beslutninger om egen behandling. Pårørende skal involveres der pasienten ønsker det.

Pasienter og pårørende skal oppleve helhetlig og sammenhengende helsetjenester uten brudd i behandlingen. Behandlingen skal være kunnskapsbasert og likeverdig. Gjennom arbeidet med pakkeforløpene vil Vestre Viken styrke samhandling med kommunene, ivaretagelse av pasientenes somatiske helse og levevaner. Pasientenes ulike behov og livssituasjon skal ivaretas i behandlingen. Vestre Viken skal fortsette arbeidet med å utvikle oppsøkende team og styrke polikliniske tilbud.

Vi vil videreutvikle og styrke FACT-teamene. Vi vil også se på verdien av oppsøkende team for andre sårbare grupper med behov for omfattende tjenester fra flere nivå samtidig. Oppsøkende team i samarbeid med kommunene kan være et godt tilbud til hjemmeboende eldre med alvorlig psykisk sykdom eller personer med autismspekterforstyrrelser.

I nytt sykehus i Drammen blir sykehuspsykiatri fra Blakstad og døgnbehandling for rus og avhengighet samlokalisert med det somatiske sykehusstilbudet. Samlokalisering gir helt nye muligheter for en helhetlig behandling av en pasientgruppe som ofte har store somatiske tilleggslidelser og kortere levealder enn den øvrige befolkningen.

Vestre Viken vil også samlokalisere og videreutvikle samarbeidet mellom DPS og somatikk der det lar seg gjøre. Tilsynsordningene fra DPS til somatikken skal videreutvikles.

Digital hjemmeoppfølging er et viktig verktøy for økt brukerstyring og egenmestring. For pasienter i langvarig behandling er digital hjemmeoppfølging og videokonsultasjoner et viktig bidrag for å gjøre tjenestene mer tilgjengelige og likeverdige. Videokonsultasjoner kan gi terapeutiske fordeler og pasienter får et handlingsrom som gjør behandling mer tilgjengelig og fleksibelt.

Digitale løsninger som behandling ved hjelp av simulering, apper og VR-teknologi (Virtual Reality) skal utnyttes som en del av mangfoldet.

Et karakteristisk trekk ved angstlidelser er utvikling av unngåelsesatferd, ved at man aktivt unngår steder eller situasjoner som forventes å kunne fremkalle angsten. Den kan være knyttet til bestemte objekter eller situasjoner, eller det kan være en mer ubestemt tilstand preget av vedvarende uro og bekymring. Denne atferden er en sentral årsak til at angsten opprettholdes og kan være det største problemet i det daglige. VR er et klinisk behandlingskonsept som kan utvikles til voksne med angstlidelser ved å lage en VR-opplevelse som lar pasienten utvikle ferdigheter (mestringsstrategier) i trygge omgivelser. Det virtuelle miljøet skal utvikles likt et fysisk sted, for eksempel et bestemt kjøpesenter, og blir en arena for oppgaver og utfordringer man får gjennom den VR-assisterte behandlingen. Det virtuelle miljøet som blir utviklet gir utfordringer og oppgaver. VR bringer virkeligheten tett på, man får lukket pasientene inne/får dem til å samle seg, til et veldig fokus på det som skal utføres.



Vestre Viken vil videreutvikle medisinfrie behandlingstilbud i samsvar med tilgjengelig kunnskap. Tilbudene tar sikte på å nå alle pasientgrupper, og samvalg i dialog mellom pasient og behandler står sentralt.

Vi har kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet og gode levevaner for god psykisk helse. Vi skal ha dialog med pasientene om betydningen av fysisk aktivitet og motivere til dette. Vi skal motivere og legge til rette for fysisk aktivitet for pasienter i døgnbehandling der det er forenlig med pasientens tilstand.

Vestre Viken vil jobbe målrettet med å fortsette reduksjon i bruken av tvangsmidler. Det er allerede innført flere virkningsfulle tiltak som lovpålagte oppfølgingsamtaler med pasienter om opplevd tvang, opplæring av vedtaksansvarlige for bruk av tvangsmidler og opplæring av medarbeiderne i alternative metoder til tvang. Simuleringstrening for å håndtere aggresjon er et satsningsområde i Vestre Viken.

Fakta om MAP

Møte med aggresjonsproblematikk (MAP) er et helhetlig opplæringsprogram for å forebygge og håndtere aggresjons- og voldsproblematikk i helse- og sosialsektoren.

Et viktig element i MAP er å øke kvaliteten på de daglige samspillene mellom pasienter og helsepersonell. Metoden skal legge til rette for at tjenestetilbudet skaper minst mulig grad av krenkelse og avmakt for den som mottar hjelpen.

Vestre Viken vil:

- Alle pasienter skal involveres i beslutninger om egen behandling
- Legge til rette for involvering og samarbeid med pårørende
- Arbeide systematisk for å redusere brudd i behandlingsforløp
- Utvikle oppsøkende team i samarbeid med kommunene for sårbare hjemmeboende pasienter
- Styrke det somatiske helsetilbudet til pasienter med alvorlig psykisk sykdom og rusproblem
- Øke brukerstyrte behandlingstilbud og digital hjemmeoppfølging
- Arbeide systematisk med reduksjon av tvangsbruk
- Arbeide systematisk med selvmordsforebyggende tiltak

5.2.4 Skrøpelige eldre

Den eldre delen av befolkningen øker og flere lever lenger med skrøpelig helse. Skrøpelige eldre finnes på mange ulike avdelinger på sykehuset og utgjør en stor gruppe i kommune helsetjenesten. Dette er en sammensatt gruppe med ulikt funksjonsnivå, ulikt kognisjonsnivå og ulike behov.

Det er mye som fungerer bra i dagens helsetjeneste, og det finnes mange gode tilbud til den enkelte pasient. Det er samtidig stor variasjon i det samlede tilbudet både internt i Vestre Viken og mellom kommunene.

Vestre Viken har fire akuttmottak med ulike tilnærming til skrøpelige eldre. Tilbudet er også ulikt på de enkelte sengepostene. Alle sykehus har geriatrisk kompetanse. Bærum sykehus har også ortogeriatri på sengepost. Det geriatriske tilbudet er kjennetegnet av en helhetlig og tverrfaglig tilnærming og behandling. Dersom denne pasientgruppen legges inn på annen avdeling enn geriatrisk avdeling, kan helhetstilnærmingen bli mindre vektlagt. Ulik fagkompetanse hos helsepersonell og ulik organisering kan gi et tilbud som ikke er likeverdig.

Fakta om skrøpelige eldre

Begrepet skrøpelighet brukes ofte om eldre personer med økt sårbarhet for ytre påkjenninger. Skrøpelighet skyldes summen av en rekke svekkelser, dels på grunn av naturlige aldringsprosesser, men også påvirkbare faktorer som muskelsvekkelse, ernæringssvikt, sykdom og medisinbruk. Skrøpelighet fører til nedsatt motstandsdyktighet mot ulike former for stress, og en økt risiko for sykkelighet og negative hendelser. Redusert gangfunksjon, inaktivitet og vekttap er sentrale faktorer. Skrøpelighet øker med økende alder, men ikke alle eldre er skrøpelige. Graden av skrøpelighet kan ses på som summen av svekkelser hos en aldrende person. Med økende alder øker sannsynligheten for å ha mange sykdommer i ulike organsystemer, dårligere funksjonsnivå og kognitiv svikt. Summen gir nedsatt evne til å håndtere dagliglivets aktiviteter, forflytte seg, og leve selvstendig. Konsekvensen av skrøpelighet

er økt sårbarhet for ytre påvirkninger. Denne økte sårbarheten krever individuelt tilpasset behandling, for eksempel lavere doser av medikamenter eller behov for flere døgn på sykehus ved akutt sykdom. Grad av skrøpeligheit har betydning for valg av behandlingsnivå og behandlingsmål.

Tilbudet til skrøpelige eldre er preget av variasjon i helhetlig utredning, behandling og oppfølging. Det er for lite oppmerksomhet knyttet til involvering av pasienten i beslutninger om egen helse og behandling. Det er særlig viktig å ha dialog med den skrøpelige pasienten om *hva er viktig for deg?* Bedre kartlegging av pasientens sykdommer, funksjonsnivå og ønsker er viktig for at forebyggende tiltak kan iverksettes.

Mangelfull kunnskap hos helsepersonell om ulike kulturer og språkbarrierer kan føre til misforståelser, utrygghet, forvirring og et dårligere tilbud til pasienter med innvandrerbakgrunn. Innvandrerbefolkningen er relativt ung, og helsetjenesten må være forberedt på et økende antall skrøpelige eldre med innvandrerbakgrunn i årene som kommer.

Vi erfarer at sykehus og kommuner ikke kjenner godt nok til hverandres tilbud. Vi har fortsatt mye å hente på forbedring av kommunikasjon og samhandling for å sikre god informasjonsflyt rundt pasienten. Vi har samtidig mange gode eksempler på strukturert samarbeid mellom kommunene og sykehusene. Geriater på Kongsberg sykehus har et sykehjemsforum med sykehjemslegene for å få til tettere og bedre samarbeid. Saksbehandlere fra Asker - og Bærum kommune er på sykehuset to ganger i uken og møter pasienter, pårørende og helsepersonell. Praksiskonsulentene i Vestre Viken har en viktig rolle for tilrettelegging av kompetansesamarbeid og faglige tilbud til fastlegene.

God behandling av skrøpelige eldre krever tverrfaglig breddekompetanse i sykehus og i kommuner samt en god fastlegeordning. Med økende antall eldre blir dette en betydelig utfordring i fremtiden.

Fakta om ortogeriatri Bærum sykehus

Eldre med lårhalsbrudd vurderes i akuttmottaket av både ortopedisk og akuttmedisinsk lege. Bakgrunnen for modellen er at pasienter med lårhalsbrudd i de fleste tilfeller er eldre som har flere sykdommer, bruker mange medikamenter og har skrøpeligheit som kompliserer forløpet. Målet er at pasienten skal få god smertelindring og kirurgisk behandling raskt og med færrest mulig komplikasjoner. Andre medisinske tilstander skal behandles for å gi et godt resultat på lang sikt. Opptreningen skal starte raskt og utskrivningen skal være godt planlagt. Risiko for komplikasjoner reduseres ved at det legges til rette for god postoperativ rehabilitering. På sengepost blir pasienten fulgt av både geriater og ortoped. Pasienten følges opp av tverrfaglig team bestående av sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, klinisk ernæringsfysiolog og andre indremedisinske spesialiteter.

Ved utskrivning til kommunen følger det med ortogeriatrisk vurdering med pasientens individuelle mål for behandlingen og konkrete forslag til tiltak for å oppnå ønsket mål.

Pasientfortelling: Dagny 70 år

Dagny er 70 år og har omfattende karsykdom, søvnproblemer, svimmelhet, meget lav fysisk kapasitet og en depresjon. Hun har behov for oppfølging fra lungelege, hjertelege, alderspsykiatrisk poliklinikk. Hun har hatt flere akutte innleggelser de siste to årene og flere korttidsopphold på sykehjem. Kommunikasjonen flyter godt mellom lokalsykehus og fastlege. Manglende kommunikasjon mellom sykehjem, fastlege og alderspsykiatrisk poliklinikk fører til

at oppfølgingen ved poliklinikken avsluttes mens hun er innlagt akutt i lokalsykehus. Behov for oppfølging av psykisk sykdom blir ikke fanget opp på somatisk avdeling.

Dagny har et opphold på sykehjem før utskrivning til eget hjem. Fra sykehjemmet blir Dagny sendt hjem fredag ettermiddag med medikamentendringer fra sykehuset og sykehjemmet, men uten resepter på nye medisiner.

Fakta om konfereringstelefon og ambulant team i alderspsykiatrisk avdeling:

Alderspsykiatrisk avdeling har en konfereringstelefon som betjenes av overleger i alderspsykiatri. Denne kan benyttes av fastleger, sykehjemsleger og DPS for råd/veiledning i pasientsaker. I mange tilfeller bidrar denne tjenesten til å forhindre innleggelser av beboere på sykehjem, spesielt pasienter med demens og atferdsproblemer. Alderspsykiatrisk poliklinikk har et ambulant tilbud bestående av overlege, psykiatrisk sykepleier og psykolog som kan tilby besøk i hjemmet eller i sykehjem dersom det vurderes mest hensiktsmessig.

Slik vil vi ha det i Vestre Viken

I sykehusene organiserer vi vanligvis tjenestene etter medisinske spesialiteter. Dette passer ofte dårlig for pasienter med sammensatte problemstillinger. I pasientens helsetjeneste bør tjenestene organiseres basert på pasientenes behov. For skrøpelige eldre betyr dette at spesialistene på sykehus i større grad skal behandle pasientene der de er og uavhengig av spesialistens avdelingstilknytning. Skrøpelige eldre skal i større grad behandles av tverrfaglige team både i akuttmottak og på sengepost. Det skal gjøres en helhetlig vurdering av alle skrøpelige eldre som legges inn i sykehus for å sikre tilrettelagt behandling.

Kirurgiske inngrep er en belastning for skrøpelige eldre. Eldre pasienter skal vurderes for skrøpeligheit ved hjelp av egnet screeningverktøy på poliklinikk. Dersom pasienten er skrøpelig, skal det gjøres en tverrfaglig geriatrisk vurdering for å identifisere skrøpeligheitsfaktorer som kan behandles før planlagt operasjon. I ukene før den planlagte operasjonen skal pasienten tilbys medisinsk behandling, fysioterapi og oppfølging av ernæringsfysiolog.

Skrøpelige eldre skal i større grad få tilbud om behandling i eget hjem eller i kommunalt tilbud. For skrøpelige eldre innebærer ofte forflytting og innleggelse i sykehus en ekstra belastning og kan innebære forverring sykdom og funksjonsnivå. Leger og sykepleiere på sykehus skal samhandle med fastleger, hjemmesykepleie og sykehjem og for sammen å vurdere tiltak og behandlingsnivå slik at pasienten unngår å bli flyttet fra sitt hjem hvis det ikke er nødvendig. Tverrfaglige team i sykehuset skal også kunne reise ut til pasientens hjem. I det utadventde sykehuset blir digital hjemmebehandling viktig for å unngå transport av både pasienter og helsepersonell. For skrøpelige eldre er tiltak som digital sårbehandling ved bruk av videokamera et viktig tiltak for å unngå transport til sykehus. Vestre Viken har samarbeidet med kommunene om mobil røntgen i mange år. Tilbudet er begrenset til de folkerike kommunene rundt Bærum- og Drammen sykehus.

Digital hjemmebehandling og digitalt samarbeid mellom helsepersonell i sykehus og kommune muliggjør felles utredning og behandling av pasienten og gjensidig kompetanseutveksling og læring.

Vestre Viken vil

- Alle pasienter skal involveres i beslutninger om egen behandling
- Pasienter over 65 år skal vurderes for skrøpeligheitsscreening for å sikre god utredning og behandling
- Samarbeide med kommunene om bruk av felles verktøy for skrøpeligheitsscreening
- Utvikle tverrfaglige team og arbeidsmodeller for flere sykdommer og tilstander tilpasset skrøpelige eldre i sykehus

- Sykehusene skal organiseres rundt pasientens behov. Spesialister skal behandle skrøpelige eldre i avdelingen der pasienten er innlagt
- Etablere flere konfereringstelefoner for avklaring med fastleger og annet helsepersonell
- Etablere oppsøkende tverrfaglige team tilpasset skrøpelige eldre
- Prioritere innføring av digitale løsninger for hjemmeoppfølging tilpasset skrøpelige eldre ved alle sykehusene
- Etablere oppsøkende tverrfaglige team tilpasset eldre
- Styrke samhandling ved å innføre digitale tverrfaglige samtaler med pasient, pårørende, kommune, fastlege og spesialisthelsetjeneste

5.2.5 Pasienter med flere kroniske lidelser

Fakta om personer med flere kroniske lidelser

Personer med tre eller flere kroniske sykdommer, har ofte behov for helsetjenester på flere nivå og har varierende og ulikt hjelpebehov. Pasientforløpene kan være komplekse og involvere mange aktører både i og utenfor helsetjenesten. Figuren under viser pasientgruppens bruk av helsetjenester.



VESTRE VIKEN

Bruk av helsetjenester (HDIR IS-2997)

Bruk av somatiske spesialisthelsetjenester (2019), Kompleks multimorbiditet

- 85 % Andel innlagte pasienter
- 2,8 Antall innleggelses per innlagte pasient
- 10,9 Polikliniske konsultasjoner pr pasient
- 16,7 Liggedøgn per innlagte pasient
- 53% Andel av innlagte pasienter som er re-innlagt innen 30 dgr

Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester (2019), Kompleks multimorbiditet

- 57 % Mottar kommunale helse- og omsorgstjenester
- 49 % Mottar helsetjenester i hjemmet
- 27 % Mottar korttidsopphold i institusjon
- 8,1 Fastlegekonsultasjoner pr pasient/år
- 46 % Konsultasjon hos legevakt

Personer med flere kroniske lidelser har ofte behov for individuelt tilpassede helsehjelp fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Mange pasienter og pårørende opplever at tjenestene ikke samhandler, informasjonsflyten er ikke god nok, og vi mangler fortsatt felles pasientjournal. Aktørene har ulik tilnærming, og det mangler helhetlige planer som er forankret på tvers av tjenestene. Det er lite kunnskap om koordinatorrollen og individuell plan.

Pasient og pårørende opplever at de i for liten grad blir involvert og tatt med på beslutninger om egen helsehjelp. Det er liten kontinuitet i hvem de har kontakt med. Dette kan skape utrygghet og evnen til egenmestring svekkes. Forebyggende tilbud til pasienter og pårørende oppleves som mangelfullt.

Under beskrives en pasienthistorie hvor helsehjelpen ikke er helhetlig og koordinert.

Pasienthistorie I

John 75 år har alvorlig KOLS og sliter med pusten. I tillegg er han underernært og har blitt mer engstelig og deprimeret. Han bor i tilrettelagt bolig med kona og er avhengig av hjelp både fra hjemmetjenesten, oppfølging av fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Hjemmetjenesten og fastlegen får ikke epikrise fra sykehus før etter 4 dager. Hjemmetjenesten stoler ikke på at John og legen i sykehuset har blitt enige om å trappe opp medikasjonen. Dette fører til forverring av symptomer og reinnleggelse.

På grunn av manglende digitale løsninger tar det tid før de forordnede legemidler kan leveres hjemme hos John som multidoseposer.

John har etter hvert svært redusert helse og ønsker ikke videre innleggelse i sykehus. Dette har han avklart med sin kone og hjemmesykepleien, men det er ukjent for fastlegen og spesialisthelsetjenesten. Ved forverring av sykdommen blir han akutt innlagt på sykehuset.

Det siste året har vært særlig vanskelig for John og kona. Han har hatt fire kortvarige akuttinnleggelse, to ganger på lokalsykehuset og to ganger på kommunal øyeblikkelig hjelp plass. Han har også hatt to rehabiliteringsopphold i kommunen på til sammen fire uker. Når han er hjemme, har han oppfølging fra hjemmetjenesten, men samarbeidet med de andre helsetjenestene oppleves som krevende. Hjemmesykepleien ordner med medisiner og stell, men han får ingen systematisk rehabilitering i form av oppfølging av sykdomsmestring, ernæring eller trening. Han opplever utrygghet både i forhold til sine sykdommer og fordi han stadig må forholde seg til nye mennesker og nye steder. Fastlege og pasient har laget en plan sammen, men når pasienten kom fra sykehuset var planen endret av legen ut fra «øyeblikksbildet» under innleggelsen.

Slik vil vi ha det i Vestre Viken

Pasientens helsetjeneste er organisert slik at pasienter med flere kroniske lidelser har et individuelt tilpasset pasientforløp der *hva er viktig for meg* er førende for helsehjelpen. Det er enkelt for pasienten og pasientens hjelpere å finne fram i hjelpetilbudet, og samhandlingen på tvers av fag og forvaltningsnivå gjennomføres som en naturlig del av arbeidet rundt den enkelte pasient. Pasienten har en kontaktperson eller koordinator som sørger for nødvendig kontakt og koordinering med aktuelle tjenester når han eller hun ikke kan ivareta oppgaven selv.

Pårørende er en naturlig del av pasientforløpet når pasienten ønsker det. Digitale løsninger er designet for og benyttes av helsepersonell og pasienten. Pasienter og pårørende får opplæring og støtte til mestring av dagliglivet og kunnskap om sykdom. Digitale læringsprogram er tilgjengelig.

Finansieringsordningene er innrettet slik at det understøtter samhandling og målet om pasientens helsetjeneste. Helsehjelp og andre tjenester organiseres slik at pasientene kan være i arbeid og delta i samfunnslivet.

Pasienthistorien under beskriver et ønsket pasientforløp.

Pasienthistorie II

John har en digital egenbehandlingsplan som beskriver hva som er viktig for ham, og hvordan pårørende skal involveres. Samtykkeerklæring er inkludert. John skal bo hjemme og unngå sykehusinnleggelse og innleggelse i kommunalt døgntilbud så langt det er mulig.

John har en kontaktperson i hjemmetjenesten som sørger for digitale møter med relevante aktører som fastlege og ansvarlig spesialist i sykehus. Behandlingsplanen oppdateres og evalueres 1 til 2 ganger i året. Alle har tilgang på Johns digitale legemiddelliste.

John benytter selv digitale verktøy som et viktig hjelpemiddel for å ha kontroll på egen sykdom og helse. Her lagres alle data og helsetjenesten som er involvert har felles digital tilgang til informasjonen. John og kona bruker videokonsultasjon når det oppstår behov for å kommunisere både med fastlege og spesialist for å justere medikasjon eller vurdere klinisk forverring. Dette forebygger forverring av symptomer og forhindrer innleggelse.

John ønsker ikke sykehusinnleggelse og i dårlige perioder får han oppfølging fra den ambulante spesialisthelsetjenesten med lungespesialist eller lungesykepleier fra sykehuset. De setter i gang nødvendig behandling som hjemmetjenesten følger opp. Vitale parametre sendes inn digitalt til sykehuset fire ganger daglig i disse periodene. De dårlige periodene blir nå håndtert i hjemmet og John har ikke hatt behov for innleggelse i kommunal korttids plass eller sykehus.

Vestre Viken vil:

- Alle pasienter skal involveres i beslutninger om egen behandling
- Helsehjelpen til pasienter med flere kroniske lidelser skal være brukerstyrte og organiseres slik at pasienten i størst mulig grad kan ta ansvar for egen helse og hverdagsliv, og slik at pasienten får koordinert hjelp når pasienten har behov for det
- Pasienter skal ha en kontaktperson eller koordinator som sørger for nødvendig kontakt og koordinering mellom pasienten og aktuelle tjenester når pasienten ikke kan ivareta oppgaven selv
- Pasienten skal ha en behandlingsplan
- Det skal legges til rette for bruk av digitale løsninger for hjemmeoppfølging tilpasset den enkelte pasient
- Legge til rette for digitale tverrfaglige samtaler mellom pasient og behandlere
- Ambulerende team skal tilbys til pasientgrupper som vil ha nytte av at spesialisthelsetjenesten kommer hjem til pasienten
- Pasienter og pårørende skal få tilbud om opplæring på en slik måte at pasientens helsekompetanse øker, og pasienten i større grad kan mestre dagliglivet
- Pårørende skal være en naturlig del av pasientforløpet når pasienten ønsker det

5.2.6 En sammenhengende akuttmedisinsk kjede

Den akuttmedisinske kjede er Vestre Viken og kommunenes samlede organisatoriske, personellmessige og materielle beredskap for å kunne yte befolkningen akutt helsehjelp ved akutt oppstått eller forverring av sykdom eller skade. Dette omfatter kommunale legevaktssentraler, AMK sentral, kommunene ved hjemmebaserte tjenester og øyeblikkelig hjelp plasser (KAD), fastleger, legevakt, akuttgjeldere i kommunene, ambulansetjenesten og sykehusenes akuttmottak. Akutt team i psykisk helse og rus er også en viktig del av kjeden. Befolkningen i Bærum kommune og store deler av Asker kommune mottar prehospitale tjenester fra Oslo Universitetssykehus.

Når det haster, er sammenheng i tjenestene og klart definerte roller og ansvar viktig. Riktig kompetanse i alle ledd og god kommunikasjon mellom aktørene er avgjørende. Vi ser at definerte pasientforløp bidrar til å tydeliggjøre roller og ansvar som sikrer gode vurderinger og trygge overganger. Dette gjelder for eksempel pasienter med mistanke om hoftebrudd eller hjerneslag.

Det er stor felles interesse for å ta i bruk digitale hjelpemidler som bruk av video mellom innringer og AMK- eller legevaktsentral. Vi ser også at nasjonale informasjonskampanjer bidrar til økt helsekompetanse i befolkningen. For mange er det en utfordring å kommunisere behov for hjelp når språkkunnskap og helsekompetanse er mangelfull. I Vestre Vikens helseområde har nesten hver femte innbygger innvandrerbakgrunn. Dette stiller store krav til kulturforståelse og kommunikasjon.

Vestre Viken har et særlig ansvar for helsetjenester til sårbare grupper og deltok for noen år siden i en prøveordning med egen ambulanse for personer med behov for akutt psykisk helsehjelp. Prøveordningen var ikke bærekraftig og ble ikke videreført. Det er fortsatt behov for å styrke ivaretagelsen av denne pasientgruppen, og Vestre Viken arbeider blant annet med generell kompetanseheving i psykiatri og rus for ambulanspersonell.

I dag har aktørene ulike journalsystem og digitale løsninger som ikke kommuniserer med hverandre. Ulikt triageringsverktøy kan også være en utfordring i kommunikasjon om hastegrad og behov for helsehjelp. Dette gir utfordringer når livsviktig informasjon skal formidles raskt til den som overtar ansvaret for helsehjelp. Vi erfarer at manglende tillitt til andre aktørers vurdering medfører at spørsmål og undersøkelser gjentas. Vi erfarer også at det ikke er tilstrekkelig samtrening mellom aktørene i kjeden.

Vestre Viken har i dag jevnlig møter med aktørene i den akuttmedisinske kjede knyttet opp mot aksene Drammen-Kongsberg og Ringerike med Hallingdal. Det er ikke tilsvarende møteplass for Asker og Bærum kommune, OUS og Vestre Viken.

NEWS2 – triagering av pasienter

National Early Warning Score versjon 2 (NEWS2) er et skåringsverktøy hvor måling og skåring av vitale parametre tidlig kan avdekke forverring i klinisk tilstand. Bruk av samme verktøy i alle ledd i behandlingsskjeden gir effektiv kommunikasjon og bidrar til pasientsikkerhet

Akutthjelpere – førstehjelp til befolkningen

Akutthjelpere er en viktig ressurs som kan starte livreddende førstehjelp før annet akuttmedisinsk personell kommer. Akutthjelpere er i dag personell fra kommunalt brannvesen. Bistand kommer i påvente av, at personell fra de øvrige akuttmedisinske tjenestene kan yte hjelp. Personer som skal yte slik bistand må ha fått nødvendig opplæring.

Buk av video mellom AMK og innringer

AMK i Vestre Viken har tatt i bruk video for å bedre kommunikasjon med innringer. Erfaringen er at det gir bedre vurdering av hvor syk pasienten er, omfang av skade og kunnskap om skadested. Det er enklere å gi presis hjelp og avklare behov for ressurser. Ambulansetjenesten melder tilbake at de får bedre informasjon og kan forberede seg under uttrykning. Foreløpige erfaringer er at vurdering av hastegrad endrer seg i 10 prosent av henvendelsene hvor video brukes.

Slagdiagnostikk og tidlig behandlingsstart på Hallingdal sjukestugu

Hallingdal sjukestugu har siden 2016 hatt CT som brukes blant annet til diagnostikk av hjerneslag. CT-maskinen betjenes på dagtid av en radiograf og CT-bildene oversendes elektronisk til Ringerike sykehus hvor de tydes av en radiolog. Dersom mistanken om hjerneslag bekreftes, kan legen på Hallingdal sjukestugu sette i gang behandling (trombolyse) umiddelbart. På kveld, natt og helger når radiograf ikke er tilstede, er det ambulanspersonell som betjener CT-maskinen.

Rask og riktig hjelp fra hele kjeden

Anna, en eldre hjemmeboende kvinne får feber og kjenner seg dårlig, ustø og uvel. Hun trykker på trygghetsalarmen og hjemmesykepleier kommer etter kort tid. Hjemmesykepleieren sjekker vitalia og utførte NEWS2* score. Verdien på skårings skjemaet tilsier at hun ringer legevakt. Legevakten mistenker urinveisinfeksjon og begynnende SEPSIS etter bruk av gjeldende klinisk skåringsverktøy, og setter telefonen over til 113 i konferanse med hjemmesykepleier. Ambulanse blir bestilt med kode «haster» og kommer etter 15 min. Ambulansepersonell undersøker kvinnen og konfererer med lege på legevakten. Legevaktslege forordner antibiotika på bakgrunn av informasjonen, og antibiotikabehandling gis i ambulansen sammen med oxygen, paracetamol og væske. Annas vitalia måles etter NEWS2 flere ganger underveis og tilstanden bedrer seg på vei til sykehuset. Akuttmottaket får en strukturert og grundig rapport etter ISBAR* prinsipper. Etter 4 dager på sykehus er Anna hjemme i fin form. Pårørende blir informert om tilstand og planlagt forløp underveis og føler seg trygge og ivaretatt.

*NEWS2 = Scoringsverktøy hvor måling og scoring av vitale parametere tidlig kan avdekke forverring i klinisk tilstand (National Early Warning Score II).

*ISBAR = System for strukturert informasjonsformidling ved muntlig rapport om en pasient fra ett ledd til et annet. (Identifikasjon, Situasjon, Bakgrunn, Analyse)

Slik vil vi ha det i Vestre Viken

Befolkningen har trygghet for at de får kompetent og rask hjelp når de trenger det ved akutt sykdom og skade, og forstår betydningen av tidlig kontakt med medisinsk nødnummer 113. Befolkningen kan yte enkle livreddende førstehjelpstiltak. De akuttmedisinske tjenestene er en koordinert kjede, basert på samarbeid og samhandling mellom kommuner og helseforetak. God samhandling forebygger unødvendige akuttinnleggelser. Tjenesten har kompetente og beredte medarbeidere som har fått opplæring og trening i samhandling. Utviklingen av den akuttmedisinske kjeden er basert på relevant og pålitelig styringsinformasjon. Helseforetak og kommuner prøver ut arbeidsformer som styrker tilbudet til pasientene. Teknologi, nye former for diagnostikk og beslutningsstøtte gir bedre behandlingsforløp, reduserer behovet for ressursinnsats, bidrar til at behandling kan starte før pasienten kommer til sykehus og at unødvendige innleggelser unngås. (fra Nasjonal helse- og sykehusplan).

De akuttmedisinske tjenestene er en koordinert kjede, basert på samarbeid og samhandling mellom kommuner og helseforetak. I Vestre Viken er det behov for å styrke og formalisere samarbeidet for å ivareta beslutninger om ønsket utvikling, kompetansesamarbeid og felles trening.

Vestre Viken vil beskrive og implementere flere definerte pasientforløp og såkalte *fast track* eller hasteforløp for akutte tilstander for å bidra til standardisering, reduksjon av uønsket variasjon, kunnskapsbasert behandling og økt forutsigbarhet for pasient og pårørende.

Bruk av digitale løsninger vil styrke kommunikasjon og gi beslutningsstøtte. Synliggjøring av ansvar, ny oppgavedeling og økt akuttmedisinsk kompetanse gjør det mulig at beslutninger kan tas på lavest mulig nivå. På lang sikt ønsker vi oss en digital felles pasientjournal som sikrer gjennomgående informasjonsflyt i hele kjeden.

Helse Sør-Øst vil i nær fremtid igangsette et regionalt prosjekt for en samlet vurdering av organisering og oppgavedeling av prehospitaltjenester i regionen (styresak 043-2021). Både Vestre Viken og kommunene ønsker en avklaring av fremtidig ansvar for prehospitaltjenester i Vestre Viken.

Vestre Viken vil:

- Samle prehospitaltjenester i Vestre Viken
- Beskrive pasientforløp og hasteforløp for akutte tilstander
- Bruke pasientens akuttskjema og NEWS2 i alle ledd i akuttkjeden
- Samarbeide om felles triageringssystem i hele den akuttmedisinske kjeden

- Forbedre transporttilbudet til personer med akutt psykisk sykdom
- Formalisere og styrke samarbeidsarenaer med kommunehelsetjenesten og andre aktører
- Samarbeide med kommunene om kompetansedeling og samtrening
- Samarbeide med kommunene om opplæring av akutthjelpere
- Tilby bruk av video ved henvendelse til AMK for alle innbyggere i Vestre Viken
- Samarbeide med alle legevakter om å benytte video ved henvendelser

5.2.7 Ledelse, organisering og kompetanse i akuttmottakene

Vestre Viken har fire somatiske akuttmottak, ett på hvert sykehus. Ved ankomst blir pasientene vurdert og gitt hastegrad. Pasienter som trenger umiddelbar hjelp blir tatt imot med team som traumeteam, medisinsk team, og hjerneslagteam. Teammottak sørger for rask utredning og behandlingen kan starte så rakt som mulig.

De somatiske akuttmottakene i Vestre Viken er organisert ulikt. Akuttmottaket på Bærum sykehus er organisert som del av medisinsk avdeling, mens akuttmottaket på Drammen sykehus er organisert sammen med ortopedisk avdeling. Akuttmottaket på Ringerike sykehus er en del av kirurgisk avdeling, og akuttmottaket på Kongsberg sykehus er en del av sykepleieavdelingen. I tillegg har barne- og ungdomsavdelingen på Drammen sykehus egen mottaksfunksjon. Ulik organisering av akuttmottakene er delvis historisk begrunnet, og delvis et resultat av sykehusets oppgaver og utforming. Ulik organisering og ulik kompetanseprofil kan føre til at tilbudene som ikke er likeverdige.

Vestre Viken har de siste årene satset på å øke kompetansen i akuttmottakene. En spesialist i akutt- og mottaksmedisin er en overlege som jobber i akuttmottak på sykehus, og som er spesialist på akutte og generelle tilstander innen ulike fagfelt. Vestre Viken ønsker å styrke kompetansen i akuttmottakene med større tilgjengelighet av spesialister i akutt- og mottaksmedisin.

Det har vært et ønske over tid å styrke kompetansen hos sykepleiere i mottak. Dette gjøres gjennom lokal kompetanseutvikling og meritterende utdanning som for eksempel akutt-sykepleieutdanning. Akuttmottaket på Drammen sykehus er det første sykehuset i Norge som har satset på spesialutdanning av sykepleiere med breddekompetanse for arbeid i akuttmottak. Dette er sykepleiere med utdanning som avansert klinisk sykepleier (AKS). Hensikten er å forsterke kompetansen i tverrfaglige team som møter hoveddelen av pasientene i akuttmottaket. Utviklingen har vist at avanserte kliniske sykepleiere med breddekompetanse også kan overta oppgaver med diagnostisering og behandling av mindre ortopediske skader uten at det går på bekostning av kvaliteten. Dette åpner muligheten for ytterligere oppgavedeling med god og rask behandling i akuttmottakene.

Akuttmottakene har tradisjon for å trene på teamfunksjon for akutte hendelser og traumer. Denne erfaring er brukt i utvikling og etablering av andre typer team, som for eksempel *Silver team* som er et tverrfaglig team som tar imot eldre i akuttmottak. Slike team kan videreutvikles til andre pasientgrupper, som for eksempel pasienter med akutt sykdom eller skade og samtidig rusproblematikk.

Fakta om Silver team Drammen sykehus

Silver team er et tverrfaglig team som tar imot pasienter som er 65 år og eldre i akuttmottaket. Teamet består av to leger, hvorav en er spesialist i akuttmedisin, en sykepleier og en bioingeniør.

Målet med *Silver team* er å gi raskere avklaring, behandling og tidlig smertelindring. Pasienten møtes med høy kompetanse tidlig i forløpet. Rask avklaring og behandling kan føre til økt sjanse for overlevelse eller mindre plager når den akutte fasen av sykdommen eller skaden er over. Tidlig avklaring og behandling kan også avdekke bakenforliggende årsaker til fall og traumer.

Slik vil vi ha det i Vestre Viken

Revidert nasjonal faglig retningslinje for somatiske akuttmottak er på høring. Retningslinjen inneholder 16 anbefalinger. Gode rutiner for prioritering av pasienter og bruk av team er vektlagt, anbefalinger for muntlig kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid er utdypet, og det er gitt anbefalinger knyttet til hvordan akuttmottakene bør følge med på aktivitet og drift, samt ha prosedyrer for kritisk fullt akuttmottak. Ut over dette er krav til kompetanse, opplæring, videreutdanning og etterutdanning oppdatert og utdypet. Vestre Viken vil følge opp anbefalingene, og skal utrede fremtidig organisering av akuttmottakene.

Pasienter i Vestre Viken skal bli tatt imot av tverrfaglige team i akuttmottakene. Akuttmottakene skal ha team som kan ivareta pasientenes sammensatte problemstillinger og spesialiserte team skal kunne tilkalles eller konsulteres ved behov.

Akuttmottakene i Vestre Viken skal ha sykepleiere og leger med spesialisert kompetanse. Vestre Viken har fire akuttmottak med ulik kompetanse og størrelse. For å kunne gi likeverdige helsetjenester vil Vestre Viken legge til rette for samarbeid mellom akuttmottakene. Samarbeid i nettverk og bruk av digitale løsninger, som videokonferanse i akutsituasjoner, er en viktig samarbeidsform. På denne måten kan de mindre akuttmottakene få faglig støtte fra de større.

God kommunikasjon mellom helsepersonell i akuttmottak kan bidra til å forhindre avvik og utilsiktede hendelser, og dermed bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Egnede metoder for å sikre kunnskap og ferdigheter i kommunikasjon er tverrfaglig opplæring og trening med simulering. Ved overflyttinger av pasienter innad i Vestre Viken skal helsepersonell bruke scoringsverktøyet NEWS2, og kommunisere etter ISBAR metoden, (se definisjon kapittel 5.2.6). I tillegg til kommunikasjon med ISBAR anbefales det også å praktisere *closed loop* i forbindelse med kommunikasjon i team.

Vestre Viken skal sørge for at samarbeidspartnere som legevakter og fastleger har tilgang til en døgnåpen og standardisert konferering med sykehusets spesialister. En god konfereringsordning er også viktig for å avklare om pasienter skal innlegges sykehus eller kommunal øyeblikkelighjelp døgnet. Vi ønsker likeartede konsultasjonsordninger i samarbeidet mellom kommunene og Vestre Viken. Det er avgjørende at rett pasient henvises til riktig akuttmottak til rett tid, og at nødvendige pasientopplysninger er tilgjengelig.

Akuttmottakene i Vestre Viken skal ha rutiner for håndtering av kritisk fullt akuttmottak.

Akuttmottakene bør ha tilknyttede observasjonssenger beregnet for pasienter med behov for kortvarig opphold på sykehus. Hvilke pasientgrupper som egner seg for innleggelse i observasjonsenhet avhenger av sykehusets størrelse, funksjon og lokale forhold. På observasjonspostene bør det være tydelig hvem som har det medisinske ansvaret for pasientene, og det bør være et tett samarbeid med andre avdelinger i sykehuset for å sikre at pasientene får riktig behandling. Det enkelte sykehus bør ha rutiner med samarbeidskommunene for overføring av egnede pasienter til kommunale øyeblikkelighjelp døgnplasser.

Akuttmottakene organiseres slik at det er én ansvarlig overlege på vakt til enhver tid som samarbeider med andre medisinske spesialister og leger i spesialisering. Ansvarlig overlege på

vakt har et særlig ansvar for at pasienter behandles på rett sted, prioritering av pasienter og bruk av team, samt håndtering av kritisk fullt akuttmottak.

Akuttmottaket er ofte pasientens første møte med sykehuset. Mange pasienter er i en sårbar situasjon. Vestre Viken skal ha et system for tilbakemelding fra pasienter og pårørende som skal brukes til forbedring av tjenestene.

Vestre Viken vil

- Utrede fremtidig organisering og kompetanse i akuttmottakene
- Alle akuttmottak skal ha overlege i front hele døgnet.
- Pasienter med alvorlig eller komplekst sykdomsbilde skal tas imot av tverrfaglig team
- Alle akuttmottakene skal ha spesialiserte team tilpasset eget pasientgrunnlag
- Helsepersonell skal kommunisere med samme språk og bruke NEWS2 og ISBAR
- Legevakter og fastleger skal ha tilgang til en døgnåpen og standardisert konfereringstelefon med sykehusets spesialister
- Akuttmottakene skal ha rutiner for å håndtere kritisk fullt akuttmottak
- Sykehusene skal ha observasjonssenger som bør være tilknyttet akuttmottakene
- Pasienter og pårørende skal kunne gi tilbakemeldinger som skal brukes til kvalitetsforbedring

5.2.8 Digital hjemmeoppfølging

Pasienter har tradisjonelt opplevd en sykehusstyrt og kalenderstyrt spesialisthelsetjeneste hvor pasienten innkalles til poliklinisk oppfølging etter et definert tidsintervall. Digital meldingsflyt mellom ulike behandlere og behandlingsnivåer skjer i hovedsak gjennom pleie- og omsorgsmeldinger og dialog- og epikrisemeldinger. Koronapandemien har bidratt til økt bruk av digital kommunikasjon mellom pasient og fastlege, pasient og kommunale helsetjenester, samt pasient og spesialisthelsetjeneste. Det er et stort potensiale for mer bruk av digitale konsultasjoner, og da fortrinnsvis bruk av videosamtaler.

Helsetjenesten er midt inne i en digital transformasjon med omfattende endring av hvordan helsetjenestene og behandling tilbys. Vi ser at utvikling av digitale løsninger fører til nye arbeidsformer for ansatte og mer brukerstyring for pasientene. Vestre Viken har startet med digital egenregistrering, slik at pasientene kan registrere helseopplysninger hjemmefra. Oppfølgingen i spesialisthelsetjenesten baseres på innrapporterte opplysninger og er behovsstyrt. Høsting av informasjon fra medisinsk teknisk utstyr i hjemmet er under utvikling. Kombinasjon av høsting av informasjon fra utstyr, egenrapportering og videokonsultasjoner gir helt nye muligheter for behandling i eget hjem. Dette åpner muligheten for utvikling av hjemmesykehus.

I kommunehelsetjenesten har fokus vært på trygghetsskapende tiltak som digitale tilsyn, trygghetsalarmer, GPS og medisindispensere. Fastlegene har tatt i bruk elektronisk timebestilling, videokonsultasjon og e-dialog.

Potensialet for digital kommunikasjon mellom de ulike nivåene i helsetjenesten har blitt utnyttet i mindre grad enn digital kommunikasjon mellom pasient og helsetjeneste. De ulike systemene for digital kommunikasjon med pasienten er ikke knyttet sammen. Det blir dermed mange ulike systemer og innlogginger å forholde seg til for både pasient og aktører i helsetjenesten. E-dialog er i startfasen for spesialisthelsetjenesten.

Digital hjemmeoppfølging innebærer en vesentlig endring i organisering og ytelse av helsetjenester. Det tar tid å endre tankesett og kultur. Dersom organisasjoner og ansatte ikke har vilje til å tenke nytt eller endre kjente og innarbeidede arbeidsformer, vil vi ikke lykkes med digital hjemmeoppfølging. Dette stiller store krav til ledere som må prioritere, motivere og legge til rette. Ledere må sørge for at nye rutiner og prosedyrer fungerer godt, uten at det blir merarbeid i en allerede presset hverdag.

I arbeidet utvikling av digital hjemmeoppfølging ser vi flere utfordringer:

- Mangel på koordinert utvikling i spesialisthelsetjenesten og kommunene
- Mangel på teknologikompetanse i helsetjenesten som skal innføre digital hjemmeoppfølging, og mangel på digital kompetanse hos pasient og helsepersonell som skal benytte løsningene
- Teknologi og systemer som ikke utveksler informasjon
- Fragmentert finansieringssystem uten gode økonomiske insentiver
- Pasienten blir ikke en aktiv deltaker som følge av manglende forståelse for språk og terminologi
- Mangel på brukerstøtte som kan sikre stabile og tilgjengelige digitale tjenester

Fakta om helhetlig digital hjemmeoppfølging

Helsetjenesten har flere prosjekter som foreløpig fungerer hver for seg, men som kan utgjøre nyttige deler av en helhetlig digital hjemmeoppfølging. Eksempler på dette er:

- **Brukerstyrt oppfølging:** Pasienten besvarer oppfølgingsspørsmål om sin helsetilstand hjemmefra, og videre tiltak i spesialisthelsetjenesten baseres på dette. I drift for diagnosene epilepsi, inflammatorisk tarmsykdom, KOLS og nyresvikt.
- **Videokonsultasjoner:** Konsultasjon mellom pasient og behandler gjennomføres med video i stedet for oppmøte. Flere aktører kan kobles på, for eksempel spesialist fra annet sykehus. I drift for flere diagnoser, der digital sårbehandling trekkes frem som et godt eksempel.
- **Deling av data fra utstyr:** Utstyr plassert i hjemmet kan styres fra sykehuset, og data overføres dit. Eksempler: hjemmedialyse og hjemmeoppfølging av gravide med risiko.
- **Nettbasert behandling:** Lavterskeltilbud der hele behandlingsforløpet gjennomføres digitalt, slik at flere kan få tilbud om hjelp uten økt ressursbruk. Eksempel: eMestring ved psykisk sykdom.

Slik vil vi ha det i Vestre Viken:

Vestre Viken vil legge til rette for at flest mulig pasienter får tilbud om helsetjenester der de bor. Digital hjemmeoppfølging er et viktig virkemiddel for å oppnå dette, se figur under.



Slik vil vi ha det i Vestre Viken



Aktiv involvering av pasient og pårørende er et viktig prinsipp. Viktige virkemidler er videomøter med aktører fra de ulike nivå i helsetjenesten, utarbeiding av persontilpasset behandlingsplan, registrering av enkle målinger og helseopplysninger, eventuell innsending av bilder eller video hjemmefra, standardisert og kvalitetssikret informasjon som distribueres digitalt, utveksling av elektroniske meldinger, samt virtuelle pasientfelleskap for deling av erfaring. Tidspunkt for kontakt med de ulike nivåene i helsetjenesten styres av pasientens individuelle behov, basert på rapporter og målinger hjemmefra, eller pasientens eget ønske.



Informasjon om pasientens sykehistorie og helsetilstand er tilgjengelig for alle behandlere på tvers av ulike omsorgsnivåer. Rutiner for sortering og filtrering av data sørger for at datamengden blir oversiktlig og nyttig for den enkelte aktør i helsetjenesten, samt pasienten selv og pårørende.

Vestre Viken vil:

- Utvikle et system som knytter de separate løsningene i digital hjemmeoppfølging sammen, og som sikrer informasjonsflyt på tvers av ulike spesialiteter, faggrupper og nivåer i helsetjenesten.
- Kvalitetssikre og standardisere faglig innhold gjennom dialog med sentrale og nasjonale fagmiljøer for den enkelte diagnose
- Bidra til filtrering og tydeliggjøring av relevante data for den enkelte behandler, med støtte fra maskinlæring og kunstig intelligens
- Engasjere ledere på alle nivåer for å sikre prioritering, motivasjon, tilrettelegging og kvalitet i hele linjen for digital hjemmeoppfølging
- Bidra til forskning på resultater for pasienten, kvalitet, ressursbruk og effektivitet for å sikre kunnskapsbasert praksis
- Sette konkrete mål for digital hjemmeoppfølging og fremtidig behandling i hjemmesykehus

5.2.9 Kritisk kompetanse

De ansatte er Vestre Vikens viktigste ressurs. Vestre Viken har ansvar for å legge til rette for kontinuerlig læring og utvikling av ansatte slik at vi kan fornye oss og tilby god behandling i tråd med kunnskapsutvikling, teknologiutvikling og forventinger fra pasienter og brukerne.

Vestre Viken er en stor organisasjon med høy og sammensatt kompetanse. Den medisinske utviklingen og bedre behandlingsmetoder påvirker kompetansebehovet. I dag har vi ikke en god

nok oversikt over egen kompetanse, men *Kompetanseportalen* som nylig er innført gir oss et godt verktøy for oversikt og systematisk planlegging.

Alle deler av helsetjenesten opplever sterk konkurranse om kvalifisert arbeidskraft. I fremtiden forventer vi at konkurransen om arbeidskraft blir forsterket, og det blir utfordringer ved både å rekruttere og behold kompetansen vi trenger.

Endringene i helsetjenesten går stadig raskere og den enkelte medarbeider vil møte krav til endring og omstilling. Samtidig er muligheten til læring og utvikling også et gode for den enkelte dersom arbeidsgiver legger til rette for livslang læring. Dette kan gi enkeltpersoner og faggrupper muligheter til å utvikle seg og sitt fagfelt og være med på å finne nye måter å løse oppgavene på. Tverrfaglige team er et eksempel på en arbeidsform kan være god for å løse en konkret problemstilling, samtidig som det bidrar til å utvikle den enkelte medarbeider.

Vi er allerede i en situasjon hvor vi har mangel på fagfolk. Erfaring og framskrivninger viser at innenfor psykisk helsevern og rus gjelder dette særlig spesialister i psykiatri, spesialister i Rus og Avhengighetsmedisin og psykiatriske sykepleiere. I somatikken er det særskilt mangel på sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre. Dette medfører at vi fremtiden må organisere arbeidet på en annen måte og bruke ulike spesialister til oppgaver som andre ikke kan utføre. Det er viktig å skape gode arbeidsmiljøer for å rekruttere og beholde medarbeiderne innenfor alle profesjoner.

Slik vil vi ha det i Vestre Viken

Vestre Viken vil bygge en kultur som preges av deling av erfaring og kompetanse framfor intern konkurranse. Vi vil utveksle kompetanse med kommuner, sykehus og andre samarbeidspartnere. I Vestre Viken benytter vi *kontinuerlig forbedring* for å utvikle tjenestene. Dette bidrar til en lærings- og delingskultur som er viktig i arbeidet med å realisere vår felles helsetjeneste og det utadvendte sykehus.

Fremtidens behov for helsepersonell må løses gjennom en kombinasjon av tiltak. Vi skal ha et godt samarbeid utdanningsinstitusjoner og kommuner, og tilrettelegge for livslang læring og en strategisk styring av kompetansen. Vi skal legge til rette for ny oppgavedeling og nye organiseringsformer. Ledere skal ta et større ansvar i strategisk kompetansestyring slik at tiltak iverksettes tidlig nok.

Den faglige utviklingen med stadig mer spesialisering og endring av behandlingsmetoder får konsekvenser for organisering av tjenestene for å sikre bærekraftige fagmiljø. Det er nødvendig med en tydeligere prioritering av faggrupper som er kritiske for virksomheten. Dette gjelder spesielt prioritering av spesialistutdanninger for leger, psykologer og sykepleiere.

Fakta om Kompetansebroen – digital kompetanseutvikling på tvers av helsetjenestene

Flere helseforetak har gått sammen om å etablere og utvikle Kompetansebroen. Dette er en digital plattform for samhandling og kompetansedeling mellom sykehus, kommuner og utdanningsinstitusjoner i et helseforetaksområde. For partene som inngår i samarbeidet er Kompetansebroen et viktig tiltak for å styrke samhandling, standardisering av opplæring og tryggere overføringer av pasienter mellom sykehuset og kommunene. Det bidrar til at pasienter møter behandlere med lik kompetanse på tvers av virksomheter og at medarbeidere styrker sin fag- og samhandlingskompetanse.

Vestre Viken vil:

- Videreutvikle strategisk kompetansestyring

- Etablere en tverrfaglig gruppe som skal analysere trender og gi anbefalinger om strategiske tiltak
- Øke bruken av tverrfaglige team for nye og sammensatte problemstillinger
- Legge til rette og innføre for ny oppgavedeling
- Sikre tilstrekkelig kompetanse for leger, psykologer, sykepleiere, helsefagarbeidere og andre
- Etablere flere og varige samarbeidsarenaer med utdanningsinstitusjoner
- Ledere skal planlegge kompetanse for egen virksomhet
- Styrke samhandling og deling av kompetanse med kommuner og utdanningsinstitusjoner
- Bruke kompetanseportalen aktivt for å sørge for at vi har en god oversikt over tilgjengelig kompetanse

5.3 Veien videre – det utadvendte sykehuset

I arbeidet med utviklingsplanen har noen utviklingstrekk blitt tydelige. Vestre Viken skal utvikle det utadvendte sykehuset. I det utadvendte sykehuset skal pasienten involveres og være med på beslutninger om egen behandling. Tjenestene skal i større grad være brukerstyrte og ta utgangspunkt i pasientens behov. Pasienter som kan motta helsehjelpen hjemme skal få mulighet til dette dersom de selv ønsker det.

Det er flere tydelige kjennetegn ved god pasientbehandling. Alle pasienter skal ha en plan, og pasienter som trenger det skal ha en koordinator. Pasienter som mottar helsehjelp fra flere tjenesteytere skal motta helhetlige og sammenhengende tjenester. Det er fortsatt viktig å ha fokus på trygge overganger, samt hindre brudd i behandling. Samtidig ser vi at det for de fire pasientgruppene vi har sett spesielt på, er det avgjørende at oppmerksomheten også rettes mot helhet og sammenheng i tjenestene.

Vi vet at det er stor variasjon i befolkningens helsekompetanse, og at dette fører til sosial ulikhet i helse. Brukerstyrte helsetjenester og digitale hjemmebehandling stiller nye krav til kvaliteten i helsepersonellens kommunikasjon med pasient og pårørende. Den digitale transformasjonen av helsetjenestene gir store muligheter for ønsket retning i pasientbehandlingen, men skalper samtidig nye utfordringer for å sikre at helsehjelpen blir tilgjengelig for alle pasienter.

6 Eiendom

Utvikling av eiendom og lokaler skal støtte øvrige mål. Det utadvendte sykehuset, spesialister fra store sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, spesialister fra sykehus skal samarbeide med kommunal helse- og omsorgstjeneste og pasienter og skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenester hjemme, digitalt eller ved ambulante tjenester.

6.1 Langsiktig strategi

Vestre Viken skal arbeide for at bygg og bruksarealer skal brukes best mulig. Tilgjengelig teknologi og materialvalg som kan gi driftsfordeler, skal benyttes. I valg av materialer skal det legges særlig vekt på miljø og vedlikehold. Det skal legges til rette for innovasjon gjennom styrket infrastruktur og løsninger i samarbeid med den regionale IKT-satsningen.

Der Vestre Viken har langsiktige eiendomsbehov er hovedstrategien å eie, og ikke leie. Gjennomføringen av større enkeltprosjekter skal følge Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter.

Vestre Viken ønsker å samle aktiviteten rundt hovedlokasjonene på Kongsberg, Ringerike, Drammen og Bærum der det er mulig. Dette gir bedre mulighet til å samordne helsetjenesten og felles bruk av infrastruktur og tjenester.

Vestre Viken skal arbeide med å forbedre arealeffektiviteten. Ved hjelp av ny teknologi, bedre organisering og planlegging skal helseforetaket bruke dagens areal mer effektivt enn i dag. I dette arbeidet skal poliklinikkene prioriteres. Sentrale temaer i dette arbeidet er brukerstyrte poliklinikker, digital transformasjon, det utadvendte sykehuset, fra døgn- til dagbehandling og støtte til hjemmebehandling.

6.2 Klimatilpasning bygg og anlegg

Klimaet i Norge har alltid stilt strenge krav til planlegging, plassering, utforming, og vedlikehold av bygninger. Klimatilpasning vil si å ha kunnskap om endringer i lokalklima og innføre risikostyring med hensyn til klimarelaterte skader på bygg, eiendom og infrastruktur som er kritisk for sykehusdriften. Uten en slik kunnskap er det vanskelig å foreta gode valg i den konkrete plan- og byggesak, først og fremst når det gjelder lokalisering, men også hva angår utforming og detaljering av bygninger og bygningsgrupper. Klimatilpasning skal bidra til verdibevarende forvaltning av sykehuseiendom og langsiktig økonomisk bærekraft.

Klimaendringene vil gi økt gjennomsnittstemperatur, hetebølger, økt og mer intens nedbør og mer ekstremvær, noe som gjør at bygningskonstruksjonene må tåle større påkjenninger. For å møte endringene må både nybygg og eksisterende bygg og eiendom gjøres mer robust, enten i form av hyppigere vedlikehold eller tiltak som begrenser skader og sikrer normal drift. Kulturhistoriske bygninger er særlig sårbare på grunn av spesialiserte krav til vedlikehold og det faktum at de ofte er uerstattelige. Klimaendringer i vårt område vil føre til behov for tilpasning til kraftig nedbør og økte problemer med overvann, endringer i flomforhold og flomstørrelser, jordskred og flomskred, samt havnivåstigning og stormflo.

6.3 Nytt sykehus i Drammen og utvikling av øvrig bygningsmasse

Forprosjektet for nytt sykehus i Drammen ble godkjent våren 2019 og samme høst startet byggeprosjektet. Med nytt bygg følger nye tekniske systemer og ny teknologi som gir nye og endrede arbeidsoppgaver. Dette vil kreve ny driftsmodell og vil påvirke eiendomsdrift i hele Vestre Viken.

Det er gjennomført en omfattende utredning av fremtidig utvikling og vedlikehold av sykehusene i Bærum, Kongsberg og Ringerike (BRK-prosjektet). Planen for dette arbeidet er vedtatt av styret i Vestre Viken. Denne oppgraderingen vil gi en teknisk tilstand og universell utforming på eiendomsmassen som er iht. til eiers krav.

Nytt sykehus i Drammen skal stå ferdig i 2025, mens utviklingen av de andre sykehusene pågår frem mot 2027. Samlet sikrer dette Vestre Vikens kapasitetsbehov fram mot 2030.

Klinikk for psykisk helse og rus har i dag aktivitet på en rekke lokasjoner. Det er et mål å få samlet områdefunksjonene på færrest mulige og funksjonelle lokasjoner for å dekke krav til mer effektiv drift og omstilling fra døgn til ambulering og poliklinisk behandling. Samling vil være kostnadsbesparende, samtidig som det vil være positivt for rekruttering av nye medarbeidere og styrking av klinikkens fagmiljø.

Ved bygging av nytt sykehus i Drammen samlokaliseres hele sykehusfunksjonen i psykisk helsevern og rusbehandling for voksne i Vestre Viken med dagens somatiske aktivitet ved

Drammen sykehus. Det er i tillegg planlagt døgnplasser for tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for barn og unge (BUP) i nytt sykehus. Vestre Viken vil se på muligheter for å samle døgnaktiviteten i BUP.

Arbeidet med en samlet plan for de distriktpsikiatriske sentrene, psykisk helsevern for barn og unge og avdeling for rus og avhengighet pågår. Denne planen vil sammen med Nytt sykehus i Drammen gi et samlet tilbud til befolkningen innen psykisk helsevern og rusbehandling. I neste periode vil ferdigstilling og gjennomføring av denne planen være et hovedanliggende for Vestre Viken.

Etter innflytting i nytt sykehus i Drammen og ferdigstilling av BRK-prosjektene, vil Vestre Viken ha arealer som dekker behovet for det somatiske behandlingstilbudet og psykisk helsevern på sykehusnivå fram til 2030. Byggene vil også være på et akseptabelt teknisk nivå i forhold til eiers krav. For å opprettholde tilstrekkelig tilstandsgrad på nye og oppgraderte sykehusbygninger vil det være behov for løpende vedlikehold.

6.4 Prehospitale tjenester

Prehospitale tjenester (PHT) disponerer i dag 15 ambulansestasjoner. Stasjonene i Bærum og på Kongsberg, ligger i tilknytning til sykehuset og eies av helseforetaket. Øvrige ambulansestasjoner leies av kommunene eller private eiere. Leie av areal i tilknytning til andre kommunale helsetjenester kan bidra til utvikling av samhandlingsarenaer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Eiendomsplan PHT er under arbeid. Den sentrale utfordringen er å sikre en bærekraftig utvikling av de prehospitale tjenestene. Særlig viktig er det å få til en eiendomsmessig god løsning for prehospitale tjenester rundt nytt sykehus i Drammen.

6.5 Avhending av eiendommer

I foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 27.6.2008 ble det vedtatt å selge eiendommer som ikke understøtter primærvirksomheten. Dette er i tråd med det regionale helseforetakets strategi og målsetting om å redusere eiendomsmassen i regionen.

Drammen sykehus og Blakstad sykehus skal avhendes i forkant av innflytting i nytt sykehus i Drammen. Ved samling av funksjoner i psykisk helsevern og rusbehandling vil eiendommer fraflyttes. Disse skal fortløpende avhendes ved fraflytting.

6.6 Vedlikehold etter 2026

For å ha kontroll på årlige vedlikeholdskostnader skal det gjøres en beregning av livssyklus-kostnader for hvert enkelt bygg. Dette må legges til grunn for å opprettholde tilstanden på byggene og følges opp ved årlig budsjettarbeid.

Saksfremlegg

Budsjett og mål 2022

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	115/2021	20.12.2021

Forslag til vedtak

1. Styret slutter seg til de mål og prioriteringer for budsjett 2021 som fremkommer i administrerende direktørs saksfremstilling. Budsjettet vedtas med totale inntekter på 11198 MNOK, hvorav 6641 MNOK er basisrammetildeling fra HSØ. Styret vedtar budsjettet med et overskudd på 280 MNOK.
2. Det fremlagte forslag til budsjett for 2022 vedtas, med forbehold om at de økonomiske konsekvensene av den pågående koronapandemien kan resultere i vesentlig endringer i rammeforutsetningene for budsjettåret. Eventuelle justeringer av resultatmål og investeringsplaner må vurderes gjennom året.
3. Budsjett og mål for 2022 angir foretakets mål og økonomiske rammer for virksomheten det kommende år. Det er styrets forutsetning at budsjettet innenfor de samlede økonomiske rammer, skal bidra til god måloppnåelse i forhold til eiers krav og helseforetakets egne mål, herunder bidra til god kvalitet og pasientsikkerhet.
4. Styret støtter de prioriteringer og satsingsområder som er foreslått for budsjettet.
5. Prioriterte mål 2022 er:
 - Iverksette konkrete tiltak for sikker pasientflyt, herunder sikre at beste praksis i Vestre Viken er innarbeidet for alle relevante fagområder.
 - Iverksette konkrete tiltak for å sikre tilgang på nødvendig kompetanse for å utføre god pasientbehandling.
 - Utarbeide en plan for styrking av intensivkapasiteten.
 - Iverksette konkrete tiltak for riktig fordeling av arbeidsoppgaver for å redusere belastningen på sårbare funksjoner.
 - Bedre ressursutnyttelse og samordning, herunder samhandling med kommunene.
 - Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Psykisk helsevern for barn og unge skal spesielt prioriteres.
 - Sikre brukermedvirkning i pasientforløpene.
 - Utarbeide handlingsplan for oppnåelse av miljøkrav.
 - Koordinere arealutviklingen med strategi for utvikling av virksomheten.
 - Videreføre arbeidet med å styrke informasjonssikkerhet og personvern.

Målene for 2022 justeres når Oppdrag og bestilling for 2022 mottas, samt tilpasses de endringer som eventuelt følger av revidert Utviklingsplan 2035.

6. Styret vedtar en øvre investeringsramme på 09 MNOK. Investeringer finansieres med 289 MNOK i egne midler, og 22 MNOK med finansiell leasing. Investeringsmidler overført fra 2021 kommer i tillegg. Styret forutsetter at foretaket avventer effektivering av investeringsplanene tilsvarende uløst utfordring i budsjettet inntil det er etablert sikre tiltak som bidrar til oppnåelse av budsjettert resultat.
7. Det forutsettes at omstillingsarbeid skjer i samarbeid med og i dialog med de ansattes organisasjoner og vernetjenesten. De 12 prinsipper for medvirkning skal legges til grunn for samarbeid og dialog. Likeledes legges de 13 prinsipper for brukermedvirkning til grunn for dialog med brukerne og deres organisasjoner.
8. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av endrede DRG-indekser, nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer, med videre.

Drammen, 13. desember 2021

Lisbeth Sommervoll
Administrerende direktør

Bakgrunn

Det vises til tidligere styrebehandling av rammebetingelsene for budsjett 2022 i sak 37/2021 om økonomisk langtidsplan 2022-2025 (ØLP) i april 2021, samt sak 101/2021 Budsjett 2022 som ble behandlet i november 2021. Denne saken beskriver foretakets hovedmål for 2022 og forslag til budsjett. Mål og handlingsplaner for 2022 fremkommer av vedlegget Virksomhetsplan 2022 til saken, mens de konkrete aktivitetsmål og økonomiske mål, samt økonomiske prioriteringer, er omtalt i vedlegg Budsjett 2022.

Når oppdrags- og bestillingsdokumentet fra Helse Sør-Øst for 2022 foreligger, vil virksomhetsplanen for 2022 justeres i samsvar med denne. Likeledes gjelder eventuelle endringer som skal iverksettes i 2022 som en del av Utviklingsplan 2035 når den foreligger i løpet av 1. tertial 2022. Dette vil fremlegges som egen styresak så snart dokumentene foreligger.

Saksutredning

Virksomhetsplanen for 2022 bygger på de overordnede målene som følger av statsbudsjettet for 2022, samt regional utviklingsplan, uttrykt i styresak 127-2021, *Budsjett 2022 – fordeling av midler til drift og investeringer*, behandlet i HSØs styremøte 25. november 2022. Planen er bygget opp rundt de fem satsingsområdene i Vestre Vikens utviklingsplan. Siden utviklingsplanen er under revisjon, og denne gir viktige premisser på innretningen av strategiske satsinger for foretaket, er virksomhetsplanen fremlagt som et foreløpig utkast. Utkast til virksomhetsplan danner likefullt grunnlag for fastsettelse av målene som inngår i driftsavtalene med klinikkene for 2022, men slik at også disse justeres når Oppdrag og bestilling for 2022 og den reviderte utviklingsplanen foreligger.

Foretaket har betydelige oppgaver foran seg. Styringsfarten inn i 2022 er vesentlig påvirket av pandemien, og innebærer at foretaket har hatt en forsinket fremdrift i sitt arbeid med gevinstplan og videre utvikling av mer driftseffektive løsninger. Økonomisk er dette den største utfordringen. Fundamentet for kommende års resultater er ikke der det skulle ha vært. Klinikken har fremlagt budsjettforslag for 2022 som innebærer en samlet uløst utfordring på om lag 70 MNOK. Dette medfører betydelig risiko for at resultatmålet ikke oppnås fullt ut. Det innebærer at foretaket kortsiktig må sette enkelte investeringsplaner på hold. Dette gir ikke bærekraft på lengre sikt, men er nødvendig inntil foretaket viser resultater av de planene som prioriteres i 2022.

Prioriterte mål for virksomheten i 2022 er:

- Iverksette konkrete tiltak for sikker pasientflyt, herunder sikre at beste praksis i Vestre Viken er innarbeidet for alle relevante fagområder.
- Iverksette konkrete tiltak for å sikre tilgang på nødvendig kompetanse for å utføre god pasientbehandling.
- Utarbeide en plan for styrking av intensivkapasiteten.
- Iverksette konkrete tiltak for riktig fordeling av arbeidsoppgaver for å redusere belastningen på sårbare funksjoner.
- Bedre ressursutnyttelse og samordning, herunder samhandling med kommunene.
- Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Psykisk helsevern for barn og unge skal spesielt prioriteres.
- Sikre brukermedvirkning i pasientforløpene.
- Utarbeide handlingsplan for oppnåelse av miljøkrav.
- Koordinere arealutviklingen med strategi for utvikling av virksomheten.
- Videreføre arbeidet med å styrke informasjonssikkerhet og personvern

Budsjett 2022 bygger på premisser og forutsetninger lagt til grunn for økonomisk langtidsplan 2022-2025 (ØLP) behandlet av styret i møte 26. april 2021, sak 37/2021. Dette gjelder både drift og investering. I ØLP 2022-2025 var det lagt til grunn et resultat på 234 MNOK for 2022. Resultatkravet for 2022 er justert med følgende i forhold til ØLP:

- Fordeling vedlikehold over drift/ investeringer for byggeprosjekter medfører økt resultatkrav med 53 MNOK
- Omkostninger ved salg av Drammen Sykehus reduserer resultatkravet med 7,4 MNOK. Det foreligger ikke nye takster, men signaler fra prosjektleder for salget gir trygghet for at forventet salgsverdi kan økes tilsvarende. Forventet fremtidig salgsverdi vil vurderes på ny i forbindelse med ØLP. Dersom ny informasjon tilsier økt risiko, må nye tiltak iverksettes for å sikre resultatoppnåelse.

Resultatkravet i budsjett 2022 etter korreksjonene nevnt ovenfor, foreslås fastsatt til 280 MNOK. Resultatkrav for 2022 viderefører de driftsmessige forutsetningene for resultatoppbygging i tråd med ØLP 2022 – 2025.

Det vises til vedlagte dokument Budsjett 2022 for nærmere redegjørelse om aktivitetsforutsetninger og prioriteringer i budsjettet. Det er betydelige kostnadsøkninger som må finansieres uten tilsvarende økning i basisrammer og variable inntekter. Det er gjort følgende prioriteringer i fordeling av frie midler:

- Videreutvikling av tilbudet for langtidsmekanisk ventilasjonsstøtte
- Styrket utdanning av helsepersonell
Det var ikke forutsatt en økt bevilgning til dette området i ØLP. Slik situasjonen har utviklet seg med manglende tilgang på kritisk kompetanse, mener foretaket at det er riktig å sette av ekstra midler til dette formål for å sikre bærekraft på lengre sikt.
- Styrket forskning i samsvar med forutsetningen i ØLP
I forbindelse med styrets behandling av ØLP 2022 - 2025 ble det gitt uttrykk for et ønske om trappe opp satsingene på forskning raskere enn det som lå til grunn for ØLP. Det ble besluttet å vurdere dette i forbindelse med behandlingen av budsjett 2022. Slik den økonomiske situasjonen fremstår, finner foretaket det ikke mulig å øke bevilgningen til forskning utover forutsetningen i ØLP.
- Iverksette endret måltidsrytme i sykehusene
Det har lenge vært etterspurt en endring i måltidsrytmene ved flere av sykehusene. Målet har vært en rytme bedre tilpasset en vanlig fordeling av måltidene gjennom dagen. Dette har vært utredet i 2021. Endringen får konsekvenser for turnus og derav kostnader. Tiltaket vurderes å være viktig for pasientens restituering og ernæring. Dette er derfor prioritert i budsjettet.
- Styrke ambulansesikkerheten med en deldøgnbil
Tiltaket rettes inn mot Drammensområdet og bidrar til å opprettholde god nok beredskaps- og transportkapasitet i tjenesten.
- Fortsatt satsing på digital transformasjon og brukerstyrte tjenester..

Prioriteringene understøtter utviklingsområder innenfor pasientbehandlingen og innspill fra brukerne.

Investeringsnivået i ØLP lå på 276 MNOK for 2022. Den innbyrdes prioriteringen til ulike investeringsområder er ikke endelig ferdigstilt. Med omfordelingen av vedlikehold over drift til investering vedrørende BRK prosjektet er investeringsrammen foreslått til 309 MNOK for 2022. Investeringsmidler som overføres fra tidligere år kommer i tillegg, og forventet forskyvning av likviditetsmessig oppgjør for investeringer i 2022 til 2023 må komme til fratrekk.

Det planlegges investering i ambulanser i tråd med ØLP finansiert med bruk av finansiell leasing i samsvar med tidligere praksis.

Som følge av uløst utfordring i budsjett på om lag 70 MNOK, mener foretaket at det er nødvendig å avvente iverksettelse av investeringer tilsvarende dette beløpet inntil det er fremlagt konkrete tiltak som reduserer uløst utfordring. Det må gjøres en grundig prioritering av investeringer som velges utsatt. Dette gjennomgås i foretaksledelsen 14.12.2021, og en orientering vil bli gitt styret i forbindelse med presentasjon av saken. Prioriteringene skal også gjennomgås med tillitsvalgte og vernetjeneste.

Det vises til vedlagte dokumenter Utkast virksomhetsplan 2022 og Budsjett 2022 for nærmere redegjørelser.

Covid-19

Koronapandemien har preget 2020 og 2021. Somatisk pasientbehandling er redusert som følge av pandemien, og pasientsammensetningen er endret. Omsetning i kiosker og kantiner er redusert, og kostnader i forbindelse med pasienttransport økt som følge av smittevask og lavere samkjøringsgrad. I tillegg kommer økte lønnskostnader på grunn av fravær som følge av karantene og sykdom. Kostnader for kjøp av pasientbehandling fra andre sykehus er imidlertid redusert. Pr. oktober 2021 er det rapportert en inntektsreduksjon og kostnadsøkning på til sammen 476,9 MNOK. Dette gir en gjennomsnittskostnad på 47,7 MNOK pr. måned, utenom de basistildelinger og øremerket midler som er bevilget til formålet i 2021.

Selv om driften fortsatt er sterkt preget av pandemien, skal det ikke budsjetteres med covid-19-effekter i budsjett 2022 i henhold til instruks fra Helse Sør-Øst. Det er heller ikke bevilget ekstra midler i budsjett 2022 for å møte kostnadsøkninger som følge av korona. Budsjett 2022 forutsetter normal drift, og tar ikke høyde for en ny pandemitopp. Eventuelle økonomiske konsekvenser av fortsatt pandemi i 2022 må derfor avviksforklares.

Statsministeren har uttalt at den økonomiske utviklingen i sykehusene vil følges tett, og at det vil foreslås økte bevilgninger ved behov. HOD har overfor HSØ bekreftet at de vil holde løpende dialog med de regionale helseforetakene om saken. Det forventes derfor at merkostnader og inntektstap som følge av pandemien vil kompenseres. Av den grunn er det viktig at foretaket fortsatt holder god orden på hvilke avvik som vedrører pandemien.

Prioriteringsregelen

Koronapandemien har i vesentlig grad påvirket aktiviteten i 2022. Dette har spesielt rammet somatisk virksomhet. Den planlagte veksten i somatikken for å ta igjen etterslep i pasientbehandlingen, utfordrer kravet i prioriteringsregelen om at veksten skal være høyere innen psykisk helsevern og rusbehandling. Tilsvarende vil gjelde for ventetider. I forhold til kostnadsvekst stilles det ikke samme krav. Det pågår et fortsatt arbeid med å øke aktiviteten innen psykisk helsevern og rusbehandling. Inntil videre måles prioriteringsregelen mot 2019-tall mht. vekst i aktivitet, og kravet er overholdt for budsjett 2022.

Risikovurdering

Årene 2020 og 2021 har påvirket foretaket vesentlig, og har påført mange ansatte ekstra store belastninger. Høyt sykefravær og lavere terskel for fravær ved sykdomssymptomer medfører høyere belastning på personalet som er igjen. Det resulterer også i høyere lønnskostnader som følge av overtid og innleie. Denne krevende situasjonen har medført at arbeidet med realisering av plan for økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealisering Nytt sykehus i Drammen er forsinket. Annet tiltaksarbeid i klinikkene er også satt på vent.

Pandemiens fortsatte konsekvenser vurderes å være den største risikoen for neste års virksomhet. Forutsatt tilleggsbevilgninger vil ikke nødvendigvis økonomiske resultater påvirkes, men pasientbehandlingen vil berøres med økte ventelister, og mangelfull tilgang på personell påvirker arbeidsmiljøet for de ansatte og øker risiko mht. sikker pasientbehandling.

Samtlige klinikker har gjennomført risikovurdering av sin planlagte virksomhet for 2022. Vurderingene skal være grunnlag for prioriteringer i klinikkens budsjett, og prioritering av aktiviteter og tiltak. Risikovurderingene gjennomføres i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste. En sammenstilling av risikoene i klinikker og staber gjennomgås i HAMU 14.12.2021.

De viktigste risikoområdene oppsummeres til følgende:

- Fortsatt høyt sykefravær, med konsekvens for tilgang på nødvendig kompetanse, fortsatt slitasje på medarbeidere på jobb og påfølgende risiko for sikker pasientbehandling.
- Manglende tilgang på kritisk kompetanse treffer mange fagområder. Vansker med å beholde og rekruttere spesialsykepleiere og jordmødre.
- Forsinkelser i arbeid med forbedringstiltak, rammetrekk for realisering av gevinstplan og pandemiens fortsatte effekt på økonomien medfører betydelig risiko for ikke å oppnå budsjettert resultat.
- Håndtering av økte ventelister og etterslep grunnet både kapasitetsutfordring og pandemi.
- Konsekvenser av vold og trusler på arbeidsmiljø/ansatte
- Konsekvenser av vedvarende høyt antall utskrivningsklare pasienter spesielt ved Ringerike sykehus.
- Kapasiteten i ambulansetjenesten
- Kapasitet til å drive omstillinger inn mot innflytting i nytt sykehus i Drammen.

Tiltak for å sikre måloppnåelse

De viktigste tiltakene i 2022 oppsummeres til følgende:

- Sikker pasientflyt.
- Implementering av ARP
- Oppgavedeling

Sikker pasientflyt

Sikker pasientflyt påvirker A'en i ARP arbeidet. Målsettingen med arbeidet er:

- Riktig pasient til riktig seng til rett tid.
- Sikre sammenhengende innleggelsesforløp uten unødvendig ventetid.

Dette omhandler effektivt mottak av pasienter i akuttmottakene og riktig fordeling av pasienter ut fra sykehuset og til riktige steder i sykehuset. Foretaket ønsker å implementere dette arbeidet fullt ut etter modell fra Danmark. Flere av enkeltaktiviteter er allerede iverksatt, men det skal gjennom 2022 tilstrebes en helhetlig implementering. Dette knyttes også opp til samhandlingen mellom klinikkene, herunder ambulansetjenesten og medisinsk diagnostikk.

Implementering ARP

Implementering av ARP er et viktig satsingsområde for foretaket. Det er lagt betydelige økonomiske gevinster til dette, men også en forventning om vesentlig kvalitative effekter som vil ha positiv innvirkning på arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten gjennom riktig kompetanse og kapasitet tilpasset aktiviteten. Implementering av ARP, kombinert med innføring av Sikker pasientflyt og konkrete tiltak for økt arbeidsdeling vil skjerme spesielt kritisk kompetanse fra arbeidsoppgaver som kan utføres av andre. Dette er foretakets viktigste satsing for å sikre

fortsatt god pasientbehandling og et tilfredsstillende psykososialt arbeidsmiljø for alle medarbeidere.

Tilgang på nødvendig kompetanse har blitt en større utfordring under pandemien. Innføring av ARP er viktig også i denne sammenheng. Det vil imidlertid stilles krav til teambasert personellsammensetning, slik at kritisk kompetanse avlastes med oppgaver som kan utføres av andre. Foretaket skal også fortsette sitt arbeid med koordinering og samarbeid på tvers av sykehusene, for å sikre likeverdig kvalitet i pasientbehandlingen.

Implementeringen av ARP har støtt på enkelte utfordringer som følge av oppfatningen av at dette hovedsakelig er et innsparingstiltak. Den kvalitative siden av modellen er underkommunisert. Det er samtidig dette området som mest utfordrende å måle. Fortsatt arbeid med styringsinformasjon er derfor viktig. Det må også fortløpende gjøres evalueringer når innføring er gjennomført, slik at oppnådde resultater, både for pasientsikkerhet, HMS og økonomi dokumenteres.

Klinikkene er trukket i ramme for 2022 for forventet økonomisk effekt av innføring av ARP. Tiltakene fordelt på klinikk er enda ikke tilstrekkelig definert, og dette vil konkretiseres i takt med at prosjektet går i gang med de prioriterte områdene. I 2022 er det først og fremst føde/barsel, AIO, samt sommerferieavviklingen som prioriteres. Arbeidet innenfor psykisk helse og rus fortsetter, der Blakstad sykehus er i gjennomføringsfase, mens DPS og BUPA er i driftsfase.

Oppgavedeling

Det er nødvendig å konkretisere aktiviteter som bidrar til økt oppgavedeling. Formålet er å flytte oppgaver fra kritisk personell som det er vanskelig å rekruttere. Som presentert for styret i oktobermøtet, har det vært gjennomført målrettet oppgavedeling og rekruttering av helsefagarbeidere ved en medisinsk sengepost ved Drammen sykehus med meget gode resultater. Denne modellen skal breddes til alle sengepostene i foretaket. Det vil videre ses på økt fordeling av oppgaver til logistikkmedarbeidere og andre yrkesgrupper i sykehusene.

Sikker pasientflyt, ARP og oppgavedeling sett i sammenheng er de viktigste tiltakene for å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen, og redusert belastning på enkeltpersonell.

Andre prioriterte områder:

Det er nødvendig å utrede intensivkapasiteten i sykehusene. Dette forventes å komme som en bestilling i Oppdrag og bestillingsdokumentet for 2022. Forarbeidet er igangsatt.

Det er videre nødvendig med tiltak for å redusere aktivitetsveksten i ambulansetjenesten i fremtiden. Videoprojekt AMK er et viktig tiltak for å møte denne utfordringen. I 2022 planlegges et tjenesteinnovasjonsprosjekt med samlokalisering av AMK og mottaket av legevaktstelefonen for legevakten i Drammen.

En arbeidsgruppe har gjennomført en sikringsrisikoanalyse knyttet til sikkerhet i sykehusene og vil fremlegge forslag til tiltak i februar/ mars 2022. Tiltakene som besluttes vil tas med i arbeidet med ØLP for 2023 – 2026. Eventuelle nødvendige kortsiktige tiltak vurderes når de fremlegges.

Administrerende direktørs vurderinger

Årene 2020 og 2021 har vært ekstraordinære, og koronapandemien har medført en stor belastning på ansatte og ledere i Vestre Viken. Pandemien har også påvirket den økonomiske situasjonen, og gjort den mer uforutsigbar. Det er fortsatt stor usikkerhet knyttet til pandemiens effekter på økonomien i 2022, men det er gitt signaler om at regjeringen vil sørge for ekstra bevilgninger om det blir nødvendig. Budsjett 2022 er fremlagt med den forutsetning at pandemien ikke vil ha noen effekt på økonomi eller planlagt aktivitet. Dette er i tråd med retningslinjer gitt av Helse Sør-Øst RHF. Styret bes derfor ta forbehold om pandemiens konsekvenser i sitt vedtak, og at eventuelle nye tiltak iverksettes når disse forholdene er klarlagt.

Som følge av pandemien er arbeidet med forbedringstiltak i klinikkene forsinket. Dette omfatter også realisering av gevinstplanen. Det vil gis en oppdatert rapportering på status i gevinstrealiseringsarbeidet etter avslutning av 3. tertial 2021.

Klinikkene rapporterer en uløst utfordring i budsjettene på om lag 70 MNOK. Som følge av dette, ønsker administrerende direktør å avvente iverksettelse av investeringsplaner tilsvarende dette beløpet inntil nye tiltak er konkretisert, eller den økonomiske situasjonen bedret som følge av tilleggsbevilgninger. Dette er svært uheldig i forhold til langsiktig økonomisk bærekraft, men vurderes som et nødvendig kortsiktig tiltak for å sikre at foretaket oppnår den likviditet som er påkrevet.

Foretakets viktigste satsingsområder for å sikre fremtidig økonomi og en bærekraftig virksomhet i fremtiden er innføring av Sikker pasientflyt som modell, implementering av aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP), samt konkrete aktiviteter for å fordele oppgaver fra kritisk personell til andre personellgrupper som det er bedre tilgang på.

Det vil i 2022 utarbeides en plan for å sikre tilstrekkelig intensivkapasitet, og fleksibilitet for å kunne møte sesongvariasjoner.

Administrerende direktør foreslår at styret slutter seg til de mål som følger av foreløpig utkast til virksomhetsplan og prioriteringer for budsjett 2022, slik det fremkommer i vedlagte dokumenter.

Det foreslås at budsjettet vedtas med et overskudd på 280 MNOK, og en ramme for investeringer på 318 MNOK, med forbehold om nye tiltak for å løse uløst utfordring på 70 MNOK.

Administrerende direktør har lagt vekt på at foretakets likviditet skal være godt ivaretatt. Dette er en forutsetning for finansieringsplanen for nytt sykehus i Drammen, og for gjennomføring av vedlikeholdsprogrammet ved Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus.

Budsjett og virksomhetsplan for 2022 skal sikre at foretakets målsetninger innenfor kvalitet og pasientsikkerhet vil bli ivaretatt og prioritert. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og det nødvendige omstillingsarbeidet vil bli lagt til grunn for driftsavtaler med klinikkene. Endelig oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst vil bli vedtatt i foretaksmøte i februar 2022, men det legges til grunn at oppdraget vil kunne gjennomføres med de rammer som nå vedtas.

Administrerende direktør understreker at foretaket har en stor utfordring knyttet til å sikre investeringskraft, og samtidig gi foretakets drift gode rammer. Det er gitt rom for viktige faglige satsinger, og styrking av midler til videreutdanning av helsepersonell og til forskning i budsjett

2022. Gevinstrealiseringsplanen vil være et viktig redskap for å sikre den økonomiske bærekraften.

Administrerende direktør har vektlagt bred medvirkning og involvering i budsjettprosessen.

Det må tas forbehold om mindre justeringer av tallunderlagene for budsjettet. Kvalitetssikring pågår frem til leveranse av budsjett til Helse Sør-Øst i januar 2022.

- Vedlegg:
1. Utkast til virksomhetsplan for 2022
 2. Budsjett 2022
 3. Referat fra behandling i HAMU 14. desember 2021 (ettersendes)
 4. Drøftingsprotokoll fra møte med hovedtillitsvalgte og vernetjeneste 9.desember 2021

Virksomhetsplan 2022 Vestre Viken HF

«Vestre Viken HF skal gi gode og likeverdige helsetjenester
til alle som trenger det, når de trenger det»

Godkjent av:	Dato:	Saksnummer arkiv:
Styret i Vestre Viken HF	xx.xx. 2022	21/xxxxx

Forord

Styret vedtok i møte 03.05.18 Utviklingsplan 2035. Basert på denne ble det i 2019 utarbeidet en virksomhetsstrategi for årene 2020 – 2023. Denne strategien er ikke revidert.

Arbeidet med revisjon av utviklingsplanen gjennomføres i 2021 og revidert utviklingsplan 2035 sendes til høring 22.12.21.

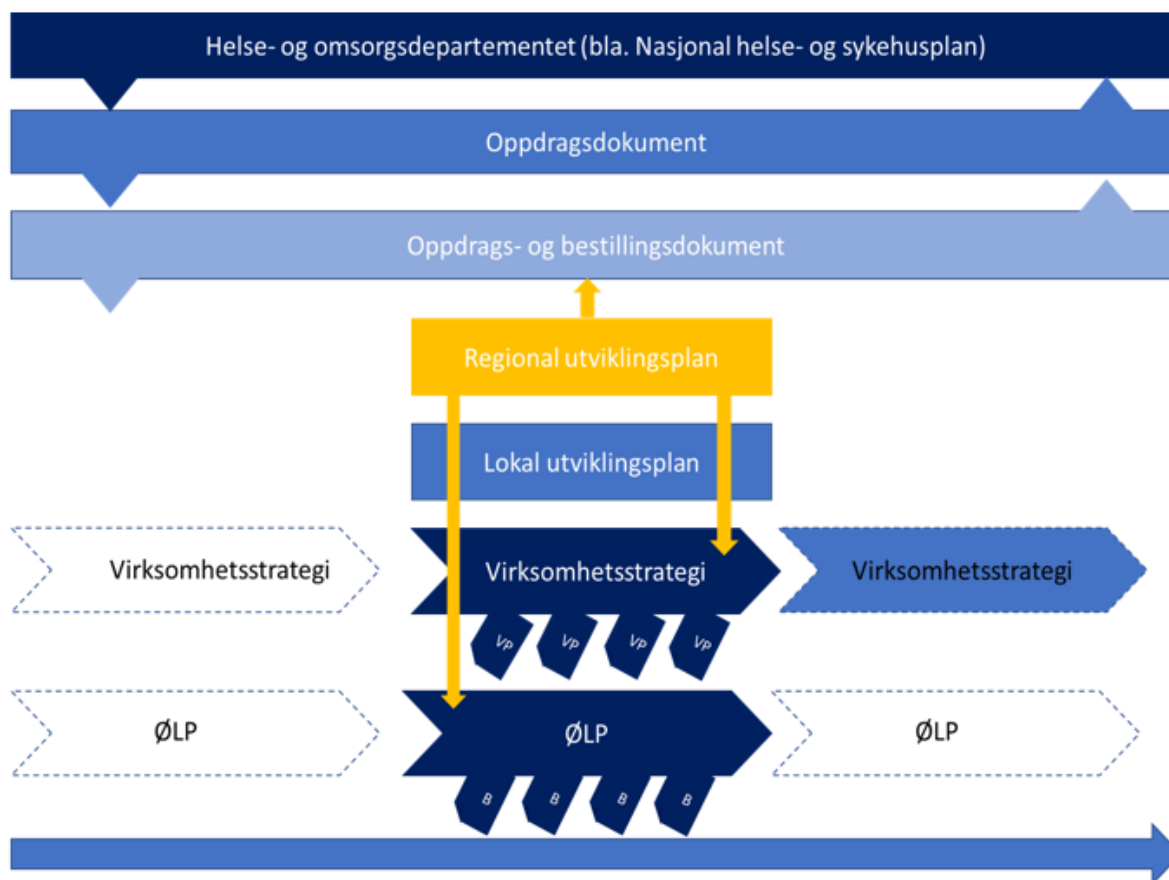
Det er fastsatt fem overordnede satsingsområder:

1. Styrke brukermedvirkning og brukerstyring
2. Skape trygge og helhetlige pasientforløp
3. Styrke samhandling og nettverk
4. Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi
5. Sikre personell med rett kompetanse

Utviklingsplanen og strategisk plan har til hensikt å gi tydelig retning for valg og prioriteringer og vise sammenhengen mellom faglige mål og rammene lagt i økonomisk langtidsplan. Det skal utarbeides en årlig virksomhetsplan som konkretiserer planlagte satsinger for det kommende året. Dette skal også komme til uttrykk gjennom de prioriteringer som synliggjøres i foretakets årsbudsjett.

Virksomhetsplanen skal bygge på Nasjonal helse- og sykehusplan, regional utviklingsplan, styringsmål fra Helse Sør-Øst (HSØ) og utviklingsplan for Vestre Viken mot 2035. Våre fire lovpålagte oppgaver legges til grunn – pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Virksomhetsplanen tar videre utgangspunkt i oppdragsdokumentet fra HSØ (Oppdrag og bestilling) og hovedutfordringer som fremkommer av relevante risikovurderinger. Planen beskriver særlige satsningsområder og oppgaver som skal løses det nærmeste året. Kvalitet i pasientbehandlingen står sentralt, med oppmerksomhet på aktive og godt involverte pasienter og pårørende.

Figuren nedenfor viser sammenhengen mellom de forskjellige styringsdokumentene.



Virksomhetsstrategien og økonomisk langtidsplan skal gjelde for samme planperiode. Den årlige virksomhetsplanen skal gjenspeiles i budsjettet. Dette skal bidra til en god dynamikk mellom faglige satsningsområder og økonomiske rammer. Driftsavtalene justeres årlig i tråd med justeringer i oppdrag- og bestillingsdokumenter og planverket. Kliniske enheter, støttefunksjoner og staber skal utarbeide interne handlingsplaner (driftsavtaler) for å gjennomføre virksomhetsplanen innenfor sitt område.

Som følge av at utviklingsplanen er under revisjon, fremlegges her i første omgang et utkast til virksomhetsplan for 2022, som danner grunnlag for driftsavtalene med klinikkene. Denne skal justeres når utviklingsplanen foreligger, i den grad utviklingsplanen gir vesentlige føringer for prioriteringer i 2022, i tillegg til Oppdrags- og bestillingsdokumentet for 2022.

Drammen, desember 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Innhold

1. Overordnede mål og verdier	5
2. Brukerutvalgets prioriteringer	6
3. Hovedutfordringer 2022	7
4. Hovedsatsingsområder	8
4.1. Styrke brukermedvirkning og brukerstyring.....	8
4.2. Skape trygge og helhetlige pasientforløp	9
4.3. Styrke samhandling og nettverk	11
4.4. Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og (ny) teknologi	12
4.5. Sikre personell med rett kompetanse.....	14
5. Sikre bærekraftig økonomi.....	16
5.1. Den økonomiske situasjonen	16
5.2. Arealutvikling.....	16
6. Miljøtiltak.....	17
7. Informasjonssikkerhet.....	17
8. Nytt sykehus i Drammen (NSD).....	18

1. Overordnede mål og verdier

Visjonen for Helse Sør-Øst og Vestre Viken er å skape gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

Nasjonale mål og satsingsområder

I henhold til Prop. 1 S (2021–2022) var følgende sentrale mål for den tidligere regjeringen:

- Redusere unødvendig og ikke-medisinsk begrunnet venting for pasientene
- Fremme kommunenes evne til omstilling og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, basert på eldrereformen Leve hele livet
- Prioritere psykisk helse- og rusfeltet, med satsing på forebygging, tidlig innsats og bedre behandling
- Øke tilgjengelighet og kapasitet, samt styrke kvaliteten i helse- og omsorgssektoren
- Folkehelse som fremmer gode liv og helse gjennom livsløpet

Styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2022 samles i følgende hovedområder:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Teknologi og digitalisering
- Ressursutnyttelse og samordning

I Prop. 1 S Tillegg 1 (2021–2022) har den nye regjeringen ikke kommet med signaler som avviker fra Prop. 1 S (2021–2022).

Regionale mål og satsingsområder

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i styresak 024-2021 Økonomisk langtidsplan 2022–2025, planforutsetninger, at helseforetakene skal legge de fem prioriterte satsingsområdene fra Regional utviklingsplan 2035 til grunn som planforutsetning for perioden 2022–2025.

1. Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
2. Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte tjenester
3. Redusere uønsket variasjon
4. Mer tid til pasientrettet arbeid
5. Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Helseforetak og sykehus er i Oppdrag og bestilling 2021 bedt om å igangsette tiltak som understøtter målene i regional utviklingsplan.

Vestre Viken HFs mål og satsingsområder

Vestre Viken HFs nåværende utviklingsplan har seks satsingsområder, og det er besluttet i foretaksledelsen at ordlyden endres i revidert utviklingsplan 2035 (gammel ordlyd i parentes). Mål 6, «Sikre bærekraftig økonomi», vurderes å være en forutsetning for satsningsområdene fremfor et eget satsingsmål, og er derfor ikke med i revidert utviklingsplan 2035.

1. Styrke brukermedvirkning og brukerstyring (Styrke pasienten)
2. Skape trygge og helhetlige pasientforløp
3. Styrke samhandling og nettverk
4. Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og (ny) teknologi
5. Sikre personell med rett kompetanse

Virksomhetsplanen utformes i tråd med Vestre Vikens fem satsingsområder. Nasjonale og regionale mål og satsingsområder synliggjøres i virksomhetsplanen der de hører hjemme og er relevante.

Andre forhold som legger føringer for virksomheten:

- Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023.
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, der fire pasientgrupper fremmes
 - skrøpelige eldre
 - barn og unge
 - personer med flere kroniske lidelser
 - personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

I tillegg kommer krav til utvikling av helsefelleskap og brukermedvirkning.

- HSØs delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
- HSØs delstrategi for utdanning og kompetanse
- De viktigste prosjektene i Vestre Viken som inngår i porteføljestyrets behandling

Det foreligger regionale delstrategier på flere områder, blant annet forskning, innovasjon, eiendom, teknologi og psykisk helse og rus.

Virksomhetsplanen tar inn over seg risikovurderingene slik de er fremlagt for styret, senest i september 2021. Klinikken og foretaket samlet oppdaterer risikovurderingene i forbindelse med planleggingen av 2022 og fastsettelsen av budsjettet for 2022. Virksomhetsplanen gjenspeiler tiltak som vil iverksettes for å redusere risikoen. Prioritering må defineres utfra kvalitet i dagens leveranse, risikoer vi står overfor, samt sikre at vi går i riktig retning i forhold til utviklingsplanen.

Våre verdier er kvalitet, trygghet og respekt og ligger til grunn for alle aktiviteter i foretaket.

2. Brukerutvalgets prioriteringer

Brukerutvalget har gitt sine innspill til foretakets prioriteringer for 2022.

Dette omfatter følgende:

- Klinikken prioriterer arbeid med digital hjemmeoppfølging
- Alle deler av Vestre Viken prioriterer gjennomføring av brukerundersøkelser og følger opp resultatene i forbedringsarbeid
- Klinikken prioriterer tid og ressurser til å trene på god kommunikasjon og samvalgsprosesser
- Økt innsats på klinisk forskning
- Overgang fra kalenderstyrte konsultasjoner til brukerstyrte konsultasjoner

3. Hovedutfordringer 2022

Ved inngangen til 2022 er det en fortsatt pågående pandemi, og ettervirkninger av pandemien innen psykisk helsevern, er spesielt utfordrende. Somatiske og tverrgående klinikker har gjennom høsten trappet ned ekstra tiltak og bemanning som har vært en følge av pandemien, mens psykisk helsevern har bygget opp sin kapasitet, også med særskilte tilskudd. All ekstra finansiering av koronatiltak er falt bort i statsbudsjettet for 2022. Pandemien har gått inn i en ny fase, og Vestre Viken er på nytt i pandemiberedskap ved utgangen av 2021. Smittenivået har økt betraktelig de siste par måneder, og foretaket opplever en betydelig økning i antall innlagte koronapasienter. Dette medfører at planlagt aktivitet utsettes, og ekstra bemanning er igjen nødvendig.

Det er usikkert hvordan utviklingen kommer til å bli, og hvor lenge pandemien vil vare. Etterslepet av planlagt aktivitet har økt i de somatiske klinikkene grunnet høy ø-hjelps aktivitet (mange innleggelser grunnet luftveisinfeksjoner (COVID-19, RS-virus mm.)) Pandemien pågår fortsatt, og ettervirkningen i psykisk helsevern er det høyst usikkert hvor lenge varer.

Til tross for at brutto årsverk har vært stigende de siste årene, utover aktivitetsveksten, opplever foretaket en krevende situasjon med å få tilgang til nødvendig kompetanse. Dette gjelder spesielt innen psykiatri, jordmødre og spesialsykepleiere (anestesi, operasjon, intensiv). Det er også vanskelig å rekruttere leger med spesialisering i fagområder som lungemedisin, hematologi og onkologi. I den senere tid har det også vært vanskeligere å rekruttere leger med spesialisering i fagområder som psykiatri, anestesilogi og radiologi.

Pandemien, med redusert tilgang til utenlandske vikarer, er en viktig årsak til bemanningsbehovene, men også stor konkurranse mellom foretakene om tilgangen på personell, samt at flere velger seg bort fra spesialisthelsetjenesten og til bedre lønninger og mer forutsigbar arbeidstid, ofte uten vaktbelastning, i andre sektorer.

Kvalitetsindikatorer og tilbakemeldinger fra kreftregisteret viser at Vestre Viken gir behandling med god kvalitet og høy pasientsikkerhet. Helseatlas for kvalitet som ble utgitt i 2021 viser at pasienter som tilhører Vestre Viken har høyest måloppnåelse sammenlignet med alle andre helseforetak i Norge. Allikevel er det områder hvor målene ikke nås, f.eks. andel pasienter i hjemmedialyse. Det er etablert et program for kontinuerlig forbedring. Klinikkerne må eie sin kvalitet og definere områder hvor det er nødvendig med målrettet innsats.

Foretaket oppnår ikke alle kvalitetsmål i pasientbehandlingen, men har hatt en god utvikling utover høsten 2021 og ligger tilfredsstillende an sammenlignet med andre HF i regionen på de fleste kvalitetsindikatorer. Systematikken i oppfølging av kvalitetsmål vurderes å være en av de viktigste utfordringene. Klinikkerne blir for sårbare for fravær av nøkkelpersonell og/eller ledelsesmessig oppfølging. Systemene er ikke tilstrekkelig tilrettelagt for at kvaliteten opprettholdes uavhengig av enkeltpersoner.

Foretaket må de nærmeste årene sikre oppnåelse av resultatkravene som er knyttet til Nytt sykehus i Drammen, samtidig som foretaket skal sikre oppgradering og vedlikehold av øvrig bygningsmasse, opprettholde og utvikle medisinsk-teknisk utstyr, og ta i bruk i teknologi. Foretaket har en

omfattende gevinstplan som skal støtte oppunder resultatmålet og investeringsevnen. Gjennomføring krever lederkraft for omstilling i tillegg til ansvaret for den løpende drift.

Prosjekt Nytt sykehus i Drammen står foran innspurten til ibruktakelse i 2025. Dersom byggekostnadene går utover rammene, kan det medføre ytterligere resultatkrav for foretaket. Tett oppfølging av byggeprosjektet, anskaffelser av MTU og IKT, samt intensivering av mottaksprosjektet vil prege foretaket de nærmeste årene.

For å styrke gjennomføringsevnen har foretaket etablert et porteføljestyre som følger opp de prosjekter og programmer som foretaksledelsen har vurdert å være de viktigste for måloppnåelsen. Det er også etablert et prosjektkontor som støtter og veiler prosjekteiere og prosjektledere i de viktigste prosjekter/ programmer.

4. Hovedsatsingsområder

4.1. Styrke brukermedvirkning og brukerstyring

Brukerundersøkelser viser at brukerne er godt fornøyd med tjenestene. Det er likevel fortsatt områder som bør forbedres. Foretaket oppnår ikke målkravene for pakkeforløp innen psykisk helsevern og rus. Pakkeforløp kreft nærmer seg målkravet, men det er ønskelig å komme vesentlig over dette. Brukerne gir uttrykk for ønske om mer brukerstyrte konsultasjoner og mer behovsbaserte tjenester. De aller fleste ønsker å unngå sykehusbesøk om det er mulig. Det er fortsatt utfordringer med god informasjon. Samarbeid med kommunene er fortsatt et satsingsområde og vil bidra til mer helhetlige pasientforløp.

Venting i sykehus, herunder venting i akuttmottak, må reduseres.

Økt tilgang på informasjon for brukerne vil bidra til fortsatt økte krav fra pasientene. Utviklingen innenfor tilgjengelige helseapp'er og utvikling innen teknologiske løsninger vil øke presset på foretaket.

Prioriteringer 2022

Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell skal være likeverdig.

Arbeidet med «4 gode vaner» skal videreføres. Likeledes skal implementeringen av prinsipper for samvalg videreføres og det skal tas i bruk digitale verktøy for samvalg. Virksomheten skal tilstrebe en overgang fra kalenderstyrte konsultasjoner til brukerstyrte konsultasjoner.

Brukere skal delta i utvikling og evaluering av tjenestene. Brukerrepresentanter skal delta i viktige utviklingsprosesser, prosjekter og beslutninger. Klinikkene skal bruke systematiske tilbakemeldinger fra pasienter til forbedringsarbeid.

I driftsavtalene med klinikkene oppfordres det til initiativ til minst fem nye utviklingsområder som fører til økt brukerstyring.

4.2. Skape trygge og helhetlige pasientforløp

Plan for økonomisk bærekraft Vestre Viken og gevinstplan NSD har tre tiltaksområder som retter seg inn mot trygge og helhetlige pasientforløp. Dette omhandler reduksjon av utilsiktede hendelser, innføring av beste praksis og bedre utnyttelse av samlet kapasitet og forbedring av akuttforløpende. Det pågår ulike aktiviteter i klinikkene, men det mangler en klinikkomfattende overbygning og systematisk oppfølging av resultatoppgåelse. Tiltak er forsinket som følge av pandemien.

Enkelte fagområder er sårbare som følge av små pasientpopulasjoner og små fagmiljøer. Dette medfører variasjon i pasientbehandlingen. Den faglige tilnærmingen er heller ikke fullt ut samordnet ved alle foretakets somatiske klinikker. Det medfører også variasjon i innkjøp som følge av ulik praksis (gir ulike priser og ulik kvalitet).

I 2021 ble det etablert en seksjon for forebyggende medisin ved Bærum Sykehus, i samarbeid med Drammen Sykehus. Virksomheten har stor pågang av pasienter og utvikler ytterligere tilbud i 2022.

Det har vært gjennomført et prosjektarbeid for å øke andel hjemmedialyse ved alle de somatiske klinikkene. Program for digital hjemmeoppfølging overføres nå mer til vanlig drift i klinikkene, men med fortsatt støtte fra sentrale prosjektressurser. Videoløsninger prioriteres i investeringsbudsjettet. Innenfor prehospitale tjenester er det styrket kapasitet ved etablering av en legebemannet akuttbil og styrking av ambulansetjenesten ved Sætre. I 2022 planlegges utbedring av kapasiteten i Drammensområdet med en deldøgnbil.

Innenfor psykisk helsevern og rus er hovedmålsettingen å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen, og at pasienter og pårørende får behandlingstilbud tilpasset deres behov. Det tilstrebes å skape sammenhengende og koordinerte helsetjenester. Nåsituasjonen kjennetegnes av sterk vekst i henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge på nasjonalt nivå. Det samme fremkommer i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) i Vestre Viken. Dette omfatter både poliklinisk behandling og døgnbehandling. Særlig stor er økningen i døgnbehandling av pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser. Aktiviteten i BUPA har økt markant. Økning i henvisninger og aktivitet sees også innenfor psykisk helsevern for voksne og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Klinikken for psykisk helse og rus har de siste årene arbeidet med å forbedre interne pasientforløp og utviklet og prøvd ut ulike initiativ for å skape mer sammenhengende tjenester på tvers av spesialisthelsetjenesten og den kommunale primærhelsetjenesten. Dette arbeidet er ytterligere konkretisert gjennom behovet for å arbeide frem en ny driftsmodell for klinikken som helhet som er bedre tilpasset målene og fremtidige rammebetingelser, spesielt med hensyn til innflytting i nytt sykehus. Dette arbeidet krever også at tjenester som leveres lokalt på DPS-nivå og i poliklinikkene lokalt for barn og unge, styrkes blant annet gjennom ambulerende tilbud. Det er også viktig å benytte og koordinere den totale døgnkapasiteten i klinikken.

Prioriteringer 2022

Virksomheten må være forberedt på behov for økning av sengekapasitet og spesielt økning i intensivkapasiteten i forbindelse med pandemien.

Helsetjenestetilbudet til utsatte grupper skal styrkes. Helsetjenestetilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene - barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, skrøpelige eldre og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer skal ytterligere forbedres.

Pasientene skal oppleve helhet og sammenheng. Rutine for informasjonsoverføring for alle deler av pasientforløpet skal benyttes og det skal særskilt følges opp Trygg utskrivning av pasienter. Arbeidsprosesser skal forbedres gjennom arbeidet med sikker pasientflyt. Det må blant annet innarbeides rutiner som sikrer at inneliggende pasienter har en plan for oppholdet. Måloppnåelse for sikker pasientflyt skal følges med definerte kvalitetsindikatorer (under arbeid)

Vestre Viken har en visjon om at ingen pasienter skal komme til skade når de behandles i Vestre Viken. Risikostyring ved hjelp av grønt kors/grønt kors 2 og tavler skal brukes. Skåringsverktøyet NEWS 2 for tidlig oppdagelse av forverret tilstand skal brukes i akuttmottak, sengeposter og intensivheter.

Arbeidet med pakkeforløpene for kreft skal intensiveres slik at de enkelte pakkeforløpene forløpstider forbedres og minimum er i tråd med overordnede krav.

Nasjonale retningslinjer for bruk av antibiotika og redusert bruk av bredspektret antibiotika som anbefalt av KAS (Nasjonalt kompetansesenter for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten), skal følges.

Det skal arbeides med å redusere sykdomsbyrde og tidlig død hos pasienter med psykiske lidelser eller rusproblemer. Pandemien har vist at deler av innvandrerbefolkningen er ekstra utsatt, og det skal arbeides særskilt for å øke helsekompetansen i sårbare deler av befolkningen.

Pålagt arbeid med innfasing av tidlig ultralyd og NIPT skal iverksettes.

Kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger, forskningsbasert kunnskap og pasienterfaringer skal brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid. Nasjonale kvalitetsindikatorer publiseres dels tertialvis og dels årlig. Disse skal gjennomgås når de publiseres. Dersom virksomheten har utilfredsstillende resultater skal det gjennomføres forbedringsarbeid og rapporteres på resultatforbedringer. Det er viktig at registrering av data i kreftregistrene gjøres tidsnært og fullstendig. Kvalitetsmål skal også følges på SKDE/helseatlas og tiltak iverksettes om nødvendig.

Virksomheten skal redusere uønsket variasjon og systematisk jobbe for likeverdige helsetjenester. Virksomheten har igangsatt et arbeid for å sikre bedre sortimentstyring og enhetlige produktvalg som understøtter tiltak som retter seg mot uønsket variasjon i pasientbehandlingen

Måltidsrytmen skal endres i henhold til gjennomført prosjekt.

Det er fortsatt krav til reduksjon av ventetider og innhenting av etterslep i pasientbehandlingen.

Digital hjemmeoppfølging, herunder videokonsultasjoner, samt digitalisering av verktøy og tjenester innen somatikk og psykisk helse og rus skal videreutvikles. Program for digital hjemmeoppfølging inngår i porteføljestyrets oppfølging.

Innenfor psykisk helse og rus skal det fortsatt etableres og videreutvikles FACT-team i hele opptaksområdet i samarbeid med kommunene, herunder videreutvikling av FACT-team i sikkerhetspsykiatrien, samt FACT-team for barn og unge.

Omstillingsarbeidet ved Blakstad sykehus for tilpasning til nytt sykehus i Drammen i 2025 videreføres.

Tvangsbruk i psykisk helsevern skal reduseres.

- Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i døgnbehandling i psykisk helsevern skal reduseres i 2022. Klinikken skal fortsette implementeringen av føringer og anbefalinger i regional rapport. Det skal være et særskilt fokus på at pasienter med tvangsmiddelvedtak får ettersamtaler.
- Økt opplæring i voldsrisikovurderinger og videre satsning på møte med aggresjonsproblematikk (MAP-opplæring).
- Videre fokus på og opplæring i selvmordsforebyggende arbeid.

4.3. Styrke samhandling og nettverk

Vestre Viken har sårbare fagområder ved enkelte sykehus. Dette gjelder blant annet intensivavdelinger og operasjonsavdelinger. I tillegg er tilgang på jordmødre blitt en utfordring.

Digital samhandling omfatter både samhandling internt i Vestre Viken, for eksempel bruk av video mellom lokasjoner, og samhandling med organisasjoner utenfor Vestre Viken, spesielt med andre HF og kommuner.

Klinikk for psykisk helsevern og rus har fra og med januar 2022 etablert 11 FACT-team innen psykisk helsevern for voksne, herunder FACT sikkerhet. I tillegg er 6 FACT-ung-team under etablering.

I psykisk helsevern for barn og unge er dialogbasert inntak etablert i samarbeid med flere kommuner. Videre implementering vil skje i 2022.

Prioriteringer 2022

Samhandling mellom klinikkene skal bidra til utvikling av nettverk som legger til rette for klinisk samarbeid om pasienten og sikrer robuste og likeverdige helsetjenester til befolkningen i hele opptaksområdet. Vestre Viken skal ha en felles lærende kultur der fagmiljøer deler kompetanse på tvers av helseforetaket for å fremme pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Alle fagområder skal følge beste praksis og redusere uønsket variasjon. Klinikken skal særskilt vise resultater på reduserte ventetider. Det skal etableres faglige nettverk og fagråd for å fremme samarbeidet på tvers i Vestre Viken.

Bærum sykehus og Ringerike sykehus skal ha et tett samarbeid og sikre at fagmiljøene er robuste. Dette gjelder spesielt sårbare fagområder som f.eks. hematologi og geriatri.

Det skal etablere fagnettverk.

Samarbeidsaksene DS-KS og RS-BS, samt BS-DS skal videreutvikles. Bruk av ARP som modell for sommerferieavviklingen 2022 vil understøtte dette arbeidet. Samtidig skal samarbeidet mellom alle de somatiske sykehusene i foretaket utvikles videre.

Innen psykisk helsevern og rus prioriteres etablering og videreutvikling av eksisterende FACT-team i hele opptaksområdet i samarbeid med kommunene, herunder etablering av FACT-team i sikkerhetspsykiatrien, samt FACT-team for barn og unge.

Det skal defineres konkrete tiltak for å styrke helsefelleskap.

Foretaket skal følge med på og aktivt støtte opp om innføring av nasjonale samhandlingsløsninger mellom foretaket og kommunene. I 2022 vil kjernejournal dokumentdeling prioriteres.

En mer moderne journalløsning vil være en forutsetning for å få ønsket samhandlingsfunksjonalitet. Arbeidet med EPJ-modernisering (planlegging for innføring av DIPS Arena) vil prioriteres.

Utveksling av bilder med andre HF, spesielt med OUS som har nasjonal ekspertise på mange fagområder, er sterkt ønskelig for å forbedre pasientbehandlingen. For å få til ønsket funksjonalitet, er det behov for at videreutvikling av den regionale Philips RIS/PACS-løsningen prioriteres i 2022, og at forberedelser til en implementering av samhandlingsløsning mellom OUS og Vestre Viken på radiologiområdet kommer godt i gang.

4.4. Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og (ny) teknologi

Foretaket har allerede i gang et program for digital hjemmebehandling. Dette breddes fortløpende.

Prosjekt video AMK sluttføres desember 2021 og forventes implementert fullt ut i 2022. Prosjektet skal bidra til rett ressursstyring mht. hastegrad, samt unngå bomturer for ambulansetjenesten.

Klinikk for psykisk helse og rus har som mål å videreutvikle digital hjemmeoppfølging, herunder videokonsultasjoner, samt digitalisering av verktøy og tjenester. Prosjektet om innføring av eMestring er et av tiltakene for dette som ble startet opp i 2021, med videre satsning i 2022.

Prioriteringer 2022

Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetaket som inkluderer pasienter i 2022 skal økes med minst 15 prosent sammenliknet med året før. Antall pasienter inkludert i kliniske behandlingsstudier skal øke til 5 prosent innen 2025.

Det skal iverksettes et arbeid for utvikling av det utadvendte sykehuset. Deler av spesialisthelsetjenesten kan flyttes helt hjem til pasienten ved hjelp av teknologi (f.eks. egenregistrering, sensormålinger og videokonsultasjoner).

Det er en målsetting at innen utgangen av 2022 skal 20 % av konsultasjoner være digitale, hvorav hoveddelen skal gjennomføres som videokonsultasjoner. Det vil settes krav til videre oppbygging av løsninger for digital hjemmoppfølging hvor det tas i bruk ulike digitale kommunikasjonsløsninger og løsninger (egen utvikling eller ibruktakelse av løsninger som er utviklet andre steder). Det er ønsket at brukerne kan styre sin helse i større grad. Klinikken skal også følge milepæls mål for hjemmedialyse.

For å styrke foretakets evne til digital transformasjon, vil det i 2022 prioriteres tiltak for å:

- Øke digital kompetanse blant ansatte og ledere og utrede modell for måling av kompetansenivået
- Aktivt støtte tiltak i Sykehuspartner for å modernisere IKT-infrastrukturen i VVHF, gjennom deltakelse i og mottak av leveranser fra Sykehuspartners STIM-program
- Tydeliggjøre systemeiers rolle og ansvar for IKT-systemer, blant annet gjennom driftsavtalene og gjennom etablering av «systemeierforum»
- Innføre en forenklet modell for gevinstrealisering, for identifisering og oppfølging av gevinster når man tar i bruk teknologi
- Øke kapasitet og kompetanse på IKT arkitektur

I 2022 vil teknologiprojekter innen tre hovedområder gis prioritet i følgende prioriterte rekkefølge:

1. Teknologiprojekter som er viktige for *Nytt Sykehus i Drammen (NSD)*

NSD er avhengig av at IKT-systemene er på plass og testet i god tid før sykehuset åpner. For å redusere risiko skal mest mulig pilotes i eksisterende sykehus. I 2022 vil teknologiprojekter innen IKT-infrastruktur (STIM), helselogistikk, sporingsteknologi og sterilsentral gis prioritet. Avhengighetene mellom de ulike prosjektene og løsningene vil visualiseres gjennom konkretisering av IKT-arkitekturen.

2. Teknologiprojekter viktige for å etablere *det utadvendte sykehuset og digital samhandling*

Foretaket har flere prosjekter og programmer som understøtter visjonen om det utadvendte sykehuset, eksempelvis videosamtale med AMK, digital sårbehandling og prosjekter organisert gjennom program for digital hjemmeoppfølging (videokonsultasjoner, egenregistrering og datahøsting fra sensorer). I 2022 vil det prioriteres tiltak for å sikre bredding av eksisterende løsninger til nye fagområder, nye pasientgrupper og nye lokasjoner, og å sikre en god overgang fra program/prosjekt til drift.

Innen digital samhandling vil implementering av Teams og samhandlingsløsning for radiologiområdet prioriteres.

3. Teknologiprojekter med stort potensiale for *tjenesteinnovasjon*

Helseteknologi er et område i vekst. Både i næringslivet og i andre helseforetak utvikles teknologi som potensielt vil kunne gi store gevinster for Vestre Viken. Vestre Viken vil i 2022 styrke antall som jobber med tjenesteinnovasjon. Vestre Viken skal følge med på utviklingen i helseteknologi, og være tidlig ute med å ta i bruk ny teknologi når denne er moden nok til å breddes. For å få til dette, skal foretaket jobbe med å øke sin evne til digital transformasjon, og å sikre gode rutiner og veiledere for å ta i bruk ny teknologi. I 2022 vil arbeidet med tjenesteinnovasjon primært rettes mot digital hjemmeoppfølging. Foretaket vil samtidig følge med på utviklingen innen andre teknologiske områder, som for eksempel kunstig intelligens, VR-teknologi, droner og automasjon.

Klinikk for psykisk helse og rus har følgende prioritering i 2022:

Videreutvikling av digital hjemmeoppfølging, herunder videokonsultasjoner, samt digitalisering av verktøy og tjenester, herunder eMestring. Klinikken fortsetter innføringen og skal bruke pasientdata via Checkware-plattformen til forbedring av tjenestene.

4.5. Sikre personell med rett kompetanse

Dagens bemanningssituasjon krever tiltak som bidrar til økt arbeidsdeling. Oppgaver må omfordeles fra ressurser med kritisk kompetanse som det er knapphet på, til personell som det er lettere å rekruttere. Foretaket må se til nye arbeidsformer og sikre at det er rett person på rett plass samt at det er de rette oppgavene som utføres.

Prosjekt video AMK slutføres desember 2021 og forventes implementert fullt ut i 2022. Prosjektet skal bidra til rett ressursstyring mht. hastegrad, samt unngå bomturer for ambulansetjenesten.

Det har vist seg å være en knapphet på ressurstilgangen innenfor jordmødre. Det har vært en jevn økning i antall årsverk fra 2017 til i dag og gjennomsnittsalderen viser at gruppen er blitt litt yngre siden 2017. Samtidig har antall fødsler blitt redusert i samme periode. Fødepopulasjonen har imidlertid endret seg. Det er store svingninger i forhold til når på året fødslene treffer oss. Vi må ansette 13 nye jordmødre hvert år fremover for å dekke opp forventet turnover.

Også for spesialsykepleiere innen anestesi, intensiv (inkludert nyfødt intensiv) og operasjon er ressursituasjonen vanskelig. Aldersutviklingen i gruppen er stabil. Omfanget av innleie for å dekke bemanningsbehovene er økt, spesielt i fbm. koronapandemien. Forventet turnover kommende år medfører at det må forventes mangel på tilgang til denne spesialkompetansen i fremtiden.

For gruppen bioingeniører ser vi en utvikling med økende alder, særlig for fag- og overbioingeniører. Tilgang på bioingeniører er også en utfordring og forventet turnover tilsier vi at vi må rekruttere 18 nye hvert år fremover for å dekke opp denne.

Det forventes knapp tilgang på sykepleiere i fremtiden, inkl. AIO-sykepleiere, psykiatriske sykepleiere og jordmødre samt bioingeniører. Dette forventes å forverre situasjonen gitt fortsatt befolkningsvekst. Dette vil også medføre utfordringer i forhold til oppbygging av ytterligere intensivkapasitet.

Prioriteringer 2022

Satsingen på «helhetlig system for lederoppfølging» skal videreføres og følges opp i klinikkene. Det er blant annet nødvendig å styrke kompetanse på utøvelse av ledelse, organisering og styring av arbeidstid i forhold til behov. Dette vil bli gjort enda tydeligere i lederutviklingsprogrammet.

«Snakk om forbedring» skal brukes som verktøy i utvikling av pasientsikkerhetskulturen. Kompetanseportalen skal brukes som et kompetansestyringsverktøy for alle ansatte.

Arbeidet med implementering ARP fortsetter. I 2022 prioriteres i første rekke føde/barsel og AIO, i tillegg til sommerferien 2022. Det må særskilt følges opp avvik mellom tilgjengelige årsverk og faktisk arbeidstid i pasientbehandlingen innenfor personell med kritisk kompetanse.

Manglende tilgang på kompetanse i fremtiden innenfor enkelte grupper krever andre tiltak enn rekrutteringstiltak og lønn. Det vil ikke være tilstrekkelig tilgang på personell, og helseforetakene er ikke tjent med å konkurrere hverandre ut på lønn. Andre tiltak må iverksettes. Det er blant annet dialog med Drammen og Bærum kommune om kombinasjonsstillinger for jordmødre.

Det vil stilles krav om minimum 10 % andel helsefagarbeidere ved alle kliniske enheter. Det skal konkretiseres oppgaver som kan overflyttes til servicemedarbeidere og helsesekretærer.

Kompetanseutvikling og oppgavedeling etter modell fra medisinsk post 3 ved Drammen sykehus skal implementeres ved alle sengeposter. I tillegg settes det måltall for antall lærlinger i klinikkene for 2022. Klinikkene skal bidra til utvikling av gode praksisplasser for studenter og læreplasser for lærlinger innen alle helsefagområdene og tilrettelegge for nødvendig kapasitet. Igangsatte opplæringstiltak for å styrke kompetanse og kapasitet for håndtere behandling av pasienter med covid-19-sykdom skal videreføres.

Budsjettet prioriterer fortsatt satsing på videreutdanning, der kritisk kompetanse prioriteres.

Det skal sørges for LIS-utdanning for leger som dekker fremtidig behov for spesialister i foretaket. En fagansvarlig ble ansatt i 2021. Det skal etableres 3-delt LIS1-tjeneste fra 1. september 2022, for å bidra til rekruttering innen psykisk helse og rus.

Prosjekt kritisk kompetanse skal etableres og tas inn som et av prosjektene som skal følges i porteføljestyret. Kritisk kompetanse er et viktig område i utviklingsplan 2035. Det vil bli etablert tverrfaglig arbeidsgruppe som kontinuerlig overvåker og følger situasjonen rundt kritisk kompetanse, og melder tilbake til foretaksledelsen jevnlig.

Det må iverksettes nye tiltak for å redusere sykefravær. Kontinuerlig oppmerksomhet og oppfølging av sykmeldte ansatte, og forebyggende arbeid etter modell av Intern service, vil bli prioritert. Det vil også bli etablert samarbeid med «Der skoen trykker» for å få bistand til konkrete prosjekter for å teste ut ulike tiltak lokalt i avdelinger. Dette er en målrettet, systematisk og langsiktig metodikk for å redusere og forebygge sykefravær gjennom tiltak for å bedre arbeidsmiljøet.

Det må iverksettes tiltak for å motvirke uønsket turnover. Tiltakene er systematisk bruk av sluttsamtaler, kompetanseutvikling innen team/teamtrening og klinisk ledelse av team, arbeidstidsordninger som fordeler belastning med ubekvem arbeidstid og oppgavedeling.

Det vil iverksettes ytterligere tiltak for å øke kompetansen innen digitalisering ved å utvikle en kompetansetrapp, herunder utrede modell for å kunne måle nivået på digital kompetanse blant ansatte og ledere

Ledere skal aktivt bruke Synergi, ForBedring og Snakk om forbedring til arbeid med pasientsikkerhet og HMS. Pasientsikkerhet og HMS skal ses i sammenheng (trygg ansatte = trygge pasienter).

Program for kontinuerlig forbedring videreføres slik at klinikkene får styrket kapasitet og kompetanse i forbedringsarbeid. Alle ledere på nivå 4 skal ha gjennomført kurs i kontinuerlig forbedringsmetodikk.

Det legges til grunn at det i alt omstillingsarbeid legges til rette for et godt samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten.

5. Sikre bærekraftig økonomi

5.1. Den økonomiske situasjonen

Ved inngangen til 2022 ligger foretaket an til å ha oppnådd resultatmålet for 2021. Dette bidrar til å sikre investeringsevnen for de kommende årene. Det er imidlertid mange utfordringer knyttet til den økonomiske situasjonen fremover. Dette omfatter blant annet den pågående pandemien, underliggende styringsfart i klinikker, dyre bemanningsløsninger, økte kostnader kreftmedikamenter, økte kostnader Sykehuspartner og uoversiktlig fremtidig økonomi tilknyttet nye IKT-løsninger. I tillegg innebærer økte materialpriser og økte byggekostnader for NSD en risiko for den økonomiske bæreevnen de nærmeste årene.

Prioriteringer 2022

Videre utvikling av gevinstberegninger i alle nye prosjekter/ programmer. Sikre gevinstberegning og uttak ved ibruktakelse av teknologi.

Forbedre måling av effektoppnåelse i pågående plan for økonomisk bærekraft og gevinstrealisering NSD.

Tettere oppfølging av NSD mht. byggekostnader og andre beslutninger som kan påvirke fremtidige resultater (avskrivninger, servicekontrakter, løsninger som avviker fra forutsetningene i gevinstplan mm).

Profesjonalisere prosjektstyringen ytterligere.

Sortimentstyring (reduere tilgjengelig varesortiment) og sikre tidlig realisering av gevinster ved nye innkjøpsavtaler, herunder for medikamenter.

5.2. Arealutvikling

Det er store avhengigheter mellom byggutvikling og kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i klinikkene. Arealutviklingen skal understøtte strategiske fokusområder for virksomheten, prioriterte grupper og måloppnåelse, samt krav til HMS. Det er også en målsetting å oppnå arealeffektivisering.

Eiendomsplan PHR del 1 er ferdigstilt, og skal videre til del 2. I denne delen skal de konkrete arealtiltakene planlegges. Det skal lages et program for denne gjennomføringen lignende BRK-programmet. Programmet vil inneholde avhending av eiendom, vedlikehold av de byggene vi skal bruke og nybygg. Arealplanen skal samordnes med virksomhetsplanen for PHR.

Eiendomsplan PHT er under arbeid. Hovedfokus er ambulansetjenesten rundt NSD. Den vil foreligge på nyåret 2022.

BRK-programmet er halvveis i sin gjennomføring. Styringsmodellen er videreutviklet for å bedre kunne fange opp endringsbehovene i helsetjenesten. Innføring av teknologi endrer arbeidsprosesser. For å unngå konstante ombygginger som følge av endringer i arbeidsprosesser, må bygg standardiseres og generaliseres enda mer. Det kan komme endringer i intern funksjonsfordeling som følge av NSD-prosjektet. Dette må i så fall BRK programmet planlegges for.

Prosessene med avhending av Drammen og Blakstad sykehus fortsetter. Når det gjelder Drammen, pågår avhendingen parallelt med at områdeplan utvikles av kommunen. For Blakstad sin del er prosessen kommet kortere. Vestre Viken har vært aktive i arbeidet med den nye kommuneplanen for Asker kommune der etterbruken av Blakstad også trenger et endret reguleringsformål.

6. Miljøtiltak

Oppdraget til helseforetakene er å halvere CO₂-utslippet i 2030 fra 2019-nivå. Dette er en stor utfordring. Det vil bli laget en miljølangtidsplan (MLP) som skal vise de tiltakene vi må gjøre de neste årene, for å kunne nå et slikt mål.

Vestre Viken har styrket sin miljøsatsing ytterligere. En egen energiforvalter leder arbeidet med enøktiltak. Møbelforvalter er etablert som en felles tjeneste i eiendomsforvaltningen.

Miljøsertifiseringen videreføres. Det oppleves nyttig å ha en tredjepart som reviderer vårt arbeid. Handlingsplan for miljøtiltak er en del av virksomhetsrapporten. Denne vil bli utviklet videre som følge av arbeidet med miljølangtidsplan.

Miljølangtidsplanen vil inneholde et sett indikatorer som organisasjonen skal måles på fremover. Noe av dagens indikatorer vil bli videreført, og det vil utvikles nye indikatorer.

7. Informasjonssikkerhet

Det er i 2021 utarbeidet kriterier for vurdering og aksept av risiko for informasjonssikkerhet som er likelydende for hele Helse Sør-Øst. Det er lagt opp til at ledere/risikoeiere i større grad involveres i beslutninger om risikoaksept, jf. dokumentet «Mål og strategi for informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst – overordnet styrende dokument» (styresak i HSØ, 39-2021). Kriteriene skal benyttes i en prøveperiode, tentativt ut 2021, slik at man sikrer å finne riktig nivå og omfang på lederinvolveringen, samt kunne utarbeide veiledningsmateriell og eventuelt justere kriteriene.

I styremøtet 26. april 2021, sak 39-2021 om arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern, understreket styret viktigheten av at det arbeides proaktivt med sikkerhetskulturen. Det ble etter dette gjennomført en spørreundersøkelse i foretaket. Resultatene danner grunnlag for videre tiltak. Dette redegjøres for styret i de ordinære tertialrapporteringene.

Sykehuspartner HF har i tråd med oppdraget fra Helse Sør-Øst RHF, utarbeidet trusselvurdering i samarbeid med Helse Nord IKT. Til tross for regionenes grunnleggende ulikheter innen områder som geografi, størrelse og IKT-systemer, er sikkerhetsutfordringene i det digitale rom likevel sammenfallende.

Prioriteringer 2022

- Veilede, kontrollere og styrke informasjonssikkerhet og personvern i helseforetaket.

- Delta i ulike regionale forum som: Forum for personvernombud, Regionalt sikkerhetsfaglig råd og Regional risikovurderingsteam.
- Vurdere og behandle regionale og lokale risikovurderinger utarbeidet av Sykehuspartner HF. Utarbeide lokale risikovurderinger i utvalgte og prioriterte saker.
- Gjennomgå og gi tilrådning til personvernkonskvensvurderinger (DPIA), herunder regionale og lokale utarbeidede DPIA-er.
- Gi tilrådninger om behandling av personopplysninger i saker som krever det, eksempelvis kvalitetssikring, forskning, innovasjon m.m.
- Bistå prosjekter som har en høy grad av teknisk og juridisk kompleksitet, i den grad avsatte ressurser tillater det.
- Implementere loggkontrollør i statistisk loggkontroll.
- Videreføre arbeidet med å systematisk benytte Synergi som avvikssystem i helseforetaket når det gjelder informasjonssikkerhet og personvern.
- Planlegge, utvikle og etablere fagside(r) på nytt intranett vår 2022. Dette skal gi ansatte i helseforetaket lettere tilgang på relevant informasjon knyttet til fagområdet.
- Gjennomføre spørreundersøkelse knyttet til sikkerhetskulturen i helseforetaket. Denne bygger på undersøkelse gjennomført 2021.
- Gjennomføre revisjon av utvalgte risiko- og sårbarhetsvurderinger (ROS)

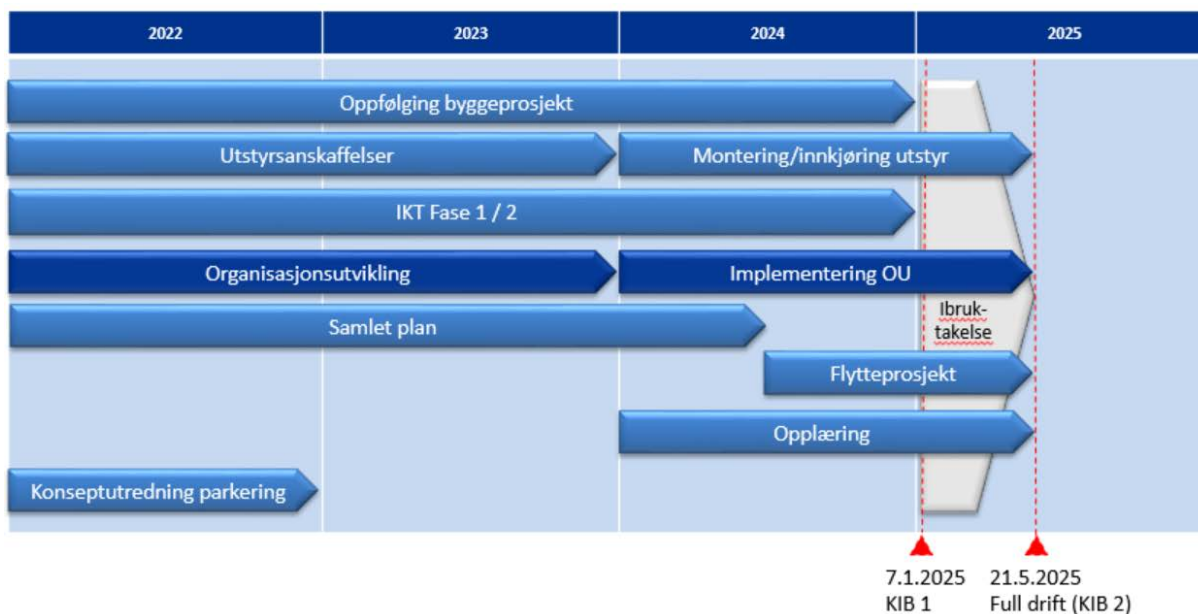
8. Nytt sykehus i Drammen (NSD)

Mottaksprosjektet for nytt sykehus gjennomføres i regi av Vestre Viken og ledes av Vestre Vikens interne prosjektorganisasjon, VV-NSD, parallelt med byggeprosjektet. Gjennom mottaksprosjektet skal det utarbeides driftseffektive arbeidsprosesser for å skape helhetlige og trygge pasientforløp. I tillegg skal arbeidet sikre tilpasning av driften til nytt bygg, klargjøre de ansatte for nytt sykehus og sikre god overgang fra prosjekt til drift.

Ut over dette, har Mottaksprosjektet ansvar for oppfølging av byggeprosjektet og delt ansvar for utstyrsanskaffelser med prosjektorganisasjonen for byggeprosjektet, PNSD, og ansvar for medvirkningsarbeidet fra driftsorganisasjonen i Vestre Viken for alle utstyrsanskaffelser.

IKT er et viktig område ved bygging av nytt sykehus og mottaksprosjektet har en sentral rolle i samarbeidet og koordinering av aktiviteter sammen med PNSD og Sykehuspartner HF. Dette omfatter også egne utredninger og deltakelse i en rekke delprosjekter.

Hovedaktiviteter for 2022 og frem til innflytting og ibruktakelse er vist i figuren nedenfor.



For å styrke arbeidet innen og mellom de enkelte områder som omfattes av mottaksprosjektet, oppfølging byggeprosjekt, utstyrsanskaffelser, IKT Fase 1/2 og organisasjonsutvikling, er prosjektorganisasjonen organisert i tilsvarende områder.

Alle stillinger i VV-NSD er ved utgangen av 2021 besatt iht. plan for 2021. Dette gjelder også en stilling med tiltredelse i februar 2022. Det er videre satt i gang rekruttering av ytterligere 2 ressurser for etablering av stråleterapi som ny funksjon i VV og 1 ressurs for videre spesifisering og detaljplanlegging av aktiviteter i VV for innflytting og ibruktakelse av nytt sykehus.

Det legges derfor til grunn at alle planlagte faste ressurser i VV-NSD for 2022, vil være dekket iht. plan.

Ut over faste ressurser i prosjektorganisasjonen, er det i budsjettet for 2022 lagt til grunn utkjøp av totalt 6,5 stilling fra driftsorganisasjonen. Dette vil i hovedsak dekke behov for støtte til utstyrsanskaffelser og prosjektledelse av utvalgte delprosjekter. Øvrige delprosjekter vil i hovedsak ledes og gjennomføres av driftsorganisasjonen. Erfaringen så langt, er at dette kan bli utfordrende mht. avsatt/tilgjengelig tid, prosjektkompetanse og gjennomføringsevne for enkelte delprosjekter og vil kunne utgjøre en risikofaktor for gjennomføringen av planen for delprosjekter.

Hovedoppgaver innen de enkelte områder 2022.

- Oppfølging byggeprosjektet
En rekke større kontrakter for bygg og tekniske systemer vil bli kontrahert i 2022. VV-NSD må i prosjekteringsmøter med entreprenører sikre deltakelse ifm. kvalitet- og løsningsvalg.

Parallelt vil de første byggentrepriser ferdigstilles og VV-NSD må forberede mottak, kontroll og godkjenning av FDV dokumentasjon, samt ferdigbefaringer.

En av de større gjenværende entrepriser i 2022 vil være utomhusarealene. Her er det viktig

for Vestre Viken at det etableres riktig balanse mellom driftskostnader og ett frodig parkanlegg.

- Utstyrsanskaffelser

Det er etablert egen plan for utstyrsanskaffelser til nytt sykehus, totalt 66 anskaffelser. Enkelte av disse vil bli delt opp i flere anbud. Det er foreløpig ikke inngått kontrakter for noen utstyrsanskaffelser, men ved inngangen til 2022 vil totalt 16 anskaffelser være under arbeid. I 2022 vil alle resterende anskaffelser minimum være under oppstart. Dette omfatter både anskaffelser i regi av PNSD og i Vestre Viken ved VV-NSD.

Koordinert med utstyrsanskaffelsene, er det i tillegg satt i gang arbeid med å definere og planlegge delprosjekter med tilhørende arbeidsprosesser, som er nødvendige som underlag til kravspesifikasjon for anskaffelsesprosessene.

- IKT Fase 1/2

Det er utarbeidet en samlet plan for implementering av nødvendige IKT-systemer som må være etablert i forbindelse med nytt sykehus til åpningen i 2025, slik at sykehuset fungerer iht. de målsettinger og planer som gjelder. Planen revideres 2 ganger per år og vil i fremtidige versjoner ytterligere detaljeres mht. budsjett og fremdriftsplaner.

Planen identifiserer aktiviteter som må gjennomføres i eksisterende sykehus i forkant av innflytting i nytt sykehus (Fase 1) og aktiviteter som må gjennomføres som en del av byggeprosjektet (fase 2).

Oppfølging av identifiserte aktiviteter vil være hovedfokus i 2022, sammen med deltakelse i delprosjekter i regi av organisasjonsutviklingsarbeidet.

- Organisasjonsutvikling

For å tilpasse driften til nytt bygg og nye tekniske løsninger, har linjeorganisasjonene ansvar for å etablere delprosjekter for funksjonsområdene som skal flytte inn i nytt sykehus. VV-NSD skal påse at valgte delprosjekter støtter opp under og omfatter driftskonsepser og fag- og funksjonsplassering som er lagt til grunn i forprosjektet. Videre vil VV-NSD påse at potensielle økonomiske gevinster utredes og kvantifiseres i alle delprosjekter.

Det er løpende dialog og samarbeid mellom VV-NSD og den enkelte klinikk for å kontinuerlig utarbeide detaljerte planer for oppstart av ytterligere delprosjekter og oppfølging av pågående delprosjekter. Ved overgangen til 2022 er det 9 pågående delprosjekter og ytterligere 6 under oppstart.

Innenfor det enkelte område for mottaksprosjektet, oppfølging av byggeprosjektet, utstyrsanskaffelser, IKT Fase 1/2 og organisasjonsutvikling, er det etablert egne handlingsplaner.

Disse vil inngå og danne grunnlag for Samlet Plan med alle aktiviteter i VV for innflytting og ibruktakelse av nytt sykehus.

Etablering og oppfølging av Samlet Plan, og de enkelte handlingsplanene, vil være hovedfokus for å sikre prioritering og gjennomføring av alle aktiviteter som tilligger mottaksprosjektet i 2022.

Alle delprosjekter registreres og følges opp i prosjektstyringsverktøyet Clarity.

Etablerte handlingsplaner for det enkelte område, har definert milepæler for gjennomføring av den enkelte aktivitet og danner et godt grunnlag for oppfølging av den enkelte aktivitet og den totale planen.

I arbeidet med gevinstplanen for nytt sykehus, er det utarbeidet egen rapporteringsmodul for oppfølging av planen gjennom rapportering av produktivitsutviklingen for de områdene som omfattes av planen. Dette danner grunnlag for oppfølging og kvartalsvis rapportering til styret i Vestre Viken.

Videre vil overholdelse av bemanningsplan og budsjett for VV-NSD være et godt styringsverktøy for prosjektledelsen.

Samlet vil dette danne grunnlag for månedlig statusrapportering gjennom oppfølgingsmøte, OPM, mellom Prosjektdirektør og Administrerende direktør.

Vedlegg
Budsjett og mål 2022 Vestre Viken HF

Innhold

1. AKTIVITET PASIENTBEHANDLING	2
2. PRIORITERINGSREGELEN.....	8
3. ØKONOMI.....	9
3.1 DRIFTSRESULTAT 2022.....	10
3.1.1 Resultatkrav	10
3.1.2 Prioriteringer i budsjettet	11
3.1.3 Resultatoppstilling budsjett 2022.....	15
3.1.4 Budsjettforutsetninger 2022.....	17
3.2 BUDSJETTUTFORDRINGER 2022.....	19
3.2.1 Gevinstrealiseringsplan og andre omstillingstiltak.....	19
3.3 ARBEIDSPRODUKTIVITET OG BEMANNINGSUTVIKLING	21
3.4 INVESTERINGER.....	22
3.5 LIKVIDITET OG FINANSOMRÅDET.....	24
4. RISIKOOMRÅDER.....	24
5. BUDSJETTPROSESSEN.....	26

1. Aktivitet pasientbehandling

Statsbudsjettet for 2022 legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen på nasjonalt nivå på om lag 1,4 % i forhold til saldert budsjett 2021. Ekstraordinær aktivitetsvekst i budsjett 2021 for å redusere ventetidene som følge av pandemien, videreføres ikke. For pasientbehandling som omfattes av ISF, legger statsbudsjettet til rette for en vekst på om lag 1,3 %. Dette er lavere enn veksten i 2021, og lavere enn forutsetninger for ØLP 2022-25.

Somatikk

Pasientbehandling i sykehus

Somatisk aktivitet er budsjettert av utførende enhet i klinikkene, med utgangspunkt i budsjett for 2021 og forventet endring/vekst i 2022. Budsjett 2022 skal ikke ta høyde for pandemien og gir målsetninger for normal aktivitet. Budsjett 2021 er benyttet som basis for aktivitetsplan, da det gir best tilgjengelig grunnlag for normal aktivitet, uten pandemien. Faktisk aktivitet i 2021 er vesentlig lavere enn budsjett som følge av pandemien. Budsjett 2022 legger opp til en vekst i antall pasientbehandlinger på til sammen 3,2 % i forhold til budsjett 2021. Det er høyere enn mål i statsbudsjettet.

Produksjon i eget HF somatikk	Døgn	Dag	Poliklinikk	SUM
Antall behandlinger - budsjett 2022	72398	37789	467710	577896
Antall behandlinger - budsjett 2021	72376	35984	451711	560071
Endring i antall pasientbehandlinger	22	1805	15998	17825
Prosent endring	0,0 %	5,0 %	3,5 %	3,2 %

Vestre Viken har gjennom flere år dreid aktivitetsveksten fra døgn til dag og poliklinikk. Denne dreiningen videreføres i budsjett for 2022 med vekst innenfor dag og polikliniske behandlinger, mens døgnaktivitet videreføres på samme nivå som i budsjett 2021.

Vekstområder i budsjett 2022 inkluderer blant annet:

- Det ble besluttet å etablere seksjon for forebyggende medisin på Bærum Sykehus i 2021. Etablering får helårseffekt i 2022 og øker polikliniske aktivitet med over 800 konsultasjoner. Dette er en ny organisering av tilbudet til denne pasientgruppen i VVHF med en tverrfaglig tilnærming som er gitt som oppdrag til foretakene fra Helse Sør Øst. Det medfører økt aktivitet i foretaket.
- Det budsjetteres med en økning på om lag 4,5 % i forhold til budsjett 2021 knyttet til plastikk- og fedmekirurgi på Bærum sykehus. Økningen er for å redusere ventetider og fristbrudd på området.
- Nye retningslinjer for gravide, tidlig ultralyd og NIPT gir en økning i polikliniske konsultasjoner i budsjett 2022.
- Nytt nasjonalt screeningsprogram for tarmkreft øker antall polikliniske konsultasjoner.
- Økt samarbeid mellom Drammen og Kongsberg sykehus og innhenting av etterslep innenfor ortopedi pga. koronapandemien

- Innhenting av etterslep i aktivitet på Drammen sykehus pga. koronapandemien, innen øye, ØNH og medisinsk avdeling.
- Økende antall kreftpasienter.

Det budsjetteres i alle somatiske sykehus med en styrking av akuttmedisin og forbedret pasientforløp i akuttmottak. Formålet er å øke kvaliteten i pasientbehandlingen, redusere innleggelses, og dermed bidra til å redusere kostnader ved sengepostene og antall korridorpatienter.

Budsjett for polikliniske behandlinger inkluderer aktivitet knyttet til video- og telefonkonsultasjoner. Video- og telefonkonsultasjoner bidrar til økning i total poliklinisk aktivitet i 2022. Video- og telefonkonsultasjoner hvor pasienten betaler egenandel, er budsjettert til å utgjøre 15 % av totalantallet på 464000 konsultasjoner innen somatikk. Det vil i driftsavtalene med klinikkene for 2022 fastsettes mål for andel video- og telefonkonsultasjoner.

Grouperendring 2022

Endring i DRG-satser for 2022 (groupereffekt) for somatisk pasientbehandling er innarbeidet i budsjettet ved å omregne faktisk pasientbehandling i 2021 pr. 2. tertial med nye DRG-veker basert på «Foreløpig vektliste DRG 2022» fra Helsedirektoratet pr. november 2022. Foreløpig grupperberegning gir en økning på om lag 250 poeng eller ca. 6 MNOK i forhold til 2021 for somatisk aktivitet utført i sykehus.

Grouper - MNOK	Beregnet Grouper	Tildelt klinikk
Drammen Sykehus	5,30	5,06
Bærum Sykehus	0,40	0,37
Ringerike Sykehus	0,50	0,46
Kongsberg Sykehus	-0,20	0,20
Sum somatikk	6,00	6,09

I henhold til gjeldene budsjettprinsipper skal grupper være budsjettneøytral for klinikkene. Det vil si at det gis basis kompensasjon ved negativ grupper, og trekkes basisramme for positiv grupper. Bildet er imidlertid sammensatt, da pasientbehandlingen i 2021 er sterkt preget av koronapandemien og ikke er representativt for et normalt år. For å redusere risiko i klinikkens budsjetter er netto positiv groupereffekt på somatikk beholdt i klinikker med et positiv groupereffekt. Klinikker med negativ effekt blir kompensert i samsvar med gjeldende prinsipper. Det tas forbehold om beregningen. Om endelige DRG-veker gir et resultat med vesentlig avvik til foreløpig beregning, vil behandlingen av grupper tas opp til ny vurdering.

DRG-poeng

Alle klinikker prioriterer økt produktivitet/effektivitet i pasientbehandlingen og god kvalitet på koding. I 2022 legges det opp til en økning på 2,3 % målt i DRG-poeng. Antall DRG-poeng vokser mindre enn aktivitets- og gruppervekst vil tilsi, som følge av vridning fra døgnbehandlinger til dag- og polikliniske behandlinger.

DRG-poeng "sorge for" somatikk	DRG-poeng	% endring
Budsjett 2021 pasient behandling	120 542,2	
Endring aktivitet og indeks	2 482,2	2,1 %
Groupereffekt	251,7	0,2 %
Budsjett 2022 ISF-poeng for pasientbehandling	123 276,1	2,3 %

Fritt Behandlingsvalg (FBV) innen somatikk

Kostnader knyttet til FBV er økende. Prognose for 2021 gir totale kostnader på 14 MNOK, som er 2,5 MNOK mer enn budsjett 2021. I budsjett 2022 legges det opp til en videreføring av 2021-nivå i somatikken da signaler fra den nye regjeringen går mot en avvikling av godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg. Det er ikke budsjettet med ISF-inntekter knyttet til fritt behandlingsvalg.

H-resepter

Hvert år overføres finansieringsansvaret for flere H-resept-medikamenter til helseforetakene. Forbruket er økende, spesielt innenfor kreft- og medikamenter ved revmatologiske lidelser. Prognose for 2021 gir kostnader på 510 MNOK, som er 13 MNOK mer enn budsjettet. Økningen skyldes imidlertid i det vesentlige større økning i antall behandlede pasienter enn budsjettet med medfølgende økte ISF-inntekter. For å dempe kostnadsutvikling er det etablert en høykostgruppe som jobber sammen med fagmiljøene for å få til kloke medikamentvalg, og rask oppfølging av nye legemiddelinnkjøpsavtaler. Når det er mulig, uten å forringe pasientbehandlingen, forsøkes det å bytte til det mest prisgunstige legemiddelet. Når patentene på høykostmedisin går ut, blir det ofte et vesentlig prisfall når flere aktører kommer i markedet. I 2021 er det innført nye forskrifter og avtaler som gjør at apotekene selv kan bytte til det legemiddelet det er inngått innkjøpsavtale om, Det gjør overgang enklere, I årene 2020 og 2021 er kostnader redusert med mer enn 15 MNOK pr. år som følge av prisreduksjoner og aktivt medikamentbytte, hovedsakelig innenfor revmatologi. Det er lagt inn et sparetiltak på 10,5 MNOK i budsjett 2022 for å ytterligere redusere kostnadsvekst gjennom oppfølging av legemiddelinnkjøpsavtalene.

Til tross for tiltaket øker H-resepter med 37,9 MNOK i forhold til prognose 2021. Av dette utgjør prisvekst om lag 6 MNOK. Prisjustering på H-resepter tar høyde for forventede prisreduksjoner for flere medikamenter ved utløp av patentene. I kostnadsøkningen ligger også en økning i antall behandlede pasienter.

NOK tusen	Budsjett 2021	Prognose 2021	Budsjett 2022	Endring ift B21	Endring ift P21
H-resepter i ISF-refusjonsordning	367 176	375 492	417 760	50 584	42 268
H-resepter med HSØ-refusjon	111 828	122 929	111 737	-91	-11 192
Spinraza & PRRT	18 299	12 127	18 919	620	6 792
SUM	497 303	510 548	548 416	51 113	37 868

Økning er hovedsakelig knyttet til kreftmedikamenter. Kreftmedikamenter utgjør 47 % av budsjettet kostnader innenfor ISF-refusjonsordningen i budsjett 2022. For medikamenter i ISF-refusjonsordningen er refusjonsandel i 2021 på om lag 50 %. Det betyr at om lag 50% av kostnadsøkningen dekkes av ISF-refusjoner som øker tilsvarende.

Medikamenter overført 1. februar 2019, 1. september 2020 og 1. februar 2021 er ikke inkludert i ISF-refusjonsordningen. Basistildeling knyttet til overføringen av finansieringsansvaret er

holdt tilbake i det regionale helseforetaket. Finansieringsansvaret for disse nye medikamentene forutsettes budsjettneuttralt, da det budsjetteres med refusjon av faktiske kostnader fra Helse Sør-Øst i 2022 (videreføring av prinsipp fra 2020 og 2021). Budsjett 2022 for disse medikamenter utgjør 111,7 MNOK, som er en videreføring av 2021 budsjettnivå. Dette er i tråd med instruks fra Helse Sør-Øst.

I tillegg kommer forventet vekst i forbruk av Spinraza og PRRT på 6,8 MNOK i forhold til prognose 2021. VVHF faktureres for faktisk forbruk av disse høykostmedisinene fra OUS. Kostnadsnivået i budsjett 2022 er fastsatt av OUS som en del av internhandelen.

Psykisk Helse og Rus (PHR)

Pasientbehandling

Psykisk helse og rus	Budsjett 21	Prognose 21	Budsjett 22	% endring I 2022	
				ift B21	ift P21
Døgnbehandling	3 842	3 915	3 849	0,2 %	-1,7 %
Poliklinikk	262 828	262 885	268 842	2,3 %	2,3 %
Herav telefon/ videokonsultasjoner	68 485	64 670	70 168	2,5 %	8,5 %
Totalt antall behandlinger	266 670	266 800	272 691	2,3 %	2,2 %
DRG poeng totalt	59 714	58 308	57 979	-2,9 %	-0,6 %

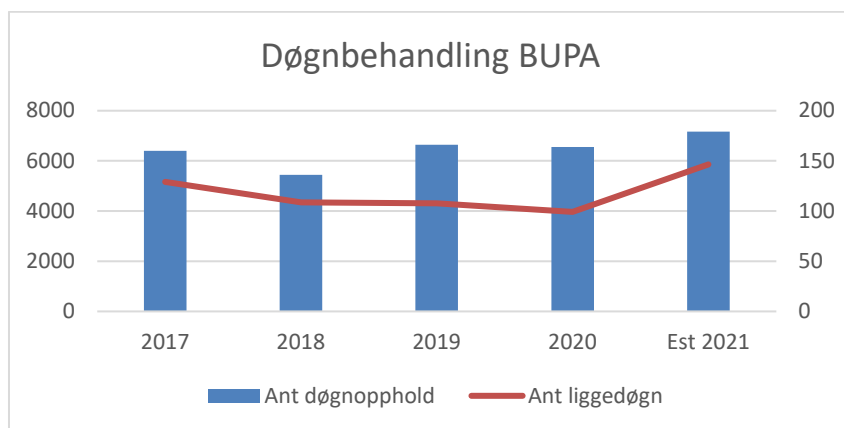
Det er lagt opp til en svak reduksjon i antall døgnbehandlinger. Det har vært en stor vekst spesielt innen BUPA i 2021. Dette har vært en del av en nasjonal trend etter at pandemien tok til. Veksten ser ut til å ha flatet ut utover høsten 2021. Det er fortsatt usikkerhet knyttet til dette aktivitetsnivået fremover.

Det legges opp til en vekst i antall polikliniske konsultasjoner med 2,3 % i tråd med økonomisk langtidsplan.. Det legges opp til at andelen telefon- og videokonsultasjoner skal øke opp til 26 % som også var målet for 2021. Prognose for 2021 er at 24,6 % av konsultasjonene er slike konsultasjoner.

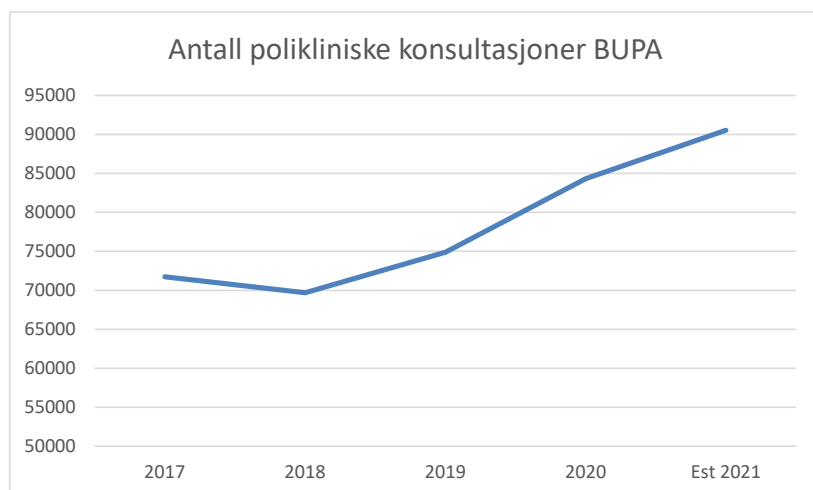
Det er budsjettert med en nedgang i DRG-poeng. Dette skyldes gruppereffekter knyttet til overgangen til kostnadsbaserte vekter. Nedgangen i ISF-inntekter som følge av gruppereffekter er kompensert med tilsvarende økt basisramme.

Landsomfattende vekst innen BUP-feltet

Det har på landsbasis skjedd en kraftig vekst i etterspørselen etter tjenester fra barne- og ungdomspsykiatrien. Veksten har vært størst innen døgnbehandling og særskilt knyttet til økt forekomst av spiseforstyrrelser. Det har også vært en vekst innen polikliniske tjenester. Ventetiden for å komme til behandling har vært satt under press. På det meste har gjennomsnittlig ventetid vært opp mot 60 dager.



Aktivitet døgn BUPA	2017	2018	2019	2020	Est 2021	Endr 21 vs 20
Ant døgnopphold	160	136	166	164	179	9,1 %
Ant liggedøgn	5161	4346	4306	3967	5859	47,7 %



Aktivitet poliklinikk BUPA	2017	2018	2019	2020	Est 2021	Endr 21 vs 20
Antall pol.kl konsultasjoner	71749	69684	74897	84324	90523	7,4 %

Det ble på sensommeren bevilget et tilskudd (engangsbevilgning) på 17,3 MNOK gjennom prop. 195S for å iverksette tiltak for å få ned ventetiden og øke behandlingsskapasiteten. Det ble forutsatt at midlene skulle fordeles med 60 % til BUP og 40 % til VOP. I praksis viser det seg utfordrende å komme raskt nok i gang med tiltakene. Høy turnover som gjør rekrutteringsarbeidet ekstra krevende har bidratt til forsinkelsen. Midlene blir derfor i sin helhet overført til bruk i 2022.

I tillegg ble psykisk helse og rus bevilget til sammen 12,6 MNOK i 2021 som stimuleringsmidler og gjennom prop. 79S. Formål med midlene er å få ned ventetiden og øke behandlingsskapasiteten. Midlene er i all hovedsak tildelt Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, som har satt i verk tiltak. Tiltak inkluderer etablering av kveldspoliklinikker og generell styrkning av bemanning både innenfor poliklinikk og døgn. For å få ned ventetiden og være i stand til å håndtere den sterke veksten i etterspørsel, er det helt nødvendig å videreføre de beskrevne tiltakene også i 2022. Fordi midlene ikke er videreført i statsbudsjettet for 2022, er klinikken for psykisk helse og rus tilført 5 MNOK i basismidler i budsjett 2022. Det

vurderes nødvendig å opprettholde økt kapasitet i inntil 2 år (2022 og 2023), og de vil tas en ny vurdering mot slutten av 2022.

Ved inngangen til 2024 vil det etter planen gjennomføres en omstrukturering av døgntilbudet innen BUPA tilpasset NSD. Døgnbehandlingen som i dag er spredt på forskjellige steder, vil bli samlet i nytt sykehus.

Grouperendring 2022

Endring i DRG-satser for 2022 (groupereffekt) for poliklinisk pasientbehandling innenfor psykisk helse og rus er innarbeidet i budsjettet ved å omregne faktisk 2021-aktivitet pr. 2. tertial 2021 med nye DRG-vekter. Det gir en reduksjon på 1608 poeng, eller 5,2 MNOK i forhold til 2021. Klinikken for psykisk helse og rus er kompensert for denne endringen.

Fritt Behandlingsvalg (FBV) og kjøp av eksterne tjenester

Kostnader knyttet til FBV og gjestepasientkostnader innen psykisk helsevern og rus er økende, og prognosen pr. oktober gir et overforbruk på 19,4 MNOK i forhold til budsjett 2021. Det spekuleres i om overforbruket skyldes pandemien, da pandemien har gitt en generell økning i behov for helsetjenester innenfor psykisk helsevern og rus. Budsjett 2022 legger opp til en videreføring av budsjett 2021 pluss normal vekst, i tråd med forventninger om et normalt nivå uten pandemien.

Fordi bruk av fritt behandlingsvalg og gjestepasientstrømmer ikke styres av klinikken for psykisk helse og rus, er det innført en kompensasjonsordning i budsjett 2022. Klinikken vil kompenseres fra fellesøkonomien dersom kostnader knyttet til fritt behandlingsvalg og gjestepasientområdet overstiger budsjett i 2022. Gjestepasientkostnader for somatikk føres i fellesøkonomi, mens de føres på klinikken innenfor psykisk helse og rus.

Kjøp av eksterne tjenester	Budsjett		Prognose	Budsjett	B22 ift	B22 ift
	2020	2021	2021	2022	B21	P21
Fritt behandlingsvalg	18 202	14 944	27 550	24 259	62 %	-12 %
Gjestepasientkostnader	62 736	73 811	80 616	75 192	2 %	-7 %
Sum	80 939	88 755	108 166	99 451	12 %	-8 %

Aktivitet øvrige klinikker

Klinikk for medisinsk diagnostikk

2021 har igjen vært et unntaksår hvor klinikkens aktivitet i stor grad har vært påvirket av koronapandemien. Normal aktiviteten både innenfor laboratoriemedisin og bildediagnostikk er redusert som følge av koronapandemien, mens fagområdet patologi er noe mindre påvirket. Det har vært høy testaktivitet og analyser. Det er sannsynlig at koronapandemien også vil ha innvirkning på aktiviteten i 2022, men det er stor usikkerhet knyttet til nivå. Budsjettet forutsetter normal aktivitet uten koronadiagnostikk.

Aktiviteten innenfor patologi antas å følge omtrent samme vekst som fra 2019 til 2020.

Den inneliggende aktiviteten, spesielt innenfor bildediagnostikk og patologi, viser en dreining mot mer ressurskrevende undersøkelser, noe som gjør at reduksjonen i antall undersøkelser ikke oppleves tilsvarende i redusert arbeidsmengde.

Det pågår aktiviteter ut mot rekvirentene for å optimalisere rekvireringspraksisen både innenfor laboratoriemedisin og bildediagnostikk, og for å få til en vridning fra inneliggende til poliklinikk.

Prehospitale tjenester

Prehospitale Tjenester	Antall				% endring 2021	
	Faktisk 2020	Budsjett 2021	Prognose 2021	Budsjett 2022	ift B21	ift P21
Antall oppdrag med ambulanse ekskl. beredskapsturer Kjellstad, Sætre og bærer	42 681	43 620	44 248	45 354	4,0 %	2,5 %
Antall telefonhenvendelser til linje 113 AMK	32 764	32 764	34 264	35 635	8,8 %	4,0 %
Antall turer med rekvisisjon Pasientreiser	157 871	197 916	182 000	191 100	-3,4 %	5,0 %

Ambulansetjenesten

Ambulansetjenesten har hatt en gjennomsnittlig årlig vekst de siste 10 år på 4,9 %. Koronapandemien har medført en annen aktivitetsvekst i 2020 og 2021 enn tidligere år. Ambulansetjenesten har likevel vurdert at aktivitetsveksten i ambulansetjenesten vil øke med ca. 4 % fra budsjett 2021 til budsjett 2022. Estimater bygger på aktivitet gjennom 2021. For å møte økt press og sikre responstider er det bevilget midler for etablering av en ny deldøgnavbulanse i Drammensområdet i siste halvår 2022.

Pasientreiser

Det budsjetteres med 5 % økning i aktivitet i forhold til prognose for 2021. Antall turer med rekvisisjon i 2021 viser en nedgang på 19,5 % i forhold til 2020 for perioden januar til september. Samkjøringsgraden redusert i 2021 som følge av pandemien. Budsjettert aktivitetsvekst forutsetter at samkjøringsgraden kommer tilbake til nivået før pandemien, og at de somatiske klinikkene følger opp gevinstplanen og øker andel videokonsultasjoner og hjemmeoppfølging.

2. Prioriteringsregelen

Foretakene skal planlegge med at aktivitet innenfor psykisk helse og rus (PHR) skal vokse mer enn aktiviteten ved de somatiske klinikkene. Veksten for både psykisk helsevern for voksne (VOP) og for barn og ungdom (BUP) samt rusbehandling (TSB) skal hver for seg være høyere enn veksten innen somatikk.

Polikliniske behandlinger

Antall polikliniske behandlinger	Faktisk 2019	Budsjett 2022	% endring
Somatikk	426 611	467 710	9,6 %
Voksenpsykiatri	127 853	147 110	15,1 %
Barne- og ungdomspsykiatri	74 897	92 515	23,5 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	37 846	29 217	-22,8 %
Sum Psykisk Helse og Rus	240 596	268 842	11,7 %
SUM VVHF	667 207	736 552	10,4 %

Aktivitetsbudsjettet for 2022 for polikliniske behandlinger innenfor voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er i tråd med ØLP-forutsetningen. Det er imidlertid flyttet en del aktivitet fra TSB til VOP i 2022 som følge av endret organisering av FACT teamene. Aktivitet innenfor PHR har vært mindre berørt av covid-19-pandemien, og

prognosen for 2021 er om lag i tråd med budsjett samlet sett. Budsjettert vekst i poliklinisk aktivitet i PHR planlegges oppnådd delvis ved økt produktivitet og delvis ved økt bemanning i poliklinikkene.

Pandemien har gitt vesentlig lavere aktivitet i 2020 og 2021 for somatikk enn forutsatt i budsjett. Målet for budsjett 2022 er å komme tilbake til 2019-nivå, samt ta igjen etterslep som følge av pandemien. Dette er i tråd med intensjoner bak tilleggsbevilgninger for 2021, men gir utfordringer i forhold til prioriteringsregelen. Foreløpige retningslinjer fra Helse Sør-Øst er at prioriteringsregelen måles i forhold til vekst fra faktisk aktivitet i 2019, det vil si siste normale år før pandemien.

Kostnader pr. tjenesteområde

Kostnader pr tjenesteområde (eks avskrivning, legemidler og pensjon)	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Endring
Somatikk	5 923	6 168	4,1 %
Voksenpsykiatri	1 290	1 323	2,6 %
Barne- og ungdomspsykiatri	360	424	17,8 %
Tverrfaglig rusbehandling	220	216	-1,6 %
Sum psykisk helse og rus	1 870	1 964	5,0 %
Prehospitaltjenester	456	477	4,5 %
Sum VVHF	8 248	8 608	4,4 %

Totale kostnader eksklusiv avskrivninger, legemidler og pensjon vokser med gjennomsnittlig 4,4 % i budsjett 2022 i forhold til budsjett 2021. Økning inkluderer prisvekst på 3,2 % i 2022, herav 3,5 % lønnsvekst og 1,5 % prisøkning.

I budsjett 2022 er kostnadsøkningen innenfor for PHR samlet sett høyere enn for somatikk, men mindre enn somatikk for voksenpsykiatrien og tverrfaglig rusbehandling. Implementering av ARP som modell for ressursplanleggingen er godt i gang i klinikken, og er en vesentlig årsak til at kostnadsnivået ikke forventes å øke i samme grad. I tillegg er kostnader flyttet fra TSB til VOP som følge av omorganisering av FACT-teamene. Implementering av ARP er planlagt over en lengre periode fremover for somatisk virksomhet.

Det er ikke gitt føringer på hvordan beregningen av prioriteringsregelen skal foretas på kostnader.

3. Økonomi

Budsjettet er i hovedsak en videreføring av de rammer og forutsetninger som ble lagt til grunn i økonomisk langtidsplan 2022-2025. Inntektsrammer fra Helse Sør-Øst er innarbeidet jf. vedtak i sak 127/2021 på styremøte i HSØ 25.11.21, «*Budsjett 2022 – fordeling av midler til drift og investeringer*». Inntektsrammer fra Helse Sør-Øst RHF bygger på bevilgningsforslag og forutsetninger som er gitt i regjeringens forslag til statsbudsjett 2022.

Resultatambisjonene i økonomisk langtidsplan viser at det er et behov for en generell kostnadsreduksjon for å dekke inn økte kostnader til blant annet Sykehuspartner IKT,

høykostmedisin og avskrivninger knyttet til investeringer i nye bygg. I tillegg skal foretaket finansiere om lag 1/3 av anskaffelseskostnaden for nytt sykehus i Drammen ved salg av bygningsmasse og egen sparing. Foretaket har videre en omfattende plan for vedlikehold og oppgradering av eksisterende bygninger tilknyttet Bærum, Ringerike og Kongsberg Sykehus (BRK). Det pågår utredning av arealbehovet og behovet for vedlikehold og oppgradering av bygninger som er i bruk innen psykisk helse og rus og prehospitale tjenester. Innføring av regionale IKT- løsninger gir økte kostnader og behov for kostnadstilpasninger for Vestre Viken HF, samtidig som det gir muligheter for gevinstuttak.

Styret vedtok 26.4.2020 foretakets «*Plan for gevinstrealisering Nytt sykehus i Drammen (NSD) og økonomisk bærekraft i Vestre Viken*». Planen redegjør for de aktiviteter som foretaket vil iverksette for å sikre at resultatene i økonomisk langtidsplan kan realiseres, og at foretaket kan opprettholde og øke sin investeringsevne. De økonomiske gevinster som ligger i denne planen ligger til grunn for budsjett 2022.

3.1 Driftsresultat 2022

3.1.1 Resultatkrav

I ØLP 2022-2025 var det lagt til grunn et resultat på 234 MNOK for 2022. Resultatkravet er justert med følgende i forhold til ØLP:

- Hvert år vurderes hvor mye av neste års planlagte aktiviteter innenfor BRK-programmet og øvrige byggvedlikehold som defineres som drift (rent vedlikehold), og hvor mye som er investeringer (påkostninger/utvidelser). Endringer i byggvedlikehold over drift påvirker resultatkrav og rammen for bygginvesteringer (både knyttet til BRK og øvrig eiendom). Endringen påvirker dermed ikke tilgjengelig likviditet til investeringer.
 - Budsjett for byggvedlikehold over drift knyttet til BRK er redusert med 60,1 MNOK inkl. mva. i forhold til ØLP-forutsetningen. Investeringsrammen og resultatkravet øker tilsvarende. Kostnader i budsjett 2022 for BRK byggvedlikehold over drift er 24,9 MNOK lavere enn i budsjett 2021.
 - Budsjett for byggvedlikehold over drift knyttet til øvrig eiendom er økt med 8,5 MNOK inkl. mva. i forhold til ØLP-forutsetninger, og reduserer resultatkravet med 6,8 MNOK (beløp eks. mva.). Kostnader i budsjett 2022 for øvrig byggvedlikehold over drift er 6,8 MNOK mer enn i budsjett 2021.
- Resultatkravet er redusert med 7,4 MNOK knyttet til avhending av Drammen Sykehus. Beløpet omfatter bl.a. arbeid med regulering av sykehusområdet og forberedelse til fremtidig salg. Dette arbeidet anses som nødvendig for å sikre salgsverdien av eiendommen og kan også bidra til en høyere salgsverdi. Omkostningene som påløper i 2022 vil måtte tas over drift, men forventes dekket inn gjennom økt salgssum. Forventet fremtidig salgsgevinst vil vurderes på ny i forbindelse med ØLP.

Det planlegges med salg av Evje Barnehager i Bærum kommune tidlig i 2022. Salget er behandlet av styret i møte 27. juni 2018, sak 36/2018, og var planlagt iverksatt tidligere år. Etter instruks fra Helse Sør Øst skal det ikke budsjetteres med gevinst ved salg av eiendom. Forventet gjennomføring av salget i 2022 vil derfor gi et positivt avvik mot budsjett.

Resultatkravet i budsjett 2022 etter korreksjonene nevnt ovenfor, er 280 MNOK. Resultatkrav for 2022 viderefører de driftsmessige forutsetningene for resultatoppbygging i tråd med ØLP 2022 – 2025.

Resultatkrav	MNOK
Resultatkrav ØLP totalt	234
Reduksjon byggvedlikehold over drift BRK	60
Økning byggvedlikehold over drift øvrige eiend	-7
Avhending Drammen sykehus	-7
Resultatkrav budsjett 2022	280

Sammenhengen mellom økonomisk langtidsplan og årsbudsjett er med på å øke graden av forutsigbarhet i klinikkens planlegging inn mot det enkelte budsjettår. Økonomisk langtidsplan 2023-2026 vil bygge videre på budsjettet og budsjettforutsetningene som er lagt til grunn i denne saken. Økonomisk langtidsplan 2023-2026 vil bli fremlagt for styret 25. april 2022.

3.1.2 Prioriteringer i budsjettet

Det er bevilget økte rammer til følgende områder:

Bevilgning/område	NOK tusen
KMD aktivitetsmidler	5 000
Opdragsforskning - finansiering (endring)	1 889
PHR aktivitetsmidler	5 000
Forskningsmidler - økning	4 200
Utdanning - økning	3 500
Endret måltidsrytme BS og DS halvårseffekt	2 250
Digital hjemmeoppfølging	2 000
Langtidsmekaniske ventilasjonsstøtte DS	1 000
PHT Bemannet akuttbil - fullfinansiering	1 300
PHT ny deldøgnsambulansse - halvårseffekt i 2022	3 540
Eiendomsutvikling Drammen Sykehus og Blakstad	7 360
Totalsum	37 039

Tidligere satsninger er videreført fra budsjett 2021 med mindre det er engangsbevilgninger.

Sikkerhet i sykehusene

Trusselsituasjonen i sykehusene har vært økende og det ble besluttet å sette av 4 MNOK i budsjett 2020 for å iverksette tiltak. Pandemien i 2020 og 2021 har påvirket arbeidet og også resultert i økt adgangskontroll inn på sykehus og akuttmottak. Bevilgningen fra 2020 er videreført. Arbeidsgruppen som har jobbet med sikringrisikoanalyser vil presentere forslag til tiltak i løpet av februar/ mars 2022, slik at en videre oppbygging av sikkerhetstiltak kan ivaretas i ØLP 2023 – 2026.

Forskning/ innovasjon og oppdragsforskning

VVHF har som mål å trappe opp forskningsaktivitetene til 1 % av samlet brutto driftsbudsjett. I ØLP 2022 – 2025 ble det lagt opp til en opptrapping av egenfinansierte midler til forskning som

skulle bidra til at målet om 1 % av foretakets samlede driftsbudsjett går til forskning innen 2026. Det er ønskelig å få til en raskere opptrapping. Som følge av den økonomiske situasjonen foran 2022, har foretaket ikke funnet rom for å kunne styrke forskningen utover ØLP- forutsetningen.

Det er et satsingsområde å øke andel kliniske studier. Nye midler til forskning i 2022 forutsettes å prioritere dette spesielt.

I tillegg er det videreført en ramme på 2 MNOK knyttet til oppdragsforskning. Dette er midler som er finansiert av overskudd fra tidligere forskningsprosjekter.

Videreutdanning helsepersonell

Foretaket foreslår å styrke midler til utdanning med 3,5 MNOK i 2022. Dette kommer i tillegg til det nivået som ble justert opp i budsjett 2020 og 2021, og som er videreført siden da, og på toppen av ekstra midler som er forventet tildelt fra HSØ. Dagens situasjon med manglende tilgang på kritisk kompetanse er hovedårsak til denne satsingen. I tillegg vil det stilles krav til andel praksisplasser og lærlinger i driftsavtalene med klinikkene. Dette vil også knyttes til det pågående arbeidet med implementering av ARP, samt tiltak som stimulerer til oppgaveglidning mellom yrkesgruppene.

I tillegg til økte midler til videreutdanning, er det gitt en særskilt lønnsøkning til jordmødre og spesialsykepleiere. Totale kostnader knyttet til lønnsøkning er om lag 23,5 MNOK (se tabellen nedenfor). Dette var et nødvendig tiltak for å beholde kritisk kompetanse i foretaket og stoppe lekkasje til andre organisasjoner.

KMD BILDE og LAB

KMD bevilges 5 MNOK i friske midler til å ivareta aktivitetsvekst i 2022. Klinikken har fremmet behov for økt finansiering for å kunne ivareta hurtigtester, bedre svartider bilde, øke åpningstider blodbank ved BS, samt sikre koronadiagnostikk. Det som omfatter korona, er tatt ut av budsjettet, jf. budsjettsskriv fra HSØ. De 5 MNOK fordelt til klinikken må klinikken selv prioritere anvendelsen av til beste for pasientbehandlingen. Det forventes at klinikken prioriterer bruk av hurtigtester der dette er påkrevet av hensyn til pasientbehandlingen. Det vil først og fremst omfatte tester hvor alternativet krever transport og dermed lengre svartider.

PHT satsning

I samsvar med ØLP legges det opp til ytterligere styrking av ambulansetjenesten med en deldøgnbil. Dette forventes å få halvårseffekt i 2022. Legebemannet intensiv/akuttbil videreføres og gjøres om til en permanent ordning. VVHF har hatt bilen i 2020 som midlertidig ordning med god effekt. Bilen styrker både kapasitet og faglig kvalitet.

Faglige satsninger somatikk

Det er begrenset finansiering av faglige satsinger innen somatikken. I 2021 ble det finansiert oppstart av forebyggende medisin ved BS/ DS. Dette er finansiert ytterligere opp, men ikke fullt ut i tråd med behovet som er fremlagt. I tillegg styrkes DS med 1 MNOK for å iverksette tiltak innenfor langtids mekanisk ventilasjonsstøtte. MTU budsjettet tar høyde for ytterligere en CT ved RS. Dette forventes først å være på plass mot slutten av 2022 og påvirker således ikke driftsbudsjettet.

PHR

Det har vært en betydelig vekst innen BUP i 2021. jf. omtale overfor. Virksomhetsområdet er tilført 5 MNOK for aktivitetsvekst.

Utover de faglige satsingene nevnt over er det gitt kompensasjon til klinikkene for følgende kostnads- og prisendringer i budsjett 2022:

Bevilgning/område	NOK tusen
Kompensasjon 2021 lønnoppgjør fra 2,2 til 2,8 prosent	29 617
Kompensasjon takstendring BDS	2 500
Kostnadsøkning medikamenter	15 000
Lønnsglidning jordmødre	8 422
Lønnsglidning spesialsykepleiere	15 195
Kompensasjon negativ groupereffekt	5 880
Totalsum	76 614

Økte medikamentkostnader

De somatiske klinikkene opplever en betydelig vekst i medikamentkostnadene. Tilsvarende gjelder PHR innenfor LAR-behandling. Det er derfor fordelt 15 MNOK til disse fem klinikkene.

I tillegg til omtalen overfor er det sikret finansiering av følgende områder i budsjett 2022:

- Arbeidet med skanning av pasientarkivene fortsetter i 2022. Bevilgning inkluderer avlevering av journalarkiv for avdøde til nasjonalt arkiv og innføring av Helse Sør-Øst sak/arkivløsning.
- Det er satt av midler til pågående og planlagte mottaksprosjekter. Prosjekt Nytt Sykehus i Drammen trapper opp aktivitetene og styrker sin bemanning. I tillegg styrkes budsjettet for frikjøp av kapasitet fra klinikkene som inngår i prosjektplanleggingen. Det er i tillegg satt av midler til mottaksprosjekt for anskaffelser, og avsatt en buffer sentralt for å dekke økte kostnader og reduserte inntekter i klinikkene som følge av mottaksprosjektet.

Bevilgning/område	NOK tusen
Mottaksprosjekt STIM	2 145
NSD mottaksprosjekt	10 338
Mottaksprosjekt Multimediaarkiv	491
Mottaksprosjekt NSD anskaffelser (tilbakeføres i 2025)	864
Mottaksprosjekt Helselogistikk	4 035
Mottaksprosjekt NSD - sentralbuffer	3 000
Totalsum	20 873

- IKT-kostnader fra Sykehuspartner øker med 52,1 MNOK i forhold til budsjett 2021. Økning er i tråd med ØLP 2022-2025, justert for prisstigning. Kostnader til Sykehuspartner øker som følge av de regionale prosjektene (bl.a. STIM og Helselogistikk).

SykehusPartner	2018	2019	2020	Budsjett 2021	Prognose 2021	Budsjett 2022
IKT	369 440	400 630	431 623	452 062	442 662	495 696
Lønn	29 969	31 015	49 195	57 809	59 079	66 646
Totalt	399 409	431 645	480 818	509 871	501 741	562 342
Endring i forhold til året før		8,1 %	11,4 %	6,0 %	4,4 %	12,1 %
Total økning siste 5 år						40,8 %

De siste årene har faktisk kostnader vært vesentlig lavere enn budsjettert beløp meldt av Sykehuspartner i budsjettprosessen. I budsjett 2022 er det forutsatt at faktisk forbruk Sykehuspartner blir 10 MNOK lavere enn innmeldt, basert denne erfaring.

- Kostnader knyttet til Fritt behandlingsvalg (FBV) er budsjettert med 39,3 MNOK i 2022. Dette er om lag 13 MNOK mer enn budsjett 2021. Det er i tillegg avsatt en buffer på 15 MNOK i sentraløkonomi for kostnader til gjestepasient- og fritt behandlingsvalg innenfor psykisk helse og rus ut over budsjett. Det er ikke budsjettert med ISF-refusjoner knyttet til FBV i 2022.
- Behandlingshjelpemidler (BHM) sine varekostnader og kostnader for utstyr til pasientene har hatt en høy vekst de senere årene og forventes å øke videre. Produktene øker livskvaliteten for pasientene, men gir en vesentlig kostnadsøkning for foretaket. Vekst i budsjett 2022 er på 4,6 MNOK i forhold til budsjett 2021. Budsjett 2022 inkluderer kostnadsreducerende tiltak på 2,8 MNOK.

Behandlingshjelpemidler	2018	2019	2020	Budsjett 2021	Prognose 2021	Budsjett 2022
Varekost og utstyr	68 661	84 489	99 717	131 387	132 444	135 970
Endring i forhold til året før		23,1 %	18,0 %	31,8 %	32,8 %	2,7 %
Total økning siste 5 år						98,0 %

Økning i antall enheter medisinskteknisk utstyr og annen vekst i behandlingshjelpemidler gir økte leverandørkostnader i form av serviceavtaler, løpende vedlikehold og økte kostnader til forbruksmateriell. I 2022 planlegges tiltak for å styrke kostnadskontrollen av disse områdene med tett oppfølging og gjennomføring av vedlikehold, reklamasjoner og opplæring. Budsjett før tiltakene øker med 7,4 MNOK i forhold til budsjett 2021.

- Det gis årlig kompensasjon for kostnadsøkninger på områder som er utenfor klinikkenes kontroll. Dette inkluderer pasientreiser, forsikringer og prisstigning på energiområdet. Det er tatt ekstra høyde for økte energipriser. Det er fortsatt en viss usikkerhet knyttet til ytterligere økning i fjernvarmekostnader.
- Ekstern husleie øker med prisregulering og endrede leiekontrakter. Det er ingen vesentlige endringer i budsjett 2022 på dette området.

3.1.3 Resultatoppstilling budsjett 2022

VVHF	Budsjett 2021	Herav korona	Herav Ordinær drift	Budsjett 2022	Endring ordinær drift B20-B21
Basisramme	6 319 793	48 971	6 270 822	6 640 561	5,9 %
Kvalitets- og resultatbasert finansiering	39 367	0	39 367	38 050	-3,3 %
ISF-inntekter	3 127 710	16 799	3 110 911	3 328 286	7,0 %
Gjestepasientinntekter	159 562	0	159 562	170 260	6,7 %
Øvrige driftsinntekter	990 030	86 042	903 988	1 020 922	12,9 %
Sum inntekter	10 636 462	151 812	10 484 650	11 198 079	6,8 %
Varekostnader	1 426 652	38 411	1 388 241	1 495 231	7,7 %
Gjestepasientkostnader og kjøp av tjenester	855 956	0	855 956	914 714	6,9 %
Innleid arbeidskraft	26 667	2 605	24 062	15 465	-35,7 %
Lønnskostnader	6 510 854	72 191	6 438 663	6 950 711	8,0 %
Avskrivninger	311 191	0	311 191	319 191	2,6 %
Andre driftskostnader	1 254 593	38 605	1 215 988	1 216 236	0,0 %
Netto finanskostnader	6 549	0	6 549	6 531	-0,3 %
Sum drifts- og finanskostnader	10 392 462	151 812	10 240 650	10 918 079	6,6 %
Resultat	244 000	0	244 000	280 000	14,8 %

Basisramme

Realvekst i basisfinansiering fra Helse Sør-Øst er innarbeidet med om lag 38,5 MNOK hovedsakelig knyttet til økning i aktivitetsmidler og bevilgninger knyttet til bioteknologiloven. Endring utover dette vedrører i hovedsak lønn- og prisregulering og pensjonskostnader.

Kvalitets- og resultatbasert finansiering

Kvalitetsbasert finansiering har kun i begrenset grad påvirket resultatene i helsetjenesten. Av den grunn erstattes ordningen med resultatbasert finansiering i 2022. Beløpet i budsjett 2022 er basert på resultater pr. 1.tertial 2021. Resultatbasert finansiering skal gi større fokus på kvalitetsarbeid basert på følgende indikatorer:

- Andel video- og telefonkonsultasjoner
- Andel pasienter med digital skjemabasert oppfølging og monitorering
- Andel pasienter med gjennomført nettbasert behandlingsprogram
- Andel pasienter med samarbeidsmøter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten innen psykisk helsevern og rusbehandling
- Andel pasienter med teambasert oppfølging (for eksempel ACT-/FACT-team)
- Andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan
- Andel epikriser sendt innen samme dag

ISF-inntekter/gjestepasientinntekter

ISF-inntekter for pasientbehandling øker som følge av aktivitetsøkning, prisøkning (DRG-enhetspris), positiv groupereffekt i somatikk og negativ groupereffekt i psykisk helse og rus.

ISF-refusjoner for H-reseptor øker på grunn av økt medikamentforbruk, positiv groupereffekt, og prisvekst.

Gjestepasientinntekter er budsjettert om lag på nivå med budsjett 2021. Utviklingen innen somatikken er lavere enn budsjett i 2021 som følge av koronapandemien. Målet i 2022 er å komme opp igjen til 2021-nivå.

Øvrige driftsinntekter

Øvrige driftsinntekter er økt med 30,8 MNOK i forhold til totalt budsjett 2021. Om lag halvparten av rapportert koronainntekt er reversert i budsjett 2022. Økninger i budsjett 2022 inkluderer bruk av balanseførte midler mottatt i 2021, økte salgsinntekter på kantiner og kiosker samt prisøkninger. Motpost på noe av uløst utfordring i klinikkene og avvik i forbindelse med avstemning av internhandel føres her.

Varekostnader

H-resept er budsjettert med en økning på 19 MNOK som følge av økt medikamentbruk og prisøkninger. Varekostnader for behandlingshjelpemidler (BHM) øker med 9 MNOK. Økning er knyttet til forbruk og prisøkninger.

Øvrige varekostnader er redusert med 40 MNOK, herav 56,4 knyttet til laboratorierekvisita for koronadiagnostikk og storvolumlaboratorium.

Budsjett for medikamenter i sykehus er videreført på om lag samme nivå som i prognose 2021, korrigert for prisendring. For å redusere utfordringen knyttet til medikamentkostnader er klinikkene tildelt 15 MNOK i friske midler i budsjett 2022.

Utviklingen i medikamentkostnader siste fem år:

Medikamenter gitt i sykehus	2018	2019	2020	Budsjett 2021	Prognose 2021	Budsjett 2022
Legemidler	283 786	292 523	326 287	332 417	353 947	356 333
Endring i forhold til året før		3,1 %	11,5 %	1,9 %	8,5 %	0,7 %
Total økning siste 5 år						25,6 %

Gjestepasientkostnader

Gjestepasientkostnader øker som følge av økt kjøp fra andre HF i Helse Sør-Øst og prisøkninger. I HSØ-regionen er det «selgende part» som bestemmer nivå for salg av tjenester innenfor regionen.

Innleid arbeidskraft

Det er en reduksjon på 8,6 MNOK i innleie fra byrå i forhold til budsjett for ordinær drift 2021. Reduksjon i innleie i budsjett 2022 knyttes til endret situasjon i flere klinikker. Det legges opp til flere faste ansatte på alle sykehus, blant annet for å fylle vakanser, og dermed redusere behov for variabel lønn og innleie. Det budsjetteres ikke med en ny pandemitopp som kan gi stor økning i innleie.

Det forventes at innleie og variabel lønn vil reduseres som følge av arbeid med aktivitetsbasert ressursplanlegging (ARP), der bemanningsplaner gjennomgås og revideres for bedre tilpasning til aktivitet.

Lønns- og pensjonskostnader

Lønnskostnader viser en netto økning på 440 MNOK i forhold til budsjett 2021. Inkludert er en økning i pensjonskostnader på 121,4 MNOK, og en økning i lønn til fast ansatte på 390,3 MNOK. Flere klinikker legger opp til en økning i lønn til fast ansatte, med en vesentlig reduksjon i variabel lønn og innleie.

Pensjonskostnader er budsjettert i tråd med aktuarberegningen juni 2021. Endring i pensjonskostnader øker budsjettutfordring for VVHF med om lag 30 MNOK da endringer i inntektsmodellen for pensjon ikke er tilstrekkelig for å dekke kostnadsøkningen. VVHF har en større økning i pensjonskostnader enn andre HF i Helse Sør-Øst, blant annet som følge av større vekst i antall årsverk i 2021. Pensjonskostnader utgjør om lag 18 % av totale lønnskostnader i budsjett 2022. Dette er noe høyere enn i 2021. Redusert forutsetning for rentenivå er også en viktig årsak til pensjonsøkningen.

Avskrivninger

Avskrivninger øker som følge av nye investeringer. Økt investeringsnivå de siste årene gir høyere avskrivninger. Finansiell leasing er på samme nivå i 2022 som i 2021, og innenfor maksimalkravet til 2 % av samlet omsetning.

Andre driftskostnader (ADK)

Andre driftskostnader er på samme nivå som i budsjett 2021. Reduksjonen i byggvedlikehold over drift og bortfall av koronakostnader utlignes av økte kostnader knyttet til IKT/Sykehuspartner, pasienttransport, energiområdet, behandlingshjelpemidler, husleie, og service/vedlikehold av medisinskteknisk utstyr.

Netto finanskostnader

Netto finanskostnader øker med 2,6 MNOK i forhold til prognose, og er om lag på samme nivå som budsjett 2021. Økning i forhold til prognose 2021 skyldes i hovedsak økt trekk på kassekreditt.

3.1.4 Budsjettforutsetninger 2022

Det er tatt høyde for prisstigning i budsjett 2022. I tråd med statsbudsjettet er det lagt til grunn en generell lønns- og prisvekst for 2022 på 2,7 %, hvor lønnsvekst er 3,5 % og prisvekst er 1,5 %.

Budsjettet omfatter enkelte kostnader der det er forutsatt finansiering. Dette er i samsvar med dialog med Helse Sør-Øst, men det foreligger ikke endelige avklaringer mht. beløpsstørrelser eller finansieringsmodell. Dette omfatter i hovedsak følgende områder:

- **Mammografibusser**
I 2020 ble det i interregionalt direktørmøte godkjent oppgradering av to mammografibusser. Bussene benyttes i den mobile delen av det nasjonale mammografi-programmet, og investeringskostnader dekkes av de regionale helseforetakene. Arbeidet med oppgradering og utskifting av mammografibussene er forsinket og utsatt som følge av covid-19. Det budsjetteres med investeringer på 8 MNOK i 2022 knyttet til montering av to nye mammografianlegg. Investeringer forutsetter finansiering fra HSØ.
- **Videreføring av utdanningsstillinger LIS 1 fra 2021.**
I 2021 fikk Vestre Viken finansiert 10 LIS 1-utdanningsstillinger frem til 31.08.21. Fra 1.9.21 fikk foretaket finansiert 7 stillinger, og ytterligere 7 stillinger finansieres fra 1.3.22 - dvs. totalt 14 stillinger fra 1.3.22.

Covid-19

Rammen for 2022 gir ingen ekstra tilskudd for å håndtere pandemien. Samtlige bevilgede midler i 2021 er trukket tilbake i statsbudsjettet. I budsjettskriv 6 fra HSØ er det gitt instruks om at budsjett 2022 skal utarbeides uten effekter av pandemien.

Pandemien forventes å påvirke virksomheten også i starten av 2022, uvisst hvor lenge. Foretaket har også utfordringer med tydelig å skille hva som er ordinær virksomhet og hva som er koronaeffekter. Registrering på prosjekt for alle merkostnader og antatte inntektstap som må relateres til pandemien, skal fortsette i 2022 og vil forklare eventuelle budsjettavvik. Det forventes vesentlige kostnader knyttet til covid-19 også i begynnelsen av 2022. Den største enkeltstående posten er incentivordninger for å stimulere til å ta ekstravakter, adgangskontroll, forsterket renhold, tap av utenlandspasienter og økte kostnader knyttet til smittevern.

Budsjettet fremlegges følgelig uten noen effekter av pandemien og vil innebære avvik allerede i januar måned. Foretaket må uansett tilstrebe å ha god styring på aktiviteten og prioritering av ressursdisponeringen slik at merkostnader og inntektstap holdes på et lavest mulig nivå, og nødvendig pasientbehandling opprettholdes.

Koronapandemien har preget 2020-21. Somatisk pasientbehandling er redusert som følge av pandemien, og pasientsammensetningen er endret. Dette har redusert de aktivitetsbaserte inntektene. Det er også en vridning i behandlingsform, spesielt innenfor psykisk helse og rus, med økt bruk av video-/telefonkonsultasjoner. Sykehusene har fått ekstra arbeidsoppgaver knyttet blant annet til testing, smittevask, og adgangskontroll. Omsetning i kiosker og kantiner er redusert, og kostnader i forbindelse med pasienttransport økt. I tillegg kommer økte lønnskostnader på grunn av fravær som følge av karantene og sykdom. Kostnader for kjøp av pasientbehandling fra andre sykehus er imidlertid redusert. Rapportering pr. november 2021 gir en samlet inntektsreduksjon og kostnadsøkning på 505,3 MNOK, en netto gjennomsnittskostnad på 45,9 MNOK pr. måned. Rammetildelinger for 2021 er holdt utenfor disse tallene.

Resultatførte koronaeffekter i 2021 (tall i MNOK)	Akkumulert pr november
Reduserte inntekter pasientbehandling	224,4
Reduserte øvrige inntekter	-5,3
Økte lønnskostnader og innleie	194,2
Økte driftskostnader	92,0
Brutto koronaeffekter	505,3

3.2 Budsjettutfordringer 2022

Utvikling fra budsjett 2021 til budsjett 2022

VVHF	Budsjett 2022	Brutto årsverk 2022
0 Prognose 2021	216 692	7 746,8
1 Endring i basis 2021-2022	- 344 039	-0,5
2 Pris og lønnsjusteringer	- 146 784	0,0
3 Konsekvensjustering av endringer iverksatt i 2021	- 605	46,4
4 Nye omstillinger og endring i drift 2022	129 289	160,6
5 Uløst utfordring i 2022	67 923	0,0
8 Koronaeffekter	357 524	-160,3
Totalt	280 000	7 793,0

Budsjett 2022 inneholder en uløst restutfordring på om lag 70 MNOK slik det nå foreligger. Dette fordeler seg på flere av klinikkene og i felles økonomi. Arbeidet med tiltak vil måtte fortsette utpå nyåret, og administrerende direktør vil foreslå for styret at det holdes tilbake investeringsmidler inntil foretaket kan trygge resultatoppnåelse i samsvar med ØLP-forutsetningene.

Realisering av tiltak som er planlagt i klinikkene og i sentrale prosjekter, er avgjørende for resultatoppnåelse i 2022. Tiltakene skal bidra til varige driftsendringer og sikre en bærekraftig utvikling frem mot, og etter, overtakelse av nytt sykehus i Drammen. Det vises i denne anledning til planen for økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealisering NSD. Dette omhandler bedre utnyttelse av den samlede kapasitet, herunder implementering av ARP, nettverkssamarbeid mellom sykehusene, standardisering av pasientbehandling (beste praksis), økt egedekning i foretaket og redusert bruk av rehabilitering, økt bruk av teknologi og standardisering på innkjøpsområdet.

3.2.1 Gevinstrealiseringsplan og andre omstillingstiltak

Gevinstplan for 2022 er redusert med 3,8 MNOK i forhold til ØLP. Gevinster knyttet til medikamenter er redusert i 2022 da foretaket har oppnådd større besparelser i 2020 og 2021 knyttet til H-resept medikamenter enn forutsatt i gevinstplan (foran plan). Klinikkerne er trukket i ramme for forventede gevinster som treffer respektive virksomhetsområde. Rapportering på realisering av planen vil følge de tertialvise rapporteringene til styret.

Gevinstplan 2022 - NOK tusen	ØLP	Endring	Budsjett 2022
KMD-effektivisering	1129	0	1 129
Adm. Og merkantil helselogistikk	3000	0	3 000
PHR omstilling, inkl. ARP og NSD	1293	-485	808
Sum gevinstplan NSD	5 422	-485	4 937
PHR omstilling, inkl. ARP - øvrige virksomhet	3728	485	4 213
ARP eks. PHR	6150	0	6 150
Innkjøpsområdet	4618	0	4 618
Medikamenter	13750	-3 750	10 000
Redusert forbruk privat rehabilitering mv.	4000	0	4 000
Økt egendekning somatikk og PHR	5000	0	5 000
Bedre kapasitetsutnyttelse	1250	0	1 250
Best praksis/reduksjon av utilsiktede hendelser	1250	0	1 250
Sum gevinstplan øvrige virksomhet	39 746	-3 265	36 481
Sum gevinstplan VVHF	45 168	-3 750	41 418

Medikamentkostnader

I løpet 2019 ble en høykostgruppe etablert for å se på forbruksmønster innen H-resepter. Gruppen består av medisinsk direktør, samt representanter fra klinisk miljø og økonomi. Målet er bl.a. å sikre at foretaket iverksetter prosesser for å sikre overgang til nye prisavtaler for å oppnå de økonomiske effektene fra avtalene så tidlig som mulig, samt at forbruk er i tråd med retningslinjer fra Helse Sør-Øst og Sykehusapotekene. Økt oppfølging og fokus på bytte av medikamenter ved nye prisavtaler har gitt resultater. Endring i forskrifter og avtale med apotekene i 2021 har medført at flere bytter kan skje i apotekene uten av leger må skrive nye resepter. Det medfører rask effekt når patenter går ut. Det ble budsjettet som en del av gevinstplanen med en forventet kostnadsreduksjon som følge av medikamentbytte på 17,5 MNOK i 2020-21. Som følge av godt arbeid i klinikkene, spesielt innenfor revmatologi, er målet oppnådd. Det budsjetteres med ytterlig reduksjon på 10 MNOK i 2022 som innebærer at gevinstplanen realiseres som forutsatt.

Økt egendekning og redusert forbruk av private helsetjenester

Medisinsk diagnostikk er et fagområde som utvikler seg raskt og der både kunstig intelligens og mer effektive diagnostiseringsverktøy bidrar til effektivisering av driften. Det er blant annet besluttet investering i utstyr for etablering av Peth-analyse (en analyse innen medisinsk biokjemi) og i NGS (molekylærpatologi - kreftdiagnostikk). Begge disse investeringene støtter opp under tiltaket i handlingsplanen som omhandler redusert forbruk fra private, og reduserte gjestepasientkostnader.

Omstillingstiltak i klinikkene

Koronapandemien har medført at en rekke planlagte tiltak i budsjettet for 2020 er forsinket. Flere vil derfor videreføres til 2022, og det planlegges med nye tiltak, først og fremst ved realisering av gevinstplanen som er omtalt overfor.

For somatisk virksomhet er pasientforløpene i akuttmottakene et viktig satsingsområde. Alle de somatiske klinikkene har forbedringstiltak innenfor dette området, herunder implementeringer

av modellen «sikker pasientflyt». Dette omhandler styrket kompetanse i front som sikrer rett forløpsstyring inn mot de ulike sengepostene og til poliklinisk behandling. Gjennom forbedret pasientforløp vil klinikkene redusere antall innleggelser og dermed redusere antall korridorpasienter, samt arbeidsbelastning og lønnskostnader på sengepostene.

Prosjekt for Aktivitetsstyrt Ressursplanlegging (ARP) er over i realiseringsfase innen psykisk helsevern, og ved AIO (anestesi, intensiv og operasjon) ved Bærum sykehus, mens analyser er startet opp ved Medisinsk avdeling ved Drammen sykehus. Prosjektet er en viktig del av gevinstplanen og forventes å gi positive driftsmessige og økonomiske effekter.

3.3 Arbeidsproduktivitet og bemanningsutvikling

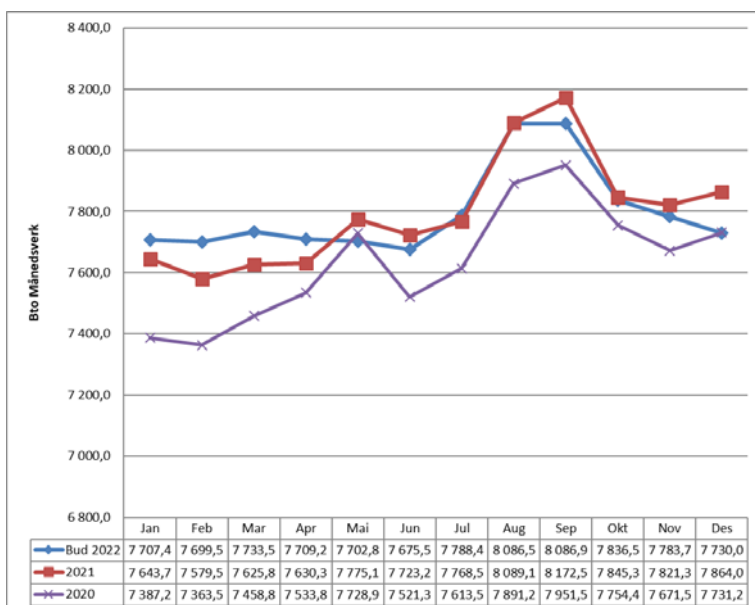
Vestre Viken har over en årrekke vært et av de mest produktive foretakene i landet ifølge Samdata. Det legges opp til en videreføring av arbeidsproduktivitet i 2022 som er 1,9 % over budsjett 2021. Samtidig budsjetteres det med en reduksjon i ekstern innleie på 11,2 MNOK i forhold til budsjett 2021. Dette understøtter produktiviteten i foretaket ved å redusere totalt forbruk av arbeidskraft. Produktiviteten har vært lavere i 2021 som følge av at pandemien har gitt mye fravær og en nedgang i antall pasientbehandlinger.

Produktiviteten innenfor de somatiske sykehusene måles som antall DRG-poeng produsert pr. brutto månedsverk.

Produktivitet somatikk	Budsjett 2021	Prognose 2021	Budsjett 2022	% ift B21	% ift P21
DRG-poeng døgn, dag og poliklinikk produsert i eget HF	119 548	100 259	122 301	2,3 %	22,0 %
Brutto månedsverk somatikk	5 276	5 349	5 300	0,4 %	-0,9 %
DRG-poeng pr månedsverk	22,66	18,74	23,08	1,9 %	23,1 %

Bemanningsutvikling

Tabellene nedenfor viser bemanningsutviklingen i 2020, prognose 2021 og budsjett 2022.



Utvikling brutto årsverk pr. tjenesteområde

Endring i bruttoårsverk pr tjenesteområde	Budsjett 2021	Prognose 2021	Budsjett 2022	Endring ift B21	Endring ift P21
Somatikk	5 276	5 363	5 301	0,5 %	-1,1 %
Voksenpsykiatri	1 364	1 340	1 364	0,0 %	1,8 %
Barne- og ungdomspsykiatri	397	435	464	16,8 %	6,8 %
Tverrfaglig rusbehandling	247	239	243	-1,6 %	1,6 %
SUM PHR	2 008	2 014	2 071	3,1 %	2,8 %
Prehospitale tjenester	421	419	423	0,5 %	1,0 %
SUM VVHF	7 705	7 795	7 795	1,2 %	0,0 %

Total bemanning i de somatiske klinikker øker med 25 årsverk i budsjett 2022 sammenlignet med budsjett 2021. Endringen skyldes flere forhold, blant annet:

- 82 koronaårsverk i budsjett 2021 er reversert i budsjett 2022, da det ikke skal budsjetteres med koronaårsverk.
- Helårseffekter av tiltak igangsatt i 2021 gir en økning på 25 årsverk.
- Strategiske satsingsområder beskrevet ovenfor utgjør en økning på 15 årsverk
- Justering av bemanningsplaner gir økning på 54 årsverk.

Årsverk innenfor psykisk helse og rus øker med 63 i forhold til budsjett 2021. Økningen skyldes hovedsakelig tilpasning av bemanningsplaner og økte stillinger innenfor barne- og ungdomspsykiatri. Omstillingstiltak knyttet til aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging (ARP), samhandling og pasientflyt, gir en reduksjon av årsverk innenfor rusbehandling og voksenpsykiatri.

3.4 Investeringer

Rammene for investeringer foreslås basert på en videreføring av ØLP 2022 – 2025, korrigert for endringer i hva som treffer investeringer og hva som treffer vedlikehold over drift. I tillegg kommer 8 MNOK i anskaffelser knyttet til mammografibussene som forutsettes finansiert av de regionale foretakene via Helse Sør Øst. Det kreves stram prioritering innenfor investeringsrammen. Prioriteringene skal sikre finansiering av det som får størst betydning for pasientene, med tanke på kvalitet og pasientsikkerhet. Det er tatt høyde for flere mottaksprosjekter som kommer til Vestre Viken i 2022, deriblant Helselogistikk og modernisering infrastruktur.

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

Finansiering

Investeringer finansieres ved bruk av ordinært tilskudd på 134 MNOK i tillegg til overskudd fra drift (eksklusiv gevinst ved salg) og udisponert likviditet fra tidligere år. I tillegg kan det benyttes finansiell leasing og evt. gevinst ved salg.

Salg av barnehagene i Bærum planlagt til 2021, ble ikke gjennomført og skyves derfor over til 2022. Byggene ligger nå ute til salg med budfrist i januar 2022 og forventes å tilføre foretaket 30 – 40 MNOK i likviditet. Salgsmidlene inkluderes i finansieringsbudsjettet, selv om gevinst ved salg ikke inkluderes i resultatbudsjett for 2022. Inntekter ved salg av bygg kan først tas i bruk etter at salget er gjennomført.

Investeringsbudsjett 2022

De respektive investeringsområdene er gjennomgått i prioriteringsutvalg og samordnet mellom investeringsområdene.

I tillegg til årets investeringsramme, kommer etterslep fra 2021 og evt. overheng inn i 2022. Likviditetsmessig underforbruk vedrørende planlagte investeringer i 2021 (estimert til MNOK 140 pr. oktober 2021) vil bli overført til 2022, og kommer i tillegg til de nye midlene i investeringsrammen for 2022. Det forventes også et overheng inn i 2023, som vil redusere investeringsbudsjett for 2022 samlet sett. Årets budsjett vil være summen av årets ramme, pluss investeringer planlagt til 2021 men utført i 2022, og minus investeringer planlagt til 2022 med utsatt likviditetseffekt til 2023.

BRK-prosjektene

Prosjekt oppgradering av Bærum, Ringerike og Kongsberg Sykehus (BRK) er i gjeldende ØLP planlagt over perioden 2022 – 2026, dvs. frem til et år etter at nytt sykehus i Drammen står ferdig.

Prosjektet omfatter både oppgradering og vedlikehold av bygningsmassen. Av den grunn vil resultatkravet måtte justeres i forhold til ØLP om andelen vedlikehold endres. Det gir en justering i årets resultatkrav. Rammen for BRK er justert for årlig prisregulering.

Finansiell leasing

Etter gjeldende retningslinjer fra Helse Sør-Øst kan foretakene ta i bruk finansiell leasing innenfor en ramme på 2 % av samlede driftsinntekter. Det gir om lag 21,5 MNOK i øvre ramme for Vestre Viken. I tråd med dagens praksis er det kun ambulanser som finansieres ved leasing i 2022. Det er estimert med anskaffelse av 9 ambulanser, estimert til en verdi av 21,6 MNOK i

løpet av 2022. Dette er lavere enn forutsatt i ØLP, og innenfor grensen for finansiell leasing. Leasing av 9 ambulanser årlig er i tråd med gjeldende flåteplan for Klinikkk for prehospitaltjenester.

3.5 Likviditet og finansområdet

Renter på langsiktige lån og konsernforordning er beregnet ut fra forutsetninger gitt av Helse Sør-Øst. Rentekostnader på benyttet kassakreditt er beregnet ut fra et gjennomsnittlig trekk på denne. Netto finanskostnader i budsjett 2022 er totalt 6,5 MNOK, hvilket er på samme nivå som budsjett 2021.

Det er etablert prinsipper for likviditetsstyring i Helse Sør-Øst som skal bidra til å sikre at foretakene styrer samlet likviditet innenfor tilgjengelige rammer, både til drift og til investeringer. Det skal også legges til rette for et investeringsregime der foretaket gjennom egne likviditetsoverskudd kan spare til senere investeringer.

I budsjett 2021 lå salget av eiendommene i Bærum, som per i dag anvendes til barnehagedrift, inne. Avhendingsprosessen ble imidlertid utsatt. Vestre Viken har derfor igjen budsjettert med salg av eiendom i årets budsjett. Salget vil gi likviditet og gevinsteffekt i resultat. Parallelt gjennomgås hele eiendomsmassen med tanke på effektivisering av antall kvadratmeter i bruk, samt å få redusert antall kvadratmeter som skal vedlikeholdes.

Totalt sett er likviditetsutviklingen god for foretaket. Det er resultater fra de siste årene kombinert med generelt lavt rentenivå og sparing som bidrar til en bedre likviditet. Likviditetsutviklingen følges nøye sett opp mot trekk i foretakets tilgjengelige driftskreditt. Det er ikke forventet vesentlige utfordringer knyttet til likviditeten i løpet av 2022.

4. Risikoområder

Foretakets budsjettprosess for 2022 er gjennomført i klinikker og staber.

Det er i budsjettprosess lagt opp til bred medvirkning og involvering. Alle klinikker og staber har gjennomført risikovurderinger av planlagt virksomhet i 2022. For enkelte klinikker innebærer de økonomiske rammebetingelsene en vesentlig risiko mht. oppnåelse av resultatkrav. Inngangsfarten til 2022 har med seg effekter av pandemien og lavere effekt av planlagte tiltak både fra 2020 og 2021. Klinikkene er gitt økonomisk støtte så langt det er funnet mulig innenfor de samlede økonomiske rammer.

Gjennomføringen av den økonomiske omstillingen i 2022 skal ikke redusere pasientsikkerheten, som alltid vil ha høyeste prioritet. Omstillingsarbeidet skal baseres på de 12 prinsippene for medvirkning i Helse Sør Øst.

Oppfølging av driften vil styrkes i 2022 gjennom bruk av modell med løpende resultatsikring. Det er en klar målsetting å oppnå best mulig kostnadskontroll gjennom løpende oppfølging av resultatutviklingen, samt justering av aktivitet og bemanning gjennom nye tiltak når det er nødvendig.

I arbeidet med budsjettet er det identifisert noen risikoer som følge av de økonomiske rammebetingelsene. Risiko vurderes opp mot følgende fem områder:

- Pasientsikkerhet
- Arbeidsmiljø, konsekvens for ansatte
- Omdømme
- Ytre miljø
- Økonomi (oppnåelse av økonomisk resultat og realisering av tiltak)

De mest kritiske forhold omtales nedenfor.

Uløst utfordring

Det er ikke konkretisert tilstrekkelig tiltak for å sikre et overskudd på 280 MNOK. Budsjett inneholder om lag 70 MNOK i uløst utfordring fordelt mellom klinikkene og fellesøkonomi. Det må jobbes videre med tiltak i 2022 for å sikre resultatkrav.

Covid-19-pandemien

Rammen for 2022 gir ingen ekstra tilskudd for å håndtere pandemien. HSØ har gitt instruks om at budsjett 2022 skal utarbeides uten effekter av pandemien. Fordi budsjettet fremlegges uten noen effekter av pandemien, forventes det avvik allerede i januar måned. Det er risiko knyttet til om det vil komme tilleggsbevilgninger for å dekke effektene av pandemien i 2022, selv om signalene fra politisk hold indikerer det.

Klinikker og staber

For enkelte klinikker er utfordringsbildet for budsjett 2022 knyttet til underskudd i 2021 og inngangsfart i 2022. Situasjonen for disse klinikkene er krevende. Dette fremkommer også av risikovurderinger som er gjennomført. Klinikkerne har budsjettert med tiltak for å oppnå budsjettkravene. Utvikling og tiltaksoppnåelse vil følges nøye opp gjennom hele 2022. Samtlige klinikker vil måtte jobbe med kompenserende tiltak som øker sikkerheten for resultatoppnåelse. Det har ikke vært rom for å holde tilbake midler i fellesøkonomi som buffer i 2021. Dette øker risiko for resultatoppnåelse i 2022. Om resultatkrav ikke oppnås, må investeringsnivået justeres tilsvarende.

H-resept-medikamenter

Forbruket av H-resept medikamenter øker og er vanskelig å forutse. Endrede innkjøpsavtaler kan gi endringer i pris i løpet av året. Det er etablert en egen arbeidsgruppe for høykostmedisin som følger opp forbruk og kostnadsutvikling i løpet av året.

Dyre legemidler gitt i sykehus

Økt bruk av høykostmedisin i sykehus (spesielt kreftmedisiner) har gitt en kraftig vekst i kostnader for sykehusadministrerte legemidler de siste årene. Budsjett for 2022 legger opp til en videreføring av medikamentkostnader på nivå med 2021. Det er risiko for at endringer i medikamenter og/eller forbruk vil gi økte kostnader utover det som er hensyntatt i budsjett 2022.

Pasientreiser

Kostnader knyttet til pasientreiser er videreført budsjett 2022 på samme nivå som prognose 2021. Prognose 2021 gir kostnader som er 9,6 MNOK over budsjett da pandemien har gitt en stor kostnadsøkning. Kostnadsutvikling styres ikke direkte av foretaket, men det forventes at kostnader vil gå tilbake til et normalt nivå etter pandemien, med bl.a. en større grad av samkjøring.

IKT-kostnader

IKT-kostnader øker i forhold til budsjett 2021. Økningen skyldes i hovedsak innføring av regionale løsninger som gir økte kostnader til Sykehuspartner og kostnader til mottaksprosjekter. Innføring av nye teknologi krever også fremtidig forvaltning av systemene som tas i bruk. Målet med innføring av ny teknologi er å forbedre arbeidsprosesser og effektivisere drift i tillegg til å sikre god og trygg pasientbehandling, men dette er krevende å oppnå og måle.

Grupper

Budsjett 2022 tar utgangspunkt i aktivitet pr 2. tertial 2021. Fordi pasientsammensetningen i 2021 er sterkt preget av koronapandemien, gir det et svakere grunnlag for beregning av grupper enn i et normalt år. DRG-vekter fra Helsedirektoratet er foreløpige, og det er varslet endringer. Effektene av endringen vil ikke være kjent før ny prisliste foreligger. Dette øker risiko knyttet til grupper i budsjett 2022. For å redusere risiko er de somatiske sykehusene og Klinikk for psykisk helse og rus tildelt 11,4 MNOK i friske midler.

Behandlingshjelpemidler (BHM)

Det har vært stor vekst i utgifter til medisinsk utstyr til hjemmebehandling (behandlingshjelpemidler) de siste årene, spesielt knyttet til utstyr for pasientgruppene diabetes og søvnapné. Det er risiko knyttet til fortsatt vekst innen disse områdene, samt generell vekst i hjemmebehandling.

Drift, forvaltning og prosjekter knyttet til medisinsk-teknisk utstyr

Antall utstyrsenheter innen medisinsk-teknisk utstyr har økt parallelt med aktivitetsveksten i foretaket, og utstyret blir mer teknologisk komplisert med større andel IKT. Antall prosjekter med behov for medisinsk-teknologisk kompetanse er også økende. Det er budsjettert med en økning på ett årsverk for å redusere risikoen.

Tilgang på rett kompetanse, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø

2021 har vært preget av mange avviksmeldinger og AML-brudd på enkelte avdelinger knyttet til høyt arbeidspress som følge av koronapandemien. I 2022 vil det være økt fokus på aktivitetsstyrt bemanning, for å øke pasientsikkerhet og sikre bedre kontroll over arbeidspress og økonomi.

Mangel på kompetanse har ført til strykning i behandlingsprogram og redusert aktivitet i løpet av 2021. Lønnsnivå for jordmødre og spesialsykepleiere er økt for å demme opp for konkurranse om kompetanse og lekkasje til andre helseforetak. Klinikken er kompensert for lønnsøkningen. Budsjettet for videreutdanning er styrket. Det er en prioritert oppgave i 2022 å systematisk følge opp med analyser og underlag for å kunne vurdere det løpende utdanningsbehovet og etablere langtidsplaner for å sikre at foretaket har tilgang på rett kompetanse. Utdanningsbehovet må følges løpende ved oppdaterte analyser. Dette arbeidet må settes i et tydeligere system med jevnlig rapportering av status og tiltak. Det er også viktig å se på arbeidsfordeling for å sikre at kompetanse utnyttes på en riktig måte. Det skal settes mål for økt arbeidsdeling i driftsavtaler med klinikkene.

5. Budsjettprosessen

Det er i budsjettprosessen lagt vekt på involvering av ansatte, tillitsvalgte og verneombud på alle nivåer. Krav på dette området har vært formidlet i interne budsjettskriv, ledermøter mv. Budsjettet er drøftet på flere nivåer i organisasjonen.

- **Klinikkene:** Alle klinikker har avholdt drøftinger med lokale tillitsvalgte og vernetjeneste før klinikkvis innlevering av budsjett 2. desember.
- **Hovedtillitsvalgte og vernetjeneste:** Foretakstillitsvalgte og vernetjeneste er løpende informert om budsjettarbeidet i samarbeidsmøtene med foretaksledelsen høsten 2021 (fast møtестruktur). Foretakstillitsvalgte og vernetjeneste deltok i ledermøtets sluttsaldering av budsjett 2022 i et felles møte 23. november. Formell drøfting med de tillitsvalgte og vernetjeneste gjennomføres 9. desember.
- **Hovedarbeidsmiljø Utvalg (HAMU):** HAMU skal behandle budsjett 2022 den 14. desember.
- **Brukerutvalget:** Det skal gis en orientering om budsjett 2022 til brukerutvalget i møte 14. desember.
- **Styremøter:**

26.april	ØLP 2022 - 2025
25.okt	Budsjett 2022 orientering
29.nov	Budsjett 2022 orientering
20.desember	Budsjett 2022

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Lisbeth Sommervoll, Eli Årnot, Mette Lindblad (for U.Spreng), Trine Olsen, Kirsten Hørthe, Narve Furnes, Joan Nygard, John Egil Kvamsøe, Cecilie Føreland, Toril Morken, Anita H Gomnæs, Gry Christoffersen, Roald Brekkhus (Synergi Helse), Marianne Njøten, Hanne Misund, Hanne Juritzen
Møtedato:	14.desember 2021		
Tidspunkt:	0900 - 1015		
Sted:	Skype		
Møteleder:	Anita H Gomnæs		
Referent:	Cecilie Søfting Monsen	Forfall:	Ulrich Spreng

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	<p>Godkjenning av innkalling og agenda Godkjent uten kommentar.</p>
	<p>Godkjenning av referat fra 30.november 2021 Godkjent uten kommentar.</p>
	<p>Tema - Årsaksforhold pasienthendelser og arbeidsmiljø/HMS <i>Hanne Juritzen presenterte (se vedlegg).</i></p> <p>Det har vært arrangert workshop (september-21) med deltakere fra HMS, HR, kvalitet, ARP, helsefag og HVO i VV. Deltakerne delte tanker og ideer til hvordan jobbe systematisk med problemstillingen. I VVHF er det iverksatt flere ulike initiativ og prosjekter som alle har elementer og tiltak innenfor problemstillingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grønt Kors - Snakk om Forbedring! - ARP - Team pasientsikkerhet hvor HMS er en representant er også et ledd i dette. <p>Pga dagens pandemi-situasjon er arbeidet stoppet opp, men det legges opp til å gjenopptas til våren.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det etableres et sentralt forbedringsteam med deltakere fra stab/klinikk • Det pågår nasjonale og regionale tiltak som må sees i sammenheng med tiltak intern i VV <p>HAMU støtter det fremlagte forslag om videre prosess.</p>
33/2021	<p>Tema - Status arbeid med heltidskultur <i>Marianne Njøten presenterte (se vedlegg)</i></p> <p>Arbeidet har pågått over flere år, og ble nylig drøftet med TV. Utviklingen går i riktig retning i alle klinikker. Helsefagarbeidere og helsesekretærer; her er det fortsatt en jobb å gjøre i forhold til rekruttering i fulltidsstillinger. Felles bemanningssenter vil arbeide med å kunne tilby flere heltidsstillinger ved å jobbe på flere poster med en «moderpost».</p>

	<p>Det er i dag 25% av alle deltidsansatte som har «uønsket» deltid – et mål å få dette antallet ned.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Det påpekes på at enkelte klinikker er bedre enn andre og at det gjenstår en del arbeid. Men det håpes på en positiv utvikling. – Bærum sykehus lykkes med å jobbe med deltidsstillingene, bør brukes som et læringsprosjekt på tvers. – Man må også se til hvordan det dekkes opp med vikarer, bemanningsenheten blir et viktig tiltak nå. Viktig å stå sterkere sammen med egne ansatte. – Helsesekretærene har høy andel deltid, disse jobber stort sett dagtid, bør se nærmere på det. <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • HAMU tar saken om heltidskultur til etterretning. HAMU viser til at det jevnlig arbeidet med heltidskultur, herunder bruk av tiltakene, skal gjøres i klinikkene og følges opp i klinikkenes AMU. • HAMU ønsker å følge opp jevnlig med rapportering om status på hva som blir gjort ute i klinikkene. Arbeidet må ses i sammenheng med ARP (aktivitetsstyrt ressursplanlegging). • Rapporteringen bør skille på turnusarbeidere og dagarbeidere, særskilt tiltak knyttet til helgearbeidsutfordringer. • HAMU imøteser status på arbeidet med heltidskultur høsten 2022.
34/2021	<p>Budsjett 2022 (inkl risikovurdering) v/ Mette Lindblad Kort orientering om prosess, og de viktigste risikoområdene (se vedlegg). Ny modell for risikovurdering i eHåndbok er tatt i bruk; tatt godt imot men formatet på rapporteringen må arbeides videre med.</p> <p><u>Innspill i møtet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Ev ekstra midler til sykehusene fra staten pga pandemien vil kun kompensere for den negative effekten av pandemien. – Det ser ut til at de arbeidsmiljømessige utfordringene ikke fremkommer helt tydelig i den nye ROS-analysen. Dette bør løftes tydeligere frem i HAMU. <p><i>Fra drøftingsreferatet (9/12-21) budsjett 2022:</i> <u>Organisasjonenes synspunkt</u> <i>Vi foretakstillitsvalgte er sterkt bekymret for følgene av årets budsjett.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dersom Vestre Viken midt i en pågående pandemi ikke får Covid-midler er det risiko for at vi ikke kan tilby alle pasientene nødvendig behandling. Vi ber derfor Administrerende direktør om å anmode Helse Sør-Øst om Covid- midler for å dekke ekstraavgifter som følger av pandemien.</i> • <i>Vi ber om et tydelig signal om økning av intensivkapasiteten ved finansiering av nye intensivplasser, slik OUS planlegger å gjøre.</i> • <i>Vi finner det ikke akseptabelt å redusere investeringer i BRK. BRK må ikke forsinkes.</i> • <i>Vi ber om en raskere økning av forskningsmidler. Det er nødvendig for å utvikle pasientbehandlingen.</i> • <i>Prioriteringsregelen måles også dette året i økt aktivitet og reduksjon i ventetider og ikke i kostnader. Vi ber om at Prioriteringsregelen for Psykisk Helse</i>

	<p>og Rus følges og at Administrerende direktør ber HSØ klargjøre hvordan regelen er å forstå.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Arealeffektivisering i PHR kan, hvis hensikten er økonomiske innsparinger, potensielt gå ut over rammene for god pasientbehandling og de ansattes arbeidsmiljø. Innspill fra fagmiljøene må prioriteres i videre arbeid med arealeffektivisering.</i> <p><i>Foretakshovedverneombud støtter foretakstillitsvalgtes protokolltilførsel.</i></p> <p><u><i>Foretakshovedverneombudets synspunkt:</i></u> <i>FHVO ser at det er et meget krevende driftsår vi går inn i. Det er en stor bekymring at pandemien på langt nær er over og det på nåværende tidspunkt ikke er gitt lovnader om ekstra midler fra staten for å kunne møte disse utfordringene. Dette må det legges press på, både politisk og mot HSØ. Hvordan pandemien har påført våre ansatte veldig stor belastning, er også en bekymring. Med økt sykefravær og en sliten medarbeidergruppe, kan dette bli en stor utfordring for HMS og pasientsikkerheten i kommende år. Dette kommer i tillegg til stramme budsjetter.</i></p> <p><i>Sikkerhet i Sykehus. I arbeidet med å lage handlingsplaner etter Sikringsrisikoanalysen, må tiltakene legges inn i økonomiske planer på kort og lang sikt. Teknisk adgangskontroll på alle våre klinikker vil medføre store kostnader. Dette sammen med god opplæring er et minimum for å sikre våre ansatte og pasienter på en bedre måte.</i></p> <p><i>Kompetanse. For å møter de utfordringene vi har og kommer til å få, i årene fremover, må vi i tillegg til å satse på videre- og etterutdanning, jobbe aktivt med oppgavedeling. Oppgavedeling må settes i system med gode opplæringsplaner. Viktig å se til mange yrkesgrupper, ikke bare helsefagarbeidere.</i></p> <p><i>ARP. Det er viktig å fortsette dette arbeidet og at hovedmålet med dette tiltaket er å bedre HMS og pasientsikkerheten.</i></p> <p><i>Foretakstillitsvalgte støtter foretakshovedverneombudets protokolltilførsel.</i></p> <p>Vedtak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HAMU konstaterer at budsjettprosessen er gjennomført i tråd med forutsetningene om medvirkning i samsvar med vedtatt budsjettprosedyre. 2. HAMU registrerer at det i flere klinikker foreligger risikovurderinger som krever tiltak innenfor arbeidsmiljøområdet. HAMU forutsetter at klinikk AMU'ene følger opp dette i løpet av budsjettåret gjennom aktiv bruk av risikovurderinger og tiltak knyttet til risikoområder.
35/2021	<p>Handlingsplan reduksjon av AML-brudd</p> <p>AML-brudd ligger høyere nå – primært pga pandemien som er en stor utfordring - lav terskel for å måtte være hjemme og mye smitte i samfunnet. Det er viktig å sette særlig fokus på enkeltansatte som generer mange brudd; viktig å fordele byrden på flere personer. VVHF ligger for øvrig på samme nivå som HSØ. FHVO påpeker at det gjøres et godt arbeid i klinikkene i forhold til AML brudd..</p> <p>Vedtak</p> <p>HAMU tar saken om oppfølging av handlingsplan til etterretning.</p>

	<p>Status korona Relativt høyt nivå med innlagte de siste ukene/dagene, men stabilt. Flere pasientgrupper innlagt på intensiv, ikke kun covid pasienter. Situasjonen er presset pga høyt sykefravær hos ansatte. Foretaket er fortsatt i gul beredskap. Vaksinerings av ansatte pågår i høyt tempo – alle får tilbud. Foreløpig ingen innlagte influensapasienter. PHR opplyser om krevende situasjon i klinikken. Blant annet utfordrende med pasienter som nekter testing. Stor belastning på de ansatte. FHVO påpeker viktigheten av at ansatte kan testes – også på Blakstad. Påpeker at det ikke må være sykepleiere for å utføre testing. Mange fra sentral stab er satt inn for testing og vaksinerings av ansatte.</p>
	<p>Orientering fra FHVO Bekymret for alle sykemeldinger blant ansatte og utviklingen av pandemien. Positivt å se på landsbasis at uvaksinerte nå ser ut til å revurdere vaksine. Vernetjenesten skal være pilot på Teams, ulike funksjoner som kommer.</p> <p>Klinikkdirektør PHR fremhever det gode arbeidet som utføres av vernetjenesten; godt samarbeid.</p>
	<p>Orientering fra bedriftshelsetjenesten v/ Roald Brekkhus</p> <ul style="list-style-type: none"> – Oppfølging av gravide. – Inneklima prosjekter – Bistår i planer etter ForBedringsundersøkelsen ute i klinikkene. – Årshjul for 2022 <p>Nasjonalt kunnskapssenter har nettopp gjennomført en undersøkelse; Stress og helseplager hos sykehuspersonell i løpet av Covid-19-pandemien. Venter på en rapport fra undersøkelsen.</p>
	<p>Faste skriftlige orienteringer</p> <p>Vedtak HAMU tar de fremlagte orienteringene til etterretning.</p>
	<p>Eventuelt v/ Eli Årnot 2 nye varamedlemmer fra arbeidsgiversiden 2022 da 2 valgte går av med pensjon i løpet av kort tid. Inger Buene vara for Lisbeth Sommervoll. Inger Lise Hallgren vara for Trine Olsen.</p>

Referat fra drøftingsmøte 9. desember 2021

Drøfting iht. HA §30 / AML kap.2

Sak: Budsjett 2022 – Vestre Viken HF

Dato: 9. desember 2021

Møtested: Skype-møte

Tilstede fra arbeidstakersiden:

Misbha Mughal, Norsk radiografforbund
Harald Baardseth, Fellesorganisasjonen
Camilla Grundmann, Den Norske Legeforening, YLF
Nina Bjerke, SAN
Geir B Gundersen, Norske Fysioterapeutforbund
Gry L. Christoffersen, Delta
Joan Sigrun Nygard, Norske Psykologforening
Toril Morken, Den Norske Legeforening, OLF
John Egil Kvamsøe, Fagforbundet
Anita Haugland Gommæs, Foretakshovedverneombud
Cecilie Føreland, Norsk sykepleierforbund

Tilstede fra arbeidsgiversiden:

Lisbeth Sommervoll, administrerende direktør
Mette Lise Lindblad, direktør økonomi
Sheryl Swenson, økonomisjef (referent)

Frafall:

Tom Roger Frost, Norsk sykepleierforbund (permisjon)

Arbeidsgivers synspunkt:

Det vises til utsendte drøftingsnotat budsjett 2022.

Arbeidsgiver v/Lisbeth Sommervoll innledet og overlot ordet til Mette Lise Lindblad som gikk gjennom hovedtrekkene i budsjett 2022. Det ble gjort oppmerksom på at HAMU skal behandle budsjettet 2022 i sitt møte den 14. desember, og styret skal behandle budsjett den 20. desember. Innleveringsfrist til HSØ er 10.januar 2022.

Deretter gjennomgang av blant annet følgende:

- Resultatutvikling i 2021
- Rammetildeling fra HSØ
- Covid-19
- Grouper 2022
- Finansiering fra fellesøkonomien
- Satsningsområder og friske midler
- Plan for gevinstrealisering NSD og økonomisk bærekraft
- Foreløpig tall budsjett 2022 – resultat, aktivitet, årsverksutvikling og prioriteringsregel
- Resultatkrav budsjett 2022
- Investeringer
- Budsjett prosess og videre behandling/prosess

Kommentarer fra tillitsvalgte og hovedverneombud under møtet:

Administrasjonens tilbakemelding på de respektive innspillene fremkommer i kulepunktene under hvert emne.

Covidmidler 2021

Ahus står frem i media med overskudd i år og ubrukte covidmidler som kan overføres til 2022. VVHF og en del andre HF har brukt opp sine midler og går med underskudd. Det spørres om hvorfor det er slik.

- Fordeling av midler og kostnadsutvikling gir forskjellig utslag for de forskjellige HF. Det er ikke lett å forstå hvorfor noen har lavere kostnader. Noen HF har (f.eks. Ahus og Østfold) har klart å opprettholde aktivitet gjennom pandemien, noe som reduserer effektene av pandemien.

Uløste utfordring i budsjett 2022 og investeringsrammer

Det er om lag 70 MNOK i uløst utfordring i klinikkens budsjett. Det lages derfor en plan for å utsette enkelte investeringer om nødvendig (om ikke resultatkrav oppnås). De tillitsvalgte spør om hvilke investeringer som skal utsettes, og etterspør involvering i prioriteringsprosessen.

- En plan for hvilke investeringer som kan utsettes skal legges frem til ledermøte 14.12.2021. Klinikken må være med på prioriteringer. Etter behandling i ledermøte vil forslagene presenteres i et dialogmøte over nyttår. Det understrekkes at behov for å utsette ikke er diskusjonstema gitt uløst utfordring i budsjett. Det er kun hvilke prioriteringer som skal gjøres det inviteres til medvirkning om.

Finansiering fra felles økonomi

- Beløpet til Sykehuspartner er stort, men er reelt kun om lag 5 MNOK høyere enn i ØLP. Vekst inkluderer prisstigning og økte kostnader knyttet til innføring av regionale prosjekter. Det er viktig for VVHF at Sykehuspartner klarer å levere de tjenester/utvikling vi trenger. Det er i dag et etterslep i leveranser.
- Det er innført en endring i budsjett 2022 som reduserer risiko for vekst på gjestepasientkostnader og fritt behandlingsvalg innenfor psykisk helse og rus. Det er lagt en buffer i fellesøkonomi til dette formål som innebærer at PHR ikke bærer den økonomiske risikoen i sitt budsjett.

Intensivkapasitet

Det pekes på at VVHF trenger flere intensivplasser, og det forventes at også VVHF legger en plan for dette. Området burde vært styrket i budsjett 2022.

Forskning

Det var en forventning om mer midler enn det som er bevilget i budsjett 2022. Dette er beklagelig og synd for pasientbehandlingen at det ikke kan prioriteres.

- Økte midler til forskning er i samsvar med ØLP. Det ble besluttet den gang av foretaket skulle vurdere ytterligere opptrapping i forbindelse med budsjettbehandlingen for 2022. Da foretaket har funnet det nødvendig å prioritere midler til utdanning, opprettholdes nivået som lå til grunn for ØLP.

ARP

Om ARP presenteres som innsparingstiltak er det fare for at det ikke vil bli en kvalitetstiltak, og vil møte motstand i klinikkene. Kvalitet og pasientsikkerhet bør være hovedfokus. Der det

jobbes med ARP mangler det mye styringsdata og kvalitetsdata som må suppleres om innføring skal være vellykket. Det spørres om hvordan ARP rammetrekk fordeles ned i organisasjon. Det etterlyses evaluering av ARP innføring der det er gjennomført og oppnådde resultater.

Evalueringer/resultater bør kobles opp mot kvalitet, pasientsikkerhet og HMS.

- Tiltakene fordelt på klinikk er ikke tilstrekkelig definert og det vil det jobbes videre med. ARP skal også bidra til bedre kvalitet, i tillegg til en forventning til økonomisk gevinst som følge av bedre samsvar mellom bemanning og aktivitet. Det er viktig hvordan vi alle snakker om ARP ute i klinikkene og omtale arbeidet. Det er ikke snakk om å redusere årsverk, men å få en bedre planlegging. I styringsmøte har det vært en presentasjon som viser økt kvalitet ved innføring. Dessverre mangler vi gode styringsdata som kan gi en mer regelmessig rapportering på status kvalitet og medarbeidertilfredshet/ HMS. Kommunikasjon og evaluering av gjennomføring må tas opp i ARP-styringsmøte. Prosjektet skal få en «restart» med fokus på helhet.

PHR arealbehov

Det spørres om hvordan PHR skal kunne realisere arealeffektivisering i 2022. Det er bekymringsfullt om dette omtales som en innsparingstiltak. De tillitsvalgte etterspør innsyn i styresaken.

- Det er ingen forventning om redusert areal i 2022. Det pågår arbeid med en eiendomsplan for PHR som kan gi endret behov for arealer. Styresaken er fortsatt under arbeid, men vil omtale de innvendinger som er kommet fra de tillitsvalgte. Styringsgruppen skal bes om å oversende saken til tillitsvalgte når ferdig. Styresakene publiseres også på websiden til VVHF.

Oppgavedeling

Dette kan gjelde flere personell grupper, og ikke kun helsefagarbeidere.

ROS evaluering

Det spørres hva det er som skal risikovurdering i-fm budsjett. Klinikken har i stor grad gjennomført en risikovurdering av 2021. Det blir veldig bredt i forhold til budsjett.

- Klinikkenes risikovurdering skal tas opp i HAMU til uken. Klinikken er bedt om å vurdere sin virksomhet, der budsjett kan være en årsak til risikoen. Sykefravær, pandemien og tilgang på kritisk kompetanse flagges om områder med høy risiko fremover. I tillegg flagger de fleste klinikker en risiko for ikke å oppnå økonomisk resultat, mye som en følge av pandemien. Risikovurdering pr 2. tertial 2021 burde gi grunnlag for prioriteringer i budsjett 2022 og hvor det er viktig å ha tiltak. Tilsvarende forventes det at oppdatering av risikovurderinger kommende tertial til enhver tid påvirker klinikkenes prioriteringer.

Organisasjonenes synspunkt:

Arbeidstakernes tillitsvalgte har følgende bemerkninger til budsjett 2022:

Vi foretakstillitsvalgte er sterkt bekymret for følgene av årets budsjett.

- Dersom Vestre Viken midt i en pågående pandemi ikke får Covid-midler er det risiko for at vi ikke kan tilby alle pasientene nødvendig behandling. Vi ber derfor Administrerende direktør om å anmode Helse Sør-Øst om Covid- midler for å dekke ekstraavgifter som følger av pandemien.
- Vi ber om et tydelig signal om økning av intensivkapasiteten ved finansiering av nye intensivplasser, slik OUS planlegger å gjøre.
- Vi finner det ikke akseptabelt å redusere investeringer i BRK. BRK må ikke forsinkes.
- Vi ber om en raskere økning av forskningsmidler. Det er nødvendig for å utvikle pasientbehandlingen.
- Prioriteringsregelen måles også dette året i økt aktivitet og reduksjon i ventetider og ikke i kostnader. Vi ber om at Prioriteringsregelen for Psykisk Helse og Rus følges og at Administrerende direktør ber HSØ klargjøre hvordan regelen er å forstå.
- Arealeffektivisering i PHR kan, hvis hensikten er økonomiske innsparinger, potensielt gå ut over rammene for god pasientbehandling og de ansattes arbeidsmiljø. Innspill fra fagmiljøene må prioriteres i videre arbeid med arealeffektivisering.

Foretakstillitsvalgte støtter Foretaksverneombudets protokolltilførsel.

Foretakshovedverneombudets synspunkt:

FHVO ser at det er et meget krevende driftsår vi går inn i. Det er en stor bekymring at pandemien på langt nær er over og det på nåværende tidspunkt ikke er gitt lovnader om ekstra midler fra staten for å kunne møte disse utfordringene. Dette må det legges press på, både politisk og mot HSØ. Hvordan pandemien har påført våre ansatte veldig stor belastning, er også en bekymring. Med økt sykefravær og en sliten medarbeidergruppe, kan dette bli en stor utfordring for HMS og pasientsikkerheten i kommende år. Dette kommer i tillegg til stramme budsjetter.

Sikkerhet i Sykehus. I arbeidet med å lage handlingsplaner etter Sikringsrisikoanalysen, må tiltakene legges inn i økonomiske planer på kort og lang sikt. Teknisk adgangskontroll på alle våre klinikker vil medføre store kostnader. Dette sammen med god opplæring er et minimum for å sikre våre ansatte og pasienter på en bedre måte.

Kompetanse. For å møter de utfordringene vi har og kommer til å få, i årene fremover, må vi i tillegg til å satse på videre- og etterutdanning, jobbe aktivt med oppgavedeling. Oppgavedeling må settes i system med gode opplæringsplaner. Viktig å se til mange yrkesgrupper, ikke bare helsefagarbeidere.

ARP. Det er viktig å fortsette dette arbeidet og at hovedmålet med dette tiltaket er å bedre HMS og pasientsikkerheten.

Foretakshovedverneombud støtter foretakstillitsvalgtes protokolltilførsel.

Dato: 13. desember 2021
Saksbehandler: N. Furnes/ K.
Hørthe

Saksfremlegg

Eiendomsplan Psykisk Helse og Rus (PHR) del 1 – ramme for videre eiendomsutvikling

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	116/2021	20.12.21

Forslag til vedtak

Styret slutter seg til Eiendomsplan psykisk helse og rus (PHR) del 1, som ramme for videre eiendomsutvikling.

Sted, 13. desember 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg:

1. Eiendomsplan PHR del 1
2. Tilleggsutredning – dimensjonering

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 er dekket som en del av nytt sykehus i Drammen og BRK-prosjektene. På grunn av en del endringer i virksomheten innenfor Klinikk for psykisk helse og rus, har det tatt tid å få frem eiendomsplan for dette området. Eiendomsplan PHR, del 1, er første steg for å lage en samlet arealplan for utviklingen av arealene til Klinikk for psykisk helse og rus (PHR) frem mot 2035.

Saksutredning

Virksomheten innen PHR

Eiendomsplan PHR, del 1, omfatter den del av virksomheten i Klinikk for psykisk helse og rus som ikke skal inn i nytt sykehus i Drammen:

- Fem distriktpsikiatriske sentre (DPS) som består av poliklinikker for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og døgntilrettelagt omsorg innen psykisk helsevern for voksne. DPS-ene ligger i henholdsvis Asker, Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike, samt har et team under DPS Ringerike som ligger i ved Hallingdal sjukestugu. Med unntak av døgnplassene ved Kongsberg DPS ligger døgntilrettelagte omsorg geografisk plassert på annet sted enn poliklinikkene.
- Fem barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker som er lokalisert i Asker, Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike, samt et team under BUP Ringerike som ligger ved Hallingdal sjukestugu.
- Deler av døgntilrettelagte omsorg i Avdeling for rus og avhengighet.

Nytt sykehus Drammen vil ha følgende funksjoner innen psykisk helsevern og rus i 2025:

- All døgntilrettelagt omsorg for barn og unge
- Deler av døgntilrettelagte omsorg for pasienter med ruslidelser
- Akuttfunksjoner for voksne inkludert rusakutt
- Alderspsykiatri
- Spesialpsykiatri

Det er tilbud på psykiatrisk sykehusnivå for pasienter i hele opptaksområdet til Vestre Viken. Det omfatter virksomheten som i dag er lokalisert til Blakstad, og virksomhet innen barne- og ungdomspsykiatri og TSB som i dag er spredt på forskjellige steder.

De distriktpsikiatriske sentrene har ansvar for akutt- og krisetjenester, spesialisert utredning og behandling, samt for å etablere og sikre samhandling med kommunene og øvrig spesialisthelsetjeneste. Poliklinikkene for barn og ungdom har tilsvarende ansvar for utredning, behandling og samhandling for denne pasientgruppen.

Psykisk helsevern på sykehusnivå har ansvar for øyeblikkelig hjelp og for pasienter med særlig kompliserte psykiatriske tilstander, f. eks. pasienter som trenger opphold på lukket avdeling eller sikkerhetsavdeling. Det samarbeides tett med de distriktpsikiatriske sentra, øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunene.

Klinikken har i løpet av den senere tiden utviklet nye behandlingstilbud, som FACT-team, e-Mestring og annen digital oppfølging, samt strukturerte polikliniske dagtilbud. Klinikken arbeider nå med å utvikle tjenestene videre for å gi et fremtidsrettet tilbud tilpasset

befolkningens framskrevne behov for tjenester. Det forventes endringer som vil gi en større omstilling. Utvikling av tjenestene vil ligge til grunn for videre arbeid med eiendomsplanen.

Eiendomsplanen

Overordnede valg som gjøres innenfor eiendomsområdet kjennetegnes ved at de kan medføre betydelige investeringer, og at valgene får langvarig konsekvens for driften. Det er derfor viktig, så tidlig som mulig i planleggingen, å få avklart hvilket behov det er for pasientbehandling i framtiden. Det gjelder særlig behandlingsskapasitet og arealbehov, og hvordan dette er fordelt mellom fagområder og lokasjoner. Det danner grunnlaget for beregning av hvilke fremtidige eiendoms kostnader som kan påregnes for å kunne levere et slikt behandlingstilbud. Samtidig er det viktig å anerkjenne at driftsmessige forutsetninger endrer seg over tid. Eiendomsutviklingen skal derfor tilstrebe, så langt det lar seg gjøre, å gi rom for fleksibilitet i forhold til bygningsmassens anvendelse.

I eiendomsplan del 1 for PHR er kapasitetsbehov og arealbehov framskrevet til 2035. Planen inneholder også en tilstandsanalyse av eksisterende bygningsmasse. Eiendomsplanen skal gi PHR en egnet bygningsmasse som er dimensjonert for pasientbehandlingen slik den forventes å utvikle seg frem mot 2035.

Framskrevet kapasitetsbehov.

Eiendomsplanen har lagt til grunn en framskrivning av kapasitetsbehov utført av Sykehusbygg HF etter en modell som er utviklet over de siste årene. Det har også vært arbeidet med en ny nasjonal framskrivningsmodell. Denne ble offentliggjort i september i år, og forutsettes lagt til grunn i videre utvikling av tjenestene. Eiendomsplanen er derfor justert i et tillegg hvor det tas hensyn til den nasjonale modellen.

Sykehusbygg HF sin framskrivning har et tidsperspektiv frem til 2035, mens den nasjonale modellen framskriver til 2040. Begge har basert framskrivningene på aktiviteten i 2019. Framskrivningene omfatter befolkningsutviklingen og hvilke endringsfaktorer som forventes å påvirke tjenestene i årene fremover, og beregner hvilket aktivitetsbehov som kan forventes.

De to framskrivningene vurderer behovet for døgnplasser noe forskjellig. Mens Sykehusbygg sin framskrivning forventer lett reduksjon i antall liggedøgn innen psykisk helsevern for voksne på DPS-nivå, forventer den nasjonale modellen noe økning i behovet for døgnplasser. Behovet for døgnplasser estimeres til henholdsvis 65 plasser i 2035 i Sykehusbygg sin modell og 75 døgnplasser i 2040 i den nasjonale modellen. I dag er det 72 døgnplasser på DPS-nivå i Vestre Viken. Det har over tid vært en reduksjon i antall døgnplasser på DPS-nivå som ledd i omlegging fra døgnbehandling til dagbehandling og poliklinikk, men behovet for døgnplasser framskrives nå med en marginal økning etter den nasjonale modellen.

Behovet for døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) vurderes også noe høyere i den nasjonale modellen, med 55 døgnplasser i 2040 mot Sykehusbygg sin med 47 døgnplasser i 2035. I dag er det 49 døgnplasser innen TSB.

Eiendomsplanen legger til grunn den nasjonale modellen for døgnplasser innen DPS og TSB.

Framskrivningene viser at det er behov for en betydelig økning i samlet poliklinisk kapasitet. Sykehusbygg framskriver at polikliniske behandlinger vil øke med 22 % frem mot 2035. Det er litt høyere enn den nasjonale modellen, men forskjellene er relativt små og innenfor den usikkerhet som framskrivninger med så langt tidsperspektiv må forventes å ha.

I tillegg til ordinær poliklinisk behandling har det de siste årene skjedd en betydelig utvikling innen fagområdet med flere nye behandlingstilbud, som FACT, FACT-ung, E-mestring, gruppebehandling og strukturerte polikliniske dagtilbud. Siden historiske aktivitetsdata for disse tjenestene er begrenset, er det gjort særskilte vurderinger av hva dette betyr i form av forventet behov for behandlingsskapasitet. Det må også legges til rette for en forventet økning i digitale konsultasjoner. Aktivitetsgrunnlaget fra 2019 i beregningsmodellene vil følgelig bli justert med slike forhold.

Framskrevet arealbehov

Det samlede behovet for pasientbehandling gir grunnlag for å beregne arealbehovet. Som grunnlag for kapasitetsberegning hva angår areal, benyttes vedtatte føringer i Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst.. Denne angir at følgende skal legges til grunn når arealbehov beregnes:

- 85 % gjennomsnittlig belegg for døgnplasser innen psykisk helsevern for voksne
- 80 % gjennomsnittlig belegg for døgnplasser for TSB
- 75 % gjennomsnittlig belegg for døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og unge
- 8 timers åpningstid 230 dager i året med 75 minutters konsultasjonstid for polikliniske konsultasjoner og 5 timer konsultasjonstid for dagbehandling (i praksis vil det bli 7,5 timer siden 75 minutters konsultasjonstid)

Dette gir et behov for 241 behandlingsrom og 117 sengerom i 2035. Hvert behandlingsrom innen VOP dimensjoneres til 56,5 m² nettoareal, behandlingsrom BUP 56 m² og hvert sengerom til 40 m² nettoareal. Dette betyr at dimensjoneringen dekker inn kontorplasser, støtterom og spesialrom. Dette gir et teoretisk grunnlag for å kunne dimensjonere arealbehovet. Det tas ikke stilling til hvilket romprogram som er mest funksjonelt, eller hvordan byggene faktisk skal utformes innenfor disse arealene. Dette vil det bli arbeidet videre med i del 2 av eiendomsplanen.

Basert på standardromkatalogen til Sykehusbygg HF, og en brutto/nettofaktor på 1,7, gir dette et samlet arealbehov i 2035 på 31.043 m² bruttoareal (BTA). Dette arealbehovet viser hva som hadde vært planleggingsgrunnlaget hvis en skulle bygge én ny samlet bygningsmasse for hele fagområdet. Siden arealene vil bli være spredt på flere lokasjoner, og driften skal tilpasses en allerede eksisterende bygningsmasse, vil arealene måtte tilpasses dette.

De tillitsvalgte i styringsgruppen har ikke gitt sin tilslutning til dimensjoneringen av arealet i eiendomsplanen. De mener at arealet vil bli for lite i forhold til den kapasitet det er behov for. De mener også at rammebetingelsene med 8 timers daglig åpningstid i poliklinikkene ikke er realistisk.

Arealdimensjoneringen er utført med de rammebetingelser som gjelder for byggeprosjekter i Helse Sør-Øst. Faktisk arealbehov vil påvirkes av hvordan driften innrettes. Det omhandler hvordan rom fordeles til kontorplasser for ansatte og areal for pasientbehandling. Dimensjoneringen omhandler ikke behandlerkapasitet, selv om det implisitt kan tolkes ut fra konsultasjonstid. I eiendomsplanen er det også lagt til grunn at kapasiteten vil være noe økt siden det er lagt inn ekstra rom knyttet til spesielle aktiviteter (endret behandlingsform). I det videre arbeid med det konkrete romprogrammet vil disse forholdene bli utdypet.

Dagens tilstand på bygningsmassen.

Til sammen benytter enhetene som omfattes av planen i dag 50.921 m² BTA, der 41.736 m² er eide bygg og 9.185 m² er leide bygg.

Bygningenes tilstand er vurdert for tre egenskaper langs en skala fra 0 til 3, hvor 0 er som nye bygg og 3 er den dårligste tilstanden:

- Teknisk tilstand: Hva er tilstanden for de ulike delkomponentene til byggene?
- Funksjonell egnethet: Hvor godt egnet er bygningene til virksomheten som bruker byggene?
- Tilpasningsdyktighet: I hvilken grad kan bygningene tilpasses til å kunne bli funksjonelt egnet?

Systematikken følger Norsk Standard 3424 «Tilstandsanalyse av byggverk».

Analysen viser at de eide byggene har en teknisk tilstandsgrad på 1,3. De er beregnet å ha en funksjonell egnethet på 1,7 og en tilpasningsdyktighet på 1,89. Dette viser at det bør iverksettes tiltak for å få en bygningsmasse som er bedre egnet for virksomheten som drives, enn det som er situasjonen i dag.

Kapasitet for psykisk helsevern i nytt sykehus i Drammen

Denne eiendomsplanen omfatter ikke den delen av PHR som skal inn i nytt sykehus i Drammen. Det er imidlertid viktig å se den totale behandlingsskapasiteten for psykisk helsevern og TSB i sammenheng. Kapasitet i nytt sykehus omtales derfor også her.

Kapasiteten for psykisk helsevern ble beregnet i hovedfunksjonsprogrammet for nytt sykehus basert på aktivitet i 2013. Det forelå da ingen felles framskrivningsmodell. Hovedfunksjonsprogrammet ble basert på en faglig vurdering av fremtidig behov basert på historiske forhold og forventet videre utvikling av tjenestene. Framskrivning i nytt sykehus har tidsperspektiv fram til 2030. I hovedfunksjonsprogrammet er det beregnet behov for 136 døgnplasser innen psykisk helsevern for voksne. Sykehusbygg sin framskrivning estimerer behovet til 124 døgnplasser i 2035. Den nasjonale modellen estimerer imidlertid et høyere behov for døgnplasser på sykehusnivå. Denne framskrivning tilsier et behov på 156 plasser i 2040. Antall døgnplasser i nytt sykehus ligger således mellom behovet beregnet i de to framskrivningene. Hvis det tas hensyn til at nytt sykehus er beregnet med 90 % gjennomsnittlig belegg, mens framskrivningene benytter 85 % gjennomsnittlig belegg, er antall plasser i nytt sykehus på nivå med det nasjonal modell estimerer som behov i 2030.

I dag er det 132 plasser innen psykisk helsevern for voksne ved Blakstad sykehus. Behovsutviklingen innen psykisk helsevern for voksne må følges i årene som kommer.

Døgnplasser innen barne- og ungdomspsykiatri er litt høyere enn begge framskrivningsmodellene, og synes således tilfredsstillende.

Det aller meste av poliklinisk aktivitet for psykisk helsevern for voksne og TSB skjer ved DPS-ene. Poliklinisk behandling for barn og unge skjer ved BUP-poliklinikkene som ligger desentralisert. Nytt sykehus i Drammen vurderes å ha kapasitet til den begrensede polikliniske virksomheten som skal foregå der.

Videre arbeid – eiendomsplan del 2

Etter at styret har gitt sin tilslutning til Eiendomsplanen del 1, vil det bli utarbeidet en konkret arealplan som skal legge til rette for kjernevirksomheten (del 2).

Det dimensjoneringsgrunnlaget som anbefales i denne saken, er på 31.043 m² BTA. Dette er et teoretisk beregnet arealbehov som ville bli lagt til grunn, dersom hele dagens virksomhet skulle samles i én ny bygningsmasse. I den påfølgende arealplanen vil dette dimensjonerings-

grunnlaget bli tilpasset lokale forhold. Det vil bli justert for konsekvenser av de faktiske byggene foretaket har tilgjengelig slik at strukturen ikke kan bli like effektiv som et teoretiske samlet arealbehov tilsier. Videre må det tilpasses eventuelle endringer i driftsmessige forutsetninger. Den endelige arealplanen vil derfor gi et samlet høyere arealforbruk enn det som er dimensjoneringsgrunnlaget, men det forventes å bli vesentlig lavere enn dagens arealbruk siden arealene vil bli bedre tilpasset driften.

Viktige føringer for arealplanen vil være å samle virksomhet på eller nær hovedlokasjonene til Vestre Viken der det lar seg gjøre, beholde og oppgradere de best egnede byggene og avhende de dårligst egnede byggene og de dyreste leiekontraktene.

Arealplanen skal være samkjørt med virksomhetsplanen til Klinikk for psykisk helse og rus slik at en oppnår gode driftsmessige og organisatoriske effekter for kjernevirksomheten. Den skal vise alternative vurderinger av investeringer, driftskostnader og gevinster.

Arealplanen vil resultere i et sett av prosjekter satt sammen i et program som gjennomføres over flere år. Dette er samme modell som BRK-programmet er basert på, og som foretaket har god erfaring med. Dette gir også rom for å tilpasse programmet, slik at en kan fange opp endringer underveis i takt med endrede rammebetingelser. De økonomiske analysene som vil bli utarbeidet, vil vise handlingsrommet.

Administrerende direktørs vurderinger

Det er ikke tidligere gjort en samlet framskriving av aktivitets- og kapasitetsbehovet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) i Vestre Viken. Saken viser at det er behov for endringer av bygningsmassen for å møte det fremtidige behandlingsbehovet, og for å få til løsninger som er bedre funksjonelt egnet for kjernevirksomheten. Virksomhetsplanen til klinikken må ligge til grunn for videre utvikling av eiendomsmassen. Denne eiendomsplanen vil, sammen med planene for nytt sykehus i Drammen, sikre en fremtidsrettet bygningsmasse for klinikkens virksomhet. Administrerende direktør er opptatt av medvirkning fra de tillitsvalgte og vil påse at innspill blir lyttet til og vurdert underveis i arbeidet.

Neste fase for eiendomsplanen vil være å sammenstille en konkret arealplan med tidsplan for gjennomføring, og utarbeide økonomiske analyser. De økonomiske analysene vil synliggjøre handlingsrommet for videre utvikling av eiendomsmassen.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret slutter seg til eiendomsplan PHR del 1 som ramme for videre eiendomsutvikling for Klinikk for psykisk helse og rus.

Eiendomsplan PHR

DEL 1

Intern service/ Eiendomsforvaltning og utvikling



24. november 2021

PROSJEKT	
Eiendomsplan PHR	

GODKJENT AV	
Narve Furnes	

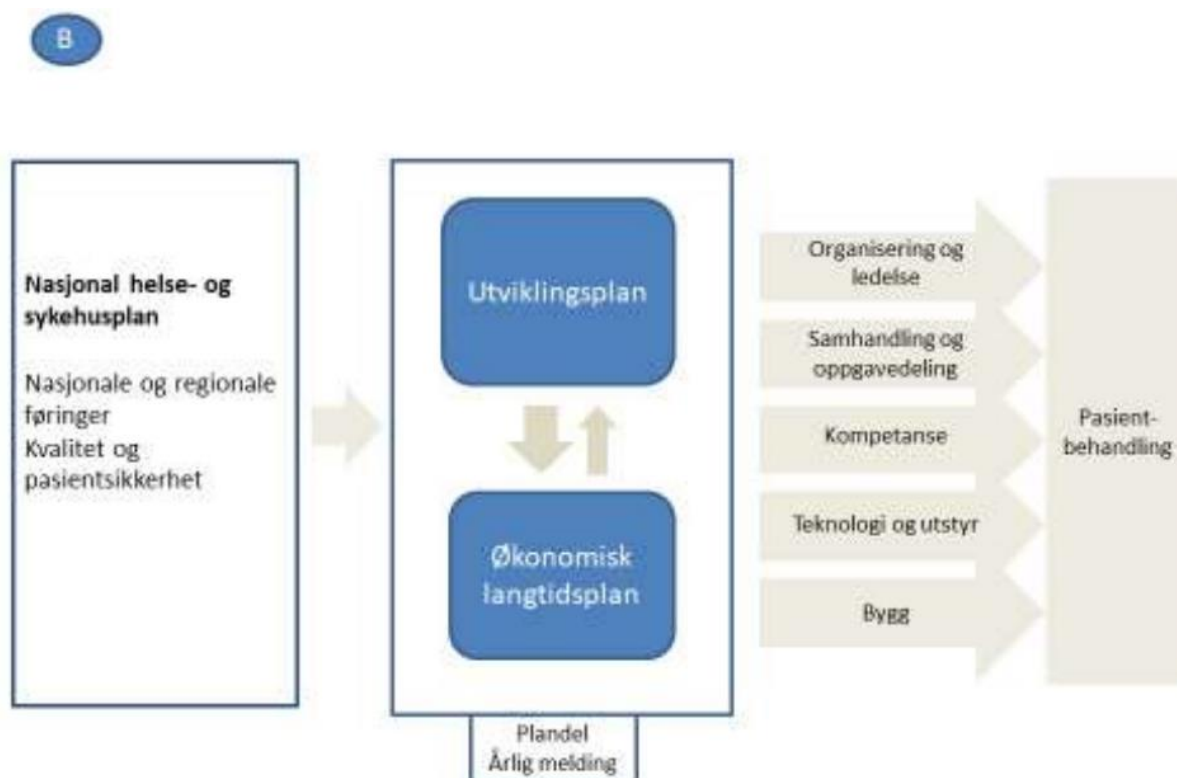
Innhold

1	Innledning.....	4
2	Bakgrunn, hensikt og kort beskrivelse av prosjektet	6
3	Dagens virksomhet.....	9
3.1	Enheter, innhold og lokasjon.....	9
3.2	Opptakskommuner.....	13
4	Eiendomsplaner - metode	14
5	Dagens bygg	14
5.1	Generell beskrivelse av porteføljens eide og leide bygg.....	14
5.2	Kartlegging av dagens tilstand – eide bygg	16
5.2.1	Teknisk tilstandsgrad (TG) – eide bygg.....	17
5.2.2	Teknisk oppgraderingsbehov – eide bygg	19
5.2.3	Tilpasningsdyktighet (TPD) – eide bygg.....	20
5.2.4	Funksjonell egnethet (FE) – eide bygg.....	21
5.2.5	Levedyktighet – eide bygg.....	23
5.3	Kartlegging dagens tilstand - leide areal	25
5.3.1	Kapasitet og funksjonell egnethet - leide areal.....	25
5.3.2	Kontraktsmessige forhold - leide areal.....	25
5.3.3	Levedyktighetsvurdering – leide areal	26
5.4	Dagens situasjon per DPS, BUP og TSB.....	26
5.4.1	Asker DPS.....	28
5.4.2	Bærum DPS.....	29
5.4.3	Drammen DPS	31
5.4.4	Kongsberg DPS.....	32
5.4.5	Ringerike DPS (inkl. HSS)	33
5.4.6	BUP	34
5.4.7	TSB.....	37
6	Aktivitet og kapasitet 2035.....	39
6.1	Bakgrunn og avgrensning	39
6.2	Framskrivningsmodell	40
6.2.1	Demografisk framskrivning.....	41
6.2.2	Kvalitative faktorer	42

6.2.3	Kapasitetsberegninger.....	43
6.3	Demografisk utvikling.....	43
6.4	Framskrivning per DPS.....	45
6.4.1	Asker DPS og BUP Asker	46
6.4.2	Bærum DPS.....	47
6.4.3	Drammen DPS	48
6.4.4	Kongsberg DPS.....	48
6.4.5	Ringerike DPS.....	50
6.4.6	Tilleggsanalyser	51
6.4.7	Tilleggsvurdering	55
7	Arealbehov 2035	55
7.1	Dimensjonerende forutsetninger.....	56
7.1.1	Aktivitet og kapasitetsbehov.....	57
7.1.2	Utnyttelsesgrader.....	57
7.1.3	Arealstandarder.....	58
7.2	Arealbehov 2035	60
7.2.1	TSB og PHV for voksne.....	60
7.2.2	BUP	63
7.2.3	Samlet arealbehov 2035.....	65
8	Oppsummering.....	66
8.1	Dagens eiendomsmasse	66
8.1.1	Teknisk oppgraderingsbehov	66
8.1.2	Samlet rom- og arealkapasitet	66
8.2	Framtidens eiendomsmasse.....	66

1 Innledning

I nasjonal «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner, revidert 2021», beskrives sammenhengen i overordnet planverk.



Figur 1.1: Planhierarkiet som beskrevet i nasjonal veileder for utviklingsplaner

Veilederen tilrår å vurdere behov for utfyllende planer innenfor de ulike områdene som behandles.

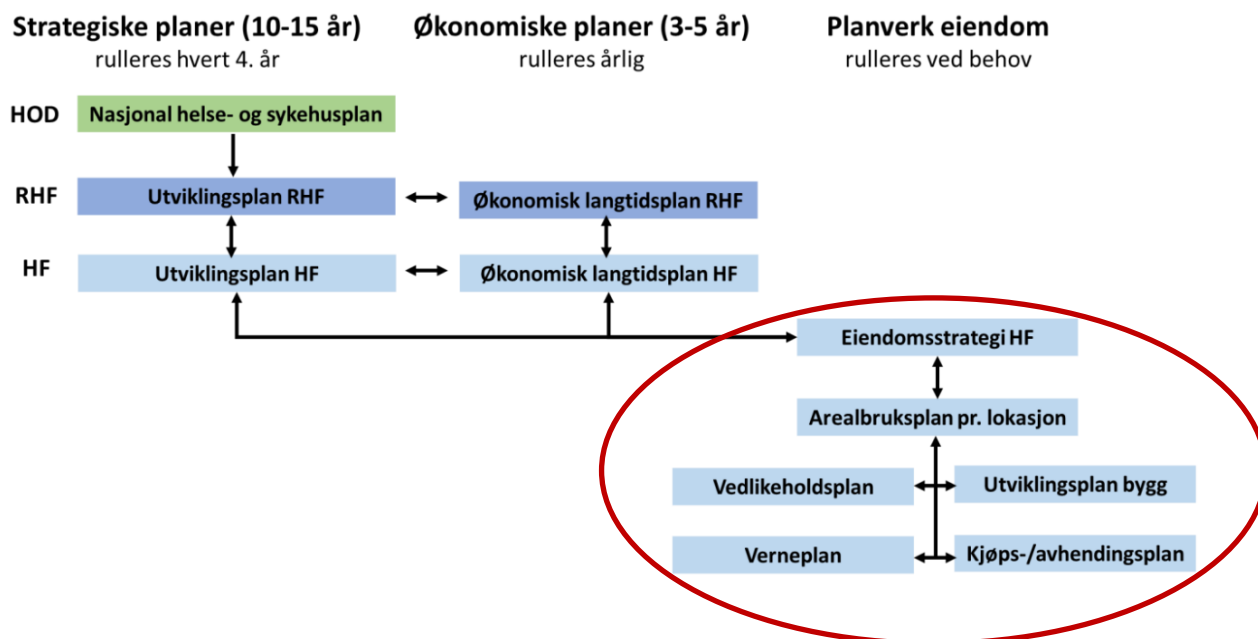
Særlig innenfor følgende:

- Organisasjon og ledelse
- Samhandling og oppgavedeling
- Kompetanse
- Teknologi og utstyr
- o Bygg

Målsettingen er et planhierarki med en indre sammenheng og konsistens, med utviklingsplanen og økonomisk langtidsplan som en overbygning som utfylles av andre planer innen områder der det er behov for det.

Bygg og eiendom er en av fem innsatsfaktorer for å nå felles formål i en utviklingsplan.

Hensikten med å utarbeide eiendoms-/arealbruksplaner er å angi en strategisk utviklingsretning for foretakets sin eiendomsmasse, og inngår i planhierarkiet på følgende måte:



Figur 1.2: Oversikt fra nasjonal veileder for utvikling av bygg og eiendom.

Styret i Vestre viken vedtok 23.09. 2019 en eiendomsstrategi som skal rulleres årlig i forbindelse med økonomisk langtidsplan.

For å komplettere planhierarkiet er det innenfor området bygg behøves det – som figuren over viser - arealbruksplaner, vedlikeholdsplaner, kjøps/avhendingsplaner og utviklingsplaner for alle bygg.

De fleste virksomhetsområdene i foretaket har nå fått utarbeidet komplette eiendomsplaner, og for sykehusnivået innenfor Psykisk helse og rus inngår slike planer som en del av Nytt sykehus.

For de av DPS-byggene som er vernet så foreligger verneplaner og forvaltningsplaner fra tidligere. Dette ble utarbeidet i forlengelse av arbeidet med landsverneplan for helsesektoren som ble gjennomført i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene, Forsvarsbygg og Riksantikvaren i et prosjekt som ble startet etter kongelig resolusjon i 2006.

Grunnet foreløpig usikkerhet omkring betydning av pågående store omlegginger i utforming av det psykiske helsetilbudet på DPS-nivå i foretaket, er det valgt å dele opp eiendomsplan for DPS-nivået i to deler. Del 1 er således avgrenset til å synliggjøre virksomhetenes fremskrevne arealbehov i 2035, samt å beskrive areal, brukbarhet og tilstand på de arealene som disponeres i dag.

I en Del 2 vil arealbruksplan, utviklingsplan - bygg eller kjøps/avhendingsplan kunne utvikles, slik som beskrevet i «Veileder for utvikling av bygg og eiendom».

2 Bakgrunn, hensikt og kort beskrivelse av prosjektet

Mandat for prosjektet ble vedtatt av administrerende direktør i Vestre Viken den 18. september 2019.

Prosjektet har tatt utgangspunkt i tre saker:

- Utviklingsplan for Vestre Viken, med hovedvekt på kapittel 7.1, overordnet eiendomsstrategi
- Styresak 37/2018, mandat for arbeid med strategiplan for Vestre Viken 2019-2022
- Styresak 37/2019, Eiendomsstrategi for Vestre Viken

Ved bygging av nytt sykehus i Drammen samlokaliseres hele sykehuspsykiatrien for voksne i Vestre Viken med dagens somatiske aktivitet ved Drammen sykehus, samt senger for rusbehandling (TSB) og barne- og ungdomspsykiatri (BUP).

Klinikk for psykisk helse og rus har i dag aktivitet på en rekke lokasjoner, og målet med prosjektet har vært å få samlet områdefunksjonene på færrest mulig funksjonelle lokasjoner. Dette for å dekke krav til mer effektiv drift og omstilling fra døgn til ambulerende og poliklinisk behandling.

Som hovedprinsipp for prosjektet skulle DPS samlokaliseres med somatikk der dette lot seg gjøre.

Det er 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)

Det er ikke utredet eller utarbeidet mulighetsstudier eller forslag til tiltak for utvikling av eiendommassen for å tilpasse den til kommende endring i virksomheten, for optimalisering av funksjonalitet, for samlokalisering eller for mer effektiv ressursbruk.

Alt dette er nødvendig for å kunne utarbeide en realistisk plan med tilhørende kostnadsbilde, og kan gjennomføres etter at denne rapporten er behandlet.

Utviklingsplaner og eiendomsplaner har et tidsperspektiv på 15 år, og det er derfor knyttet usikkerhet til arealberegningene gjort i rapporten. Det er brukt følgende nasjonale verktøy og databaser for beregning av arealbehov 2035:

- Klassifikasjonssystemet for helsebygg (Sykehusbygg HF)
- MultiMap (Multiconsult)
- Norsk pasientregister (Helsedirektoratet)
- Framskrivningsmodellen (Sykehusbygg HF)
- Standardromskatalogen (Sykehusbygg HF)

Som grunnlag for beregning av arealbehov er det lagt til grunn et driftskonsept med rene behandlingsrom, samt egne kontorplasser for behandlere. Det er i tillegg lagt inn arealer til

endrede driftsformer og nye tiltak, en betydelig buffer for å ivareta usikkerheten, samt en viss fleksibilitet.

Det vises her til følgende vedtak gjort i styringsgruppa den 29.10.19:

Som grunnlag for fremtidig arealbruk legges driftskonsept med rene behandlingsrom, samt kontorplasser for behandlere i landskap til grunn. Dette som et teoretisk grunnlag for å kunne dimensjonere framtidig arealbehov. Det tas med dette ikke stilling til hvilket romprogram som er mest funksjonelt eller hvordan byggene faktisk skal utformes innenfor disse arealene.

Dette betyr at utforming og funksjonalitet tas i det enkelte prosjekt.

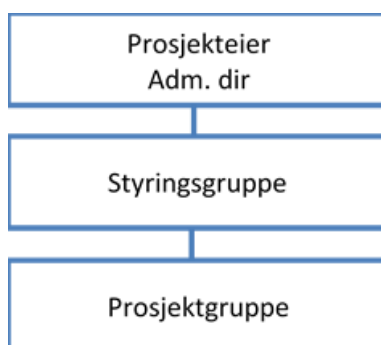
Når det gjelder beregning av utnyttelsesgrader er dette gjort i henhold til regional utviklingsplan 2035:

- Effektiv behandlingstid på 8 timer, 230 dager i året med 75 minutter konsultasjonstid for poliklinikk og 5 timer konsultasjonstid for dagbehandling
- For beregning av senger er følgende beleggsprosenter brukt:
- Døgnplasser for PHV for voksne 85 %
- Døgnplasser for PHV for barn og unge 75 %.
- Døgnplasser for TSB 80%

Denne rapporten behandler ikke sykehusnivået innen VOP, TSB og BUP. Dette er ivaretatt i prosjekteringen av nytt sykehus i Drammen (NSD), der somatikk og psykiatri samlokaliseres.

Til utarbeidelse av rapport har Multiconsult bidratt til analyse/ vurdering av eide og leide bygg, Sykehusbygg HF til å framskrive kapasitet, og LINK arkitektur til teoretisk beregning av areal.

Prosjektet har vært organisert på følgende måte:



Styringsgruppen har bestått av:

Navn	Rolle
Narve Furnes	Leder (klinikkdirektør KIS)
Kirsten Hørthe	Klinikkdirektør PHR
Halfdan Aass	Helsefaglig direktør
Mette Lise Lindblad	Økonomidirektør
Harald Baardseth	Foretakstillitsvalgt

Joan Sigrun Nygård	Foretakstillitsvalgt
¹ Anita H. Gommæs/ Nils Jørgen Aagaard -Gjestvang	Foretakshovedverneombud (HVO)

Prosjektgruppen har bestått av

Navn	Rolle
Tom D. Lybeck	Prosjektleder
Erik Johansen	Koordinator eiendomssiden
Eva Syversen	Prosjektstøtte/ sekretærfunksjon
Halstein Oskarsen	Avdelingssjef ARA
Heidi Taksrud	Avdelingssjef BUPA
Pål Dålstøl	Avdelingssjef Asker DPS
Camilla Rønning	Avdelingssjef Bærum DPS
Kent Håpnes	Avdelingssjef Ringerike DPS
Mona Grindrud	Avdelingssjef Kongsberg DPS
Margrete Nysterud	Avdelingssjef Drammen DPS

¹ Nils Jørgen Aagaard-Gjestvang overtok for Anita H. Gommæs fra og med høsten 2019.

3 Dagens virksomhet

Klinikk for psykisk helse og rus (PHR) har ansvar for tilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengighet. Klinikken gir behandling på DPS-nivå innenfor allmennpsykiatri for voksne (VOP), barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og rusbehandling (TSB).

3.1 Enheter, innhold og lokasjon

Tilbud på sykehusnivå gis på Blakstad i Asker kommune, men er i 2025 besluttet lagt til nytt sykehus i Drammen.

DPS

Med DPS (distriktpsikiatrisk senter) refereres i denne rapporten til hele den virksomheten i klinikk PHR som ikke er på sykehusnivå. De fem DPS - områdene ligger i Asker, Bærum, Drammen, Ringerike (inkl. HSS) og Kongsberg. DPS-områdenes virksomhet er igjen inndelt i de tre tilbudene VOP (voksenpsykiatri) TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) og BUP (barn- og ungdomspsykiatri). Disse har ansvar for akutt- og krisetjenester, spesialisert utredning og behandling, samt å etablere og sikre samhandling mellom kommune og øvrig spesialisthelsetjeneste.

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.
- 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 ett 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. Det er under etablering ett FACT team til.

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 og

diagnostikk knyttet til lidelser som har betydning for hjerne- atferds samspillet, som nevroutviklingsforstyrrelser 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 døgnseksjon (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 135 brutto årsverk.

Bærum DPS består av følgende enheter fordelt på to lokasjoner:

- Døgnseksjonen, 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.

Døgnseksjonen har 19 senger.

Totalt er det 142 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
- Døgnseksjonen 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 her et omfattende gruppeterapitilbud, fortiden 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.

Døgnseksjonen Konnerud har 19 senger.

Totalt er det 160 bruttoårsverk i Drammen DPS. I 2022 økes bemanningen med 4 årsverk (gjennom bevilgning i revidert nasjonalbudsjett).

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 93.

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.

Brutto årsverk i avdelingen er 105.

BUP

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP) 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, Sopolimskroken 14, Slependen (døgn)

- Seksjon for utredning, Valbrottvn 17, Drammen (døgn)
- Seksjon for nevropsykiatri, Valbrottvn 17, Drammen (Skal inn i NSD)
- Seksjon for akutt og spiseforstyrrelser, Valbrottvn 23, Drammen (døgn)
 - Ressursteam, Valbrottveien 17 (pol)
 - Enhet for akutt, Valbrottveien 23 (døgn og pol)
 - Enhet for spiseforstyrrelser, dr Høstvei, Drammen (døgn). Foreløpig «bosted» og skal flytte i løpet av 2021 / 22. Sted er ikke avklart ennå

BUP 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.

BUP etablerer nå 6 FACT ung team opp mot poliklinikkene i 2022.

I de lokale BUP'ene er det totalt 198 brutto årsverk.

Døgn delen av områdeseksjonene er planlagt inn i nytt sykehus i Drammen i 2025. I dag er døgn delen organisert slik:

Seksjon for akutt og spiseforstyrrelser: 7 akutt og 5 spis, akutt ø-hjelps poliklinikk, og intensivpoliklinikk for spis og ressursteam

Seksjon for utredning: 4 døgnplasser og ambulant psykoseteam

Seksjon for behandling: 5-6 døgnplasser, ambulant behandlingsteam og DBT-team.

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, Gjettem
- 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 ruller 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.

3.2 Opptakskommuner

Fra og med 01.01.2020 er flere av kommunene slått seg sammen. Blant annet er Asker, Hurum og Røyken slått sammen til Asker kommune, Drammen, Nedre Eiker og Svelvik er nå Drammen kommune, og Sande er blitt en del av Holmestrand kommune i Vestfold og Telemark fylkeskommune, men skal fortsatt være i opptaksområdet til Vestre Viken.

Antall kommuner er redusert fra 26 ned til 22 kommuner, men opptaksområdet er i praksis det samme. Følgende 22 kommuner er i opptaksområdet til Psykisk helse og rus fra og med 1. januar 2020:

1. Asker (inkludert tidligere Røyken og Hurum)
2. Bærum
3. Drammen (inkludert tidl. N. Eiker og Svelvik)
4. Lier
5. Holmestrand, herunder kun tidligere Sande
6. Øvre Eiker
7. Kongsberg
8. Sigdal
9. Flesberg
10. Rollag
11. Nore og Uvdal
12. Ringerike
13. Hole
14. Modum
15. Krødsherad
16. Flå
17. Nes
18. Gol
19. Ål
20. Hol
21. Hemsedal
22. Jevnaker

4 Eiendomsplaner - metode

Nasjonal veileder for utvikling av bygg og eiendom inneholder en gjennomarbeidet metodikk for strukturering av bygningsmessige virkemidler.

Det handler om analyse og dimensjonering av virksomhetens framtidige arealbehov, og om tilpassing og utvikling av eiendomsmassen gjennom tiltak innenfor følgende kategorier:

- Vedlikehold
- Oppgradering
- Nybygg
- Vern
- Avhending
- Ompakking/ rokader og andre tiltak rettet mot arealbruk

Denne rapporten er ikke en fullstendig eiendomsplan, men er begrenset til to elementer.

- Det ene er analyse og dimensjonering av eiendomsbehov i 2035 basert på framskrivning av dagens aktivitet etter «sykehusbyggmodellen, og med tillegg av skjønnsmessig anslått arealbehov for nye behandlingstilbud som det derfor ikke finnes basisaktivitet for å framskrive.
- Det andre er en analyse av teknisk tilstand, brukbarhet og tilpasningsdyktighet for dagens eiendomsmasse, med et kostnadsanslag for innhenting av vedlikeholdsetterslep, slik at nivået på teknisk tilstand av eiendomsmassen blir i tråd med eiers krav.

Det betyr det at der ikke er foreslått konkrete bygningsmessige tiltak for arealoptimalisering eller strategisk samlokalisering av DPS og somatikk. Det er kun vurdert, beskrevet og kostnadsberegnet vedlikeholdstiltak for å føre eksisterende bygg opp til en tilstandsgrad på 1,0. Dette nivået ansees som optimalt for eiendomsforvaltning når målet er at brukerne skal disponere best mulige arealer til lavest mulige kostnader – sett i et livsløpsperspektiv.

En fullstendig plan med tiltakspakker satt sammen til en eiendomsutviklingsplan for PHR vil i tillegg til det som her er beskrevet også måtte inneholde forslag til oppgradering av bygg, nybygg, vernetiltak, avhending og ompakking/rokader og andre tiltak rettet mot arealbruk. Først da vil det være grunnlag for å estimere de framtidige eiendoms kostnader som er nødvendige for å levere det planlagte behandlingstilbudet.

Dette vil også muliggjøre strategiske vurderinger og valg i forhold til strukturering av bygningsmessige virkemidler, samt gi grunnlag for beregning av realistiske netto årlige eiendoms kostnader for planperioden.

5 Dagens bygg

5.1 Generell beskrivelse av porteføljens eide og leide bygg

Virksomhetene har i dag tilhold i både eide og leide bygg. Til sammen benyttes 50921 m² BTA (brutto areal) til DPS-nivået i klinikk PHR. Dette kapitlet inneholder detaljerte analyser av

teknisk tilstand, funksjonell egnethet og tilpasningsdyktighet i eide bygg, og generelle beskrivelser av egnethet, kapasitet og endringsmuligheter i leide bygg. Beskrivelsene er så langt som mulig sortert etter hvilke organisatoriske enheter som byggene forutsettes å skulle betjene i 2035.

Tabellen under viser en overordnet oversikt over de eide byggene i porteføljen. Totalt brukes 41736 m² BTA i eide bygg.

Tilhørighet/ Virksomhet	Lokasjon	Teknisk tilstand	Tilpasnings dyktighet	Funksjonell egnethet	Kapasitet sengerom	Areal BTA
Asker DPS	Hvalstadåsen 6	1,19	2,43	2,00	10	771
Asker DPS	Sikta	1,60	2,39	1,68	27	2263
Bærum DPS	Dr. Høsts vei Hovedbygg	1,33	1,55	1,80	17	2846
Bærum DPS	Dr. Høsts vei Internatbygg	1,46	1,70	1,50	38	1976
Drammen DPS	Thorsberg Hovedbygning	0,43	1,31	1,24	16	1996
Drammen DPS	Thorsberg tilbygg	0,00	1,11	1,00	7	1000
Kongsberg DPS	DPS Kongsberg	0,93	1,66	1,50	21	4192
Ringerike DPS (Inkl. HSS)	PA-bygg HSS	1,07	1,58	1,24	18	1477
Ringerike DPS (Inkl. HSS)	DPS Ringerike	0,93	1,30	1,00	-	1609
Ringerike DPS (Inkl. HSS)	Røysetoppen Ringerike	1,64	2,02	1,93	24	4559
BUP	Bjerketun Granum	1,91	2,61	2,79	10	1002
BUP	Bjerketun Skogstua	1,66	2,60	3,00	7	507
BUP	Bjerketun Tunet	2,17	2,85	2,61	-	528
BUP	Bjerketun Borgen	1,60	2,43	2,56	-	1675
BUP	Rådhusgata 33	0,99	1,33	1,63	-	2738
BUP	Valbrottveien 17	1,56	1,28	1,38	4	2304
BUP	Valbrottveien 23	1,60	2,41	1,89	3	1088
BUP	Valbrottveien 25	1,18	2,88	2,36	4	1169
BUP	BUP Kongsberg	1,3	2,49	2,17	-	1839
BUP	Arnegårdsveien 5	1,84	2,72	2,38	-	1133
BUP	Hallingdal Sjukestugu Psyk.poliklinikk	1,07	2,16	1,25	-	388
TSB	Bygg 103	2,01	Ikke kartlagt	Ikke kartlagt	13	1308
TSB	Hauges gate 89A	1,05	1,96	1,28	18	2780
TSB	Thorsberg Paviljong	0,34	1,28	1,00	12	588

Tabell 5.1.1 Oversikt eide bygg

I tillegg til eide bygninger, leier Vestre Viken 9185 m² BTA i følgende lokaler:

Tilhørighet i virksomheten	Adresse/lokasjon	Areal BTA	Tilpasningsdyktighet	Funksjonell egnethet	Leieavtalens utløp/avtaleforhold	Kapasitet poliklinikkrom (2019)	Kapasitetsbehov 2035	Kostnad per år (mill.kr)
Asker DPS	Kulturhuset, Asker. 6. etg., Strøket 15A	2410	God	God	31.12.2023	48	21	6,3
Asker BUP	Kulturhuset, Asker. 5. etg, Strøket 15A		God	God	31.12.2023	41	13	
Asker DPS	Skysstasjonen, Asker	875	God	God	28.02.2024	14	Inkl. i tall for Kulturhuset	2,5
Drammen DPS	Øvre Strandgt 2, Drammen	2900	God	God	31.12.2023	70	26	7,3
Bærum DPS	Hamangskogen 60	3000	God	God	31.12.2026	88	25	7,5

Tabell 5.1.2 Oversikt leide bygg

5.2 Kartlegging av dagens tilstand – eide bygg

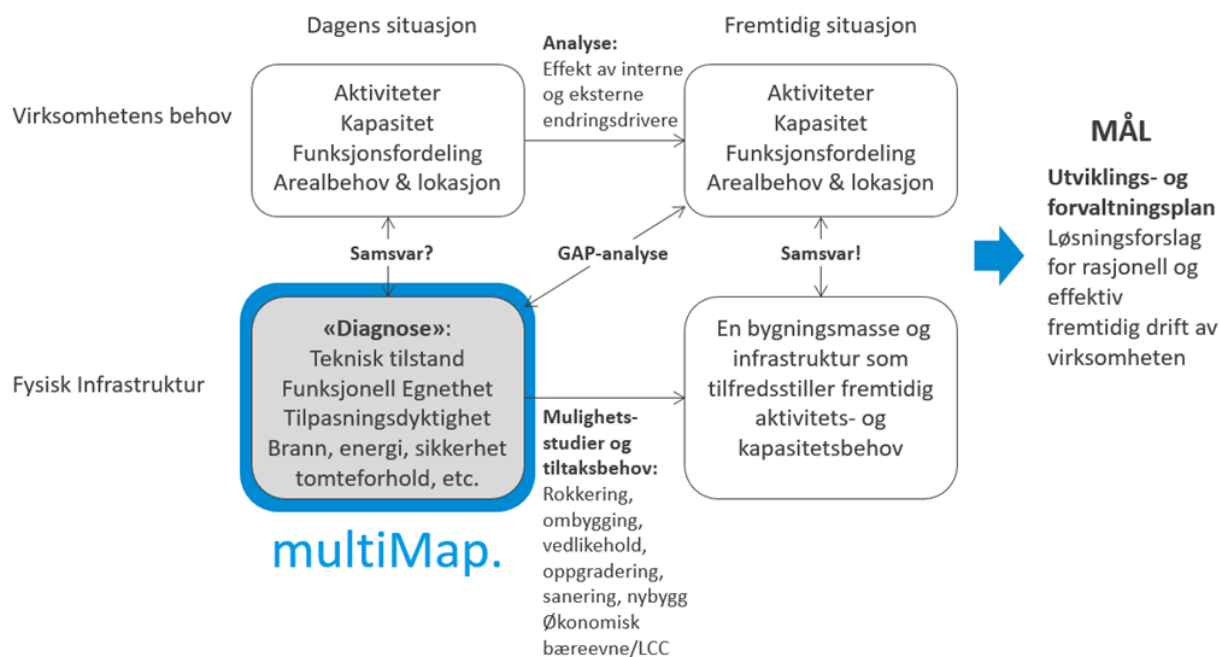
Ved hjelp av kartleggingsverktøyet *multiMap* har Vestre Viken kartlagt dagens situasjon for eide bygg som rommer virksomheten.

Gjennom arbeidet har følgende blitt kartlagt:

- Teknisk tilstand
- Tilpasningsdyktighet
- Funksjonell egnethet

Disse tre dimensjonene gir et grunnlag for vurdering av levedyktigheten til bygningene, noe som er sentralt i et utviklings- og forvaltningsperspektiv.

Figuren under viser sammenhengen mellom virksomhetens behov og fysisk infrastruktur med hensyn til dagens og fremtidig situasjon.



Kilde: Multiconsult

Figur 5.1.1 Sammenheng mellom virksomhetens behov og fysisk infrastruktur, kilde: Multiconsult

Ved hjelp av prognosering av virksomhetens fremtidige behov og kartlegging av dagens situasjon kan man kartlegge gapet og planlegge utviklingen av eiendommene slik at de tilfredsstillende kjernevirksomhetens fremtidige behov.

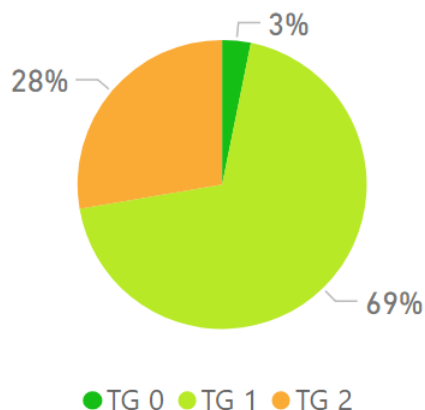
En forventet effekt av normal eiendomsforvaltning er når eldre ukurante bygg erstattes med nybygg faller arealvektet alder i porteføljen midlertidig. I et lengre tidsperspektiv kan et fokus på bærekraftig eiendomsforvaltning føre til økt arealvektet alder ved at bygningsmasses levetid forlenges, og i perioder med endringer i det underliggende behovet for eiendom kan alderen reduseres. Teknologisk utvikling kan for sykehus endre behov for- og type areal.

5.2.1 Teknisk tilstandsgrad (TG) – eide bygg

Ved kartlegging av bygningenes tekniske tilstand er prinsippene nedfelt i *Norsk Standard 3424 «Tilstandsanalyse av byggverk»* lagt til grunn. I kartleggingen er tilstandsgrader registrert for i alt 18 grupperinger av bygningsdeler (omtalt som bygningskomponenter) per etasje. Den vektete tekniske tilstandsgraden avrundes på en slik måte at:

	TG 0: 0 – 0,74	Meget god
	TG 1: 0,75 – 1,49	God/Tilfredsstillende
	TG 2: 1,5 – 2,24	Utilfredsstillende
	TG 3: 2,25 – 3,0	Dårlig/Meget dårlig

Samlet vektet teknisk tilstandsgrad for psykiatribyggene er 1,3. Figuren under viser fordeling i avrundede tilstandsgrader for hele porteføljen.

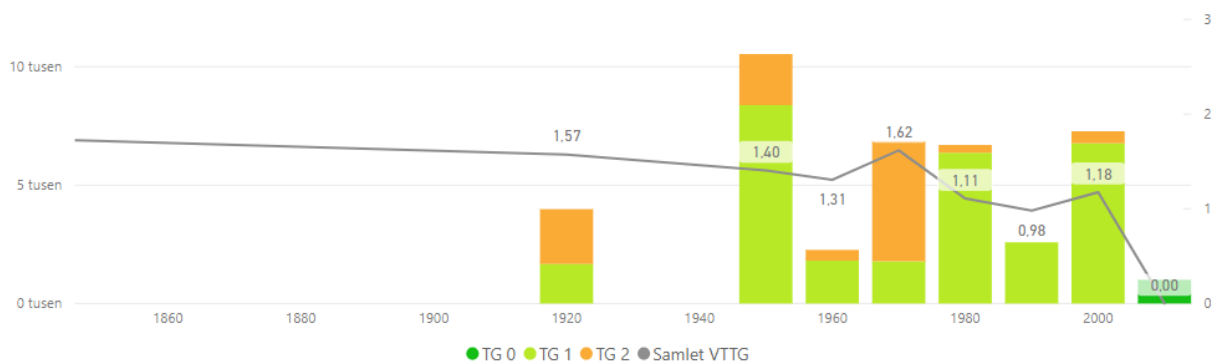


Figur 5.2.1.1: Fordeling tilstandsgrad for hele eiendomsporteføljen

72% av porteføljen har god eller tilfredsstillende tilstandsgrad. Ca. 28% av bygningsmassen har avrundet tilstandsgrad TG 2 som tilsvarer en vektet tilstandsgrad mellom 1,50-2,25.

I store porteføljer vil det alltid være bygningsmasse med behov for utskiftinger etter slitasje og utløp av komponenters levetid. Det vil si at det er normalt å ha noe bygningsmasse i TG 2 grunnet bygningsmassens og de tekniske komponenters levetid. Denne naturlige andelen er vanskelig å anslå, og er ulik for hver portefølje. Andelen av bygningsmasse i TG 2 for Vestre Viken er fortsatt å anse som noe under snittet da gjennomsnittet for våre erfaringstall ligger på omtrent 30%. Det kreves likevel en individuell bygningsvurdering for å si om bygningsmasse er i TG 2 grunnet et vedlikeholdsetterslep eller naturlig livssyklus.

Figuren under illustrerer bygningsmassens oppføringstidspunkt per tiår (etter 1850), samt bygningsmassens samlede vektet tilstandsgrad (VTTG) og bygningsmassens avrundede TG.



Figur 5.2.1.2: Bygningsmassens oppføringstidspunkt per tiår, samlet vektet tilstandsgrad og avrundet TG

Over 70% av bygningsmassen er oppført i tidsperioden fram til og med 1980-tallet. Det er naturlig at bygningene har behov for større oppgraderinger og utskiftninger etter 25-30 år og 40-50 år, noe som vil være tilfellet nå for bygningsmassen oppført rundt 60-, 70- og 80-tallet. Bygninger oppført rundt 2010 er fremdeles å anse som nybygg og er den andelen av bygningsmassen med best tilstand.

5.2.2 Teknisk oppgraderingsbehov – eide bygg

Ettersom bygningsmassen til Vestre Viken for psykiatrisk virksomhet ikke er jevnt fordelt på byggeår vil dette medføre store svingninger og variasjoner i investeringsbehov til oppgraderinger og utskiftninger. Generelt ser vi at det må påregnes store investeringsbeløp når byggene er ca. 25-30 år gamle ettersom flere av de tekniske anleggene (VVS og elkraft er drivende) når sin levetid, og igjen når byggene er ca. 40-50 år av samme årsak, men da også med bygningsmessige komponenter. For bygningsmassen fra 50-, 60- og 70-tallet, som i dag er avrundet til TG 2, vil det derfor være naturlig å beregne investeringer i kommende 10-års periode dersom disse skal forbli i porteføljen. Kartleggingen viser også at investeringsbehovet på kort sikt er lavt. Porteføljen har få akutte behov med TG3. Tatt porteføljens alder i betraktning, tyder dette på godt vedlikehold eller nylige investeringer i totalrehabiliteringer eller oppgraderinger.

Teknisk oppgraderingsbehov for Vestre Vikens psykiatribygg er i denne rapporten analysert etter prisnivå for juni 2019. Det er estimert til ca. 187 millioner kroner, eller ca. 4483 kr/m².

I følge SSB's byggekostnadsindeks har det vært 7,5 % prisstigning fra juni 2019 til juni 2021, noe som betyr at samlet kostnad da blir 201 millioner kroner.

Bygningstypene som står for den størst andelen av totalt areal er også naturlig nok bygningstypene med det største oppgraderingsbehovet. Fra tabellen under ser vi at det er spesielt komponentene innen bygg og VVS som driver oppgraderingsbehovet til Vestre Viken sine psykiatribygg. Selv om komponentene innen bygg samlet sett har en tilfredsstillende tilstandsgrad i porteføljen, er dette komponenter som er svært kostnadsdrivende relativt til de andre komponentene.

Hovedkomponent	Samlet VTTG	Behov 0-5 år	Behov 5-10 år	Behov samlet
2. Bygg	1,29	4 400 000	76 100 000	80 500 000
3. VVS	1,51	0	60 100 000	60 100 000
4. Elkraft	1,23	0	19 600 000	19 600 000
5. Tele og Auto	1,03	0	8 400 000	8 400 000
6. Andre inst.	0,79	0	7 000 000	7 000 000
7. Utendørs	1,56	1 300 000	10 300 000	11 600 000
Totalt	1,30	5 600 000	181 500 000	187 100 000

Tabell 5.2.2.1: Oppgraderingsbehov per hovedkomponent

For å opprettholde «status quo» i forhold til det estimerte tekniske oppgraderingsbehovet over tid, forutsetter det at dagens tilstand opprettholdes tilnærmet lik i perioden og ikke forringes ytterligere. Dersom bygningene ikke er gjenstand for tilstrekkelig vedlikehold, vil dette over tid gi et større oppgraderingsbehov enn hva som er estimert her. Vedlikeholdsetterslep vokser gjerne eksponentielt, da mindre feil kan føre til hurtigere forringelse av andre komponenter. Oppgraderingsbehovet er her beregnet på komponentnivå. Det vil si at totalrehabilitering ikke beregnes med mindre alle komponenter har dårlig tilstand.

Ringerike Sykehus og Bjerketun har det største oppgraderingsbehovet, og dårligst tilstand på sine bygninger. Disse lokasjonene har også et høyt oppgraderingsbehov per kvadratmeter i forhold til de andre lokasjonene i porteføljen. Lokasjonene Thorsberg og Rådhusgata 33 har best samlet tilstandsgrad og det laveste oppgraderingsbehovet per kvadratmeter.

5.2.3 Tilpasningsdyktighet (TPD) – eide bygg

Med bygningsmessig tilpasningsdyktighet menes de egenskaper bygningen har til å endre planløsning (fleksibilitet), endre bruk til annen funksjon (generalitet) eller mulighet til utvidelse (elastisitet). Tabellen under viser tilpasningsdyktigheten for ulike psykiatribygninger i Vestre Viken.

Den totale tilpasningsdyktighetsgraden for psykiatribyggene i Vestre Viken ligger på 1,89. Dette tyder på at bygningsmassen generelt sett består av rigide bygninger med begrensede muligheter for ombygginger og endringer. Samtlige bygninger fra 60-tallet og før, med unntak av hovedbygget i Dr. Høstsvei og Hauges gate 89A, har tilpasningsdyktighetsgrad over 2,39.

Grad av tilpasningsdyktighet er en uvesentlig faktor for et bygg, hvis bygget er egnet for funksjonen som skal drives i bygget. Tilpasningsdyktighet blir et viktig element først når bygget skal endres for å imøtekomme nye krav og funksjoner. Dermed må grad av tilpasningsdyktighet sees i sammenheng med byggets egnethet.

Bygg	Første Lokasjon	TPD Samlet TG
Tilbygg	Thorsberg	1,11
Paviljong	Thorsberg	1,28
Valbrottveien 17	Valbrottveien 17	1,28
DPS	Ringerike sykehus	1,30
Hovedbygning	Thorsberg	1,31
Rådhusgata 33	Rådhusgata 33	1,33
Hovedbygg	Dr. Høsts vei	1,55
PA-bygg	Hallingdal sjukestugu	1,58
DPS Kon	Kongsberg	1,66
Internatbygg	Dr. Høsts vei	1,70
Haugesgate 89 A	Haugesgate 89A	1,96
Røysetoppen	Ringerike sykehus	2,02
Psyk. pol	Hallingdal sjukestugu	2,16
Sikta	Sikta	2,39
Valbrottveien 23	Valbrottveien 23/25	2,41
Hvalstadåsen	Hvalstadåsen 6	2,43
Borgen	Bjerketun	2,43
BUP Kon - sørfløy	Kongsberg	2,49
BUP Kon - nordfløy	Kongsberg	2,49
Skogstua	Bjerketun	2,60
Granum	Bjerketun	2,61
Arnegårdsveien 5	Ringerike sykehus	2,72
Tunet	Bjerketun	2,85
Valbrottveien 25	Valbrottveien 23/25	2,88
Totalt	Bjerketun	1,89

Figur 5.2.3.1 Tilpasningsdyktighet eide bygg

5.2.4 Funksjonell egnethet (FE) – eide bygg

Bygg og eiendommer er et virkemiddel for at organisasjonen skal kunne oppnå sine mål. Med funksjonell egnethet menes i hvilken grad ønskede helsetjenester, eller andre aktiviteter, kan leveres i de eksisterende lokaler med tilstrekkelig kvalitet og på en ressurseffektiv måte, og med tilfredsstillende forhold for de som oppholder seg i lokalene. Tabellen under viser oversikt over grad av funksjonell egnethet for bygningene i porteføljen.

Bygg	Første Lokasjon	FE Samlet TG
DPS	Ringerike sykehus	1,00
Paviljong	Thorsberg	1,00
Tilbygg	Thorsberg	1,00
PA-bygg	Hallingdal sjukestugu	1,24
Hovedbygning	Thorsberg	1,24
Psyk. pol	Hallingdal sjukestugu	1,25
Haugesgate 89 A	Haugesgate 89A	1,28
Valbrottveien 17	Valbrottveien 17	1,38
DPS Kon	Kongsberg	1,50
Internatbygg	Dr. Høsts vei	1,50
Rådhusgata 33	Rådhusgata 33	1,63
Sikta	Sikta	1,68
Hovedbygg	Dr. Høsts vei	1,80
Valbrottveien 23	Valbrottveien 23/25	1,89
Røysetoppen	Ringerike sykehus	1,93
Hvalstadåsen	Hvalstadåsen 6	2,00
BUP Kon - nordfløy	Kongsberg	2,17
BUP Kon - sørfløy	Kongsberg	2,17
Valbrottveien 25	Valbrottveien 23/25	2,36
Arnegårdsveien 5	Ringerike sykehus	2,38
Borgen	Bjerketun	2,56
Tunet	Bjerketun	2,61
Granum	Bjerketun	2,79
Skogstua	Bjerketun	3,00
Totalt	Bjerketun	1,70

Figur 5.2.4.1 Funksjonell egnethet eide bygg

Som det fremgår av tabellen, er den totale egnethetsgraden for porteføljen 1,7. Spredningen i egnethetsgraden er stor og varierer fra 1 (Thorsberg og Ringerike DPS) som tyder på godt egnede bygg til 3 (Skogstua på Bjerketun) som er svært uegnet for funksjonen som drives i bygget.

I likhet med det som ble observert i forrige kapittel (tilpasningsdyktighet), er det hovedsakelig eldre bygninger som er vurdert til å være uegnet for virksomheten. Med unntak av Hauges gate 89A, har samtlige bygninger fra før 60-tallet en egnethetsgrad som karakteriseres som dårlig eller ikke tilfredsstillende. I motsatt tilfelle er det kun skogstua på Bjerketun som har dårlig egnethet blant bygg som er bygget på 60-tallet eller senere.

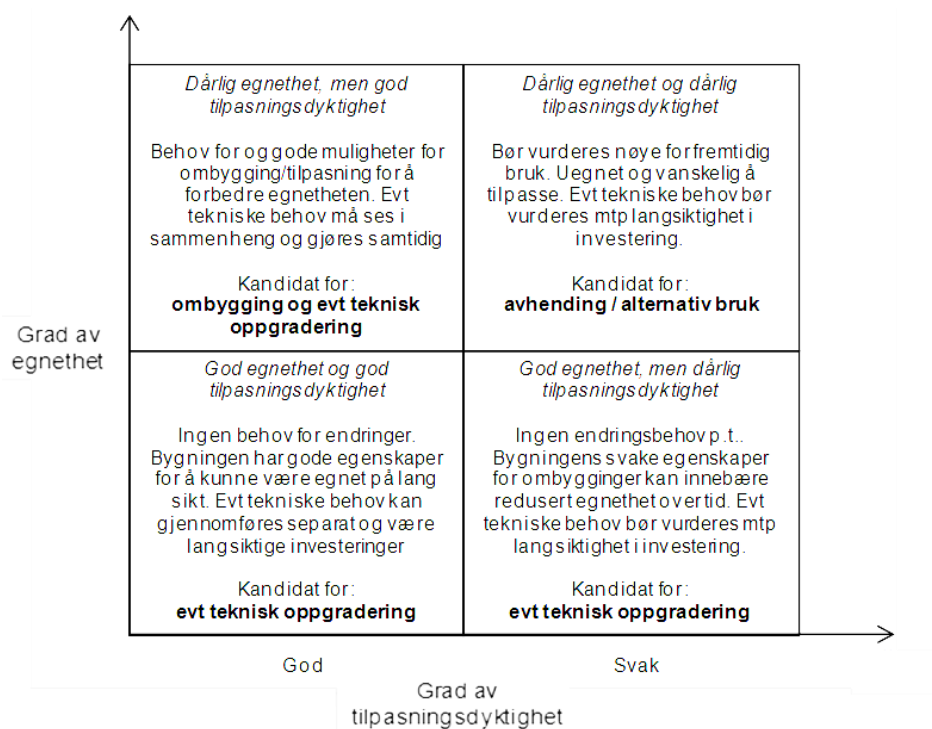
Samtlige bygg på lokasjon Bjerketun viser dårlig egnethet for funksjonen som drives i byggene. Valbrottveien 23 er det eneste bygget som ikke har tilfredsstillende egnethet av bygninger som er bygget i 1989 eller senere.

5.2.5 Levedyktighet – eide bygg

Funksjonell egnethet og tilpasningsdyktighet bør ses i sammenheng for å kunne mene noe om strategien for videre satsning på bygningene. I tillegg er det viktig å se levedyktigheten i sammenheng med behov for teknisk oppgradering siden for eksempel ombygginger kan i mange tilfeller gjennomføres sammen med teknisk oppgradering av bygget.

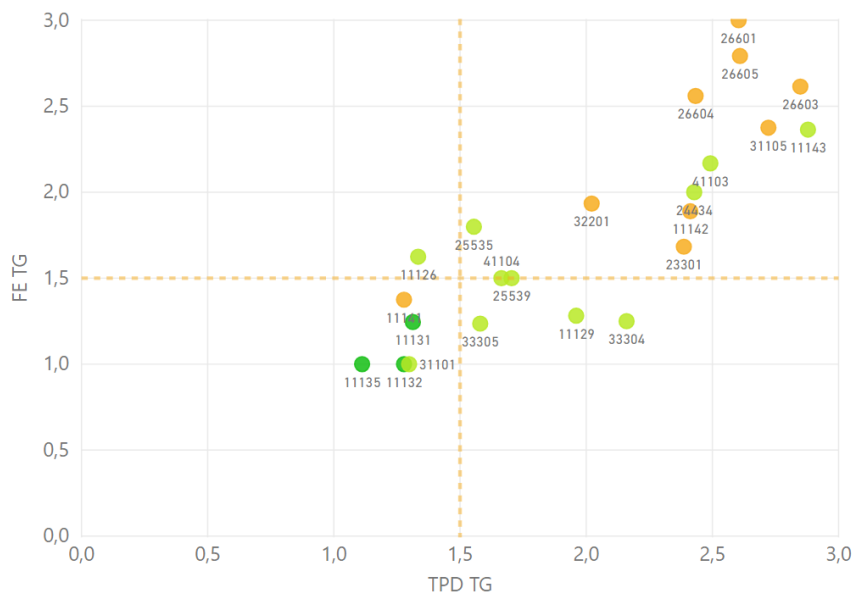
Bygninger med dårlig egnethet betyr ineffektiv drift. Dersom bygningene innehar fysiske egenskaper som tilsier god tilpasningsdyktighet, ligger forholdene til rette for å utbedre (bygge om) lokalene slik at disse blir funksjonelle. En slik ombygging bør naturligvis ses i sammenheng med øvrig oppgradering/vedlikehold.

Kombinasjonen av funksjonell egnethet og tilpasningsdyktighet gir følgelig grunnlag for å vurdere byggets «levedyktighet», dvs. hvilke bygninger som har størst mulighet til å være ” gode, funksjonelle bygg” på lang sikt, og følgelig hvor det vil være mest fordelaktig og langsiktig å foreta investeringer. Figuren under viser en generell karakteristik av ulike kombinasjoner av egnethet og tilpasningsdyktighet.



Figur 5.2.5.1 Ulike kombinasjoner av egnethet og tilpasningsdyktighet

Basert på denne modellen har det blitt utviklet en levedyktighetsgraf for psykiatribyggene i porteføljen til Vestre Viken. Figuren under viser sammenhengen mellom funksjonell egnethet (FE) og tilpasningsdyktighet (TPD) for psykiatribygningene i Vestre Viken sin portefølje. Fargen på sirklene viser bygningens tekniske tilstand på en fargeskala som ble nærmere beskrevet i kapittel 5.3. Figur 5.2.5.3 viser en oversikt over bygg-id til det enkelte bygg.



Figur 5.2.5.2: Sammenheng funksjonell egnethet (FE) og tilpasningsdyktighet (TPD)

Valbrottveien 23/25	11142
Valbrottveien 25	11143
Valbrottveien 23	11142
Valbrottveien 17	11141
Valbrottveien 17	11141
Thorsberg	11131
Tilbygg	11135
Paviljong	11132
Hovedbygning	11131
Sikta	23301
Sikta	23301
Ringerike sykehus	31101
Røysetoppen	32201
DPS	31101
Arnegårdsveien 5	31105
Rådhusgata 33	11126
Rådhusgata 33	11126
Kongsberg	41103
DPS Kon	41104
BUP Kon - sørfløy	41103
BUP Kon - nordfløy	41103
Hvalstadåsen 6	24434
Hvalstadåsen	24434
Haugesgate 89A	11129
Haugesgate 89 A	11129
Hallingdal sjukestugu	33304
Psyk. pol	33304
PA-bygg	33305
Dr. Høsts vei	25535
Internatbygg	25539
Hovedbygg	25535
Bjerketun	26601
Tunet	26603
Skogstua	26601
Granum	26605
Borgen	26604

Figur 5.2.5.3: Bygg-id per bygg

Figuren viser at samtlige av byggene på lokasjonen Bjerketun ligger ytterst på det øverste høyrehjørnet av levedyktighetsmodellen. Dette betyr at byggene er dårlig egnet til dagens bruk, mangler tilpasningsdyktighet og har dårlig teknisk tilstand. I henhold til levedyktighetsmodellen er disse byggene kandidater for avhending. Alternativ bruk kan også vurderes, men dette må sees i sammenheng med kostnader knyttet til teknisk oppgradering av byggene.

Selv om de fleste byggene i porteføljen havner i kvadranten øverst til høyre i modellen, betyr ikke dette at samtlige av disse er kandidater til avhending. Flere av byggene har god teknisk tilstand, noe som betyr at de kan brukes videre dersom man benytter bygget til andre funksjoner som byggene er mer egnet til.

I forhold til om bygg skal utvikles eller avhendes vil også strategiske vurderinger, slik det for eksempel er gjort i foretakets utviklingsplan, spille inn. Der er det beskrevet at det skal søkes å samle virksomheten nær sykehusområdene.

5.3 Kartlegging dagens tilstand - leide areal

Ansvar for vedlikehold og oppgradering av leide bygg er som regel hos gårdeier og reguleres gjennom kontraktens bestemmelser for hvert bygg. Dermed har ikke den tekniske tilstanden til leide bygninger blitt kartlagt. I dette kapittelet vil kapasiteten til de leide byggene og kontraktsmessige forhold for byggene bli presentert. I tillegg er det gjennomført en kvalitativ vurdering av den funksjonelle egnetheten til de leide byggene, samt en levedyktighetsvurdering av disse basert på elementer som egnethet, teknisk tilstand, kapasitet og behov.

5.3.1 Kapasitet og funksjonell egnethet - leide areal

Den funksjonelle egnetheten til de leide byggene er gjennomgående god. Byggene er både egnet til dagens bruk og har tilfredsstillende tilpasningsdyktighet dersom det blir behov for ombygginger på grunn av endrede behov. Behovet for kapasitet i leide bygg vil være lavere enn det kapasiteten er i dag som følge av videre satsning på utbygging og utvikling av eide bygg.

5.3.2 Kontraktsmessige forhold - leide areal

Byggene ved Kulturhuset i Asker ved Asker DPS har leiekontrakt ut 2023. Det samme gjelder for Øvre Strandgate i Drammen, som tilhører Drammen DPS. Leieavtalen til Skysstasjonen ved Asker DPS er ut februar 2024, mens avtalen for Bærum DPS ved Hamangskogen utgår i 2026.

Tilhørighet i virksomheten	Adresse/ lokasjon	Brutto Areal	Leieavtalens utløp/ avtaleforhold
Asker DPS	Kulturhuset, Asker. 6 etg, Strøket 15A	2410	31.12.2023
Asker BUP	Kulturhuset, Asker. 5. etg, Strøket 15A		31.12.2023
Asker DPS	Skysstasjonen, Asker	875	28.02.2024
Drammen DPS	Øvre Strandgt 2, Drammen	2900	31.12.2023
Bærum DPS	Hamangskogen 60, Sandvika	3000	31.12.2026

Tabell 5.3.2.1: Leide lokaler

5.3.3 Levedyktighetsvurdering – leide areal

De leide byggene har både god tilpasningsdyktighet og god egnethet. Forutsatt at gårdeier overholder sine forpliktelser knyttet til teknisk tilstand av byggene kan samtlige leide bygninger brukes videre dersom behovet tilsier det.

5.4 Dagens situasjon per DPS, BUP og TSB

Psykiatribehandling innen DPS, BUP og TSB i Vestre Viken er fordelt på fem ulike områder: Kongsberg, Drammen, Asker, Bærum og Ringerike inkl. HSS. I dette delkapittelet oppsummeres dagens situasjon for hvert område med hensyn til bygningenes tekniske tilstand, funksjonell egnethet, tilpasningsdyktighet og kapasitet.

Tabell 5.4.1 Dagens kapasitet behandling- og sengerom.

Enhet	Kapasitet	
	Konsultasjons-rom	Senger
Asker DPS		
Dag- og poliklinikk VOP og TSB	62	
Sum Dag- og poliklinikk. Arealstd 56,5 kvm/beh.rom. B/N =1,7	62	
Døgntilbud VOP. Arealstandard 40 kvm/seng		37
Asker BUP		
Dag- og poliklinikk. Arealstd 56 kvm/beh.rom	48	
Bærum DPS		
Dag- og poliklinikk VOP og TSB	25	
Sum Dag- og poliklinikk	25	
Døgntilbud VOP. Arealstandard 40 kvm/seng		55
Døgntilbud TSB		13
Bærum BUP		
Dag- og poliklinikk	28	
Drammen DPS		
Dag- og poliklinikk VOP	86	
Dag- og poliklinikk TSB	20	
Sum Dag- og poliklinikk	106	
Døgntilbud VOP. Arealstandard 40 kvm/seng		30
Døgntilbud TSB		29
Drammen BUP		
Dag- og poliklinikk	90	
Kongsberg DPS*		
Dag- og poliklinikk VOP og TSB	51	
Sum Dag- og poliklinikk	51	
Døgntilbud VOP. Arealstandard 40 kvm/seng		7
Døgntilbud TSB		
Kongsberg BUP		
Dag- og poliklinikk	27	
*Kongsberg benytter 16 sengerom til behandler rom		
Ringerike DPS		
Dag- og poliklinikk VOP og TSB	42	
Sum Dag- og poliklinikk Ringerike sykehus VOP og TSB	36	
Dag- og poliklinikk VOP på Hallingdal sjukestugu	15	
Døgntilbud VOP		15
Døgntilbud TSB		
Ringerike BUP		
Dag- og poliklinikk på Hallingdal sjukestugu	8	
Dag- og poliklinikk på Ringerike	26	

5.4.1 Asker DPS - område

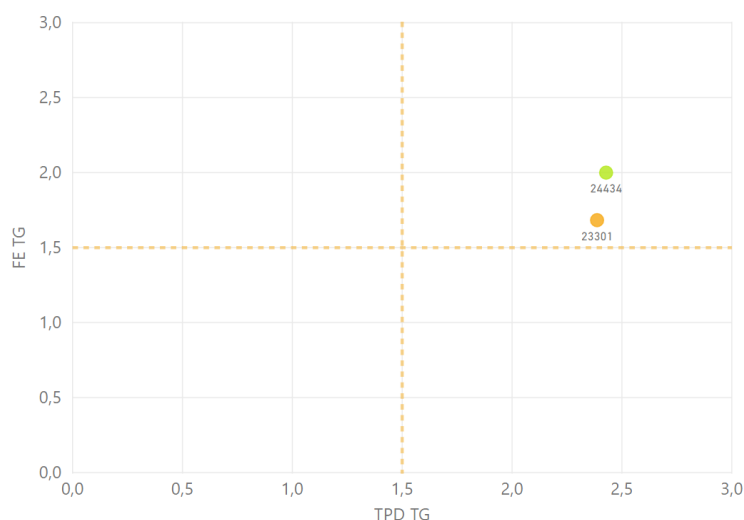
Det er kartlagt to eide og to leide bygninger for dette området. Hvalstadåsen 6 og Sikta er eide og Kulturhuset og Skysstasjonen er leide. Tabellen under oppsummerer dagens situasjon for disse byggene.

Bygg	Bygg ID	Teknisk tilstand	Tilpasningsdyktighet	Funksjonell egnethet	Kapasitet sengerom
Hvalstadåsen 6	24434	1,19	2,43	2,00	10
Sikta	23301	1,60	2,39	1,68	27

Tabell 5.4.1.1: Status eide bygg, Asker DPS

Hvalstadåsen er bygget på 50-tallet, men har god teknisk tilstand. Tilpasningsdyktighetsgrad på 2,43 antyder en rigid bygningskropp som er vanskelig å endre på. Byggets grad av egnethet er på 2. Ut i fra et levedyktighetsperspektiv kan bygget satses videre på som følge av den gode tekniske tilstanden, men funksjonen bør endres siden egnetheten ikke er tilfredsstillende og tilpasningsdyktigheten til bygget er lav.

Sikta er bygget på 60-tallet og den tekniske tilstanden tilsier at det er behov for utbedringer og oppgraderinger de neste 5-10 årene. Egnetheten til bygget bør evalueres mer detaljert for å se på muligheter for videre bruk av bygget. Bygget har forholdsvis akseptabel egnethet og dersom egnetheten er tilfredsstillende, kan bygget fungere fint videre dersom det investeres i en teknisk oppgradering.



Figur 5.4.1.1: Levedyktighet eide bygg Asker DPS

Tabellen under viser en oppsummering av dagens situasjon for kulturhuset og Skysstasjonen.

Tilhørighet i virksomheten	Adresse/ lokasjon	Brutto Areal	Tilpasningsdyktighet	Funksjonell egnethet	Leieavtalens utløp/ avtaleforhold	Kapasitet poliklinikkrom (2019)	Kapasitetsbehov 2035	Kostnad per år (mill.kr)

Asker DPS (samlet leieavtale med BUP)	Kulturhuset , Asker.	2410	God	God	31.12.2023	48	21	6,3
Asker DPS	Skysstasjon en, Asker	875	God	God	28.02.2024	14	Se kulthuset	2,5

Tabell 5.4.1.2: Status leide bygg, Asker DPS

Byggene ansees å ha god tilpasningsdyktighet og er egnet for funksjonen. Forutsatt at gårdeier ivaretar sine forpliktelser knyttet til teknisk tilstand av byggene, kan byggene brukes ut leieavtalen. Inngåelse av ny leieavtale må da sees i sammenheng med langsiktig kapasitetsbehov og behov for teknisk oppgradering eller ombygging.

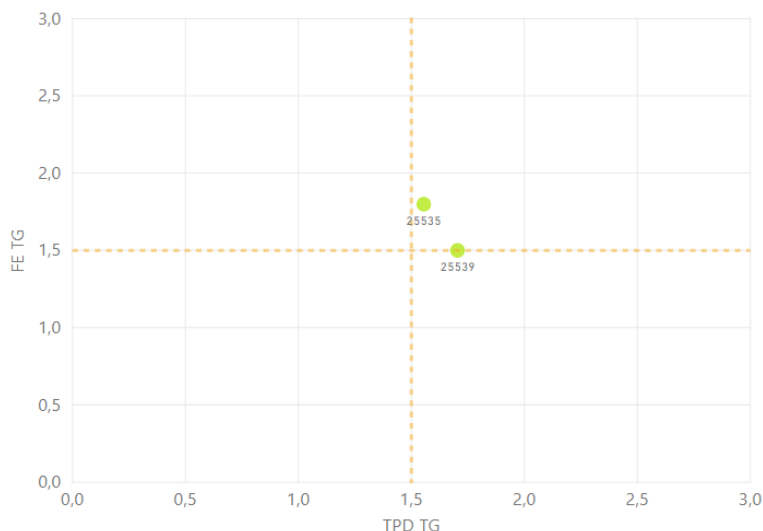
5.4.2 Bærum DPS - område

Fire bygninger er kartlagt i dette området. Det er kartlagt kun teknisk tilstand ved Bygg 103 ved Bærum sykehus. Derfor er ikke dette bygget vurdert med hensyn til levedyktighet. Tabellen under oppsummerer dagens situasjon for disse byggene.

Bygg	Bygg ID	Teknisk tilstand	Tilpasningsdyktighet	Funksjonell egnethet	Kapasitet sengerom
Dr. Høsts vei Hovedbygg	25535	1,33	1,55	1,80	17
Dr. Høsts vei Internatbygg	25539	1,46	1,70	1,50	38

Tabell 5.4.2.1: Status eide bygg Bærum DPS

Den tekniske tilstanden ved byggene på Dr. Høsts vei er på et akseptabelt nivå. Begge disse byggene ligger på grenseland i levedyktighetsmodellen. Dette tyder på at det må gjennomføres nærmere vurdering av byggene før beslutninger knyttet til videre utvikling foretas. Internatbygget ser ut til å ha akseptabel egnethet og teknisk tilstand, men noe mindre tilfredsstillende tilpasningsdyktighet. Bygningen kan dermed brukes videre så lenge den ansees å være egnet til virksomheten. Hovedbygget har ikke tilfredsstillende egnethet for virksomheten, men basert på undersøkelsen kan det være muligheter for ombygging slik at bygget kan tilpasses virksomheten i større grad. Den litt dårlige tilpasningsdyktigheten for internatbygget (døgnheten) er som følge av underetasjen i bygget som i hovedsak består av tekniske arealer og tilfluktsrom. 1. og 2. etg. har god tilpasningsdyktighet.



Figur 5.4.2.1: Levedyktighet eide bygg Bærum DPS

I tillegg til byggene ved Dr. Høstsvei har Bærum DPS leide arealer ved Hamangskogen 60.

Tilhørighet i virksomheten	Adresse/lokasjon	Brutto Areal	Tilpasningsdyktighet	Funksjonell egnethet	Leieavtalens utløp/avtaleforhold	Kapasitet poliklinikkrom (2019)	Kapasitetsbehov 2035	Kostnad per år (mill.kr)
Bærum DPS	Hamangskogen 60, Sandvika	3000	God	Middels	31.12.2026	93	29	7,5

Tabell 5.4.2.2: Status leide bygg, Bærum DPS

Hamangskogen 60 ansees å ha god tilpasningsdyktighet og er middels bra egnet for funksjonen. Kapasitetsbehovet er prognosert å være noe lavere i 2035, men behovet fra 2021 fram til 2035 må vurderes nærmere før en avgjørelse om forlengelse av kontrakten kan inngås. Forutsatt at gårdeier ivaretar sine forpliktelser knyttet til teknisk tilstand av byggene, kan byggene brukes videre. Inngåelse av ny leieavtale må også sees i sammenheng med behov for teknisk oppgradering eller ombygging.

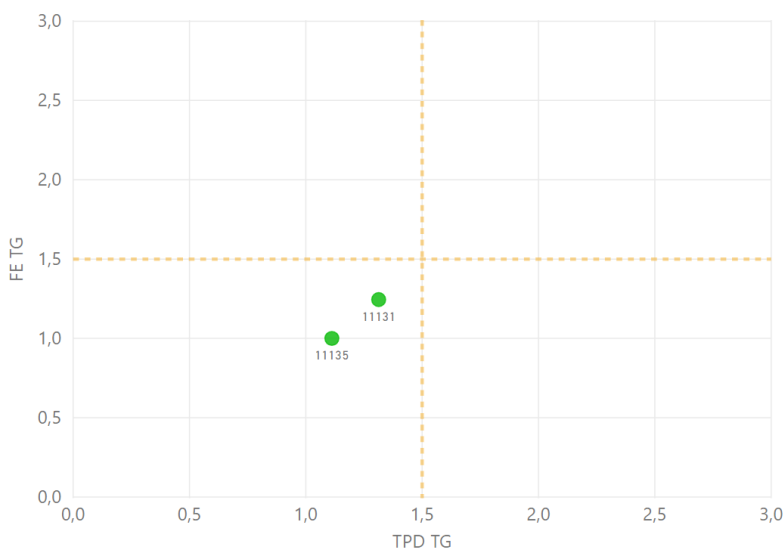
5.4.3 Drammen DPS - område

Det er kartlagt tre bygninger på denne lokasjonen. Tabellen under oppsummerer dagens situasjon for DPS-byggene. Thorsberg paviljong omtales nærmere i kapittel 5.4.7 TSB.

Bygg	Bygg ID	Teknisk tilstand	Tilpasningsdyktighet	Funksjonell egnethet	Kapasitet sengerom
Thorsberg Hovedbygning	11131	0,43	1,31	1,24	16
Thorsberg tilbygg	11135	0,00	1,11	1,00	7

Tabell 5.4.3.1: Status eide bygg, Drammen DPS

Byggene på Thorsberg er ifølge data fra kartleggingen de beste byggene i porteføljen. Alle bygninger på denne lokasjonen har svært god teknisk tilstand og ser ut til å være godt egnet for virksomheten. I tillegg er byggene tilpasningsdyktige slik at de kan tilpasses nye behov i fremtiden.



Figur 5.4.3.1: Levedyktighet eide bygg i Drammen DPS

Drammen DPS har også 2900 kvm med leide arealer. Tabellen under viser en oversikt over Øvre Strandgate som er leid bygg i Drammen DPS.

Tilhørighet i virksomheten	Adresse/ lokasjon	Brutto Areal	Tilpasningsdyktighet	Funksjonell egnethet	Leieavtalens utløp/ avtaleforhold	Kapasitet poliklinikkrom (2019)	Kapasitets-behov 2035	Kostnad per år (mill.kr)
Drammen DPS	Øvre Strandgt 2, Drammen	2900	God	God	31.12.2023	70	26	7,3
Drammen DPS	Thorsberg tilbygg	500	God	God	Eid bygg	16		

Tabell 5.4.3.2: Status eide/ leide bygg, Drammen DPS

Bygget ansees å ha god tilpasningsdyktighet og er egnet for funksjonen. Kapasitetsbehovet er prognosert å være noe lavere i 2035, men behovet fra 2021 fram til 2035 bør vurderes nærmere. Det er imidlertid ønskelig å sikre kontinuitet i driften, og det anbefales å forlenge leieforholdet. Forutsatt at gårdeier ivaretar sine forpliktelser knyttet til teknisk tilstand av byggene, kan byggene brukes videre. Forlengelse av leieavtale må også sees i sammenheng med behov for teknisk oppgradering eller ombygging.

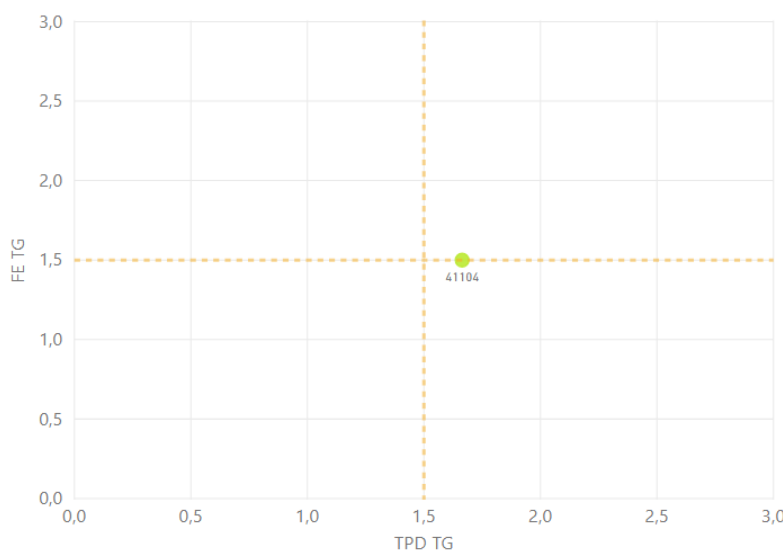
5.4.4 Kongsberg DPS - område

Ett bygg i Kongsberg DPS har blitt evaluert. Tabellen under oppsummerer dagens situasjon for disse byggene.

Bygg	Bygg ID	Teknisk tilstand	Tilpasningsdyktighet	Funksjonell egnethet	Kapasitet sengerom
DPS Kongsberg	41103	0,93	1,66	1,50	23

Tabell 5.4.4.1: Status eide bygg, Kongsberg DPS

DPS Kongsberg har god teknisk tilstand som følge av alderen (15 år i 2019). Byggets tilpasningsdyktighetsgrad og grad av egnethet ligger i grenseland mellom ulike strategier ihht. levedyktighetsmodellen. Dette betyr at mer detaljerte undersøkelser av bygget er nødvendig for å kunne beslutte videre planer for bygget.



Figur 5.4.4.1: Levedyktighet eide bygg Kongsberg DPS

Tilhørighet i virksomheten	Adresse/lokasjon	Brutto Areal	Tilpasningsdyktighet	Funksjonell egnethet	Leieavtalens utløp/avtaleforhold	Kapasitet poliklinikkrom (2019)	Kapasitetsbehov 2035	Kostnad per år (mill.kr)
Kongsberg DPS	Wergeland sveien 2 og modulbygg	2198	God	God	Eide bygg	39	21	

Tabell 5.4.4.2: Status eide bygg, Kongsberg DPS

5.4.5 Ringerike DPS – område (inkl. HSS)

Tre bygninger har blitt sett nærmere på i Ringerike og HSS. Tabellen under oppsummerer dagens situasjon for disse byggene.

Bygg	Bygg ID	Teknisk tilstand	Tilpasningsdyktighet	Funksjonell egnethet	Kapasitet sengerom
PA-bygg HSS	33305	1,07	1,58	1,24	18
DPS Ringerike	31101	0,93	1,30	1,00	-
Røysetoppen Ringerike	32201	1,64	2,02	1,93	24

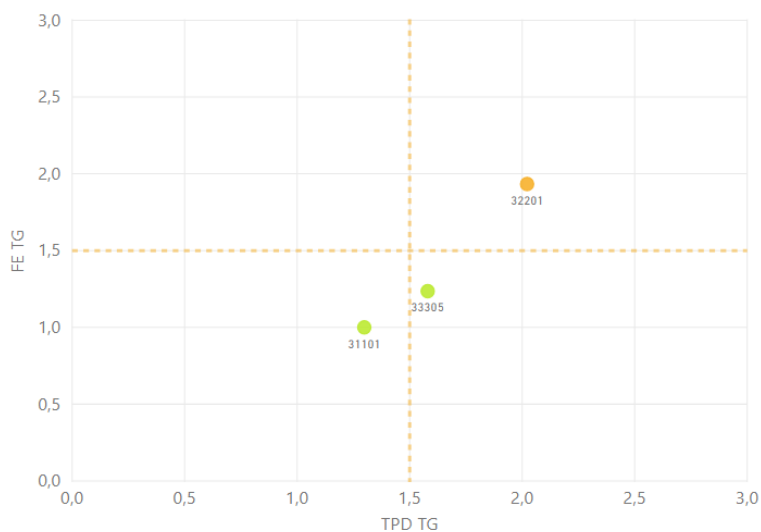
Tabell 5.4.5.1: Bygg Ringerike DPS

Byggene på disse lokasjonene har svært varierende egenskaper og tilstand. DPS Ringerike er et forholdsvis tilpasningsdyktig bygg med god egnethet for virksomheten. Bygget har i tillegg god teknisk tilstand. Dermed er bygget et levedyktig bygg som kan brukes lenge dersom bygget ivaretas med godt vedlikehold.

PA-bygget ved HSS brukes som poliklinikk i dag for VOP og BUP. Bygget har god teknisk tilstand og god egnethet. Tilpasningsdyktigheten er ikke tilfredsstillende, men så lenge det ikke er store endringer i behovet hos kjernevirksomheten som krever ombygging, er bygget levedyktig for formålet og kan videreføres.

Røysetoppen har dårlig tilpasningsdyktighet og egnethet og den tekniske tilstanden er heller ikke tilfredsstillende. Eventuelle investeringer for oppgradering av bygget må dermed sees på i sammenheng med en eventuell avhending eller bruksendring i byggene.

Den dårlige tilpasningsdyktigheten og egnetheten, er i stor grad forårsaket av underetasjen som består av arealer knyttet til gammelt produksjonskjøkken og tilfluktsrom.



Figur 5.4.5.1: Levedyktighet eide bygg Ringerike DPS

Tilhørighet i virksomheten	Adresse/lokasjon	Brutto Areal	Tilpasningsdyktighet	Funksjonell egnethet	Leieavtalens utløp/avtaleforhold	Kapasitet poliklinikkrom (2019)	Kapasitetsbehov 2035	Kostnad per år (mill.kr)
Ringerike DPS inkl. HSS	Ringerike sykehus og HSS	2217	God	God	Eide bygg	51	20	

Tabell 5.4.5.1: Bygg, Ringerike DPS

5.4.6 BUP

Tabellen under viser en oversikt over bygninger som rommer Barne- og ungdomspsykiatrien i Vestre Viken.

Bygg	Bygg ID	Teknisk tilstand	Tilpasningsdyktighet	Funksjonell egnethet	Kapasitet sengerom
Bjerketun Granum	26605	1,91	2,61	2,79	10
Bjerketun Skogstua	26601	1,66	2,60	3,00	7
Bjerketun Tunet	26603	2,17	2,85	2,61	-
Bjerketun Borgen	26604	1,60	2,43	2,56	-
Rådhusgata 33	11126	0,99	1,33	1,63	Poliklinikk
Valbrottveien 17	11141	1,56	1,28	1,38	4
Valbrottveien 23	11142	1,60	2,41	1,89	3
Valbrottveien 25	11143	1,18	2,88	2,36	4
BUP Kongsberg	41103	1,3	2,49	2,17	-
Arnegårdsveien 5	31105	1,84	2,72	2,38	-
PA-bygg HSS	33305	1,07	1,58	1,24	18

Tabell 5.4.6.1: Oversikt bygningsmasse, BUP

I tillegg til overnevnte bygg, leies det en etasje i Kulturhuset i Asker til BUP. Etasjen har 41 poliklinikkrom og leieavtaler utløper i 2023. Tilpasningsdyktigheten og egnetheten til denne lokasjonen ansees å være god.

Byggene på Bjerketun har de minst egnete og lavest tilpasningsdyktige byggene i Vestre Vikens portefølje av psykiatribygg. Byggene har i tillegg dårlig teknisk tilstand, noe som tyder på at de er sterke kandidater til avhending.

Rådhusgata 33 brukes i dag som barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Bygget har god teknisk tilstand og tilpasningsdyktigheten er tilfredsstillende. Bygget scorer litt lavt på funksjonell egnethet, men siden bygget er tilpasningsdyktig, kan eventuelle ombygginger vurderes for å øke egnetheten av bygget til virksomheten.

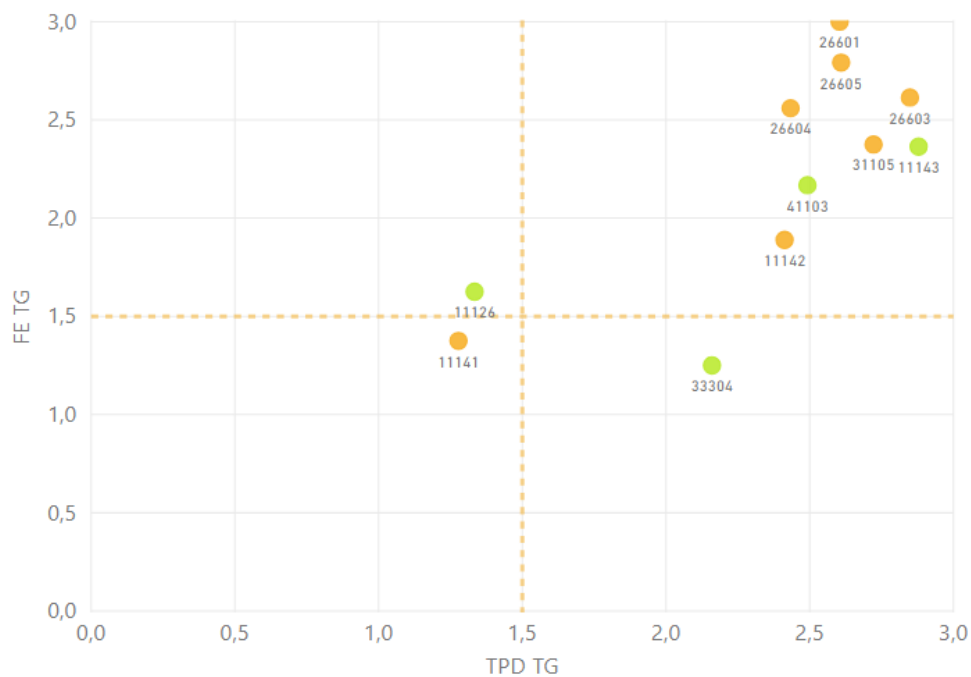
Byggene på lokasjonen Valbrottveien har ulike kvaliteter og begrensninger. Valbrottveien 17 er den mest levedyktige av disse byggene. Bygget har god tilpasningsdyktighet og tilfredsstillende egnethet. Den tekniske tilstanden er ikke tilfredsstillende. Dette betyr at med en teknisk oppgradering sett i sammenheng med en eventuell ombygging kan bygget bli et godt bygg til psykiatrien i mange år fremover. Valbrottveien 23 og 25 har svært dårlig tilpasningsdyktighet. Egnetheten er svært dårlig i Valbrottveien 23, men bygget har god teknisk tilstand. Dette bidrar til at bygget er en kandidat til bruksendring eller avhending i form av et eventuelt salg. Valbrottveien 23 har i likhet med 25 dårlig tilpasningsdyktighet og dårlig egnethet, men den tekniske tilstanden i dette bygget er heller ikke tilfredsstillende. Dette betyr at investeringer i bygget må sees i sammenheng med en eventuell bruksendring eller planer for salg.

BUP Kongsberg har akseptabel teknisk tilstand til tross for at bygget er 66 år gammel (per 2019), men bygget ser ut til å være lite tilpasningsdyktig og lite egnet til virksomheten. Det som er bemerkningsverdig i denne sammenheng er at bygget kan bygges om, men får dårlig tilpasningsdyktighetsgrad på grunn av mange innvendige murvegger. Egnethetsgraden til bygget blir også preget av en kjeller som er svært uegnet. Ser man bort fra kjelleren, har bygget god egnethet for virksomheten.

Arnegårdsveien har dårlig tilpasningsdyktighet og egnethet og den tekniske tilstanden er heller ikke tilfredsstillende. Eventuelle investeringer for oppgradering av bygget må dermed sees på i sammenheng med en eventuell avhending eller bruksendring i byggene.²

Hallingdal Sjukestugu har god teknisk tilstand og er egnet til virksomheten. Dette betyr at bygget kan brukes videre så lenge det ikke er behov for ombygginger. Tilpasningsdyktigheten til bygget er lavt og en eventuell ombygging må evalueres i detaljer og sees i sammenheng med eventuelle fremtidige tekniske oppgraderinger.

² Arbeidet med rapporten har avdekket feil registrering i multiMap. Bygget har god levedyktighet.



Figur 5.4.6.1: Levedyktighet eide bygg BUP VV

Figuren over viser oversikt over levedyktigheten til de eide BUP-byggene i porteføljen.

Tilhørighet i virksomheten	Adresse/lokasjon	Brutto Areal	Leieavtalens utløp/avtaleforhold	Kapasitet poliklinikkrom (2019)	Kapasitetsbehov 2035	Kostnad per år (mill.kr)
Asker BUP	Kulturhuset, Asker.	2410	31.12.2023	48	13	6,3
Asker BUP	Skysstasjonen, Asker	875	28.02.2024	14	Se kulthuset	2,5
Bærum BUP Bjerketun Tunet	Sopelimkroken	352	Eid bygg	11	15	
Bærum BUP Bjerketun Borgen	Sopelimkroken	1500	Eid bygg	17		
Drammen BUP	Rådhusgata 33	2738	Eid bygg	48	26	
Drammen BUP	Valbrottvien 17	1600	Eid bygg	36		
Drammen BUP	Valbrottvien 23 og 25	300	Eid bygg	6		
Kongsberg BUP	Klemsgate	1691	Eid bygg	27	7	
Ringerike BUP	Arnegård sveien 5	1133	Eid bygg	26	8	
PA-bygg HSS	HSS	608	Eid bygg	8		

Tabell: 5.4.6.2: Status bygningsmasse BUP

5.4.7 TSB

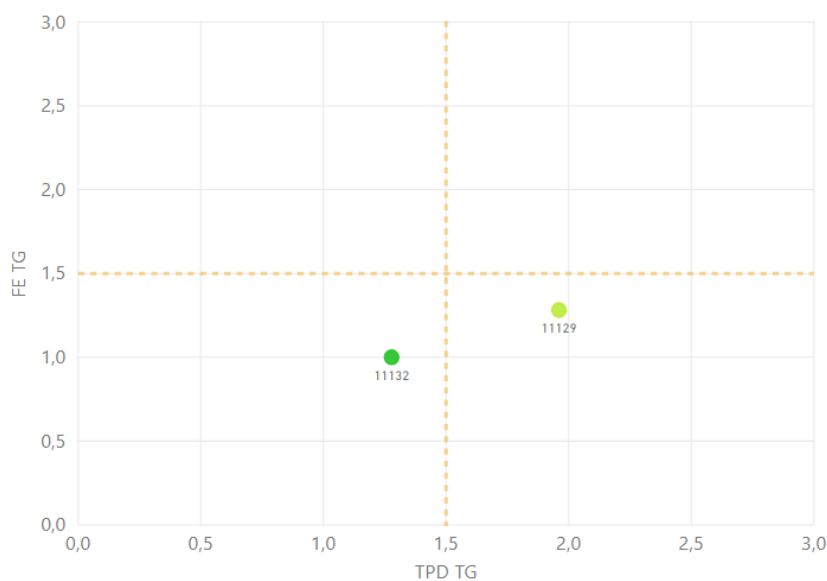
Bygg	Bygg ID	Teknisk tilstand	Tilpasningsdyktighet	Funksjonell egnethet	Kapasitet sengerom
Bygg 103	21103	2,01	Ikke kartlagt	Ikke kartlagt	13
Hauges gate 89A	11129	1,05	1,96	1,28	18
Thorsberg Paviljong	11132	0,34	1,28	1,00	12

Tabell 5.4.7.1: Status eide bygg, TSB

Bygg 103 har dårlig teknisk tilstand.³ Tilpasningsdyktigheten og den funksjonelle egnetheten er ikke kartlagt i og med at byggets levedyktighet ikke trenger å vurderes. Bygget skal hverken byttes ut eller bygges om. Bygningen har god tilpasningsdyktighet og er allerede bygget om ganske mye blant annet til dagsoperasjon. Bygget vurderes også til å ha forholdsvis god egnethet for funksjonen som driver der nå.

Hauges gate 89A har akseptabel funksjonell egnethet, men egnethetsgraden til bygget blir preget av en kjeller som er svært uegnet. Ser man bort fra kjelleren, har bygget god egnethet for virksomheten. Det samme gjelder tilpasningsdyktigheten som har lav score. Kjelleretasjen i bygget er svært lite tilpasningsdyktig. Primærarealene oppover i etasjene har god tilpasningsdyktighet. Bygget har i tillegg god teknisk tilstand. Dette innebærer at bygningen kan brukes videre så lenge den ansees å være egnet for kjernevirksomheten.

Byggene på Thorsberg er ifølge data fra kartleggingen de beste byggene i porteføljen. Alle bygninger på denne lokasjonen har svært god teknisk tilstand og ser ut til å være godt egnet for virksomheten. I tillegg er byggene tilpasningsdyktige slik at de kan tilpasses nye behov i fremtiden.



Figur 5.4.7.1: Levedyktighet eide bygg TSB VV

Figuren over viser levedyktigheten for paviljongen på Thorsberg og Hauges gate 89.

³ Bygget har siden registrering vært kraftig ombygd, og har nå god teknisk tilstand.

6 Aktivitet og kapasitet 2035

Sykehusbygg har vært engasjert for å framskrive aktivitet og kapasitet 2035.

I dette kapitlet:

- Oppsummeres de demografiske forholdene i bostedsområdet
- Presenteres metode og resultater fra framskrivningen
- Presenteres framskrivningsresultater
- Presenteres resultater for beregning av forbruksrater for tjenester for Psykisk helsevern for voksen og barn (PHV voksne og barn) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)
- Gjennomgås pasientstrømmer for befolkningen bosatt i Vestre Viken bostedsområde og hvor pasientene som behandles i Vestre Viken HF kommer fra.

Ut over dette er det gjort en skjønnsmessig vurdering av behov for arealer til ny behandlingsaktivitet som fordi den er ny ikke er mulig å framskrive.

6.1 Bakgrunn og avgrensning

Det er gjort en framskrivning av aktiviteten og tilhørende beregning av kapasitetsbehov for psykisk helsevern for voksne (PHV voksne), tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) og psykisk helsevern for barn og unge (PHV for barn og unge) for Vestre Viken HF. Følgende oppgaver er gjennomført:

- Framskrivning av aktivitetsdata på tilgjengelige lokasjoner i pasientdata fra HF-et. Lokasjonene som er framskrevet er fastsatt i samarbeid med HF-et under prosjektet.
- Beregning av framtidig kapasitetsbehov (2035) basert på framskrivning av aktivitetsdata fra 2019 til 2035. Beregningene baseres på ulike scenarier for åpningstider for poliklinikk og beleggsprosenter for senger. Det presiseres her at prosjektet har brukt alternativ A i sine beregninger for areal 2035.
- Analyser knyttet til oversikter over hvor pasientene innen PHV og TSB som er bosatt i bostedsområdet til Vestre Viken mottar sin behandling (pasientstrømmer) både i regionen og i andre regioner og eventuelt hos ulike private aktører. Beregningene viser også hvor pasientene som er behandlet i Vestre Viken HF er bosatt.
- Forbruksanalyser på bostedskommunenivå for befolkningen bosatt i bostedsområdet til Vestre Viken sammenlignet med resten av landet for PHV og TSB.

6.2 Framskrivningsmodell

For framskrivninger i spesialisthelsetjenesten benyttes i dag felles nasjonal modell for dimensjonerer av fremtidige sykehusbygg «Sykehusbyggmodellen». Alle regioner skal benytte samme metode for beregning av kapasitetsbehov, jf. protokoll fra foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 16. januar 2018. Modellen beregner behov for kapasitet og areal basert på beregnet aktivitet for framskrivningsperioden. Framskrevet aktivitetsbehov beregnes i dag ved å ta utgangspunkt i et gitt basisår (i denne planen 2019).

Aktiviteten framskrives så med:

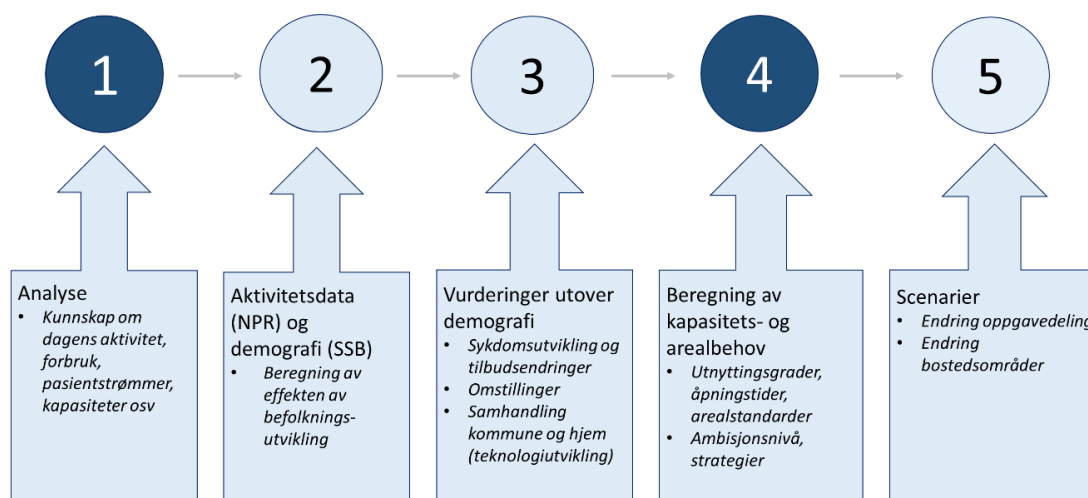
- Statistisk sentralbyrå (SSB) sine framskrivninger av demografi og befolkningsvekst
- Kvalitative vurderinger av forventet sykdomsutvikling
- Andre endringsfaktorer

Norsk pasientregister (NPR) har pasientdatagrunnlag med framskrivningsvekter fra SSBs befolkningsframskrivninger for hver kontakt med spesialisthelsetjenesten i et basisår (2019). Det benyttes så ettårig fordeling på alder og kjønn, samt bostedskommune (bydeler) som grunnlag for framskrivninger.

Deretter benyttes en del endringsfaktorer som blant annet omhandler samhandling med primærhelsetjenesten, overføring fra døgnaktivitet til dagbehandling og poliklinikk og fortsatt vekst i poliklinikkaktivitet.

Ved beregning av areal benyttes ulike utnyttelsesgrader for å få frem et samlet arealbehov.

Modellen for framskrivninger av aktivitet og kapasitet bygger på en modell som ble utviklet av Kompetansenettverket for sykehusbygging, et samarbeid mellom de regionale helseforetakene (RHF-ene), Helsedirektoratet og SINTEF. Modellen eies av RHF-ene og Sykehusbygg overtok forvaltningsansvar for modellen ved opprettelsen i 2015 og har benyttet modellen i flere framskrivningsprosjekter siden. Erfaringene fra disse prosjektene er innarbeidet i modellens ulike parametere som har betydning for framskrivningsresultatet. Figur 6.2.1 viser hvordan modellen er bygd opp.



Figur 6.2.3 Prinsippene i modellen for framskriving av aktivitet og kapasitetsberegning

I dette prosjektet er det gjennomført beregning av forbruksrater og utført pasientstrømsanalyser (trinn 1) som kan benyttes som bakgrunnsinformasjon for endringer i standardmodellen for framskriving som for eksempel endringer i oppgavefordeling eller opptaksområde. For kapasitetsberegninger har Sykehusbygg HF benyttet flere scenarier for utnyttelsesgrader og åpningstider for poliklinikk (se avsnitt 6.2.3). Datagrunnlaget som utgangspunkt for framskriving av aktivitet og beregning av framtidig kapasitetsbehov er pasientdata fra Vestre Viken HF som er registrert i Norsk pasientregister (NPR) fra 2017, hvor aktivitetsgrunnlaget ikke inneholder ambulant virksomhet.

Ambulant virksomhet er her definert som den delen av pasientbehandlingen som ikke foregår i egne behandlingslokaler.

Internt i Vestre Viken betegnes gjerne all aktiviteten som ambulant team utfører som ambulante konsultasjoner, avhengig av behandlingssted. Dette vil kunne gi et annet antall konsultasjoner enn det som er lagt til grunn.

6.2.1 Demografisk framskriving

Trinn 2 er en framskriving av utgangsaktiviteten for det HF-et eller enheten som skal framskrives. Her benyttes data fra Norsk pasientregister (NPR). I trinn 2 kobles disse aktivitetsdata med befolkningsdata framskrevet av Statistisk Sentralbyrå (SSB) (demografisk framskriving). SSB publiserer befolkningsframskrivinger basert på ulike forutsetninger om vekst i fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring. Her benyttes SSBs befolkningsframskriving med alternativ MMMM, dvs. middels vekst i fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring. Ifølge SSB innebærer alternativ MMMM en relativt høy innvandring. Netto innvandring til Norge er noe redusert i de seneste årene, og selv om det har vært en høy innvandring det siste år, anbefaler SSB å benytte alternativ MMMM i en langsiktig framskriving.

Aktiviteten ved et HF eller en enhet inndeles i ulike grupper avhengig av hvilke ICD-10 diagnosekoder som er registrert som hovedtilstand for oppholdet eller konsultasjonen. I somatisk sektor er det 34 ulike grupper, mens det i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er i underkant av 17 grupper.

Aktiviteten framskrives så til ønsket tidspunkt med utgangspunkt i SSBs befolkningsframskriving. Her benyttes 1-årige aldersgrupper, separert på kjønn og bosted både i

aktivitetsdata fra HF-et og i befolkningsdata. På denne måten blir framskrivningstallene i trinn 2 et speilbilde av dagens pasientsammensetning i et HF eller HF-ets bidrag til forbruksnivået i bostedsområdet. Forbruksratene for hver alder framskrives som i dag, men når alderssammensetningen endres framover i tid endres også det gjennomsnittlige forbruket for pasientene da det er ulike forbruksrater avhengig av alder. Beregnet fremtidig aktivitet blir dermed påvirket både av endring i befolkningsvolum og alders- og kjønnsammensetning.

6.2.2 Kvalitative faktorer

I trinn 3 gjøres kvalitative korrigeringer som sier noe om endringen i framtidig aktivitet utover den demografiske veksten. Dette er faktorer som skal si noe om hvordan sykkeligheten eller etterspørselen etter spesialisthelsetjenestene endres samtidig som tilbudet endres. Videre er det gjort vurderinger av ulike tiltak i HF-et eller endringer i behandlingsnivå. Disse faktorene er i utgangspunktet basert på vurderinger som grupper sammensatt av fagpersoner gjorde under utviklingen av modellen. Faktorene er supplerte med erfaringstall og nye vurderinger som er gjort gjennom bruk av modellen. Følgende faktorer benyttes i den kvalitative justeringen av aktiviteten i framskrivningen i psykiatrisk helsevern og TSB (tabell 3.1):

Tilbud og forventning

Det forutsettes en prosentvis vekst i både antall opphold og liggedøgn som følge av epidemiologi og medisinsk utvikling. Det antas lik vekst i de ulike diagnosegruppene, og tabellen angir årlig vekst, for døgnbehandling og poliklinikk.

Samhandling kommune/hjem

Det forutsettes at aktivitetsveksten dempes gjennom endret oppgavefordeling eller andre samarbeidsformer mellom sykehus, kommune og hjem. Effekten er lik for alle diagnosegruppene.

Reduksjon i oppholdstider

Det antas en årlig reduksjon i oppholdsdøgnene på 0,8 prosent årlig. Denne effekten er like stor prosentvis som samhandling med kommune. Effekten er vist i tabell 3.1.

Pasientforløp	Pst-ndring i tilbud og forventn	Pst-ndring i tilbud og forventn	Pst-ndring i overføring til kommune	Pst-ndring i overføring til kommune	Pst-ndri i medis.tekn utvikl (inkl effektiv)	Pst-ndri i medis.tekn utvikl (inkl effektiv)	Pst-ndring i tilbud og forventn	Pst-ndring i overføring til kommune
	Døgnopph	Liggedøgn	Døgnopph	Liggedøgn	Døgnopph	Liggedøgn	Konsultasj	Konsultasj
1 F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%
2 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%
3 F20,F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%
4 F22-F23 Paranoide og akutte psykoser	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%
5 F30,F32-F39, Affektive lidelser stemningslidelser	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%
6 F31 Bipolar affektiv lidelser	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%
7 F40-F49 ekskl F43.1 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser ekskl PTSD	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%
8 F43.1 PTSD	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%
9 F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%
11 F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i baren- og ungdomsalder	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%
12 F99 Uspesifisert psykisk lidelse	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%
13 F70-F79 Psykisk utviklingshemming	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%
15 Z-koder	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%
16 Andre ICD-10 tilstander	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%
17 Hovedtilstand mangler/ugyldig kode	0,6%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	0,3%

Tabell 6.2.2.1: Årlig prosentvis vekst i kvalitative faktorer for døgnopphold og oppholdsdøgn og poliklinikk for

PHV og TSB, beregnet for perioden 2017-2035

6.2.3 Kapasitetsberegninger

I trinn 4 gjennomføres kapasitetsberegningene basert på den framskrevne aktiviteten i trinn 3. Disse beregningene er basert på forutsetninger om åpnings- og behandlingstider samt utnyttelsesgrader som er dannet gjennom bruk av modellen. Det er utarbeidet et standardisert sett av disse faktorene som benyttes dersom det ikke er spesielle behov eller forhold som tilsier andre verdier for dette. I beregningene gjort av Sykehusbygg er det lagt følgende scenarier for kapasitetsutnyttelse for dagbehandling og poliklinikk til grunn:

- **Alternativ A:** Effektiv behandlingstid på 8 timer 230 dager i året med 75 minutter konsultasjonstid for poliklinikk og 5 timer konsultasjonstid for dagbehandling
- **Alternativ B:** Effektiv behandlingstid på 6 timer 230 dager i året med 90 minutters konsultasjonstid for poliklinikk og 5 timer konsultasjonstid for dagbehandling.
- **Alternativ C:** Effektiv behandlingstid på 10 timer 240 dager i året med 75 minutters konsultasjonstid for poliklinikk og 5 timer konsultasjonstid for dagbehandling

Regional utviklingsplan 2035 for HSØ definerer alternativ A til bruk for kapasitetsberegninger og dette er derved lagt til grunn her.

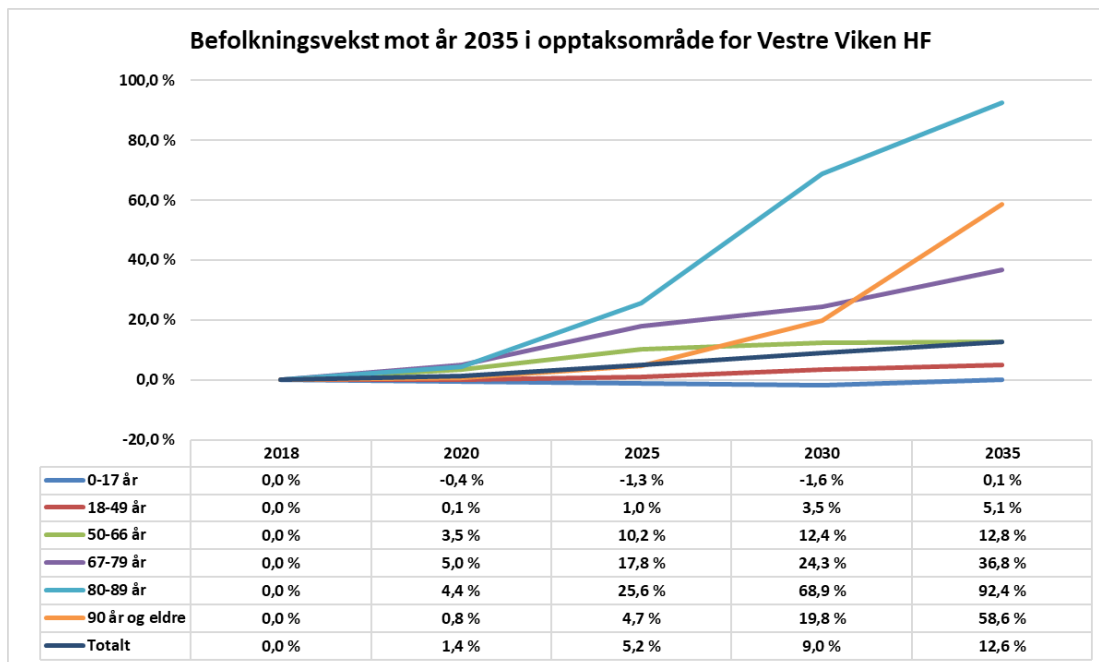
For beregning av senger er det benyttet følgende beleggsprosenter:

- Døgnplasser for PHV for voksne 85 %
- Døgnplasser for PHV for barn og unge 75 %.
- Døgnplasser for TSB 80%

6.3 Demografisk utvikling

Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at det har vært 491 324 innbyggere i opptaksområdet for Vestre Viken HF pr 1. januar i 2018. I «Regional utviklingsplan 2035 Helse Sør-Øst» side 8 angis at befolkningsveksten i Akershus og Oslo er størst i Norge mot år 2035.

Befolkningsframskrivninger med alternativ MMMM (middels vekst i alle de fire faktorene: fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring) fra SSB viser at antall innbyggere i opptaksområdet for Vestre Viken HF vil øke med 12,6% totalt, se figur 2.1.



Figur 6.3.1: Befolkningsvekst mot år 2035 i opptaksområde for Vestre Viken HF for 6 aldersgrupper. Kilde SSB.

Som figuren over viser, er det store variasjoner mellom ulike aldersgrupper. Den største veksten angis for aldersgruppe 80 år og eldre. Det er relativt stor variasjon i befolkningsendringer i de ulike kommunene, se tabell 2.1.

Kommune	2018	2020	2025	2030	2035	Endringer i absolutte tall, 2018- 2035	%-vise endringer 2018-2035
0219 Bærum	125 454	126 769	130 614	135 033	139 462	14 008	11,2 %
0602 Drammen	68 713	70 035	73 373	76 554	79 446	10 733	15,6 %
0627 Røyken	22 452	23 181	24 967	26 750	28 555	6 103	27,2 %
0220 Asker	60 926	61 494	63 148	64 971	66 707	5 781	9,5 %
0624 Øvre Eiker	18 926	19 383	20 581	21 811	22 997	4 071	21,5 %
0626 Lier	25 980	26 498	27 782	28 959	30 045	4 065	15,6 %
0625 Nedre Eiker	24 917	25 378	26 521	27 573	28 521	3 604	14,5 %
0605 Ringerike	30 283	30 767	31 872	32 882	33 726	3 443	11,4 %
0713 Sande (Vestfold)	9 726	10 147	11 057	11 950	12 839	3 113	32,0 %
0604 Kongsberg	27 410	27 748	28 694	29 583	30 468	3 058	11,2 %
0612 Hole	6 833	7 050	7 558	8 061	8 567	1 734	25,4 %
0532 Jevnaker	6 777	6 937	7 295	7 697	8 098	1 321	19,5 %
0618 Hemsedal	2 457	2 518	2 726	2 987	3 312	855	34,8 %
0623 Modum	13 880	14 008	14 279	14 495	14 640	760	5,5 %
0711 Svelvik	6 672	6 823	7 069	7 217	7 293	621	9,3 %
0622 Krødsherad	2 277	2 329	2 411	2 510	2 601	324	14,2 %
0615 Flå	1 069	1 076	1 112	1 187	1 265	196	18,3 %
0631 Flesberg	2 688	2 697	2 738	2 771	2 805	117	4,4 %
0620 Hol	4 520	4 466	4 443	4 449	4 454	-66	-1,5 %
0617 Gol	4 566	4 503	4 449	4 445	4 450	-116	-2,5 %
0632 Rollag	1 411	1 398	1 332	1 303	1 259	-152	-10,8 %
0633 Nore og Uvdal	2 482	2 451	2 388	2 323	2 250	-232	-9,3 %
0616 Nes (Buskerud)	3 341	3 270	3 171	3 098	3 014	-327	-9,8 %
0621 Sigdal	3 488	3 457	3 373	3 269	3 142	-346	-9,9 %
0628 Hurum	9 450	9 439	9 384	9 270	9 088	-362	-3,8 %
0619 Ål	4 626	4 510	4 407	4 321	4 255	-371	-8,0 %
Totalt, opptaksområde	491 324	498 332	516 744	535 469	553 259	61 935	12,6 %

Tabell 6.3.1: *Befolkningspramskrivninger for kommuner i Vestre Viken HF sitt opptaksområde. Endringer i absolutte tall og prosent. Kilde: SSB.*

Som tabellen over viser forventes den høyeste veksten i antall innbyggere i de store kommunene som Bærum og Drammen. Totalt sett angis det å være 61 935 flere innbyggere i 2035 enn i 2018. Økt befolkningsgrunnlag tilsier en forventning om at aktiviteten vil øke frem mot 2035. Forbruket av spesialisthelsetjenester varierer imidlertid mellom ulike aldersgrupper. Utviklingen i alderssammensetningen i befolkningen har derfor også en vesentlig betydning for forventet utvikling i behovet for helsetjenester. Vi ser at beregnet befolkningsvekst er høyest blant de eldre, se figur 2.1. At andelen eldre i befolkningen øker tilsier ytterligere forventning om vekst i forbruket av sykehustjenester, spesielt i fagområde for alderspsykiatri.

6.4 Framskrivning per DPS - område

I dette kapitlet presenteres resultatene fra framskrivningene som er gjort. Resultatene presenteres i form av tabeller fordelt på de enhetene som skal framskrives. Gjennom prosjektet har det blitt avklart hvilke enheter som skal framskrives under hvert behandlingssted.

På samme måte som for somatikk fordeles aktiviteten i et tredelt behandlingsnivå; døgnopphold, dagopphold og poliklinikk. Her legges rapportert omsorgsnivå til grunn for inndelingen. Det er noe usikkerhet knyttet til registreringspraksis for hva som registreres som dagopphold og hva

som registreres som poliklinikk. Det er registrert relativt få dagopphold, men vi har ikke grunnlag for å vurdere om dette er knyttet til registreringspraksis eller om det reelt sett er et så lavt volum. For kapasitetsberegningene kan det ha relativt stor betydning hvis en stor andel av dagoppholdene er registrert som poliklinikk. Dette fordi vi legger til grunn en betydelig lenger tidsbruk for et dagopphold enn en poliklinisk kontakt. Hvis en andel av dagoppholdene er registrert som poliklinisk kontakt underestimerer vi rombehovet.

Aktivitet og beregnet kapasitet presenteres i form av tabeller inndelt etter behandlingssted, behandlingsnivå og sektor (PHV for voksne, TSB og PHV for barn og unge).

6.4.1 Asker DPS – område

I dag består Asker DPS av 2 døgnenheter- Sikta døgnsesksjon med 18 døgnplasser og Utredningsseksjonen- Hvalstadåsen med 6 døgnplasser. I tillegg er det flere enheter med poliklinikker blant annet Allmennpsykiatrisk poliklinikk, ROP-poliklinikk, Nevropsykologisk poliklinikk og poliklinikk for Tidlig intervensjon ved psykose (TIPS).

Beregnet kapasitetsbehov for døgnplasser viser at det er behov for 17 døgnplasser totalt mot år 2035, se tabell 6.4.1.

Asker DPS og BUP Asker	Aktivitet 2019	Aktivitet 2035	%-vis diff. 2019-2035	Beregnet kapasitet 2035, antall senger, avrundet opp	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (A)	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (B)	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (C)
PHV for voksne							
Døgnopphold	405	461	14 %				
Oppholdsdøgn	6 063	5 156	-15 %	17			
Dag og poliklinikk	17 544	21 834	24 %		15	24	12
TSB							
Døgnopphold							
Oppholdsdøgn							
Dag og poliklinikk	9 808	12 226	25 %		9	14	7
PHV for barn og unge							
Døgnopphold							
Oppholdsdøgn							
Dag og poliklinikk	13 578	15 472	14 %		11	17	9
Totalt							
Sum døgnopphold	405	461					
Sum oppholdsdøgn/senger	6 063	5 156		17			
Sum antall poliklinikk/rom	40 930	49 533			35	55	28

Tabell 6.4.1: Framskrevet aktivitet og kapasitetsbehov, Asker DPS

* Tallet inkluderer aktivitet for Allmennpsyk. poliklinikk, Nevropsyk. Poliklinikk og TIPS.

Som det framkommer i tabell 6.4.1, er det beregnet (for alternativ A) 15 poliklinikkrom for PHV voksne året 2035.

For TSB er det beregnet kapasitetsbehov på 9 poliklinikkrom i år 2035.

Framskriving for PHV for barn og unge viser at det er en økning av aktivitet med 14 % mot år 2035. Det er beregnet 11 poliklinikkrom for PHV for barn og unge, se tabell 6.4.1.

6.4.2 Bærum DPS - område

Bærum DPS har døgnopphold både for PHV voksne og TSB. Det er beregnet 14 døgnplasser for PHV voksne og 11 plasser for TSB mot år 2035, se tabell 6.4.2.

Bærum DPS	Aktivitet 2019	Aktivitet 2035	%-vis diff. 2019-2035	Beregnet kapasitet 2035, antall senger, avrundet opp	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (A)	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (B)	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (C)
PHV for voksne							
Døgnopphold	296	347	17 %				
Oppholdsøgn	4 715	4 223	-10 %	14			
Dag og poliklinikk	28 403	35 715	26 %		25	39	19
TSB							
Døgnopphold	380	437	15 %				
Oppholdsøgn	3 475	3 003	-14 %	11			
Dag og poliklinikk	7 965	10 205	28 %		7	12	6
PHV for barn og unge							
Døgnopphold							
Oppholdsøgn							
Dag og poliklinikk	20 681	23 922	16 %		17	27	13
Totalt							
Sum døgnopphold	676	784					
Sum oppholdsøgn/senger	8 190	7 227		25			
Sum antall poliklinikk/rom	57 049	69 842			49	78	38

*Den registrerte aktiviteten fordeles mellom 3 polikliniske enheter

Tabell 6.4.2: Framskrevet aktivitet og kapasitetsbehov, Bærum DPS

For alternativ A er det beregnet totalt 49 poliklinikkrom som fordeles mellom de ulike sektorene: PHV voksne med 25 poliklinikkrom, TSB med 7 poliklinikkrom og 17 poliklinikkrom for PHV for barn og unge.

Framskrivningen basert på året 2019 viser at det er behov for flere poliklinikkrom, både for alternativ A og B, enn framskrivningen basert på året 2017 tilsa.

I den tidligere framskrivningen basert på data fra 2017, var LMS beskrevet i et eget underkapittel. I den nye framskrivningen inngår denne aktiviteten under Bærum DPS. Dette er grunnet i at fagenheten for LMS er registrert under behandlingssted «Bærum voksenpsykiatri».

6.4.3 Drammen DPS - område

Drammen DPS har døgnopphold både for PHV for voksne og TSB. I tabell 6.4.3 presenteres aktivitetsframskriving fra 2019 til 2035 for begge sektorer samt tilhørende kapasitetsberegning.

Drammen DPS	Aktivitet 2019	Aktivitet 2035	%-vis diff. 2019-2035	Beregnet kapasitet 2035, antall senger, avrundet opp	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (A)	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (B)	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (C)
PHV for voksne							
Døgnopphold	384	462	20 %				
Oppholdsdøgn	5 167	4 647	-10 %	15			
Dag og poliklinikk	29 421	36 817	25 %		26	41	20
TSB							
Døgnopphold	397	451	14 %				
Oppholdsdøgn	7 763	6 605	-15 %	23			
Dag og poliklinikk	12 290	15 484	26 %		11	17	9
PHV for barn og unge							
Døgnopphold							
Oppholdsdøgn							
Dag og poliklinikk	21 705	24 568	13 %		17	27	13
Totalt							
Sum døgnopphold	781	914					
Sum oppholdsdøgn/senger	12 930	11 252		38			
Sum antall poliklinikk/rom	63 416	76 869			54	85	42

* Den registrerte aktiviteten fordeles mellom 6 polikliniske enheter: AFS Buskerud pol., Bjerketun pol., Drammen BUP seksjon, Fjellbrott pol., Nevropsyk. seksjon, Ungd.enh.pol.

Tabell 6.4.3.1: Framskrevet aktivitet og kapasitetsbehov, Drammen DPS

Det er beregnet 15 døgnplasser for PHV voksne og 23 døgnplasser for TSB i år 2035 (totalt 38 døgnplasser).

For alternativ A er det beregnet totalt 54 poliklinikkrom som fordeles mellom de ulike sektorer: 26 poliklinikkrom for PHV voksne, 11 poliklinikkrom for TSB og 27 poliklinikkrom for PHV for barn og unge.

Totalt sett er det færre poliklinikkrom enn tidligere framskriving basert på år 2017, da det var beregnet totalt 63 poliklinikkrom for alternativ A.

6.4.4 Kongsberg DPS - område

Kongsberg DPS har døgnplasser kun for PHV for voksne. I tabell 6.4.4 vises resultater fra framskrivingen fra 2019 til 2035 for døgnaktiviteten.

Kongsberg DPS	Aktivitet 2019	Aktivitet 2035	%-vis diff. 2019-2035	Beregnet kapasitet 2035, antall senger, avrundet opp	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (A)	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (B)	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (C)
PHV for voksne							
Døgnopphold	257	313	22 %				
Oppholdsøgn	2 861	2 663	-7 %	9			
Dag og poliklinikk	17 499	22 573	29 %		16	25	12
TSB							
Døgnopphold							
Oppholdsøgn							
Dag og poliklinikk	2 820	3 638	29 %		3	4	2
PHV for barn og unge							
Døgnopphold							
Oppholdsøgn							
Dag og poliklinikk	5 987	6 723	12 %		5	8	4
Totalt							
Sum døgnopphold	257	313					
Sum oppholdsøgn/senger	2 861	2 663		9			
Sum antall poliklinikk/rom	26 306	32 933			24	37	18

Tabell 6.4.4: Framskrevet aktivitet og kapasitetsbehov. Kongsberg DPS

I NPR data var det registrert 257 døgnopphold for PHV for voksne i år 2019. Det var 2 861 oppholdsøgn registrert i samme år. Beregnet resultat fra framskriving viser at det blir 2 663 oppholdsøgn i år 2035. Totalt er det beregnet 9 døgnplasser for PHV for voksne, og for alternativ A 16 poliklinikkrom for PHV for voksne, 3 poliklinikkrom for TSB og 5 poliklinikkrom for PHV for barn og unge.

6.4.5 Ringerike DPS - område

I tabellen under vises framskrevet aktivitet og kapasitetsbehov ved Ringerike DPS .

Ringerike DPS, ekskludert HSS	Aktivitet 2019	Aktivitet 2035	%-vis diff. 2019-2035	Beregnet kapasitet 2035, antall senger, avrundet opp	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (A)	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (B)	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (C)
PHV for voksne							
Døgnopphold	382	435	14 %				
Oppholdsdøgn	3 519	2 996	-15 %	10			
Dag og poliklinikk	16 957	21 017	24 %		15	23	11
TSB							
Døgnopphold							
Oppholdsdøgn							
Dag og poliklinikk	1 374	1 696	23 %		2	2	1
PHV for barn og unge							
Døgnopphold							
Oppholdsdøgn							
Dag og poliklinikk	7 738	8 701	12 %		6	10	5
Totalt							
Sum døgnopphold	382	435					
Sum oppholdsdøgn/senger	3 519	2 996		10			
Sum antall poliklinikk/rom	26 069	31 415			23	35	17

Tabell 6.4.5.1: Framskrevet aktivitet og kapasitetsbehov, Ringerike DPS

Tabellen viser at det totalt er beregnet et kapasitetsbehov på 10 døgnplasser ved Ringerike DPS. Det er videre beregnet:

- 15 poliklinikkrom for PHV for voksne,
- 2 poliklinikkrom for TSB,
- 6 poliklinikkrom for PHV for barn og unge.

Det er ønskelig å synliggjøre aktiviteten ved Hallingdal sjukestugu. Tabellen under viser aktiviteten ved Hallingdal sjukestugu som er trukket ut fra datagrunnlaget for Ringerike DPS og framskrevet separat.

Hallingdal sykestugu	Aktivitet 2019	Aktivitet 2035	%-vis diff. 2019-2035	Beregnet kapasitet 2035, antall senger, avrundet opp	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (A)	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (B)	Avrundet kapasitet 2035, poliklinikk (C)
PHV for voksne							
Døgnopphold							
Oppholdsdøgn							
Dag og poliklinikk	5 682	6 857	21 %		5	8	4
Hallingdal sykestugu, BUP							
Døgnopphold							
Oppholdsdøgn							
Dag og poliklinikk	2 066	2 082	1 %		2	3	2
Totalt							
Sum døgnopphold							
Sum oppholdsdøgn/senger							
Sum antall poliklinikk/rom	7 748	8 939			7	11	6

Tabell 6.4.5.2: Framskrevet aktivitet og kapasitetsbehov, Hallingdal sjukestugu

Tabellen viser aktivitet for PHV for voksne. Aktivitet på Hallingdal sjukestugu for PHV for barn og unge var ikke mulig å trekke ut fra NPR datagrunnlaget. Det er beregnet kapasitetsbehov på 7 poliklinikkrom. 2 for BUP og 5 for VOP.

6.4.6 Tilleggsanalyser

Tilleggsanalyser beskrevet i dette kapitlet er basert på tilbakemeldinger fra fagpersoner i Vestre Viken HF som er knyttet til de ulike behandlingsmetodene:

- Gruppekonsultasjoner
- Diagnostiske/terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud
- B4DT-behandling
- FACT ung
- E-mestring

Det er et ønske å se nærmere på hva overnevnte behandlingsmetoder betyr i form av aktivitet og kapasitetsbehov. Nevnte behandlingsmetoder er lengre enn vanlige polikliniske konsultasjoner og krever andre type rom og kapasiteter, enn vanlig polikliniske konsultasjonsrom.

Fagpersoner i klinikk PHR opplyser at det er økende aktivitet for gruppekonsultasjoner og diagnostiske/terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud. Gruppekonsultasjoner viser seg å ha gode behandlingseffekter og andelen forventes å øke i framtiden.

Sykehusbygg HF har sett nærmere på gruppekonsultasjoner i aktivitetsdata fra NPR. Året 2019 var det registrert 9 916 gruppekonsultasjoner, hvorav 7 598 konsultasjoner var for PHV voksne, 1 564 konsultasjoner var for TSB og 754 var konsultasjoner for PHV for barn og unge. Vestre Viken HF egne tall viser at det var 8 820 gruppekonsultasjoner i samme tidsperiode. Data fra NPR viser at det var 1 096 flere gruppekonsultasjoner enn hva det var i lokale data fra Vestre Viken HF. Sykehusbygg HF har i framskrivningen benyttet den aktiviteten som var registrert i data fra NPR året 2019.

Tabellen 11 viser framskrivningen av aktivitet og kapasitetsbehov for gruppekonsultasjoner. Som det framkommer av tabellen, er trenden økende for behandlingsmetoden gruppekonsultasjon.

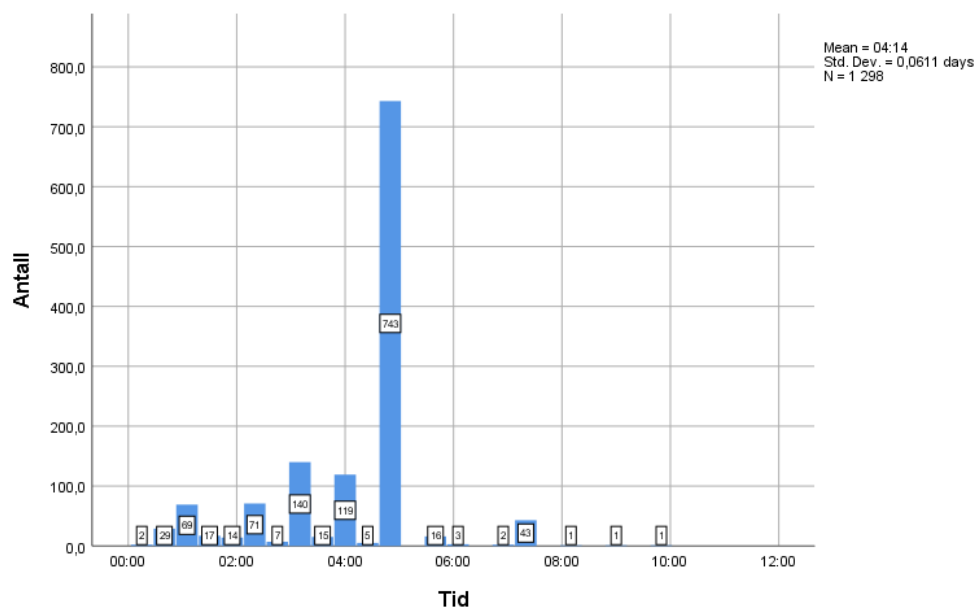
Gruppekonsultasjoner	2025	2030	2035
	Aktivitet		
PHV voksne	8 325	9 470	9 944
TSB	1 750	1 988	2 136
PHV for barn og unge	824	857	907
Sum, antall konsultasjoner	10 900	12 314	12 987
	Kapasitet 230 dager, 2,5 timer per konsultasjon, 8 timer direkte pasientrelatert arbeid		
PHV voksne	12	13	14
TSB	3	3	3
PHV for barn og unge	2	2	2
Sum, antall rom	17	18	19
	Kapasitet 230 dager, 2,5 timer per konsultasjon 6 timer direkte pasientrelatert arbeid		
PHV voksne	16	18	19
TSB	4	4	4
PHV for barn og unge	2	2	2
Sum, antall rom	22	24	25

Tabell 1: Framskrevet aktivitet og kapasitet for gruppekonsultasjoner

Med strukturerte polikliniske dagtilbud menes sammensatte polikliniske tjenestetilbud som skiller seg vesentlig fra ordinære polikliniske konsultasjoner og gruppebehandlinger, både innholdsmessig og med hensyn til ressursinnsats. Ifølge ISF⁴ er det nasjonale særkoder i tilknytning til rapporterte episoder og disse er B0005 og B0006. Kodene for strukturert poliklinisk dagtilbud kan kun registreres og rapporteres når flere kriterier er oppfylt, for det samlede tilbud pasienten mottar én og samme dag. I data fra NPR som Sykehusbygg HF årlig mottar, er det registrert 1 356 (herav 1 298 for PHV voksne og 58 for TSB) kontakter med kode B0005 og B0006 i 2019. Vestre Viken HF egne tall viser at det var 1 765 kontakter i samme tidsperiode.

Tidsforbruket for «Diagnostiske/terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud» er varierende. Omtrent 57 % av kontaktene varer i 5 timer og 76 % av kontaktene har en 3 til 5 timers varighet. Videre er det 3,5 % av disse kontaktene som varer mellom 7,5 til 10 timer, se figur 3.

⁴ Innsatsstyrt finansiering 2019, Regelverk IS-2791



Figur 6.4.6: Tidsforbruket for «Diagnostiske/terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud»

Sykehusbygg HF har tatt utgangspunkt i et 5 timers tidsforbruk for «Diagnostiske/terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud». I tillegg er det også beregnet scenarier for ulik direkte pasientrelatert arbeidstid, tidsforbruk og antall kontakter registrert i data fra NPR og lokale data, se tabell 6.4.7.

Diagnostiske/terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud	2025	2030	2035
	Aktivitet		
PHV voksne og TSB, NPR	1 356	1 542	1 620
PHV voksne, lokale data	1 765	2 008	2 108
	Kapasitet 230 dager, 5 timer per konsultasjon, 8 timer direkte pasientrelatert arbeid		
PHV voksne og TSB, NPR	4	5	5
PHV voksne, lokale data	5	6	6
	Kapasitet 230 dager, 5 timer per konsultasjon 6 timer direkte pasientrelatert arbeid		
PHV voksne og TSB, NPR	5	6	6
PHV voksne, lokale data	7	8	8
	Kapasitet 230 dager, 4 timer per konsultasjon (-20%) 8 timer direkte pasientrelatert arbeid		
PHV voksne og TSB, NPR	3	4	4
PHV voksne, lokale data	4	5	5
	Kapasitet 230 dager, 4 timer per konsultasjon (-20%) 6 timer direkte pasientrelatert arbeid		
PHV voksne og TSB, NPR	4	5	5
PHV voksne, lokale data	6	6	7

Tabell 6.4.7 Framskrevet aktivitet og kapasitet for «Diagnostiske/terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud»

Som tabellen over presenterer vil antall konsultasjoner innen «Diagnostiske/terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud» øke mot år 2035. Beregningene viser at det vil være behov for 3 til 8 rom, avhengig av tidsforbruket for denne type behandling og direkte pasientrelatert arbeid. Det er vurdert som mest sannsynlig at et scenario som baseres på 5 timer per konsultasjon/behandling og 6 timer direkte pasientrelatert arbeid, er mer realistisk enn andre scenarioer.

Når det gjelder B4DT-behandling, er det en type behandling som er et 4-dagers tilbud på Ringerike DPS og er et tilbud som startet opp i 2021. Tilbudet overstiger 2,5 timers behandlingstid og registreres dermed som «Diagnostiske/terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud». Framskrivningen i dette prosjektet baseres på pasientdata fra 2019 og da B4DT-behandling startet opp i år 2021, er det ikke mulig å gjennomføre framskrivning på grunn av manglende data for denne type behandlingsmetode.

FACT ung er et tilbud som etableres i år 2022. På lik linje med B4DT-behandling, er det ikke mulig å framskrive denne type aktivitet, da det er manglende aktivitetsdata. Fagpersoner melder følgende kapasitetsbehovet for FACT ung:

- 1 stort rom for gjennomføring av felles tavlemøter hver dag, samt personalmøter og lignende
- Arbeidsplasser for 15 til 20 medarbeidere

E-mestring er et nytt digitalt tilbud. Etter vedtak i Helse Sør-Øst skal denne type tilbud utvikles og brettes ut til i alle helseforetak i regionen. Bærum DPS starter opp med E-mestring

høsten 2021. Hvert E-mestringsteam vil bestå av 4 til 8 terapeuter. Fagpersoner melder et kapasitetsbehov på 5 rom for dette tilbudet.

Dette rombehovet - som kommer i tillegg - er lagt inn som brutto rombehov til gruppekonsultasjoner VOP, TSB og BUP - 19 grupperom, diagnostiske/terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud, 6 grupperom, FACT ung - 6 grupperom, E-mestring – 5 grupperom.

Dersom all denne virksomheten kommer i tillegg til dagens, så blir dette å anse som netto rombehov for funksjonene.

Samlet er det vurdert at tilleggsanalyser gir et rombehov tilsvarende 36 behandlingsrom dersom all analysert aktivitet kommer i tillegg til ordinær framskrivning av behandlingstilbudet som ble gitt i 2019.

6.4.7 Tilleggsvurdering

Ettersom det handler om både en økning og en omlegging av behandlingstilbudet, så er det økt risiko for at rombehovet kan bli høyere enn forutsatt i analysene. F.eks. ved at enkelte behandlinger gjennomføres over lengre tidsperiode en polikliniske konsultasjoner, eller at fordelingen mellom grupperom og poliklinikkrom vil endres. Det er derfor skjønnsmessig lagt inn en ekstra resevekapasitet på ett behandlingsrom på hver enhet, bortsett fra på BUP Hallingdal Sjukestugu, fordi ett rom her vil gi så stort utslag. Dette gir 13 ekstra behandlingsrom.

B4DT-behandling er ikke spesifikt lagt inn rom og vurdert å kunne dekkes av reserve romkapasitet som ligger i romprogrammene

Den skjønnsmessige vurderingen er så fordelt ut på de geografiske lokasjonene som vist i tabell 6.4.8.

Til sammen er det nå lagt inn ekstra romkapasitet som tilsvarer 49 behandlingsrom. 36 av disse somfølge av aktivitet som er besluttet eller planlegges innført, og 13 rom som en reserve fordi det er vanskeligere å vurdere framtidig rombehov for nye typer behandling. Dette kommer i tillegg til 191 behandlingsrom og 99 sengerom som ifølge analysen vil være behovet ved ren framskrivning av virksomheten med basis i 2019.

Oversikt over samlet rombehov framgår av Tabell 7.2.3.1.

7 Arealbehov 2035

Dette er en teoretisk beregning av Vestre Vikens behov for arealer til DPS og BUP i 2035. I kapittel 5.4 i regional utviklingsplan 2035 Helse Sør Øst er det tatt inn en forklaring om treffsikkerhet i framskrivninger.

«Framskrivninger må ikke forveksles med prognoser som baserer seg på estimater for den mest sannsynlige utviklingen. Framskrivninger viser framtidige utfall basert på spesifikke forutsetninger, og er en scenario-modell.

Dette betyr at det er betydelig usikkerhet i framskrivningene, og det er også viktig å merke seg at framskrivningene av aktivitet bygger på SSBs befolkningsframskrivninger som også har en usikkerhet.

Når vi er kjent med denne usikkerheten er det nødvendig å følge utviklingen tett og ha planer for hvordan manglende kapasitet skal håndteres i de enkelte helseforetakene og i Helse Sør-Øst samlet sett.»

Ved konkrete prosjekter for innpassing i de eksisterende bygningene og/eller tilpasning til endringer i virksomhetens organisering kan det bli nødvendig med justeringer av beregnet areal underveis.

7.1 Dimensjonerende forutsetninger

Metoden som er benyttet for å se på denne problematikken, er at vi med utgangspunkt i pasientaktiviteten i 2019 har regnet oss frem til den framskrevne aktiviteten i 2035. Så er det gjort en tilleggsanalyse av rombehov basert på forventet tillegg og endring som forventes å følge av nye behandlingsmetoder og driftsformer.

Ut ifra de utnyttelsesgrader som er besluttet i regional utviklingsplan 2035 Helse Sør Øst, og arealstandarder som er utarbeidet for denne rapporten, er arealbehovet for den fremtidige virksomheten i DPS og BUP beregnet.

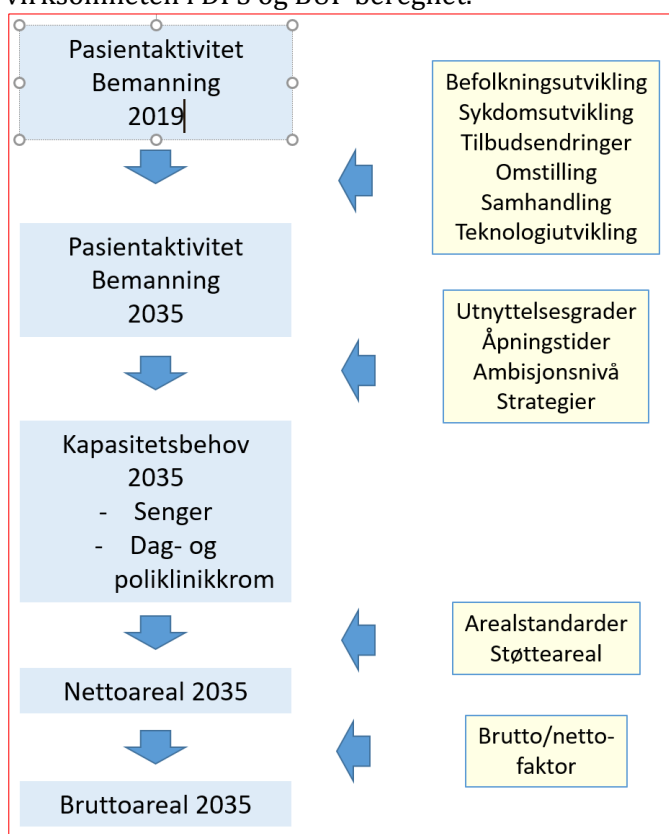


Fig. 7.1.1 Illustrasjon av framskrivningsprosessen med arealberegning

Den eksisterende bygningsmassen er vurdert med hensyn til ledige arealer og nødvendige tillegg i arealer som følge av nye tekniske krav og innmeldte mangler ved dagens bygningsmasse. Dette er gjort for alle lokasjonene. Deretter er de framskrevne arealbehovene justert for alle.

Samlet vurderinger for rom- og arealbehov i 2035 er således beskrevet i dette kapitlet.

7.1.1 Aktivitet og kapasitetsbehov

Framskrevet aktivitet og kapasitetsbehov er beregnet etter nasjonal modell (Sykehusbyggmodellen) og vist i tabeller i kapittel 6. I tillegg til dette er det lagt inn romkapasitet tilsvarende virksomhetens innmeldte endringsbehov. Dette er behov for rom til å huse aktivitet rundt behandlingstilbud som er nye og derfor ikke kan framskrives. Minimum kapasitetsbehov er vist som dag- og poliklinikkrom og senger.

7.1.2 Utnyttelsesgrader

Basert på føringer i Regional utviklingsplan 2035 Helse Sør Øst så er det benyttet Alternativ A i kapittel 6.1.3: Effektiv behandlingstid på 8 timer 230 dager i året med 75 minutter konsultasjonstid for poliklinikk og 5 timer konsultasjonstid for dagbehandling.

For beregning av senger benyttes følgende beleggsprosenter:

Døgnplasser for PHV for voksne 85 %

Døgnplasser for PHV for barn og unge 75 %.

Døgnplasser for TSB 80%

7.1.3 Arealstandarder

Under utarbeidelse av denne planen er det fremkommet forslag om at de ansatte i poliklinikker beholder behandlerom/kontor som nå. Begrunnelsen er, sitat:

Arbeidsdagen er mest effektivt når behandlerkontorene kan brukes fleksibelt til alle oppgaver som skal gjøres i løpet av en arbeidsdag. Denne består av direkte pasientarbeid, telefoner til pasienter, pårørende og samarbeidspartnere, journalføring, skrive rapporter og oppsummering av utredninger. Nesten alle disse oppgavene vil kreve ro, noe som er svært krevende i kontorfellesskap. Både i BUP og DPS er «produksjon» avhengig av tilgjengelige behandlingsrom.

I DPS poliklinikker er produksjonen pr i dag på et tilfredsstillende nivå fordi behandlingsansvarlig kan veksle effektivt mellom pasientbehandling og konsentrasjonskrevende arbeid/ telefonarbeid. Ansatte mener at ved et driftskonsept med kontorfellesskap og booking av behandlingsrom/ stillerom vil logistikk og samtidighetskonflikter gjøre arbeidet mindre effektivt. I BUP poliklinikker benyttes styrt avtalebok der pasientavtaler settes opp på like tidspunkt og der alle har kontortid samtidig. Ved styrt avtalebok og et driftskonsept med behandlingsrom og kontorfellesskap vil det oppstå samtidighetskonflikter både ved booking av behandlingsrom og ved behov for stillerom.

Samlet sett vil driftsinntektene med dette konseptet bli vesentlig redusert.

Faren for at taushetsplikten brytes i kontorfellesskap er overhengende. Det er, pr i dag, ingen i de lokale BUP poliklinikkene som har mer enn ett geografisk arbeidssted.

Under arbeidet med Bærum BUP ble det gjort et større arbeid med å finne mest hensiktsmessig kontorkonsept. Dette var med støtte og veiledning fra HSØ- innsatsteam. Da konkluderte en med at behandlingsrom til alle behandlere var mest effektivt og faglig mest forsvarlig. Det var også dette som ble gjennomført.

Brukerrepresentanter har i tillegg vært tydelig på at spesielt pasientgrupper med angst og ulike tvangslidelser, klart foretrekker å komme til samme kontor ved hver behandling. Dette mener ansatte er vanskelig å få til med et bookingsystem.

Det er utredet hvilken måte å organisere arealbruken på som krever minst areal. Dette er gjort ved analyse av tidsbruk per rom i en av poliklinikkene der areal er organisert med egne behandlerrom. Analysen viser at behandlerrom brukes til direkte pasientbehandling og telefonkonsultasjoner i 2 timer og 40 minutter per dag. Det betyr at resten av tiden benyttes rommet til annet arbeid eller står ledig.

Organisert med behandlingsrom, som fremkommer ved bruk av nasjonal modell, og fleksible kontor plasser i tillegg, vil det være mulig å utnytte behandlingsrommene til konsultasjoner 7,5 timer per dag.

Dette fremgår også av romprogrammet som er utarbeidet for Asker DPS, se tabell 7.2.1.1.

Dette er samme problemstilling som ble løftet før bygging av Bærum BUP, og er beskrevet i rapport *Samling av Bærum BUP vurdering av arealbehov* fra mai 2017.

Arealbehovet for Bærum BUP ble beregnet etter samme metode som er benyttet i denne rapporten.

Men ved ombygging av lokalene har man gått bort fra denne organiseringen og utformet lokalene med behandlerkontorer som ikke er dedikerte til enkeltpersoner. Romprogrammet får da plass innenfor det samme arealet.

Dette viser at det i praksis er mulig å bygge et konsept med behandlerkontorer innenfor samme arealstandard som beregning av konsept med behandlingsrom og separate kontorplasser, så lenge kontorer ikke dedikeres til enkeltpersoner.

Det er besluttet å beregne arealbehovet til dag- og poliklinikker etter forutsetningen om at behandlingsrommene som benyttes til pasientkonsultasjoner ikke kombineres med kontorarbeidsplasser som i dag. Arealberegningene bygger derved på samme arbeidsplasskonsept som i nytt sykehus i Drammen. Det er også slik at kapasitetsbehovet settes opp etter nasjonal framskrivningsmodell.

LINK arkitektur - med erfaring fra flere DPS-prosjekter – har bidratt ved utarbeidelse romprogrammene for dag- og poliklinikkene ved DPS-ene. I kapasitetsframskrivningene i kapittel 6 er det ikke medtatt virksomhet som foregår utenfor poliklinikkene. En del av dette er ambulante team, som trenger en base. Dette er hensyntatt i romprogrammene for VOP med noe ekstra romkapasitet. Det samme gjelder avdelingsledelse for BUP, TSB og de fem DPS' ene. I tillegg er behov for areal til nye funksjoner som av den grunn ikke kan fremskrives – for VOP delvis, og for BUP i sin helhet - adressert særskilt i kapittel 7.2.

Asker DPS er benyttet som grunnlag for arealstandarden på 56,5 kvm NTA pr. kapasitetsbærende konsultasjonsrom og for 40 kvm NTA pr. sengerom i voksenpsykiatri og tverrfaglig rusbehandling.

Asker BUP er benyttet som grunnlag for arealstandarden på 56 kvm NTA pr. kapasitetsbærende konsultasjonsrom for barne- og ungdomspsykiatri.

Arealstandarden er laget på helt overordnet nivå og inneholder alle primærrom, støtterom, og rom for administrasjon og personalfasiliteter. Men ikke korridorer, heis- og trapperom og tekniske rom. Disse er lagt inn i BN-faktoren.

Det er lagt inn en relativt stor buffer i form av ekstra behandlingsrom (ca. 95%) for å sikre mot samtidighetskonflikter m.m. I tillegg ligger det en buffer i at noen rom er programmert med litt høyere areal enn krav i standardromkatalogen.

Årsaken til at Asker er valgt som utgangspunkt for arealstandardene er at dette DPS-et er middels stort i Vestre Viken-sammenheng.

Arealstandardene er benyttet som skalering av de øvrige lokasjonene, slik at dimensjoneringen av alle DPS (VOP, TSB og BUP) har samme forholdstall for antall sengeplasser/konsultasjonsrom pr arealenhet.

Arealstandarder som er lagt til grunn er benyttet som underlag for oppsummert arealbehov i tabell 7.2.3.1.

7.2 Arealbehov 2035

Som basis for romstørrelser er benyttet Standardromkatalogen fra Sykehusbygg, med noen mindre unntak. I det følgende er arealbehovet beskrevet og oppsummert som netto areal for dag og poliklinikker oppdelt i VOP, TSB og BUP for hvert geografisk område, samt som netto areal til sengeposter for VOP.

Det er i romprogrammet lagt inn en viss buffer for å ivareta usikkerhet i framskrivingen og til fleksibel bruk av bygget. Brutto/nettofaktor – vist i tabeller som Ne/Br faktor - er beregnet til 1,7 både for leide og eide arealer. Faktoren brukes som et gjennomsnittlig tillegg til arealet av de programmerte rommene som er vist i tabellene for å medregne areal til trapper, gangareal, tekniske rom osv. Den er beregnet ut fra dagens planløsninger for Sikta og Hvalstadåsen, samt for Kulturhuset og Skysstasjonen. Det er ganske små innbyrdes forskjeller, og snittet ligger i underkant av 1,7.

7.2.1 TSB og PHV for voksne

Som eksempel på standardisert romprogram for døgn og psykiatrisk dag- og poliklinikk for voksne inkludert tverrfaglig spesialisert rusbehandling, vises Asker DPS som er middels stort internt i Vestre Viken.

Romprogram og nettoareal. Asker DPS frem mot 2035					
Dato revidert 22.11.2019					
Konsultasjoner pr år 29200		Arbeidsdager 230		Konsultasjoner pr beh / dag 2 stk pr behandler / dag	
Kapasitet: 64 hele behandler stillinger. 90% heltid. 10% deltid. 1 ambulant team.					
Beregningsunderlag			Alt A. behandlingsrom og kontorplass.		
Type	Romnavn	Romspesifikasjon	Pr. rom m ² netto	Antall rom	I alt m ² netto
Standardrom	Lege	Undersøkelsesrom	16	1	16
Standardrom	Behandlerrom	2-4 personer	12	30	360
Standardrom	Ambulant team	8 personer	48	1	48
Spesialrom	Behandlerrom	6-8 personer	20	5	100
Spesialrom	Gruppe	Behandling	30	1	30
Spesialrom	Leketerapi		20	0	0
Spesialrom	Test/Observ.om		10	2	20
I alt				40	574
Standardrom	Venteareal	Skjermet	10	1	10
Standardrom	Venteareal	Vestibyle	30	1	30
Standardrom	Lager rekvisita		8	1	8
Standardrom	Skyllerom		6	0	0
Standardrom	Renholdsrom		3	1	3
Standardrom	Avfall		10	1	10
Standardrom	Toalett pasient	HC / WC	5	2	10
Standardrom	Toalett pasient		2	5	10
I alt				12	81
Standardrom	Kontor	Leder	9	1	9
Standardrom	Arbeidsrom	2 pl.	12	1	12
Standardrom	Ekspedisjon	2 pl	12	1	12
Standardrom	Møterom	25 pers / 1,7 m ²	42	1	42
Standardrom	Møterom	15 pers / 1,7 m ²	26	1	26
Standardrom	Pause-/møterom	inkl tekjøkken	24	1	24
Standardrom	Lager rekvisita		5	1	5
Standardrom	Kopirom		10	1	10
Standardrom	Arbeidsrom adm	3 pl	18	1	18
Standardrom	Gruppekontor	6 m ² pr fast plass	36	9	324
Standardrom	Stillerom	ca 1 per 8 ansatt	5	7	35
Standardrom	Toalett	Personal	2	3	6
Standardrom	Garderobe	Personal	8	1	8
I alt				29	531
Totalt				81	1 186
Ne/Br faktor			1,7		2016
Netto /kvm arealstandard pr.behandlingsrom					56,5

Tabell 7.2.1.1: Romprogram Asker DPS, dag- og poliklinikk

Asker DPS døgn				
Romnavn	Romspekifikasjon	Pr. rom m ² netto	Antall rom	I alt m ² netto
Fellesfunksjoner				
Lege undersøkelsesrom		16	1	16
Behandlerkontor 6 stk	Samtalerom 4 stk	12	10	120
Boenhet m.bad		13	23	299
Boenhet m.bad	HC-tilpasset	24	2	48
Aktivitetsrom		30	1	30
Boenhet seng/opphold	Skjermingsenhet	30	2	60
Vakt personalrom		15	2	30
Ekspedisjon	2 pl	12	1	12
Kjøkken	Buffet funksjon	30	1	30
Garderobe	Personal m.wc	20	1	20
I alt			44	665
Støtterom				
Medisinrom		12	1	12
Samtale / besøksrom		16	2	32
Venteareal sentralt		40	1	40
TV stue		40	2	80
Spiserom / stue		30	2	60
Lager	Arkiv	10	1	10
Lager	Kjøøl / frys	5	1	5
Lager	Tørrvare	8	1	8
Skyllerom	Pasienttøy	6	2	12
Renholdsrom		3	1	3
Avfall		8	1	8
Varemottak		10	1	10
Toalett	Handicap/stellerom	5	1	5
Lager	Tøy	5	2	10
I alt			19	295
Personalfasiliteter				
Kontor	Leder	9	1	9
Arbeidsrom admin.	3 pl	18	1	18
Møterom	15 pers / 1,7 m ²	26	2	52
Pause-/møterom	inkl tekjøkken	26	1	26
Lager/post/kopierom		10	1	10
Toalett	Personal	2	2	4
I alt			8	119
Totalt			71	1 079
Ne/Br faktor	1,7			1834
Netto kvm pr.seng			40	

Tabell 7.1.1.2: Romprogram Asker DPS, døgn

Disse standardiserte romprogrammene er ikke så detaljert brukertilpasset som vanlig ved konkrete byggeprosjekt, men tar utgangspunkt i erfaringer fra flere gjennomførte DPS-utbygginger og bør være fullt ut pålitelige som arealstandarder for funksjonsområder i beregningene av de arealer som kreves for å dekke fremskrevet kapasitetsbehov 2035.

Arealene er fordelt geografisk, slik også virksomhetene i hovedsak er organisert.

I romprogrammene for dag- og poliklinikker for voksne (VOP og TSB) er det tatt utgangspunkt i 2 polikliniske konsultasjoner pr behandler pr dag, og at 90 % av behandlerstillingene er heltid, mens 10 % er deltid. Det er derfor et avvik mellom fremskrevet antall behandlingsrom i kapittel 6 og planlagt behov for behandlingsrom i kapittel 7.

Samtidig er det gjort noen justeringer i arealstandardene for å ha nok plass til ansatte for de konsultasjonene som utføres utenfor konsultasjonsrom.

7.2.2 BUP

Som eksempel på standardisert romprogram for poliklinikk for BUP, vises Asker BUP som er middels stort internt i Vestre Viken.

For BUP er det tatt utgangspunkt i dimensjoneringen av Bærum BUP som ble gjennomført i 2017². Arealbehovet er justert noe i forhold til standardroms katalogen skalert ut til de øvrige lokasjonene, slik at dimensjoneringen av alle BUP har det samme forholdstallet for antall konsultasjoner pr arealenhet.

For Bærum BUP som ble bygget ferdig i 2020 er det ikke foretatt skalering.

Asker BUP poliklinikk 2035.					
Beregningsunderlag					
			Pr. rom	Antall	I alt
	Romnavn	Romspesifikasjon	m ² netto	rom	m ² netto
Primærrom poliklinikk					
Standardrom	Lege undersøkelsesrom		16	2	32
Standardrom	Behandlerrom	2-4 personer	12	15	180
Standardrom	Ambulant team	8 personer	48	1	48
Spesialrom	Behandlerrom	6-8 personer	20	3	60
Spesialrom	Gruppebehandling		30	1	30
Spesialrom	Leketerapi		20	1	20
Spesialrom	Testrom		8	2	16
Spesialrom	Observasjon		10	2	20
I alt				27	406
Støtterom					
Standardrom	Venteareal desen	Skjernet	10	1	10
Standardrom	Venteareal sentra	Vestibyle	20	1	20
Standardrom	Lager	Arkiv	10	1	10
Standardrom	Skyllerom		6	1	6
Standardrom	Renholdsrom		3	1	3
Standardrom	Avfall		6	1	6
Standardrom	Toalett pasient	Handicap/stellerom	5	1	5
Standardrom	Toalett pasient		2	5	10
I alt				12	70
Personalfasiliteter					
Standardrom	Kontor	Leder	9	1	9
Standardrom	Kontor arbeidsrom	3 pl.	18	1	18
Standardrom	Resepsjon/Sentra	2 pl	12	1	12
Standardrom	Møterom	25 pers / 1,7 m ²	17	1	17
Standardrom	Møterom	15 pers / 1,7 m ²	24	1	24
Standardrom	Pause-/møterom	inkl tekjøkken	24	1	24
Standardrom	Lager rekvisita		2	1	2
Standardrom	Kopirom		10	1	10
Standardrom	Arbeidsrom admir	2 pl score tester	12	1	12
Standardrom	Gruppekontor	6 m ² per fast plass	198	1	198
Standardrom	Stillerom	ca 1 per 8 ansatt	5	5	25
Standardrom	Toalett	Personal	2	2	4
Standardrom	Garderobe HC/W	Personal	8	1	8
I alt				18	363
Totalt netto arealbehov				57	839
Netto/Brutto faktor			1,7		1426
Netto kvm / pr fremskr behandlings rom					56

¹ Hentet fra rapporten Samling av Bærum BUP. Vurdering av arealbehov. 5.5.2017.

Tabell 7.1.1.3: Romprogram Asker BUP, dag- og poliklinikk

7.2.3 Samlet arealbehov 2035

Enhet	Fremskrevet	Vurdert	Fremskrevet	Arealbehov	Arealbehov
	Konsultasjons-rom	Konsultasjons-rom	Senger	2035	2035
		tilleggsbehov ¹		Brutto kvm	Netto kvm
Asker DPS - område					
Dag- og poliklinikk VOP	15	5			1130
Dag- og poliklinikk TSB	9	1			565
Sum Dag- og poliklinikk	24	6		2882	1695
Døgntilbud VOP. Arealstandard 40 kvm/seng			17	1156	680
Asker BUP					
Dag- og poliklinikk. Arealstd 56 kvm/beh.rom	11	2		1047	616
Bærum DPS - område					
Dag- og poliklinikk VOP	25	7			1808
Dag- og poliklinikk TSB	7	1			452
Sum Dag- og poliklinikk	32	8		3842	2260
Døgntilbud VOP. Arealstandard 40 kvm/seng			14	952	560
Døgntilbud TSB			11	748	440
Bærum BUP					
Dag- og poliklinikk	17	3		1921	1130
Drammen DPS - område					
Dag- og poliklinikk VOP	26	8			1921
Dag- og poliklinikk TSB	11	1			678
Sum Dag- og poliklinikk	37	9		4418	2599
Døgntilbud VOP. Arealstandard 40 kvm/seng			15	1020	600
Døgntilbud TSB			23	1564	920
Drammen BUP					
Dag- og poliklinikk	17	3		1904	1120
Kongsberg DPS - område					
Dag- og poliklinikk VOP	16	4			1130
Dag- og poliklinikk TSB	3	1			226
Sum Dag- og poliklinikk	19	5		2305	1356
Døgntilbud VOP. Arealstandard 40 kvm/seng			9	612	360
Døgntilbud TSB					
Kongsberg BUP					
Dag- og poliklinikk	5	2		479	282
Ringerike DPS - område					
Dag- og poliklinikk VOP	15	5			1130
Dag- og poliklinikk TSB	2	1			170
Sum Dag- og poliklinikk Ringerike sykehus VOP og TSB	17	6		2209	1300
Dag- og poliklinikk VOP på Hallingdal sjukestugu	5	1		576	339
Døgntilbud VOP			10	680	400
Døgntilbud TSB					
Ringerike BUP					
Dag- og poliklinikk BUP på Hallingdal sjukestugu	2	1		288	170
Dag- og poliklinikk BUP på Ringerike	6	3		864	509
SUM ROM- OG AREALBEHOV	192	49	99	29469	17335

Tabell 7.2.3.1: Oppsummert rom- og arealbehov

8 Oppsummering

Det er i denne rapporten analysert hvilken teknisk tilstand, funksjonell egnethet, tilpasningsdyktighet og kapasitet som finnes i den eiendomsmassen som PHR disponerer.

Det er også analysert hvilket arealbehov det er sannsynlig at virksomheten vil behøve i 2035.

Analysene kan benyttes som beslutningsgrunnlag for videre arbeid med arealbruksplaner, og strategiske valg i forhold til strukturelle prioriteringer.

Det anbefales at det utarbeides en eiendomsplan PHR del 2 med arealbruksplan, utviklingsplan - bygg og kjøps/avhendingsplan, slik som beskrevet i «Veileder for utvikling av bygg og eiendom». Foretaket vil da ha komplett eiendomsplan for Psykisk helse og rus.

8.1 Dagens eiendomsmasse

Dagens eiendomsmasse er stor, variert og har til dels svært spredt beliggenhet.

8.1.1 Teknisk oppgraderingsbehov

Det er analysert teknisk tilstand og funksjonell egnethet for alle eide bygninger. Kostnader for teknisk oppgradering og ombygging til et nivå på som er godt nok til videre drift fram mot 2035 er estimert for de bygg som bør beholdes. Det er tatt utgangspunkt i et ambisjonsnivå på tilstandsgrad 1,0 for både teknisk tilstand og funksjonell egnethet.

Rapporten viser hvilke bygg som har vedlikeholdsetterslep, hvilke som er godt og dårlig egnet til videre bruk, og hvilke potensiale for virksomhetstilpasning de enkelte byggene har.

Det tekniske vedlikeholdsetterslepet for de eide byggene er i størrelsesorden 201 millioner kroner.

8.1.2 Samlet rom- og arealkapasitet

Kartlegging utført i 2019 og kvalitetssikret av PHR viste at eiendommene da inneholdt 528 behandlingsrom av alle typer. Der er ikke rene kontorarbeidsplasser for behandlere ut over dette.

Det er i tillegg 202 sengerom.

Det har trolig skjedd en mindre endring eller forskyvning til nå ved at en del sengerom har fått sin bruk endret til behandlingsrom.

Det benyttes til sammen 50921 m² BTA. 41736 m² BTA er i bygg som er eid av foretaket og 9185 m² BTA er i leide lokaler.

8.2 Framtidens eiendomsmasse

Analysene som er gjort av rom- og arealbehov i 2035 viser at det er behov for 241 behandlingsrom. Det er beregnet at 192 av disse behøves til å utføre samme type tilbud som i dag, mens det behøves 49 behandlingsrom til ny aktivitet med gruppekonsultasjoner, diagnostiske/terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud, B4DT-behandling, FACT ung og E-mestring.

I tillegg så viser analysene behov for 99 sengerom i 2035.

Det tilhørende arealbehovet – gitt at lokalene var godt tilpasset virksomheten – er beregnet til å bli 29469 m² BTA.

Dette arealbehovet forutsetter at lokalene er optimalt utformet og samlet på ett sted. Økt oppdeling gir økt arealbehov. Og uhensiktsmessige planløsninger gir stedvis også økte arealbehov. I det videre arbeidet vil arealbehovet derfor måtte justeres for oppdeling i flere lokasjoner og ta hensyn til byggenes utforming.

Eiendomsplan PHR

DEL 1

**Tilleggsutredning – betydning av ny nasjonal modell
for framskrivninger i psykisk helsevern og TSB**



24. november 2021

PROSJEKT	
Eiendomsplan PHR	

GODKJENT AV	
Narve Furnes	

DOKUMENTSTATUS	
Tillegg til prosjektrapport	Klar for styrebehandling

Innhold

1	Innledning.....	3
2	Tilleggsutredning basert på ny nasjonal framskrivning av behov i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	4
2.1	Bakgrunn	4
2.2	Nasjonal modell – beskrivelse	4
2.3	Kapasitetsbehov døgnplasser.....	5
2.4	Kapasitetsbehov poliklinikk.....	6
2.5	Vurdering.....	7
3	Endret arealbehov 2035.....	7

1 Innledning

Samtidig som *Eiendomsplan PHR DEL 1 av 24. september 2021* er utviklet har det pågått et arbeid med utvikling av ny nasjonal modell for framskrivninger i psykisk helsevern og TSB.

Dette vil innvirke på kapasitetsvurderinger og derved også på rom- og arealbehov. Direktør Medisin Halfdan Aass har beskrevet ny modell, og gjort en sammenligning av denne i forhold til modellen som opprinnelig ble lagt til grunn i Eiendomsplanen. Hans vurdering er vist i kapittel 2.

Betydning for rom- og arealbehov er vist i kapittel 3.

Drammen, 24. november 2021

2 Tilleggsutredning basert på ny nasjonal framskrivning av behov i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

2.1 Bakgrunn

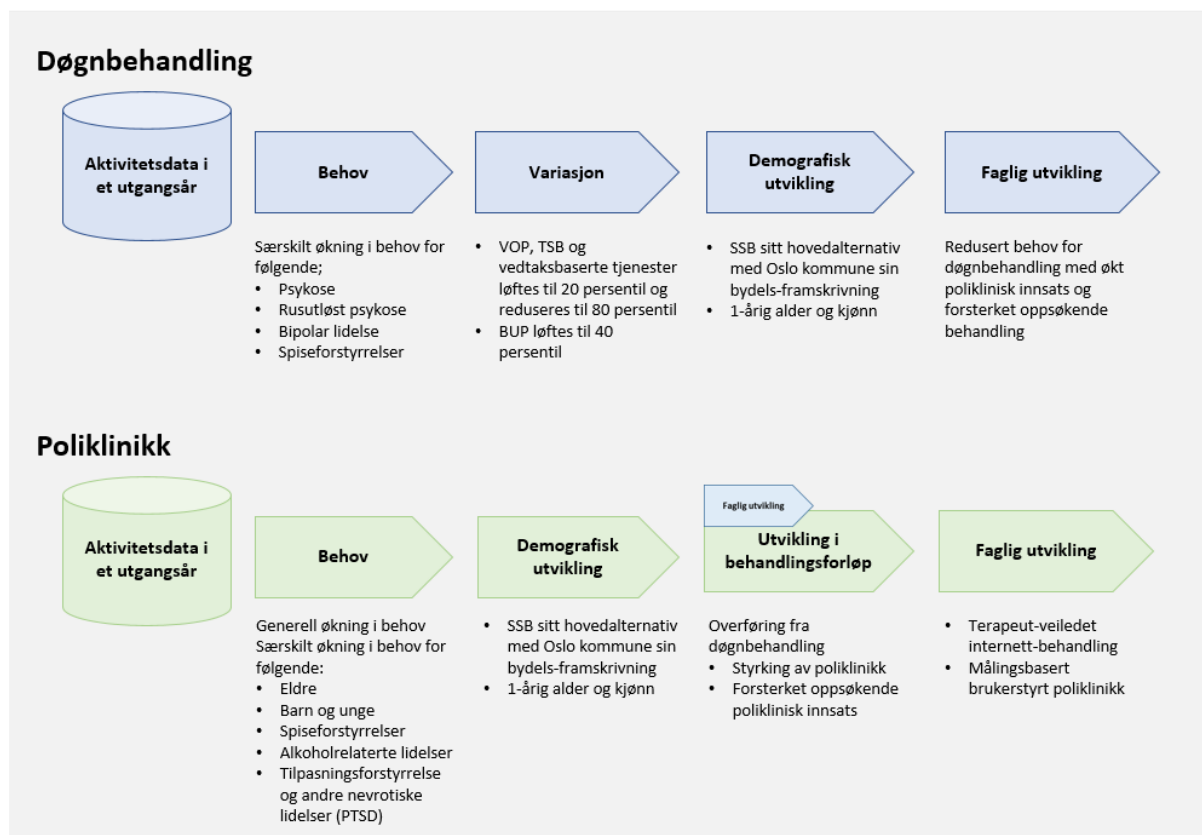
Det ble i september 2021 offentliggjort en ny nasjonal modell for framskrivninger av behov i psykisk helsevern og TSB, som skal benyttes i planlegging fremover. Modellen framskriver behovet med 2040 som perspektiv. Her beskrives den nye modellen, og resultatene sammenliknes med Sykehusbygg sin framskrivning som eiendomsplanen har vært basert på.

2.2 Nasjonal modell - beskrivelse

Nasjonal modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er utviklet med utgangspunkt i aktivitetstall fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). For å fange opp behov for helsetjenester, er det tatt utgangspunkt i Global Burden of Disease (GBD) ved Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) sine estimat av prevalens av ulike psykiske lidelser i Norge. Forekomst av sykdom i befolkningen blir sammenholdt med aktivitetsdata (NPR og KPR) for å vurdere om det er pasientgrupper helsetjenesten trenger å videreutvikle tilbud til i årene frem mot 2040.

Modellen gjør trinnvise beregninger med utgangspunktet i dagens aktivitet. Modellen korrigerer for endringsbehov i dagens tjenestetilbud før demografisk utvikling framskrives. Det er stor variasjon i bruk av døgnbehandling mellom helseforetakene, og modellen reduserer derfor variasjon i bruk av døgnbehandling ved å øke de med lav aktivitet noe og redusere de med høy aktivitet. Resultatet justeres deretter basert på forventninger til endringer i pasientbehandling, nye oppgaver og bruk av ny teknologi.

Framskrivningsmodellens trinn og komponenter er vist i figuren under:



Tidsperspektivet i nasjonal modell er fram til 2040. Vestre Viken har fått tall fra den nasjonale framskrivningen brukket ned på de enkelte enhetene i foretaket.

Forskjellen i resultat mellom de ulike framskrivningsmodellene er dels betinget av endringer i befolkningsutviklingen, dels ulik vektning av en del faktorer. Sammenliknet med tidligere framskrivninger, gjør den nasjonale modellen også en vurdering av om aktivitetsnivået som det tas utgangspunkt i, er i tråd med pasientpopulasjonens behov i det enkelte sykehusområdet.

2.3 Kapasitetsbehov døgnplasser

Tabellen nedenfor viser beregnet behov for døgnplasser i henholdsvis 2035 og 2040 med Sykehusbygg sin modell og med den nye nasjonale modellen. Begge har aktivitet i 2019 som utgangspunkt. Uttrekkene er gjort fra samme base, og som ventet er da også aktivitetsdataene i 2019 praktisk talt de samme (selv om uttrekk fra samme base gjerne gir noen marginale forskjeller). Data vises for alle deler av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det kommenteres imidlertid ikke på funksjoner som skal inn i nytt sykehus i Drammen, da denne eiendomsplanen ikke omfatter det nye sykehuset, men den øvrige virksomheten.

Tabell 1. Framskrivninger av behov for døgnplasser sammenliknet med 2019

	Framskrivning Sykehusbygg			Framskrivning nasjonal modell			Senger i drift 2019
	Liggedøgn 2019	Liggedøgn 2035	Sengebehov 2035	Liggedøgn 2019	Liggedøgn 2040	Sengebehov 2040	
TSB							
ARA Blakstad	4169	3506					12
Bærum DPS	3475	3003					13
Drammen DPS (Konnerud, Haugesgt.)	7763	6605					25
Totalt	15407	13114	47	15398	16173	55	50
DPS							
	Liggedøgn 2019	Liggedøgn 2035	Sengebehov 2035			Sengebehov 2040	
Asker	6063	5156	17	6063	6147	20	24
Bærum	4715	4223	14	4667	4872	16	19
Drammen	5167	4647	15	5079	5496	18	19
Kongsberg	2861	2663	9	2861	3241	10	11
Ringerike DPS	3519	2996	10	3519	3459	11	15
Totalt	22325	19685	65	22189	23215	75	88
VOP totalt	Liggedøgn 2019	Liggedøgn 2035	Sengebehov 2035			Sengebehov 2040	
VOP sh	42341	38452	124	42477	48440	156	125
VOP DPS	22325	19685	65	22189	23125	75	88
Totalt	64666	58137	189	64666	71565	231	213
BUP	Liggedøgn 2019	Liggedøgn 2035	Sengebehov 2035			Sengebehov 2040	
BUP	4292	3243	12	4292	3970	15	17

TSB=tverrfaglig spesialisert rusbehandling; VOP=psykisk helsevern voksne; VOP sh =psykisk helsevern voksne på sykehusnivå; BUP=psykisk helsevern barn og unge.

Psykisk helsevern for voksne ved DPS-ene:

Tilbudet for døgnbehandling på DPS-nivå vurderes noe forskjellig i de to modellene. Mens Sykehusbygg sin modell gir et redusert behov for døgnbehandling i 2035, konkluderer nasjonal modell med en lett økning i behovet i 2040. Det medfører at sengebehovet er høyere i nasjonal modell. Det er imidlertid lavere enn dagens nivå. I dag er gjennomsnittlig beleggsprosent på 70. Med planforutsetningen om beleggsprosent på 85 % ville foretaket med aktiviteten i 2019 hatt et behov for 72 senger totalt på DPS-nivå.

TSB – døgntilbud utenfor sykehus:

Nasjonal modell gir en lett økning i behovet for liggedøgn i 2040 sammenliknet med i dag, mens Sykehusbygg sin modell gir noe reduksjon i 2035. Behovet i Vestre Viken er i nasjonal modell vektet litt opp, da tilbudet i dag er vurdert å ligge noe lavt i landssammenheng. TSB skiller seg ut ved at om lag 60 % av døgntilbudet både i Vestre Viken og på landsbasis gis av private aktører med avtale med de regionale helseforetakene. Bruk av private aktører er ikke omtalt her.

2.4 Kapasitetsbehov poliklinikk

Poliklinikk og dagbehandling, inklusive ambulant virksomhet fremstilles i denne omgang samlet for psykisk helsevern for voksne og TSB. Utrekkene i de to modellene er noe ulike. I Sykehusbygg sin modell er ikke ambulant virksomhet med i aktiviteten som fremskrives, men ambulant aktivitet i 2019 er beskrevet i notatet. Denne er derfor tatt med i aktiviteten for 2019 både i psykisk helsevern for voksne/TSB og for barn og unge, og framskrevet med samme faktor som øvrig aktivitet. Aktiviteten er målt som kontakter (i nasjonal modell også indirekte kontakter), og ikke som inntektsgivende ISF-poliklinikk. Aktiviteten er derfor høyere enn rapporterte inntektsgivende polikliniske konsultasjoner.

Tabell 2 Framskrivninger av behov for polikliniske konsultasjoner/dagbehandling sammenliknet med 2019

Poliklinikk/dag	Fremskrivning Sykehusbygg		Fremskrivning nasjonal modell	
	Aktivitet 2019	Aktivitet 2035	Aktivitet 2019	Aktivitet 2040
VOP/TSB	170868	214994	169479	211685
BUPA	77597	88394	79684	88404
Totalt	248465	303388	249163	300089

Som det fremgår av tabellen varierer uttrekket for aktivitet i 2019 for de to modellene, særlig for barne- og ungdomspsykiatri, men forskjellene er prosentvis liten. Det skyldes noe ulikheter i hva som inngår i uttrekket. Ved framskrivningene predikerer Sykehusbygg sin modell en høyere aktivitet i 2035 enn den nasjonale modellen gjør i 2040. En lineær framskrivning med Sykehusbyggs modell vil gi behov for 320.551 kontakter i 2040, altså om lag 20.000 flere enn i den nasjonale modellen. Forskjellen utgjør imidlertid ikke mer enn 6,8 % av totalt antall i 2040, og vurderes å være godt innenfor usikkerheten i en framskrivning med 20 års perspektiv.

Den nasjonale modellen forventer at om lag 20 % av kontaktene vil være digitale i 2040, dvs. totalt ca. 60.000 kontakter hvorav om lag 19.500 innen barne- og ungdomspsykiatri. Digitale kontakter er ikke tallfestet i Sykehusbygg sin modell, men virksomhetene i Klinikk for psykisk helse og rus benytter allerede dette i en del konsultasjoner.

2.5 Vurdering

Ny nasjonal framskrivningsmodell er sammenliknet med Sykehusbygg sin framskrivning som eiendomsplanen har bygget på fram til nå. Innenfor psykisk helsevern for voksne på DPS-nivå, tilsier modellen et noe høyere behov for døgnplasser enn den Sykehusbygg har lagt til grunn, men behovet er lavere enn dagens antall døgnplasser. Siden den nasjonale modellen skal legges til grunn i arbeidet med foretakets utviklingsplan, bør det tas høyde for disse behovene for døgnplasser med mindre det påpekes spesielle forhold som tilsier at man skal avvike fra det.

For døgnplasser innen TSB framskrives behovet også noe høyere enn tidligere modell, og også litt høyere enn i dag.

For poliklinikk/dagbehandling er forskjellene relativt små, og innenfor den usikkerhet som framskrivninger med så langt tidsperspektiv må forventes å ha. Den nasjonale modellen vurderes således å påvirke de planene som er utarbeidet, i liten grad.

05.10.21

Halfdan Aass

3 Endret arealbehov 2035

Dette kapittelet inneholder en vurdering av hvilke endrede rom- og arealbehov for DPS-nivået som følger av kapittel 2, basert på samme arealstandarder som er benyttet i hovedrapporten.

Vurderingen i kapittel 2 tilsier at antall sengerom og tilhørende arealbehov bør økes noe. Mens behandlingsrom til poliklinikk/dagbehandling blir om lag det samme ved begge de framskrivningsmetodene som er brukt.

Endringen og samlet behov etter ny vurdering er vist i tabell 3.

For TSB er hele økningen på 8 rom foreløpig ført opp under Drammen DPS, mens for VOP er økningen på 10 senger fordelt på DPS-ene.

Den samlede forskjellen mellom beregningsmodellene blir 18 sengerom som utgjør en økning av behov for areal på ca. 830 m² NTA, 1410 m² BTA.

Tabell 3 Rom- og arealbehov 2040

Enhet	Konsultasjonsrom		Senger		Nytt arealbehov 2040 Brutto kvm	Nytt arealbehov 2040 Netto kvm
	Tidligere fremskrivning	Ny fremskrivning	Tidligere fremskrivning	Ny fremskrivning		
Asker DPS						
Dag- og poliklinikk VOP	20	20				1130
Dag- og poliklinikk TSB	10	10				565
Sum Dag- og poliklinikk	30	30			2882	1695
Døgntilbud VOP. Arealstandard 40 kvm/seng			17	20	1360	800
Asker BUP						
Dag- og poliklinikk. Arealstd 56 kvm/beh.rom	13	13			1238	728
Bærum DPS						
Dag- og poliklinikk VOP	32	32				1808
Dag- og poliklinikk TSB	8	8				452
Sum Dag- og poliklinikk	40	40			3842	2260
Døgntilbud VOP. Arealstandard 40 kvm/seng			14	16	1088	640
Døgntilbud TSB			11	11	748	440
Bærum BUP						
Dag- og poliklinikk	20	20			1904	1120
Drammen DPS						
Dag- og poliklinikk VOP	34	34				1921
Dag- og poliklinikk TSB	12	12				678
Sum Dag- og poliklinikk	46	46			4418	2599
Døgntilbud VOP. Arealstandard 40 kvm/seng			15	18	1224	720
Døgntilbud TSB			23	31	2108	1240
Drammen BUP						
Dag- og poliklinikk	20	20			1904	1120
Kongsberg DPS						
Dag- og poliklinikk VOP	20	20				1130
Dag- og poliklinikk TSB	4	4				226
Sum Dag- og poliklinikk	24	24			2305	1356
Døgntilbud VOP. Arealstandard 40 kvm/seng			9	10	680	400
Døgntilbud TSB						
Kongsberg BUP						
Dag- og poliklinikk	7	7			666	392
Ringerike DPS						
Dag- og poliklinikk VOP	20	20				1130
Dag- og poliklinikk TSB	3	3				170
Sum Dag- og poliklinikk Ringerike sykehus VOP og TSB	23	23			2209	1300
Dag- og poliklinikk VOP på Hallingdal sjukestugu	6	6			576	339
Døgntilbud VOP			10	11	748	440
Døgntilbud TSB						
Ringerike BUP						
Dag- og poliklinikk BUP på Hallingdal sjukestugu	3	3			286	168
Dag- og poliklinikk BUP på Ringerike	9	9			857	504
SUM ROM- OG AREALBEHOV	241	241	99	117	31043	18261

Saksfremlegg

Rammeverk for planlegging av forberedelse til drift og Samlet plan

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	118/2021	20.12.2021

Forslag til vedtak

1. Styret godkjenner «Rammeverk for planlegging av forberedelser til drift og Samlet plan», og ber om at denne inngår som styringsverktøy for ferdigstilling av sykehuset.
2. Styret ber om at planen suppleres i løpet av første tertial 2022 med en egen plan for ferdigstilling av eksterne tiltak som i henhold til reguleringsbestemmelsene er nødvendige for ibruktakelse av sykehuset.
3. Styret ber om at planen suppleres med IKT-plan NSD, som beskriver leveranse og tilpasning av IKT-systemer som er nødvendige for ibruktakelse av det nye sykehuset.
4. Styret ber Vestre Viken HF om å legge planen til grunn for videre arbeid med detaljplanlegging av de enkelte aktiviteter som omfattes av helseforetakets ansvar iht. fremlagte dokument og plan.
5. Rapportering av fremdrift i henhold til samlet plan, skal inngå som del av månedlig statusrapportering til styret.
6. Avvik i forhold til planlagt fremdrift, håndteres i beslutningsmøte for iverksettelse av nødvendige tiltak for å komme tilbake på plan.

Drammen, 13. desember 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I sentralt styringsdokument for prosjekt nytt sykehus i Drammen (PNSD), omhandles blant annet mål for prosjektet. Resultatmålene er knyttet til løsningene som prosjektet skal frembringe, og målsettinger som prosjektorganisasjonen (PNSD) skal måles etter. Ett av disse omhandler ferdigstilling og ibruktakelse:

Sykehuset skal overleveres uten feil og mangler som påvirker grunnlaget for en stabil drift.

For å sikre en trygg overgang mellom utbygging og drift og en robust igangsettelse av nytt sykehus, skal det tidlig etableres et felles rammeverk for hvordan arbeidet i denne fasen skal gjennomføres som omfatter alle aktører som er involvert i arbeidet.

Saksutredning

Et tiltak for å redusere risiko i forbindelse med oppstart av driften i nytt sykehus, er å planlegge for gradvis klinisk ibruktakelse. I 2020 ble det utarbeidet en rapport som beskriver mulig omfang av klinisk ibruktakelse, *Slutfase – prioritering av områder for tidlig klinisk drift*. Dokumentet ble godkjent av både styret i Vestre Viken HF og Prosjektstyret for nytt sykehus i Drammen i september 2020.

PNSD har, i samarbeid med Vestre Viken HF, i løpet av 2021 utarbeidet vedlagte dokument, *Rammeverk for planlegging av forberedelser til drift og Samlet plan*. Her er aktører, hovedaktiviteter og milepæler som må utføres for å bidra til å oppfylle styringsmålet om sikker ibruktakelse av det nye sykehuset, beskrevet. Det er i tillegg utarbeidet en foreløpig aktivitets- og milepælsplan, Samlet plan, som vil detaljeres ytterligere og følges opp i månedlig statusrapportering.

Dokumentet har hovedfokus på aktiviteter som kreves for å sikre at nytt sykehus blir ferdigstilt i tide, og at nødvendige forberedelser for helseforetaket, Sykehuspartner og Sykehusapoteket gjennomføres til rett tid. Behov for gjensidig forpliktelse til fremdriftsplanen og koordinering av aktiviteter mellom de enkelte aktørene, er viktige elementer for å sikre et vellykket resultat.

Dokumentet beskriver, i foreliggende versjon, ikke hvordan øvrige forutsetninger beskrevet i reguleringsbestemmelsene, skal oppfylles. Dette gjelder adkomstveier for bil, buss, sykkel og gående. Tilgjengelighet til parkeringsarealer og kollektivtilbud må også sikres før brukstillatelse vil bli gitt. Ansvarsforhold og milepæler for disse aktivitetene vil bli beskrevet i eget dokument og lagt inn i oppdatert versjon av Samlet plan i løpet av første tertial 2022.

I tillegg vil hovedmilepæler fra IKT-plan NSD bli implementert som del av Samlet plan, slik at denne også inngår i den løpende rapporteringen til prosjektstyret for nytt sykehus og styret i Vestre Viken HF.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør understreker at rapporten, *Rammeverk for planlegging av forberedelse til drift og Samlet Plan*, er utarbeidet i fellesskap mellom Vestre Viken HF og Helse Sør-Øst RHF sin prosjektorganisasjon (PNSD) og er behandlet i begge organisasjoner.

Dokumentet danner et godt grunnlag for et felles rammeverk for alle aktører som er involvert i arbeidet med ferdigstilling og drift av nytt sykehus. Dette vil sikre en trygg overgang mellom utbygging og en robust igangsettelse og drift av nytt sykehus.

Tidsplanen inneholder milepæler for de mest sentrale leveransene fra utvalgte aktører, som må gjennomføres for å sikre en vellykket ibruktakelse av nytt sykehus.

Dette danner et godt grunnlag for hver enkelt aktør til å etablere egne planer/planverk for sine aktiviteter inn mot innflytting og ibruktakelse. For Vestre Viken HF vil planen danne et godt

grunnlag for videre arbeid med detaljplanlegging av de enkelte aktiviteter som omfattes av helseforetakets ansvar.

Administrerende direktør anbefaler at vedlagte dokument legges til grunn for videre planlegging, og inngår som styringsverktøy for ferdigstillelse av nytt sykehus.

- Vedlegg:
1. Rammeverk for planlegging av forberedelse av forberedelse til drift og Samlet Plan
 2. Samlet plan versjon 1.2

Prosjekt:

Nytt sykehus i Drammen

Tittel:

Rammeverk for planlegging av forberedelse til drift og Samlet Plan

05	Oppdatert etter behandling i beslutningsmøte	12.11.21	TRB	MAF	ARH	
04	Revidert etter høringsrunde	09.11.21	TRB	MAF	ARH	
03	Godkjent for høringsrunde	15.10.21	MAF	FRL	ARH	
02	Gjennomsyn/Tverrfaglig kontroll	15.09.21	MAF	FRL		
01	Gjennomsyn/Tverrfaglig kontroll	28.05.21	MAF	FRL		
Rev.	Formål med utgivelsen	Rev. Dato	Utarbeidet	Kontroll	Godkjent	
Kontraktor/leverandørs logo:		Bygg nr:	Etasje nr.:	Systemgr.:	Antall sider:	
					Side 1 av	
Prosjekt:	Utgivernr:	Fag:	Dok.type:	Løpenr:	Rev.nr.:	Status:
NSD	0000	Z	AA	0012	05	G

Revisjonsendringer

Rev.:	Beskrivelse av endring
4	Revidert etter høringsrunde
5	Revidert nummerering av fotnote nr. i tabell kap. 3.3, samt koordinering av linje 111675 og 2216790 i vedlegg.

Innholdsfortegnelse

1	Begreper.....	4
2	Innledning.....	7
2.1	Bakgrunn og formål med dokumentet.....	7
2.2	Tidsplan i Samlet plan.....	7
3	Premisser for Samlet plan.....	8
3.1	Sentralt styringsdokument.....	8
3.2	Plan for tidlig klinisk drift.....	8
3.3	Overordnede styrende milepæler.....	11
4	Beskrivelse av aktiviteter i slutfasen.....	12
4.1	Opplæring i regi av VVHF.....	12
4.2	Utplassering av utstyr (IKT, MTU, apotekspesifikt utstyr og inventar).....	13
4.3	Integrerte systemtester og virksomhetstester.....	13
4.4	Validering.....	18
4.5	Medisinsk stråling.....	19
4.6	Akkreditering/driftskonsesjon/Sertifisering.....	20
4.7	Eierskifte.....	20
4.8	Flytting og klinisk ibruktagelse.....	21
4.9	Driftsoppgaver/-ansvar.....	21
4.10	Team for feilretting/endringer.....	23
4.11	Etablering av beredskapssentral.....	24
5	Aktører og ansvar.....	25
5.1	Generelt aktør bilde.....	25

5.2	PNSD roller og ansvar	25
5.3	VVHF roller og ansvar	25
5.4	SPHF roller og ansvar	26
5.5	SAHF roller og ansvar	27
5.6	HSØ roller og ansvar.....	27
5.7	Prosjektgrupper	27
6	Organisering av arbeidet.....	27
7	Rapportering mot Samlet plan.....	28
7.1	Rapportering i Samlet plan forum	28
7.2	Rapportering til eget styre.....	28
8	Risikostyring.....	28
9	Kostnader	29

1 Begreper

Begrep	Forklaring
Akuttsøyle	Kritiske funksjoner for å behandle akuttstye.
Basisprosjektet	Tverrfaglig prosjekt som beskriver bygning, tekniske anlegg, utstyr og driftsmessige forutsetninger som legges til grunn for planlegging og bygging.
Beslutningsmøte IKT for nytt sykehus i Drammen	Styingsorgan for etablering av IKT i nytt sykehus i Drammen, bestående av representanter fra TOEH-HSØ, SPHF, VVHF og PNSD.
BTU	Bygg teknisk utstyr
Byggherre	Helse Sør-Øst RHF, utøvet av prosjektorganisasjonen Prosjekt nytt sykehus i Drammen.
Eierskifte	Formell overlevering fra PNSD til VVHF. Ved Eierskifte overtar VVHF det overordnede driftsansvar og disposisjonsrett for eiendom og bygningsmasse.
ELS	Early Life Support. Tiltak for å sikre at drifts- og forvaltningsorganisasjonen får den nødvendige støtten i den første stabiliseringsperioden.
FAT	Fabrikk akseptansetest, fabrikkproduserte systemer og produkter gjennomføre interne produktkontroller i form av FAT.
FST	Fullskala test, test av alle tekniske systemer for hele eller større deler av bygget.
GMP	GMP = Good Manufacturing Practice
Integrerte systemtester (IST)	Integrerte systemtester er en samlebetegnelse på et sett med tester i regi av PNSD i slutfasen for å verifisere leveranser og funksjoner i det nye sykehuset.
Klargjøringsperiode	Perioden fra gjennomført Eierskifte til klinisk ibrukttagelse
Klinisk ibrukttagelse	Tidspunkt hvor lokaler tas i bruk til klinisk virksomhet
MF	Anlegget defineres som mekanisk fullført (MF) når all fysisk montasje er utført og all egenkontroll er gjennomført.
MTU	Medisinsk teknisk utstyr
NSD	Nytt sykehus i Drammen
PNSD	Betegner prosjektorganisasjon som er etablert for å gjennomføre prosjektet i henhold til de rammer og forutsetninger som er gitt av styret i Helse Sør-Øst RHF. Prosjektorganisasjon rapporterer til et prosjektstyre, som er gitt eget mandat av styret i Helse Sør-Øst RHF.
Produksjonsmiljø	SPHF plattform som benyttes for å levere avtalte tjenester

Prøvedrift	Verifisering av funksjonene og ytelsene til de tekniske bygningsinstallasjonene over tid, med brukere i bygget (internlast) og under ytre klimatisk påvirkning.
RTB	Rent tørt bygg
SAHF	Sykehusapotekene Helseforetak
Samlet plan	En plan med milepæler for å sikre en vellykket ibruktageelse av nytt sykehus i Drammen
Samlet plan forum	Felles forum for deltagere til Samlet plan
SAT	SAT (system akseptansetest) skal bekrefte at et system (eller deler av et system) er i samsvar med kontrakt og innfrir de spesifiserte krav.
Slutfase	Perioden etter gjennomført SAT for de ulike entrepriser, til og med overtagelse og idriftsettelse av sykehuset.
SPHF	Sykehuspartner HF – leverandør av IKT-infrastruktur og –løsninger
SP-PNSD	Sykehuspartner HF's prosjektorganisasjon for NSD (Fase 2)
SX og UX	S1=Prosjektstøtte S2=Samhandling U1=PNSD avdeling for prosjektering U2=PNSD avdeling for bygg U3=PNSD avdeling for VVS U4=PNSD avdeling for elektro U5=PNSD avdeling for IKT U6=PNSD avdeling for utstyr U7=PNSD avdeling for O-IKT U8=PNSD avdeling for Totalentreprise for Psykisk helsevern og adkomstbygg
Testmiljø	SPHF plattform som benyttes for å verifisere en løsning som er godkjent testet, og er en siste kontroll før leveranse tas til produksjon
Testplan	Oversikt som viser hvilke systemer som skal testes, hvem som er ansvarlig for å planlegge testene, hvem som er ansvarlig for å utføre testene og når. Hensikten er å sikre at de rette systemene testes og at testene utføres til rett tid i prosjektet.
Testprosedyre	Dokument som beskriver hvordan et system skal testes samt hvilke kriterier som skal oppfylles for at testene anses som vellykkede. Hensikten er at systemene som skal testes, testes

	på rett måte og at de kun godkjennes ved rette omstendigheter.
TOEH-HSØ	Teknologi og E-helse-HSØ, overordnet ansvarlig over alle IKT-prosjekter i HSØ.
Validering	Med validering menes en prosess der man evaluerer og dokumenterer samsvar mellom spesifiserte krav og prosjekterte løsninger.
Virksomhetstester (VT)	Simulere ordinær drift innenfor utvalget områder.
VVHF	Vestre Viken Helseforetak

2 Innledning

2.1 Bakgrunn og formål med dokumentet

For å sikre en trygg overgang mellom utbygging og en robust igangsettelse og drift av nytt sykehus, er det viktig at det tidlig etableres et felles rammeverk for hvordan arbeidet i denne fasen skal gjennomføres for alle aktører som er involvert i arbeidet. Flere aktører har leveranseansvar og oppgaver inn mot driftsstart av nytt sykehus. Det er nødvendig at alle aktører har en felles forståelse av ansvar, roller og oppgaver i denne fasen. De ulike aktivitetene må planlegges godt og gjennomføres i et strukturert og samordnet løp. Dette blir ivaretatt gjennom en felles plan (Samlet plan) for slutfasen. Dokumentet gir en samlet beskrivelse av premisser, rammer og forutsetninger for slutfasen, og vil være basis for utvikling av et felles planverk.

PNSD er gitt et ansvar for å koordinere aktivitetene i slutfasen. I prosjektets styringsdokument er *Ferdigstilling og ibruktakelse* av prosjektet definert som et av resultatmålene, formulert på følgende måte:

Sykehuset skal overleveres uten feil og mangler som påvirker grunnlaget for en stabil drift.

For å sikre en trygg overgang mellom utbygging og drift og en robust igangsettelse av nytt sykehus, skal det tidlig etableres et felles rammeverk for hvordan arbeidet i denne fasen skal gjennomføres som omfatter alle aktører som er involvert i arbeidet.

For å kunne utføre rammeverket rasjonelt og effektivt, er det behov for å etablere en gjennomtenkt systematikk, struktur og begrepsbruk, som alle er kjent med og kan forholde seg til. Rammeverket skal i tillegg reflektere organisasjons- og ansvarsforhold med hensyn til hvem som planlegger, utfører og rapporterer de ulike aktivitetene.

Dokumentet har hovedfokus på slutfasen, men har for oversiktens og helhetens skyld også vist sammenhengen til prosjektets Hovedfremdriftsplan og slutføring av foranliggende aktiviteter som entreprenørene har ansvar for.

2.2 Tidsplan i Samlet plan

Tidsplan i Samlet plan inneholder milepæler for de mest sentrale leveransene fra utvalgte aktører og som må gjennomføres for å sikre en vellykket ibruktakelse av nytt sykehus i Drammen. Hovedtyngden av aktivitetene i Samlet plan skal utføres i 2024.

PNSD har ansvar for å etablere og vedlikeholde fremdriftsplanen. Planen vil på øverste nivå være en milepælsplan med basis i PNSD's gjeldende styringsplan. Planen skal ha målbare aktiviteter slik at rapporteringen til Samlet plan forum blir mest mulig presis.

Det forutsettes at hver enkelt aktør har etablert egne planer/planverk for alle sine aktiviteter. Samlet plan vil ha fokus på de viktigste aktiviteter og vil således fungere som et overordnet styringsverktøy, hvor den enkelte aktør følger opp og rapporterer iht. sine aktiviteter. Det er

viktig at det etableres en «leveransedisiplin» omkring Samlet plan, og at aktørene prioriterer dette i sine aktiviteter og rapportering. Se videre detaljer i kapittel 7.

3 Premisser for Samlet plan

3.1 Sentralt styringsdokument

I sentralt styringsdokument for Prosjekt nytt sykehus i Drammen NSD-0000-Z-AA_0002, kapittel 8.6 er slutfasen omtalt på følgende måte:

Prosjekt nytt sykehus i Drammen har ansvaret for forberedelse til drift frem til det punkt hvor sykehuset er klart for ibruktakelse (eierskifte). For å få en god overgang fra bygging til klinisk drift, er det viktig at samarbeidet mellom PNSD og VVHF er tett og godt, med tydelig definerte oppgaver og tydelige ansvarsgrenser. For å planlegge og gjennomføre en god ibruktakelse må det etableres en gjennomtenkt systematikk, struktur og terminologi som begge organisasjoner er kjent med. Det er derfor etablert en overordnet strategi for å sikre dette.

Start på slutfasen er definert til tidspunktet for når siste tekniske anlegg er ferdig montert og har status mekanisk ferdig (MF). Slutfasen går frem til overtagelse av bygget og frem til fullendt prøvedrift.

Under hele slutfasen er det viktig at det overholdes regler for rent tørt bygg (RTB), slik at det er mulig å kjøre i gang ventilasjon og andre tekniske systemer og leveranser. RTB er en forutsetning for å få kjørt i gang, innregulert, utført funksjon og ytelsestester i henhold til spesifisering.

System akseptansetest (SAT) kjøres på ett eller flere system etter at de er mekanisk ferdig (MF). Ved avdekking av feil så skal disse utbedres før integrerte systemtester (IST). IST kjøres på to eller flere systemer som har samhandling med hverandre.

Fullskalatest (FST) kjøres til slutt før overtagelse for å se at alle funksjoner i bygget fungerer ved forskjellige scenarier rundt brann og rømning av bygget.

3.2 Plan for tidlig klinisk drift

PNSD har i samarbeid med VVHF utviklet plan for innfasing av kliniske funksjonsområder fra januar 2025. Dette er dokumentert i egen rapport *Slutfase - prioritering av funksjonsområder for tidlig klinisk drift (NSD-0000-Z-AA-0010)*. Rapporten er godkjent i respektive styre og er førende for arbeidet med Samlet plan.

Funksjonsområder som er vurdert som en del av KIB-1:

- Bildediagnostikk, polikliniske funksjoner og alt innen nukleærmedisin
- Laboratoriemedisinsk poliklinisk prøvetaking
- Ortopedisk poliklinikk og dagbehandling
- Fysikalsk medisin, fysio- og ergoterapi, poliklinikk og dagbehandling

- Nevrologisk poliklinikk og dagbehandling
- Revmatologisk poliklinikk og dagbehandling
- Barne- og ungdomspoliklinikk og dagbehandling
- Øye poliklinikk og dagkirurgi
- Dialyse dagbehandling
- Nyremedisinsk poliklinikk og dagbehandling
- ØNH poliklinikk og dagbehandling, inkludert audiometri
- Kirurgisk poliklinikk og dagbehandling (kar, urologi og gastro)
- Gynekologisk poliklinikk og dagbehandling
- Endoskopipoliklinikk
- Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, både akutt og elektiv virksomhet, både inneliggende og poliklinisk pasientbehandling

Internservice og støttefunksjoner som må sikres for overnevnte kliniske drift:

- Matforsyning
- Renhold og tekstil
- Eiendomsdrift (teknisk drift, vakt og sikring)
- Servicetjenester (transport, portør)
- Garderober og internkommunikasjonsareal
- Logistikk (varemottak og forsyningstjenester)
- Medisinsk teknologisk drift og support
- IKT drift og support

Det er i tillegg avtalt følgende:

- Dagkirurgi:
Arealene som inneholder funksjonene dagkirurgi og pre-postoperativ drift har VVHF behov for å starte sine aktiviteter imellom KIB-1 og KIB-2. Det gjennomføres eierskifte før disse arealene blir disponible for VVHF.
- Laborariearealer:
VVHF har behov for å få tilgang til arealer for testing av utstyr før eierskifte. PNSD vil legge til rette for dette. Dette er arealer som inneholder følgende funksjoner:
 - Analysehall
 - Blodbank
 - Bakteriologi, inkludert automasjonslinje
 - Farmakologi
 - Mikrobiologi, inkl. genteknologi områder
 - Patologi

Oppstart i disse arealer uten eierskifte, vil medføre at VVHF må følge PNSD gjeldende regler på byggeplass, samt at enkelte av arealene ikke vil ha brukstillatelse. Det vil også i den perioden pågå testing av overordnede systemer som elektrisitet og ventilasjon etc. Men i samarbeid med brukerne så vil det tilstrebes gjennomføres på tidspunkt som ikke får eller får minimal

konsekvens for testing av utstyr. Testing som kan påvirke arealer, koordineres igjennom Tekniskdriftsrådet.

- **Sterilsentral:**
For innkjøring og ibruktagelse av sterilsentral, har VVHF behov for å starte sine aktiviteter før eierskifte KIB-1. Arealet vil ikke ha brukstillatelse på dette tidspunktet og vil medføre at VVHF må følge PNSD gjeldende regler på byggeplass. Eierskifte for arealet vil være en del av KIB-1.
- Sykehusapotekets arealer i Behandlingsbygget er en del av KIB-1. Dette inkluderer avdelingene sykehusleveranser, produksjon og farmasøytiske tjenester, samt fellesarealer. I tillegg inngår publikumsutsalgets arealer i Adkomstbygget som en del av KIB-1. SAHF må starte sin validering før eierskifte ved å delta på tester i regi av PNSD.

3.3 Overordnede styrende milepæler

Følgende styrende milepæler skal legges til grunn for etablering av Samlet plan:

Milepæl	Beskrivelse	Dato
	Frys funksjonalitet til eksisterende sykehus ¹	25.11.2023
	Mekanisk ferdig KIB-1	24.02.2024
	Mekanisk ferdig KIB-2	02.04.2024
	Frys IKT nytt sykehus i Drammen (NSD) ²	25.05.2024
	Oppstart test for Analysehall i regi av VVHF	01.08.2024
	Oppstart test for Sterilsentral i regi av VVHF	01.08.2024
	Frys oppgraderinger ³	31.08.2024
	ROS 1	07.10.2024
	Start validering av SA sine arealer i regi av PNSD	01.11.2024
	Oppstart blodproduksjon	25.11.2024
	Eierskifte KIB-1	25.11.2024
	Oppstart tidlig klinisk drift (KIB-1)	07.01.2025
	ROS 2	15.01.2025
	Oppstart test for Vestre Viken- Dagkirurgi	01.02.2025
	ROS 3	01.04.2025
	Eierskifte KIB-2	30.04.2025
	Etablering av akuttstøyle (KIB-2)	21.05.2025

¹All funksjonalitet som ikke skal direkte til nytt sykehus er ferdig pilotert og klar til ibruktakelse og utrulling.

²All funksjonalitet som skal til nytt sykehus, er klaggjort for integrasjonstest. Alle grunndata skal være lagt inn og løsninger ferdig konfigurert og tilpasset nytt sykehus. Dette danner grunnlaget for bilaterale integrasjonstester i nytt sykehus. Mottak og utrulling er ferdig. VV endrer til fokus på nytt sykehus.

³Frys av alle pågående IKT-aktiviteter i eksisterende sykehus som påvirkes av byggeprosjektet. (dvs. Drammen sykehus og Blakstad sykehus) Integrasjonstesting, utprøving, virksomhetstesting og stabilisering starter.

Aktiviteter inkludert datoer for fotnote 1,2 og 3 er beskrevet i dokument: NSD-0000-F-PL-0001, IKT plan NSD.

4 Beskrivelse av aktiviteter i slutfasen

I dette kapittel er de viktigste oppgaver og forhold som må ivaretas i slutfasen beskrevet.

4.1 Opplæring i regi av VVHF

VVHF skal utarbeide en opplæringsplan som omfatter alle behov for opplæring i forbindelse med innflytting i nytt sykehus, både når det gjelder organisering, arbeidsprosesser, bygg og utstyr. VVHF er ansvarlig for organiseringen av den samlede opplæring og sertifisering av ansatte. Opplæringsplanen må også omfatte funksjoner og løsninger som leveres av PNSD, SPHF og SAHF og samordnes med det opplæringsprogram som tilbys i respektive kontrakter. Ref. *Bilag C23- krav til opplæring SD-0000-Z-SP-0086*.

Opplæringsplanen må omfatte:

- Etablere en struktur for opplæring
- Opplæring av teknisk driftspersonell og vektertjeneste
- Opplæring av VVHF instruktører i funksjonsområder, systemer og utstyr
- Opplæring/sertifisering av ansatte (avdelingsvis opplæring inklusive utstyr og IKT)

Det anbefales at organisasjonen øver på nye arbeidsformer/prosedyrer før innflytting

Opplæring av teknisk driftspersonell skal foregå ved/som:

- Observatør ved idriftsettelse
- Observatør ved SAT
- Observatør ved integrerte tester
- Deltagelse på opplæring i regi av entreprenør
- Deltagelse på befaringer

Opplæring av VVHF sine instruktører kan foregå på følgende måter:

- Funksjonsområder
 - Detaljeres videre i opplæringsplan
- Systemer
 - Rørpost
 - Pasientsignal
 - AGV
 - Kliniske prosedyrer
 - Rollebasert telefon
 - M.m.

Opplæring av sluttbrukere:

- Opplæring utføres av VVHF sine instruktører
- E-læring

Opplæring kan gjennomføres som: e-læring, on-the-job training i eksisterende virksomhet, praktiske aktiviteter i nytt sykehus eller gjennom opplæringsaktiviteter arrangert gjennom PNSD's utbyggingsorganisasjon. I tillegg kan det arrangeres «åpne dager» og kjentmannsprøver som del av opplæringen.

Opplæringsplanen skal omfatte nødvendig opplæring i forhold til gradvis klinisk ibrukttagelse.

4.2 Utplassering av utstyr (IKT, MTU, apotekspesifikt utstyr og inventar)

I løpet av 2024 og 2025 vil løst IKT-utstyr, MTU, apotekspesifikt utstyr og inventar bli utplassert. Noe utstyr må planlegges utplassert for gjennomføring av integrerte systemtester og validering. I hovedsak planlegges transportåre for løst utstyr senere. Utstyr som krever annen inntransport må planlegges særskilt og koordineres med prosjektets fremdriftsplan. PNSD har utarbeidet en plan for *Inntransport NSD-8201-A-NO-039*, for store elementer.

VVHF skal utarbeide en overordnet plan for flytting av bygg- og installasjonspåvirkende utstyr. Planen må utarbeides i samarbeid med PNSD. VVHF, SPHF og SAHF er ansvarlig for koordinering av overflytting av eget utstyr fra eksisterende lokaler til nytt sykehus. VVHF koordinerer denne planen.

Lett omsettelig utstyr utplasseres senest mulig opp mot ibrukttagelse, øvrig utstyr utplasseres i forkant av Eierskifte. Løst overflyttbart utstyr utplasseres i "klargjøringsperioden".

Plan for utplassering av utstyr må detaljkoordineres med planer for integrerte systemtester, validering, opplæring og gradvis klinisk ibrukttagelse/Eierskifte.

4.3 Integrerte systemtester og virksomhetstester

Perioden etter ferdig SAT vil omfatte IST og virksomhetstester, tester mellom flere systemer og/eller funksjonsområder.

4.3.1 Integrerte systemtester:

Hensikten med integrerte systemtester er å teste integrerte systemer og funksjoner (bygget, tekniske systemer, utstyr og «funksjonen i seg selv») for å verifisere at teknisk infrastruktur, utstyr, opplæring, driftsinstrukser, prosedyrer mv. fungerer i samspill som forutsatt.

Dørmiljø, ventilasjon/klimastyring ol. er eksempler på områder som egner seg for integrert systemtesting. Integrert systemtesting omfatter kombinasjon av tekniske systemer med eller uten tillegg av medisinske funksjoner. Det lages et eget oppsett over integrert systemtesting med angivelse av område/funksjon, hva som skal testes, akseptansekriterier, deltagere osv.

Integrerte systemtester deles dermed inn i to grupper:

- Eksempler på tester som VVHF vil være deltager
 - Kraftforsyning
 - Operasjonsstuer

- Eksempler på tester som VVHF ikke trenger å være deltager
 - Fettutskiller og SD
 - Branngardin og SD

Testcaser som planlegges sammen med VVHF som en del av integrerte systemtester, kan gjenbrukes som en del av virksomhetstestene.

SAHF involveres i integrerte systemtester for sin virksomhet med samme ansvarsforhold som VVHF har for de integrerte systemtestene de er involvert i.

4.3.2 Virksomhetstester:

Hensikten med virksomhetstester er å simulere ordinær drift som inkluderer de tekniske systemene, bruker- og medisinsk teknisk utstyr og «funksjonen i seg selv». Hvor helseforetaket med de ansatte skal operere systemene og bekrefte at teknisk infrastruktur, utstyr, opplæring, driftsinstrukser, prosedyrer mv. fungerer i samspill som forutsatt.

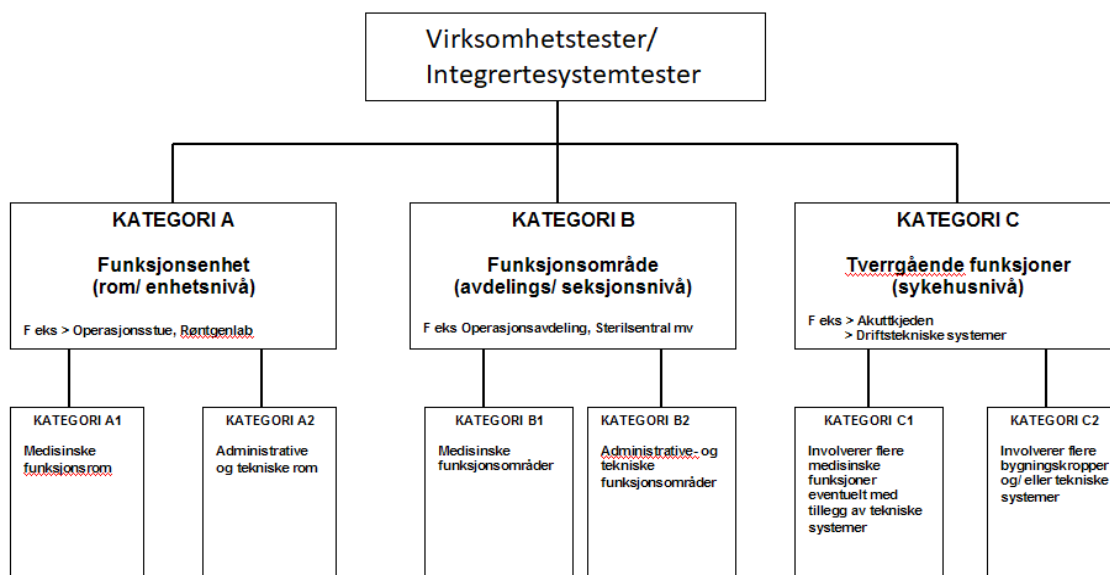
En eller flere operasjonsstuer eller større sammenhengende områder, som f.eks. operasjonsavdelinger, er eksempler på områder som egner seg for virksomhetstester. Dette kan også omfatte kombinasjon av tekniske systemer med eller uten tillegg av medisinske funksjoner. Videre må ulike logistikk konsepter, eksempelvis vareflyt, pasientflyt og tilhørende arbeidsprosesser verifiseres.

4.3.3 Ansvarsmatrise

Integrerte systemtester i regi av PNSD				
Oppgave	H	U	K	I
Utarbeide testplan	PNSD	PNSD	VVHF, Leverandør, Entreprenør	
Utarbeide testprosedyrer og caser	PNSD	PNSD/VVHF	VVHF, Leverandør, Entreprenør	
Organiserer test	PNSD	PNSD	VVHF	
Gjennomføring	PNSD	PNSD, VVHF, Leverandør, Entreprenør	VVHF, Leverandør, Entreprenør	

Integrerte systemtester I regi av VVHF (utstyrsleveranser)				
Oppgave	H	U	K	I
Utarbeide testplaner	VVHF	VVHF	PNSD, Leverandør, Entreprenør	
Utarbeide testprosedyre	VVHF	VVHF, PNSD	PNSD, Leverandør, Entreprenør	
Organiserer test	VVHF	VVHF, PNSD	PNSD	
Gjennomføring	VVHF	VVHF, PNSD	Leverandør, Entreprenør	
Virksomhetstester				
Utarbeide testplan	VVHF	VVHF		
Utarbeide testprosedyrer og caser	VVHF	VVHF	SPHF	
Organiserer test	VVHF	VVHF, PNSD	SPHF	
Gjennomføring	VVHF	VVHF, PNSD	SPHF	
Akseptere løsning	VVHF, PNSD			

H = Hovedansvar, U = Utførende, K = Konsulterende og I = Informert.



Eksempler på tester

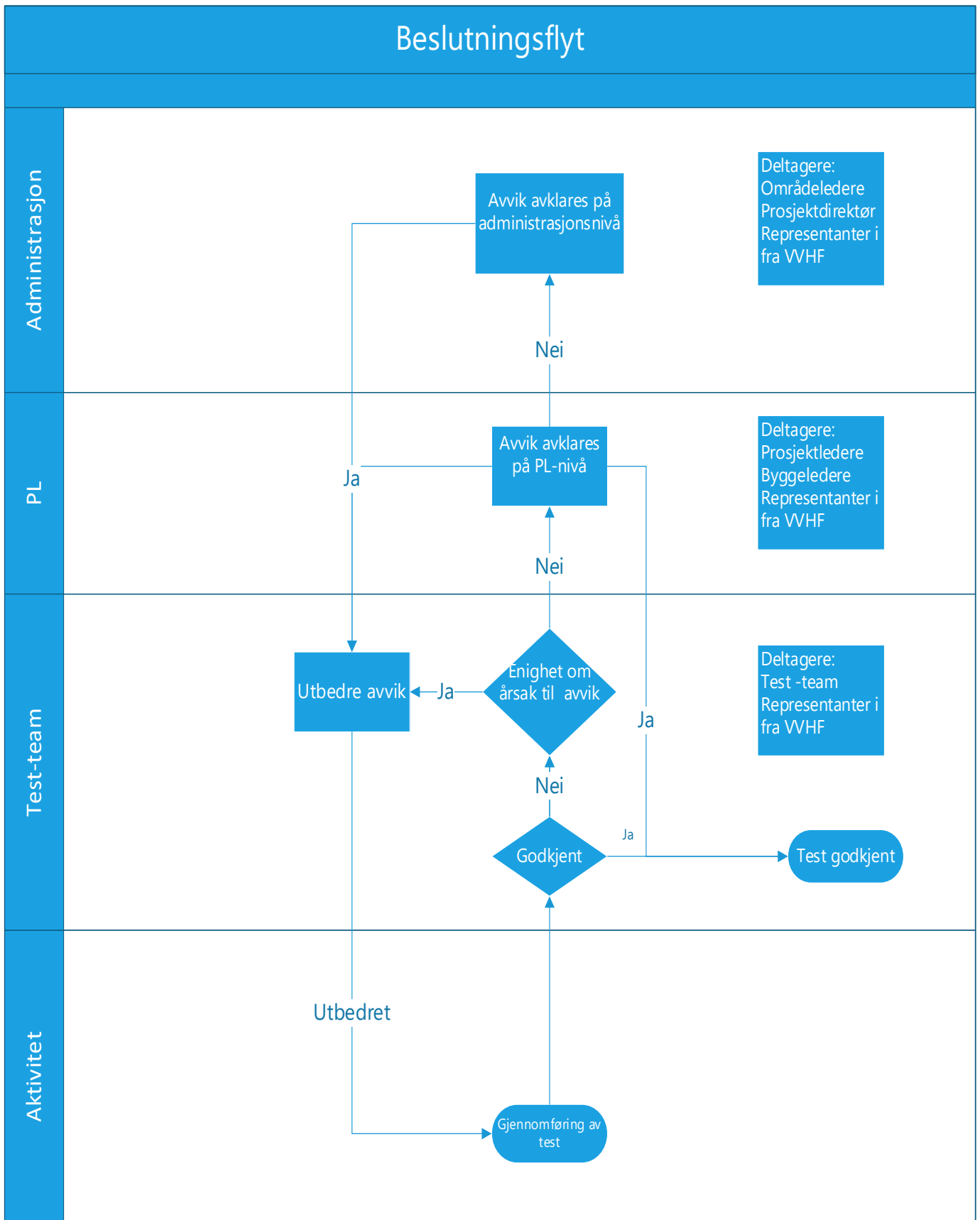
4.3.4 Beslutningsrutine ved registrert avvik for virksomhetstester

I testperioden er prosjektet i en kritisk fase og det er behov for raske avklaringer for utbedringer av registrerte avvik. I forbindelse med dette kan det oppstå uoverensstemmelser mellom representanter fra PNSD og VVHF.

Dette kan være:

- Avvik iht. prosjektets premisser:
 - Prosedyrefeil
 - Konfigurasjonsfeil
 - Systemfeil
 - Designfeil
- Om det er behov for utbedring

Som hovedregel skal aksjoner avklares på test-team nivå, før saken eskalerer videre iht. beslutningsflyt i figur. Figuren leses nedenfra og opp.



4.4 Validering

Med validering menes en prosess der man evaluerer og dokumenterer samsvar mellom spesifiserte krav og prosjekterte løsninger, det som er bygget og det som settes i drift, slik at kvalitet på det som fremstilles/produseres blir som planlagt. Eventuelle avvik registreres, korrigeres og resultatet dokumenteres på nytt.

Produksjonsområdet i Sykehusapoteket og Hotlab-området i Nukleærmedisinsk seksjon skal valideres etter regelverk gitt i EU-direktiv, omtalt som EU-GMP.

Det er i tillegg besluttet at Spesialrom (I3-lab og isolater) skal verifiseres. For disse rom er det ikke formelle krav til form og innhold i valideringen. Denne valideringsprosess betegnes derfor som «verifisering», slik det er i basisprosjektet.

Områdene må klargjøres for oppstart validering på et tidligere tidspunkt enn arealene for tidlig klinisk ibruktagelse. Validering og verifiseringsprosessen forutsetter stabile driftsforhold både på tekniske anlegg, samt på romklimatiske forhold.

For produksjonsrom Sykehusapotek vil det være SAHF sitt ansvar å gjennomføre valideringsprosessen.

Ansvarsmatrise:

Validering Hotlab				
Oppgave	H	U	K	I
Utarbeide testplan	PNSD	PNSD		
Utarbeide testprosedyrer	PNSD	PNSD, VVHF		
Organiserer test	PNSD	PNSD		
Gjennomføring	PNSD	PNSD, VVHF		
Akseptere løsning	PNSD, VVHF			
Validering SA				
Utarbeide testplaner	SAHF	SAHF		
Utarbeide testprosedyre	SAHF	SAHF, PNSD		
Organiserer test	SAHF	SAHF, PNSD		
Gjennomføring	SAHF	SAHF, PNSD		
Akseptere løsning	SAHF, PNSD			

Verifisering luftisolater/I3-lab				
Oppgave	H	U	K	I
Utarbeide testplaner	PNSD	PNSD		
Utarbeide testprosedyre	PNSD	PNSD, VVHF		
Organiserer test	PNSD	PNSD		
Gjennomføring	PNSD	PNSD, VVHF		
Akseptere løsning	PNSD, VVHF			

H = Hovedansvar, U = Utførende, K = Konsulterende og I = Informert.

4.5 Medisinsk stråling

For arealer med krav om skjerming mot stråling er følgende ansvarsmatrise satt opp.

Strålemåling Bilddiagnostikk/ nukleærmedisin				
Oppgave	H	U	K	I
Utarbeide testplaner	VVHF	VVHF		
Utarbeide testprosedyre	VVHF	VVHF		
Organiserer test	VVHF	VVHF, PNSD		
Gjennomføring	VVHF	VVHF, PNSD		
Akseptere løsning	VVHF, PNSD			
Strålemåling Stråleterapi				
Utarbeide testplaner	VVHF	VVHF		
Utarbeide testprosedyre	VVHF	VVHF		
Organiserer test	VVHF	VVHF, PNSD		
Gjennomføring	VVHF	VVHF, PNSD		
Akseptere løsning	VVHF, PNSD			

H = Hovedansvar, U = Utførende, K = Konsulterende og I = Informert.

4.6 Akkreditering/driftskonsesjon/Sertifisering

SAHF skal søke driftskonsesjon, inkludert tilvirkertillatelse, hos Statens legemiddelverk før oppstart i nytt sykehus. Slik tillatelse er en forutsetning for apotekdrift i de nye lokalene. SAHF skal i tillegg sikre midlertidig driftskonsesjon for to apotekutsalg hvis det er aktuelt med samtidig drift i både nye og gamle lokaler.

Medisinske laboratorier kan søke om akkreditering i samsvar med relevante standarder. Dette er VVHF sitt ansvar. Akkreditering/sertifisering er ikke en forutsetning for klinisk drift av nytt sykehus og følges derfor ikke opp som del av Samlet plan, men må koordineres.

For arealer som Hotlab, stråleterapi og røntgen, er det VVHF sitt ansvar å søke Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet om tillatelse for bruk av arealer og utstyr.

Blodbankens lokaler skal godkjennes av Helsedirektoratet, dette er VVHF sitt ansvar.

4.7 Eierskifte

Ved Eierskifte overtar VVHF disposisjonsrett og det overordnede driftsansvar for bygningssmassen, slik at denne kan klargjøres for klinisk ibruktagelse.

I forkant av Eierskifte skal det gjennomføres eierskiftebefaringer i samsvar med avtalt prosedyre som utarbeides og godkjennes i PNSD og VVHF. Ved gjennomføring av befaringer skal arealene være ferdig møblert og utstyrt.

Det legges til grunn at det ikke skal foretas noe ny vurdering av kvalitets- og håndverksmessig standard i forhold til det som er fastlagt i referansearealene. Et referanseareal er et område som er kontrollert og godkjent og som deretter legges til grunn for godkjenning av tilsvarende områder.

Eventuelle skader som måtte være påført i den perioden PNSD har hatt forvaltningsansvar for arealet, skal derimot noteres som mangel.

Grunnlaget for registrering av mangler under befaring vil være en kontroll, rom for rom, mot bestilling fra funksjonsprosjektet, romfunksjonsprogram og utstyrslistene (utskrevet fra dRofus).

Det vil være naturlig å dele opp befaringene i forhold til fagområder. Dette vil bli detaljert i planen for gjennomføring av Eierskifte.

Tiden mellom utplassering av utstyr/inventar og Eierskifte vil variere. For fast utstyr og inventar vil det normalt være lengre tid mellom utplassering og Eierskifte, enn det vil være for løst utstyr og inventar. Se for øvrig kapittel 4.2.

Tidspunkter for eierskiftebefaring detaljeres videre i plan for Eierskifte.

PNSD lager egen prosedyre for gjennomføring av Eierskifte og følger opp FDV iht. *bilag D15, Krav til sluttdokumentasjon FDV NSD-0000-Z-SP-0041*.

4.8 Flytting og klinisk ibruktagelse

For å sikre trygg ibruktagelse, skal VVHF planlegge for den fysiske flyttingen som starter før klinisk drift i et område. I tillegg må det etableres egen plan for den kliniske flyttingen som omfatter nedtrapping av kapasitet i forkant av flytting og tilsvarende plan for gradvis opptrapping.

Det må inngås avtaler med andre sykehus i helseforetak for avlastning i perioden. Avtaler må være inngått i forkant av ibruktagelse.

Milepæler fra flytteplanen må koordineres mot Samlet plan, slik at avhengigheter blir synlig.

4.9 Driftsoppgaver/-ansvar

4.9.1 Bygg

Innenfor byggeområdet overtar PNSD kontraktsarbeider etter hvert som kontraktsarbeidene er avsluttet og godkjent. Dette er planlagt å skje i god tid før Eierskifte. PNSD har ansvar for utbedring av feil, renhold og vedlikehold fram til Eierskifte. Etter Eierskifte overtar VVHF ansvar for renhold og drift, mens PNSD fortsatt har ansvar for utbedring av mangler definert ved Eierskifte.

Ved tidlig klinisk drift, må det etableres avskjerming mot eventuelle områder hvor det foregår bygge-/installasjonsarbeider, samt god skilting for pasienter. Alle rømningsveier fra de aktuelle områdene, må holdes åpne. PNSD vil være ansvarlig for slik tilrettelegging.

4.9.2 Teknikk

Alle tekniske anlegg skal være i full drift og ferdig uttestet og uten vesentlige feil og mangler før klinisk ibruktagelse. Det er viktig å garantere oppetid på anleggene, samt ivareta sikkerheten til de som er i lokalene.

PNSD har i sine kontrakter innenfor teknikk, kontrahert ytelser for å dekke nødvendig drift fram til overtagelse av de respektive kontraktsarbeidene. Overtagelse av de tekniske anleggene er i hovedsak planlagt til Eierskifte.

Fra overtagelsen vil VVHF, som en del av Eierskifte, være ansvarlige for drift, samt service og vedlikehold av disse anleggene. Både driftsytelser og service og vedlikehold kan avropes gjennom opsjoner i PNSD sine kontrakter. VVHF må i god tid før dette tidspunktet ha deltatt ved all planlagt opplæring og bemannet egen driftsorganisasjon, samt avropt på nødvendige service- og vedlikeholdsavtaler.

4.9.3 IKT

Entreprenør for PNSD's leveranse vil ha driftsansvaret for løsningen inntil PNSD overtar løsningen.

For BTU løsningene som VVHF skal overta driftsansvaret for, er overtagelse fra PNSD i hovedsak planlagt ved Eierskifte.

PNSD har gjennom sine kontrakter innenfor IKT, ytelse for å dekke nødvendig drift fram til overtagelse av de respektive leveransene. Etter overtagelsen vil VVHF, som del av Eierskifte, ha ansvar for drift, samt service og vedlikehold av disse anleggene. VVHF må i god tid før dette tidspunktet ha bemannet egen driftsorganisasjon, samt avropt på nødvendige service- og vedlikeholdsytelser. Både driftsytelser og service og vedlikehold kan avropes gjennom opsjoner i PNSD sine kontrakter.

Dette kan være systemer som eks:

- Adgangskontroll
- SD-anlegg

SPHF vil ha driftsansvar for tilgjengelige infrastrukturmiljø som benyttes for de enkelte IKT leveranser, fra og med FAT (for de leveranser der løsningene installeres på SPHF plattform), gjennom SAT og inn i produksjonsfase. Dette leveres som en del av SPHFs Løsningsfabrikk som er beskrevet i dokumentet HSØ-8250-F-PL-0001, og kalles prosjektdrift. Prosjektdrift er ytelse utført av SPHF i perioden fra leveransen er tilgjengeliggjort i aktuelt miljø, dvs. produksjonsatt fra leveransefasen, fram til Eierskifte.

IKT-leveransene vil bli produksjonsatt over tid i en fastlagt rekkefølge for å ivareta avhengigheter mellom dem. Eksempelvis vil basis infrastruktur som nettverk, enkelte bygningstekniske løsninger og servere produksjonssettes tidligst. Tjenestenivå på prosjektdriftytelsen reguleres gjennom en avtale som inngås mellom PNSD og SPHF.

Klargjøring og verifisering av leveransene vil hovedsakelig skje i produksjonsmiljø, så lenge leveransen ikke er tatt i operativ bruk. For de bygnære løsningene vil det etableres IKT infrastruktur som vil brukes i verifiseringen av tjenesten frem til den inngår i ordinær driftsregime ved overtagelse. For de løsningene som har integrasjoner mot, eller er en del av, andre systemer som er i ordinær drift (for eksempel kliniske systemer), vil det være behov for å etablere test- og preproduksjonsmiljøer for å verifisere løsningen. Dette gjelder også for verifikasjon av oppgraderinger av IKT leveranser som er tatt i (tidlig) bruk. Hvordan dette skal organiseres må gjennomgås og planlegges i detalj for den enkelte leveranse.

For flere leveranser vil det ikke være økonomisk eller teknisk hensiktsmessig å etablere alternative miljø for verifisering, og produksjonsmiljø må da benyttes også ved oppgradering.

Dette kan være systemer som eks:

- Kablet og trådløst nettverk
- Lokalt etablert infrastruktur for servere, lagring, backup
- Lokalt etablert sikkerhetsarkitektur
- Applikasjoner / tjenester som ikke har behov til eget testmiljø

4.9.4 Utstyr

For utstyr skjer overtagelse etter godkjent mottakskontroll. Noe utstyr vil ha prøvedrift, typisk 3 mnd. etter klinisk ibruktagelse.

VVHF må sette av ressurser til opplæring, og igangkjøring/innkjøring av utstyr i forkant av klinisk ibruktagelse.

4.9.5 Vaktsentral

PNSD vil sørge for nødvendig bemanning av vaktcentralen i byggeperioden fram til Eierskifte KIB-1. I fra Eierskifte KIB-1 overtar VVHF vaktcentralens oppgaver.

4.9.6 Driftssentral

PNSD vil ivareta nødvendig bemanning av driftssentral fram til Eierskifte. I perioden fra oppstart av driftssentralen (høst 2024) skal ressurser fra VVHF som on-the-job training inngå i driftsteamet. Omfanget av dette skal inngå som del av opplæringsplanen.

4.9.7 Teknisk driftsråd

Etter at arealer er tatt i bruk for klinisk virksomhet eller valideringsprosesser, er det viktig at aktiviteter som kan medføre nedetid på tekniske anlegg og IKT, planlegges og koordineres mellom VVHF og PNSD. For å ivareta slik koordinering etableres det et teknisk driftsråd bestående av personell fra PNSD og VVHF, SAHF deltar ved behov.

4.9.8 Resepsjon

I perioden mellom Eierskifte for områder som er inkludert av KIB-1 til milepel KIB-1, vil resepsjonen bli bemannet som del av vaktcentralen gjennom felles ressurser fra PNSD og VVHF. Fra milepel KIB-1 vil VVHF bemanne resepsjonen.

4.9.9 Forsikring

Det må foretas en vurdering av nødvendige forsikringer ved overgang til klinisk drift. Ansvar for forsikring og utstyr følger Eierskifte.

4.9.10 Felles varemottak

Fra Eierskifte har VVHF ansvar for vareleveranser til overtatte arealer.

4.10 Team for feilretting/endringer

Erfaringsmessig er det en utfordring for byggeprosjektet å utbedre alle feil og mangler før klinisk ibruktagelse. PNSD har ansvar for å etablere et system for effektiv og rask utbedring av mangler, slik at den kliniske virksomheten i minst mulig grad blir påvirket av dette.

Etter gjennomført SAT, må det etableres egne tverrfaglige team fra entreprenørene som utbedrer feil og mangler. Oppfølging av dette arbeidet er PNSD ansvar.

I arealer der det er utført Eierskifte, blir det etablert et team som representert av både PNSD og VVHF for oppfølging av feil og mangler.

4.11 Etablering av beredskapssentral

For å trygge ibruktagele og beredskap, skal det etableres en beredskapssentral som bemannes av VVHF, PNSD og SPHF. VVHF skal organisere og lede beredskapssentralen. Hensikten med beredskapssentralen er å samordne håndteringen av kritiske hendelser og iverksette korrigerende tiltak og ivareta informasjonsgivning internt og eksternt.

Beredskapssentral i fase KIB-1

I perioden fra oppstart gradvis klinisk drift, etableres det en beredskapssentral som er operativ på dagtid den første uke. Beredskapssentralen bemannes av ressurser fra VVHF, PNSD og SPHF. Deretter bemannes beredskapssentralen av VVHF som integrert funksjon i driftssentralen. Ved større hendelser innkalles PNSD og SPHF.

Beredskapssentral i fase KIB-2

Etter at akuttsøylen er etablert, må beredskapssentralen være døgnbemannet (inntil 1 uke), samt at det må være forhåndsdefinerte varslings- og tilkallingsrutiner for utbedring av feil. I første driftsdøgn skal det være utvidet bemanning i beredskapssentralen.

5 Aktører og ansvar

5.1 Generelt aktørbilde

Arbeidet i slutfasen vil bli ledet av «Leder ferdigstillelse». I tillegg til ressurser fra PNSD, vil SPHF, SAHF, VVHF og delvis HSØ inngå som sentrale aktører i arbeidet. I dette kapittel er de ulike aktørene listet opp, samt at det er angitt hvilke hovedområder de har ansvaret for.

5.2 PNSD roller og ansvar

PNSD har det overordnede ansvar for planlegging og gjennomføring av felles aktiviteter i slutfasen. I dette inngår bla:

- Lede arbeid med Samlet plan og gjennomføring av slutfasen
- Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser (felles for alle aktører)
- Etablere planer for å gjennomføre integrerte systemtester
- Utarbeide og følge opp søknader om myndighetsgodkjenning
- Planlegging og gjennomføring av Eierskifte
- Sikre at IKT-løsningene som benyttes i VVHF er klargjort for ibruktagelse i nytt sykehus
- PNSD migrerer avtalte, eksisterende lokale løsninger til nytt sykehus.

5.3 VVHF roller og ansvar

VVHF har egen intern prosjektorganisering av aktiviteten knyttet til forberedelse til ibruktagelse, mottaksprosjektet Prosjektdirektør sitter i administrerende direktørs ledergruppe.

Mottaksprosjektet er delt i fire fagområder med organisasjonsutvikling, teknikk og bygg, IKT og Utstyr.

VVHF skal ivareta:

- Utarbeide prosedyrer, medisinske og drift/tekniske for det nye sykehuset
- Utarbeide og gjennomføre opplæringsplaner
- Utarbeide beredskapsplaner
- Utarbeide og følge opp søknader om sertifisering, akkreditering og godkjenning/verifisering
- Utarbeide underlag for brukerkonfigurasjon av ulike systemer og bistå i konfigureringen
- Utarbeide plan for klinisk ibruktagelse
- Ivareta intern opplæring av IKT-systemer

- Virksomhetstester planlegges, organiseres og gjennomføres av VVHF
- Etablere bemanningsplaner for det enkelte område i det nye sykehuset
- Beskrive arbeidsprosesser som bidrar til å realisere definerte gevinster i gevinstplan
- Etablere en organisering tilpasset ny bygningsmasse og avtalte driftskonsepter i nytt bygg
- Utarbeide grunnlag for konfigurasjon av tilgangsstyring for den enkelte medarbeider til arealer og systemer

5.4 SPHF roller og ansvar

SPHF er framtidig driftsleverandør av IKT-infrastruktur for det nye sykehuset, samt leverandør av deler av IKT-løsningene. Det er inngått en leveranseavtale mellom HSØ-RHF og SPHF som regulerer leveransene. Kontraktsmodulen i PIMS vil til enhver tid være oppdatert med siste informasjon.

For å sikre at SPHF skal kunne levere det omfang som er avtalt i leveranseavtalene, er det etablert en prosjektorganisasjon SP-PNSD, samt en leveransemetodikk kalt Løsningsfabrikken som understøtter en effektiv måte å organisere og gjennomføre SPHF sine leveranser til PNSD.

SPHF skal ivareta:

- Etablere infrastrukturmiljø i henhold til design
- Leveranse av IKT-tjenester i tide til planlagte PNSD aktiviteter som IST (integreerte systemtester) og SAT (system akseptansetest)
- Bidra til planlegging av integrerte systemtester (IST) for IKT, samt deltakelse under gjennomføring i regi av PNSD
- Deltakelse under gjennomføring av virksomhetstester (VT) i regi av VVHF
- SPHF vil igjennom Løsningsfabrikken yte prosjektdrift på den til enhver tid tilgjengeliggjorte infrastrukturen iht. byggets fremdrift og frem til Eierskifte. Prosjektdriften inkluderer overvåking av IKT-tjenestene, inkludert tilgang til nødvendige logger, trace og overvåkingsrapporter. Fra og med Eierskifte yter SPHF ordinær drift.
- Det vil bli etablert ELS (Early Life Support) for kritiske IKT systemer. Varighet for ELS vil avhenge av stabilitet på løsningen og forutsetning for at ELS skal avsluttes er stabil drift. Dette vil være et samarbeid mellom SPHF, PNSD og VVHF.
- SPHF utarbeider plan for overtagelse ved Eierskifte og ordinær drift av IKT-løsninger levert av PNSD
- Utarbeider en opplæringsplan
 - Sykehuspartner driftspersonell

5.5 SAHF roller og ansvar

SAHF skal etablere og drifte sykehusapotekets produksjonslokaler, sykehusekspedisjon og publikumsutsalg. I dette inngår også nødvendig IKT-støtte for SAHF sin virksomhet. SAHF's arbeid ledes av egen prosjektleder som rapporterer i linjen i SAHF.

SAHF skal ivareta:

- Utarbeide plan for og gjennomføring av kvalifisering og validering
- Før eierskifte skal SAHF delta på tester i regi av PNSD, slik at resultatene av testene inkluderes som en del av validerings dokumentasjonen.
- Planer for og gjennomføring av opplæring
- Utarbeide plan for flytting og ibruktagelse
- Uttesting av SAHF relaterte IKT-systemer
- Delta i Eierskifte av SAHF's lokaler mellom PNSD og VVHF. Eierskifte skal foretas i forkant av valideringsprosessen.
- Utarbeide og følge opp søknad om driftskonsesjon, inkludert tilvirkertillatelse.
- Delta på test av legemiddelforsyning
- Delta på virksomhetstester.

5.6 HSØ roller og ansvar

HSØ forvalter ulike regionale fellesprogram innenfor IKT-området. Flere av disse programmene skal levere løsninger til nytt sykehus. VVHF ivaretar innføringen av disse IKT-systemene som følges opp i «*IKT plan NSD*» fase 1. I forbindelse med Samlet plan, vil HSØ regionalt kun rapportere på definerte leveransemilepæler. Oppfølging av leveransemilepælene skjer gjennom Beslutningsmøte-IKT for nytt sykehus i Drammen.

5.7 Prosjektgrupper

For enkelte områder vil det være aktuelt med tidlig ibruktagelse uavhengig av KIB, dette vil være områder som er spesielt kritiske for å etablere akuttsøylen. Det skal etableres egne prosjektgrupper som vil utarbeide egen detaljert fremdriftsplan for ferdigstilling og oppstart for hvert av disse områdene.

- Analysehall
- Legemiddelkjede
- Sterilsentral
- Dagkirurgi

Status for dette arbeidet skal fremlegges i Samlet plan forum.

6 Organisering av arbeidet

Overordnet styring skjer gjennom **Samlet Plan Forum**. Forumet ledes av PNSD v/Leder ferdigstillelse.

Hensikten med forumet er å rapportere i forhold til milepælsplanen med fokus på:

- Fremdrift, oppnådde milepæler og eventuelle forsinkelser
- Eventuelle utfordringer i gjennomføring av arbeidet
- Avhengigheter til andre
- Ta initiativ til eventuelle tiltak for å komme på plan

I Samlet plan forum deltar følgende:

- PNSD (Leder ferdigstillelse og planlegger) samt representanter fra S2, U4, U5 ,U6 og U7
- VVHF v/NN
- SPHF v/NN
- SAHF v/NN

Arbeid i Samlet Plan Forum vil starte opp gradvis med oppfølging av ulike planleggingsprosesser, samt utarbeidelse av planer for integrerte systemtester. Arbeidet forventes startet opp ila. første kvartal 2022.

7 Rapportering mot Samlet plan

7.1 Rapportering i Samlet plan forum

Alle aktørene som deltar i Samlet Plan forum, skal rapportere status for egne aktiviteter basert på egne underliggende detaljerte planverk. Hver aktør skal sikre at statusrapportering er forankret i egen ledergruppe i forkant av møter i forumet. Det utarbeides enhetlig felles mal for rapportering.

Med mindre annet er avtalt i forbindelse med ferier og årsavslutning, skal siste søndag i måneden være statusdato for innsamling av data for månedsrapporten. Rapporten skal være PNSD i hende senest påfølgende fredag kl. 12.00.

7.2 Rapportering til eget styre

PNSD utarbeider månedlig rapport som legges til grunn for felles rapportering, og inngår som fast punkt i måned rapport PNSD til prosjektstyret. Rapportering til styret i HSØ RHF skjer gjennom ordinær tertialrapportering.

Øvrige aktører rapporterer i egen linje med basis i PNSDs rapport.

8 Risikostyring

I sluttfasen skal det gjennomføres felles ROS analyser for å kartlegge risiko i forbindelse med klinisk ibruktageelse. Tema i ROS analysene skal bl.a.:

- Driftsstabilitet tekniske anlegg og IKT
- Opplæring
- Driftsforberedelser
- Valideringsprosesser
- Eksterne forhold
- Beredskapsplan

ROS analysene vil gjennomføres i regi av PNSD og øvrige aktører deltar. Resultatene registreres i PNSDs risikomatrix og følges opp i Samlet plan forum. I tillegg skal hver enkelt aktør ha egne risikoregister for sitt leveranseomfang. Felles ROS analyse gjennomføres etter følgende plan:

- ROS1 gjennomføres 3 mnd før første kliniske ibruktageelse
- ROS2 gjennomføres medio januar 2025
- ROS3 gjennomføres primo april 2025

I tillegg gjennomføres en avsluttende ROS ca. 1 uke før full klinisk drift. Alle ROS gjennomganger skal dokumenteres i egne referater. Ved behov gjennomføres flere ROS analyser for spesielle områder.

9 Kostnader

Hovedprinsippet for kostnadsdeling av aktiviteter i sluttfasen, er at hver enkelt aktør er ansvarlig for alle kostnader knyttet til egne aktiviteter og ressurser.

PNSD har ansvar for bygg og drift av tekniske systemer fram til Eierskifte eller overtagelse i samsvar med prinsippene beskrevet i dette dokumentet.

Vedlegg: Samlet plan versjon 1.2

Activity ID	Description	Tentativ start	Tentativ slutt	Ansvar	2022		2023			2024				2025			
					Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4		
HSØ - Samlet plan	HSØ - Samlet plan	Jun22	May25														
01	Premisser	Nov23	May25	PNSD													
0110	Frys IKT funksjonalitet til eksisterende sykehus	Nov23	Nov23	PNSD													
0115	Mekanisk ferdig for KIB-1 siste område	Feb24	Feb24	PNSD													
0120	Mekanisk ferdig for KIB-2 siste område	Apr24	Apr24	PNSD													
0125	Frys IKT nytt sykehus i Drammen (NSD)	May24	May24	PNSD													
0135	Frys av alle pågående IKT-aktiviteter i eksisterende sykehus	Aug24	Aug24	PNSD													
0145	Eierskifte avsluttet (KIB1)	Nov24	Nov24	PNSD													
0150	Oppstart tidlig klinisk drift	Jan25	Jan25	PNSD													
0155	Klargjort for full klinisk drift av psykisk helsevern	Jan25	Jan25	PNSD													
0160	Eierskifte avsluttet (KIB2)	Apr25	Apr25	PNSD													
0165	Etablering av akuttstøyle	May25	May25	PNSD													
0170	Full klinisk drift i nytt sykehus	May25	May25	PNSD													
02	Felles aktiviteter	Jul24	Oct24	PNSD													
0205	Etablere og bemanne vaktssentral	Jul24	Jul24	PNSD													
0210	Etablering av beredskapssentral	Sep24	Sep24	PNSD													
0215	Etablering av teknisk driftsråd	Sep24	Sep24	PNSD													
0220	Oppstart risiko- og sårbarhetsanalyser	Oct24	Oct24	PNSD													
11	Prosjekt Nytt Sykehus Drammen	May23	Apr25	PNSD													
15	Planlegging	May23	Oct23	PNSD													
111505	Søknader om godkjenning utarbeidet	May23	May23	PNSD													
111510	Plan for valideringsprosessen utarbeidet	May23	May23	PNSD													
111515	Plan og prosedyre for eierskifte etablert	Oct23	Oct23	PNSD													
111520	Planer for integrerte systemtester etablert	Oct23	Oct23	PNSD													
16	Gjennomføring	Aug24	Apr25	PNSD													
111645	Klar oppstart test for Vestre Viken - Sterilsentral	Aug24	Aug24	PNSD													
111650	Klar oppstart test for Vestre Viken - Analysehall	Aug24	Aug24	PNSD													
111655	Gjennomført integrerte byggtekniske systemtester	Sep24	Sep24	PNSD													
111660	Oppfølging av søknader om godkjenning	Oct24	Oct24	PNSD													
111665	Utstysleveranser KIB1 avsluttet	Oct24	Oct24	PNSD													
111670	Start validering av SAHF sine arealer i regi av PNSD	Nov24	Nov24	PNSD													
1116170	Klar oppstart test for Vestre Viken - automatisert bakterologi	Nov24	Nov24	PNSD													
1116175	Klar oppstart test for Vestre Viken - Innkjøring patologi	Nov24	Nov24	PNSD													
111680	Klar oppstart test for Vestre Viken - Farmakologi	Nov24	Nov24	PNSD													
111690	Oppstart validering Hot-lab	Nov24	Nov24	PNSD													
111695	Klar oppstart test for Vestre Viken - Oppstart innkjøring blodproduksjon	Nov24	Nov24	PNSD													
111675	Klar oppstart test for Vestre Viken - Bakteriologi (inkl automasjonslinje)	Jan25	Jan25	PNSD													
1116195	Klar oppstart test for Vestre Viken - Dagkirurgi	Feb25	Feb25	PNSD													

Dato: 13. desember 2021
Saksbehandler: Rune Abrahamsen

Saksfremlegg

Reevaluering NSD – erfaringer fra nytt sykehus i Østfold

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte Vestre Viken HF	119/2021	20.12.2021

Forslag til vedtak

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret vil få en oppfølgende evaluering av hvordan læringspunktene fra nytt østfoldsykehus ivaretas videre i mottaksprosjektet om et år.

Drammen, 13. desember 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Styret i Vestre Viken HF behandlet i styremøte 14. desember 2020, sak 79/2020, Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes – vurderinger knyttet til nytt sykehus i Drammen.

Styrets fattet enstemmige vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret vil få en status på hvordan anbefalingene/læringspunktene fra nytt Østfoldsykehus ivaretas i NSD innen et år.

Grunnlaget for styresaken var Sykehusbygg HF og Helse Sør-Øst RHF sine rapporter, *Hovedrapport, Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes* og sluttrapport, *Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes. Sluttrapport*, hvor de evaluerte de enkelte driftskonsepter og løsninger ved nytt østfoldsykehus, Kalnes (SØ).

Prosjektorganisasjonen for nytt sykehus i Drammen, VV-NSD, hadde gjennomgått de to rapportene og vurderte hvordan erfaringene fra SØ kunne tas inn i videre planlegging og bygging av nytt sykehus i Drammen (NSD).

Saksutredning

Basert på gjennomgangen av de 13 læringspunktene, vurderte VV-NSD at 5 læringspunkter krever nærmere oppfølging i det videre arbeidet med planlegging og bygging av nytt sykehus. Dette omfattet læringspunktene:

1. Evaluering av beregninger av kapasitetsbehov gir læring for å videreutvikle dagens framskrivningsmodell
7. Knappe areal til støttefunksjoner kan gi dårligere effektivitet
9. Akuttmottak stiller høye krav til fleksibilitet og mulighet for senere utvidelser
10. Poliklinikker må kunne endres raskt og være tilrettelagt for å møte pasienter ved hjelp av digitale konsultasjoner
12. Valg av materialer må baseres på en vurdering ut fra hva som er den totalt beste løsningen gjennom livsløpet til bygget

Status oppfølging av disse punktene er som følger:

1. *Evaluering av beregninger av kapasitetsbehov gir læring for å videreutvikle dagens framskrivningsmodell.*

Framskrivning i hovedfunksjonsprogrammet er lagt til grunn for bygging av nytt sykehus og ble av Vestre Viken i forprosjektet samlet sett vurdert tilfredsstillende. Det ble da lagt til grunn at en del av økning i poliklinisk aktivitet må skje ved digitale konsultasjoner.

Aktivitetsutviklingen følges opp gjennom tertial rapportering og det pågår arbeid med å øke andel digitale konsultasjoner.

7. *Knappe areal til støttefunksjoner kan gi dårligere effektivitet*

Som en del av arbeidet med å oppnå og sikre effektiv og god drift, er det under etablering eget delprosjekt Logistikk. Delprosjektet skal kartlegge og beskrive nye arbeidsprosesser knyttet til logistikk for hele sykehuset og legge grunnlag for effektive driftsløsninger basert på blant annet automatiske logistikksystemer, som AGV og avfallssug.

Dette temaet vil også være sentralt i en rekke andre kommende delprosjekter, som drift av sengeposter.

9. *Akuttmottak stiller høye krav til fleksibilitet og mulighet for senere utvidelser*

Det er etablert Delprosjekt Akuttmottak NSD, som skal utrede fremtidig drift og organisering av akuttmottaket. Dette innebærer de ulike pasientforløpene, arbeidsprosesser og konsept for akuttflyten. Utredningen innbefatter også bruken av observasjonssengene.

Prosjektet skal beskrive arbeidsprosesser og driftsmodell som bidrar til gode pasientforløp med høy pasientsikkerhet. Innføring av helselogistikk tas med i arbeidet med utforming av pasientforløpene og de ulike arbeidsprosessene.

Akuttmottaket har en viktig rolle når det gjelder utdanning, kompetansebygging, herunder teamtrening, og som forskningsarena. Prosjektet tar høyde for dette i sine leveranser.

10. Poliklinikker må kunne endres raskt og være tilrettelagt for å møte pasienter ved hjelp av digitale konsultasjoner

Delprosjekt Poliklinikk er planlagt oppstart i andre halvår 2022 og vil omfatte generelle drifts- og bemanningskonsepter for alle poliklinikker og spesifikke konsepter for den enkelte poliklinikk.

Delprosjektet vil også legge vekt på å øke andel av digitale konsultasjoner.

12. Valg av materialer må baseres på en vurdering ut fra hva som er den totalt beste løsningen gjennom livsløpet til bygget

Prosjektorganisasjonen har gitt innspill må materialvalg i arbeidet med farge- og materialkonseptet for å få høy kvalitet på materialer og legge til rette for effektive metoder for renhold og vedlikehold. Dette følges opp i de enkelte entrepriser som omfatter de enkelte områdene.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør konstaterer at oppfølging av evalueringsrapportene fra nytt østfoldsykehus, Kalnes, følges opp i arbeidet i Mottaksprosjektet.

Administrerende direktør vil påse at prosjektorganisasjonen følger opp tilråkningene videre i arbeidet med nytt sykehus, at det legges ekstra vekt på gode og effektive driftsløsninger og at det stilles krav til LCC-beregninger i bygg og utstyrsanskaffelsene.

Ny status vil bli lagt frem for styret om et år.

Dato: 13. desember 2021
Saksbehandler: Rune Abrahamsen

Saksfremlegg

Reevaluering NSD – erfaringer etter korona

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte Vestre Viken HF	120/2021	20.12.2021

Forslag til vedtak

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør påse at prosjektorganisasjonen følger opp tilråkningene videre og at større avvik fra dette rapporteres til styret.

Drammen, 13. desember 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Styret i Vestre Viken HF behandlet i styremøte 14. desember 2020, sak 80/2020, Erfaringer fra koronapandemien – vurderinger knyttet til nytt sykehus i Drammen.

Styrets fattet følgende enstemmige vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret ber om at utarbeidet rapport oversendes til prosjektorganisasjonen PNSD, og at tilrådingene innarbeides i det videre arbeidet med nytt sykehus.
3. Styret ber administrerende direktør påse at prosjektorganisasjonen følger opp tilrådingene, og at større avvik fra dette rapporteres til styret. Styret ber om at en ny status og evaluering fremlegges for styret om et år.

Grunnlaget for styresaken var at Prosjektorganisasjonen for nytt sykehus i Drammen (VV-NSD) hadde fått i oppdrag å innhente erfaringer i foretaket om driften under koronapandemien og se disse opp mot planene som forelå for nytt sykehus i Drammen.

Saksutredning

Kartleggingen omfattet gjennomførte endringer innenfor bygg, utstyr, IKT og drift ifm. covid-19 pandemien ved Drammen sykehus, Bærum sykehus, Ringerike sykehus og Klinikk for psykisk helse og rus (PHR).

Vurderingene la til grunn at nytt sykehus planlegges og bygges for en normal driftssituasjon, men at det legges til rette for endringer i forhold til hvordan man ønsker å drifte nytt bygg under en eventuell framtidig pandemi. Dette ble kvalitetssikret av direktør medisin, direktør fag og de fire klinikkene som skal inn i det nye sykehuset på Brakerøya.

Følgende områder for endringer ble oversendt PNSD med tilråding om innarbeidelse i det videre arbeidet med nytt sykehus:

- Ekspedisjoner bygges for å skjerme pasienter og ansatte.
- All skilting til funksjoner blir elektronisk.
- Berøringsfrie dører og sensorer som styrer lys benyttes der dette er hensiktsmessig.
- UVC-lys er benyttet som supplement til rengjøring under pandemien. På nåværende tidspunkt er det lite erfaring mht. type lys og i hvilke områder dette bør prioriteres. Det er ønskelig at PNSD innhenter erfaringer på dette området og gir anbefaling.
- Det avsettes plass og legges opp infrastruktur, i form av strøm, vann og rist til overvannssystemet, for midlertidige løsninger ved bruk av telt/brakkjer på utsiden av inngangene.
- Renholds- og kvalitetskrav må tas hensyn til ved valg av interiør gjennom interiørkonseptet og utstyrsanskaffelsene.
- På bakgrunn av økt behov for dialyse under pandemien, ønskes det at det planlegges for ekstra vannuttak og avløpsrør i to angitte rom.
- Inngangene i sykehuset ønskes styrt med kortlåser, slik at det kan tas i bruk flere innganger under en pandemisituasjon.
- Det er ønskelig at det legges til rette for å dele inn i enkelte funksjoner i ulike soner under en pandemi, kohortisolering.
Den enkelte sone må ha tilgang på dekontaminator eller infrastruktur til å koble slik til ved behov, toalett, håndvasker og arbeidsplasser for de ansatte.
Det må stilles krav til ventilasjonen innenfor de definerte sonene. Det bes om at PNSD innhenter erfaringer på dette området og tar disse med inn i videre prosjektering.
- Ansatte i Klinikk for psykisk helse og rus benytter ikke personaltøy i normal drift. Ved en eventuell pandemi må det lages midlertidige løsninger, slik at behovet for personaltøy til de ansatte i PHR blir ivaretatt.

- Pandemien har vist et økt behov for bærbart utstyr som PC og telefon, dette må ivaretas gjennom anskaffelsen for IKT-utstyr. Noe behov vil også kunne ivaretas ved innføring av Helselogistikk.
- Pandemien har avdekket behov for å kunne kommunisere mellom pasient og ansatt og mellom ansatte i ulike rom uten å måtte ta på smittevernsutstyr og fysisk gå inn på et rom. Dette må ivaretas i anskaffelsene for nytt sykehus, eksempelvis for pasientsignalanlegg.
- Erfaringsinnhentingene viste også at det er viktig å få ut oppdatert informasjon til de ansatte på en effektiv måte. Det må i anskaffelsesprosessen sikres at det er skjermer som kan brukes til dette formålet.

De enkelte områdene for endringer blir løpende fulgt opp i arbeidet med byggeprosjektet og i utstyrsanskaffelsene. Det er ikke funnet grunnlag for å utrede UV-lys som supplement til rengjøring.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør konstaterer at oppfølgingen av de enkelte områdene er under arbeid, men at det innenfor de fleste områdene er for tidlig å konkludere.

Prosjektorganisasjonen fortsetter å følge opp tilråkningene i rapporten i det videre arbeidet med nytt sykehus.

Dato: 10.12.2021
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Styrets årsplan 2022

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	121/2021	20.12.21

Forslag til vedtak

Styrets årsplan for 2022 tas til orientering.

Drammen, 13. desember 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Styrets årsplan 202

Årsplan for styret 2022

Ajourført pr desember 2021

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Styreutvalg 20. januar			
Mandag 31. januar Fysisk - Drammen G 32	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2021, inkludert riskovurdering 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Klinikk for intern service (KIS) Nytt sykehus Drammen Foreløpig årsresultat 2021 Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> Brukerutvalg 25. januar Styrets årsplan pr januar 	Forskning i VVHF
16. februar – foretaksmøte i regi av HSØ			Oppdrag og bestilling (OBD) 2022
Mandag 28. februar Fysisk – Drammen G32	<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 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> PHR Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 10. februar SKU 1. februar HAMU 8. februar Brukerutvalg 22. februar Styrets årsplan 	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 28. mars Fysisk - Brakerøya	<ul style="list-style-type: none"> • Årsberetning/årsregnskap 2021 • Ledelsens gjennomgang VVHF 2021 • Styrende dokumenter for Vestre Viken • Instruks for styret i Vestre Viken • Instruks for AD i Vestre Viken • Etsiske 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.
25. april Fysisk - Drammen G 32	<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2023 -2026 • Revidert utviklingsplan 2035 • Temasak Kompetanse og bemanning 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 31. mars Andre orienteringer <ul style="list-style-type: none"> • Klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD) • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • SKU referat 12. april • HAMU 5. april • Brukerutvalg referat 19. april • Styrets årsplan pr april 	
Styreutvalg 9. mai			
Mandag 30. mai Fysisk Drammen	<ul style="list-style-type: none"> • Tertialrapport 1. tertial 2022 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. april Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen 	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
G 32		Referatsaker <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 	
Mandag 20. juni Fysisk møte – Bærum sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet • Styrets møteplan 2023 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2022 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Bærum sykehus • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • HAMU 7. juni • Brukerutvalg 14. juni • SKU 14. juni • Styrets årsplan pr juni 	Styreseminar i etterkant av styremøte
Mandag 29. august Fysisk Drammen G 32	Medarbeiderundersøkelsen ForBedring i VVHF	<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 	Forskning i VVHF
Styreutvalg 12. september			

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 26. september Fysisk – Ringerike sykehus Styreseminar 27. september	<ul style="list-style-type: none"> • Tertialrapport 2. tertial 2022 • Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2023 • Lønnsjustering administrerende direktør 2022 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Ringerike sykehus • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 22. september • HAMU 13. september • SKU 6. september • Brukerutvalg 20. september • Styrets årsplan 	Styreseminar: Styreevaluering
Mandag 31. oktober Fysisk – Drammen G 32		<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. september 2022 • BRK-prosjektet Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Drammen sykehus • Nytt sykehus Drammen • Budsjett 2023 Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra HSØ 20. oktober • SKU 4. oktober • Brukerutvalg 25. oktober • Styrets årsplan 	Dialogmøte med Brukerutvalget
Mandag 28. november Fysisk – Kongsberg	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet • Styrets årsplan 2023 • Temasak Kompetanse og bemanning 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2021 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Budsjett 2023 • Kongsberg sykehus Referatsaker	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ16.-17. november • HAMU 1. november • SKU 8. november • Brukerutvalg 22. november • Styrets årsplan 	
Styreutvalg 5. desember			
Mandag 19. desember Fysisk- Drammen G32	<ul style="list-style-type: none"> • Budsjett og mål 2023 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 30. november 2022 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 15. desember • HAMU 13. desember • SKU 6. desember • Brukerutvalg 13. desember • Styrets årsplan 	

Merk:

- Det tas forbehold om endringer i oversiktene basert på at aktuelle saker ikke har fastsatt møtetidspunkt eller det er oppstått forsinkelser.
- Fysisk møte kan også omgjøres til digitalt møte ved behov.
- Oppdatert årsplan for styret ligger som fast referatsak til styremøtene.

2023:

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato: Torsdag 25. november 2021
Tidspunkt: Kl 08:15 – 13:50

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Olaf Qvale Dobloug	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	Forfall
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Lasse Sølvsberg	
Sigrun E. Vångeng	

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stendal

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og konserndirektør Atle Brynestad

Saker som ble behandlet:

124-2021	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	----------------------------------------------

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 25. november 2021.

125-2021	Godkjenning av protokoll fra styremøte 21. oktober 2021
-----------------	----------------------------------------------------------------

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 21. oktober 2021 godkjennes.

126-2021	Virksomhetsrapport per oktober 2021
-----------------	--------------------------------------------

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for oktober 2021.

Kommentarer i møtet

Styret viser til at situasjonen for virksomheten nå er en annen enn hva som gjaldt for oktober grunnet utviklingen i pandemien og for andre sykdommer. Styret registrerer at de forutsetningene budsjettene bygger på, ikke har vært mulige å nå grunnet den faktiske sykdomsutviklingen i samfunnet. Styret merker seg at det fortsatt er et stort etterslep, særlig for langtidsventende. Styret merker seg spesielt situasjonen for øye, nese og hals ved Akershus universitetssykehus HF, og understreker betydningen av at denne situasjonen håndteres på en god måte. Styret ber om å få en orientering om utvikling av planverket for håndtering av ekstraordinære hendelser.

Styret vektlegger betydningen av god medvirkning i kritiske perioder. Ledelsen i helseforetakene må ha en særskilt oppmerksomhet på dette, særlig innen de områdene hvor presset er størst. Styret er spesielt oppmerksom på at mange ansatte har stått i en krevende situasjon over en lang periode.

God fremdrift i pågående IKT-prosjekter for å legge grunnlaget for fremtidige verdiøkende investeringer. Styret ber om å bli forelagt en orientering om styringen av de store IKT-prosjektene og den helhetlige oppfølgingen av IKT-prosjektene.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per oktober 2021 til etterretning.

127-2021	Budsjett 2022 – fordeling av midler til drift og investeringer
----------	----------------------------------------------------------------

Oppsummering

Administrerende direktør fremmer med denne saken forslag til fordeling av faste inntekter for 2022 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene med driftsavtale, samt for det regionale helseforetaket. I saken fremmes videre forslag til reservasjon av likviditet til regionalt prioriterte investeringsprosjekter.

Saken er basert på styresak 024-2021 *Økonomisk langtidsplan 2022–2025 – planforutsetninger* og styresak 066-2021 *Økonomisk langtidsplan 2022–2025*, samt Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon og tilleggsproposisjon for 2022, Prop. 1 S (2021–2022) og tilleggsproposisjonen Prop. 1 S Tillegg 1 (2021–2022).

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 (2021–2022) og Prop. 1 S Tillegg 1 (2021–2022), vil administrerende direktør vurdere å legge fram en oppdatert budsjettsak i desember.

Kommentarer i møtet

Styret merket seg at det er et stramt budsjett, særlig sett i lys av oppfølgingen av etterslep. Styret ber om at utviklingen i helseforetakene følges særskilt gjennom året.

Styret ber administrerende direktør gjøre Helse- og omsorgsdepartementet oppmerksom på at utviklingen i pandemien gjør at etterslepet vil fortsette å vært stort i 2022. Det regionale helseforetaket må ha fortsatt beredskap for utviklingen i pandemien inn mot 2023.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret legger premisser, mål og prioriteringer som fremgår av Prop. 1 S (2021–2022), Prop. 1 S Tillegg 1 (2021–2022) og *Regional utviklingsplan 2035* til grunn for budsjett 2022.
2. Følgende krav gjelder for helseforetakene/sykehusene i 2022:

- Styret viser til at Helse- og omsorgsdepartementet foreslår midler som skal legges til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,7 % fra saldert budsjett 2021 til 2022. For ISF-finansiert pasientbehandling skal midlene legges til rette for en vekst på om lag 1,6 %.
 - Veksten i pasientbehandlingen og kostnadsutviklingen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere hver for seg enn innen somatikk. Det enkelte helseforetak og sykehus skal i sine aktivitetsbudsjetter legges til rette for at dette kravet innfris. Psykisk helsevern for barn og unge, lave avvsningsrater og gode og sammenhengende pasientforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling skal prioriteres.
 - Det skal gjennomføres analyser av fremtidig bemanningsbehov. Analysene skal følges opp av tiltak som sørger for at kompetanse er i samsvar med pasientenes behov. Utdanningskapasiteten i tjenesten skal økes.
 - Krav til tilgjengelighet, flere kliniske behandlingsstudier, kvalitet og pasientsikkerhet gitt i styresak 024-2021 *Økonomisk langtidsplan 2022–2025 – planforutsetninger* videreføres i budsjett 2022.
3. Midler til vekst i pasientbehandlingen med 651,5 millioner kroner fordeles med 601,5 millioner kroner til helseforetakene/sykehusene og 50,0 millioner kroner til det regionale helseforetaket.
4. Styret legger til grunn følgende fordeling av faste inntekter på 63 321 millioner kroner bevilget gjennom Prop. 1 S (2021–2022) og Prop. 1 S Tillegg 1 (2021–2022):

Faste inntekter 2022	I alt
Akershus universitetssykehus HF	7 693
Oslo universitetssykehus HF	13 920
Sunnaas sykehus HF	455
Sykehuset Innlandet HF	5 492
Sykehuset i Vestfold HF	3 626
Sykehuset Telemark HF	2 636
Sykehuset Østfold HF	4 644
Sørlandet Sykehus HF	4 874
Vestre Viken HF	6 676
Sykehuspartner HF	432
Betanien Hospital	89
Diakonhjemmet Sykehus	1 281
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1 492
Martina Hansens Hospital	177
Revmatismesykehuset	57
Helse Sør-Øst RHF	9 776
I alt	63 321

(tall i millioner kroner)

5. Styret bevilger 648,3 millioner kroner til forskning og innovasjon i 2022. Summen omfatter det øremerkede tilskuddet til forskning fra Helse- og omsorgsdepartementet på 316,7 millioner kroner og midler fra det regionale helseforetakets eget budsjett på 331,6 millioner kroner.

6. Helseforetakenes og sykehusenes inntektsrammer og krav for 2022, herunder aktivitetskrav, ISF- refusjoner, forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, resultatkrav, øvrige styringskrav og rammebetingelser, vil bli endelig fastsatt i oppdrag og bestilling 2022.
7. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å:
 - Foreta eventuelle 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.
 - Tildel og korrigerer ekstraordinær inntektsstøtte ved endrede forutsetninger innenfor budsjettåret.
8. 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 i tråd med tildelingene over Prop. 1 S (2021–2022) og Prop. 1 S Tillegg 1 (2021–2022).
9. Det legges til grunn at allerede iverksatte investeringsprosjekter videreføres i 2022, herunder byggeprosjekter som er gitt lånefinansiering over statsbudsjettet.
10. Det reserveres inntil 846 millioner kroner til drift og investeringer i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Videre reserveres likviditet til Sykehuspartner HF sitt investeringsbudsjett med inntil 866 millioner kroner. I tillegg reserveres 100 millioner kroner i Helse Sør-Øst RHF sitt likviditetsbudsjett til mulig økt behov i Sykehuspartner HF som følge av raskere gjennomføring av STIM-programmet og Windows 10-prosjektet.
11. Det reserveres en regional resultatbuffer på 600 millioner kroner, hvorav 43,0 millioner kroner og 32,5 millioner kroner reserveres til henholdsvis Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus som midlertidig inntektsstøtte i 2022. Av den regionale resultatbufferen reserveres også 40,0 millioner kroner i inntektsstøtte til Akershus universitetssykehus HF og 30,0 millioner kroner i inntektsstøtte til Vestre Viken HF for endrede inntektsforutsetninger knyttet til pensjonskostnader. Til sist reserveres det 50,0 millioner kroner som inntektstildeling for endrede pensjonskostnader i 2022.
12. Styret ber administrerende direktør gjøre Helse- og omsorgsdepartementet oppmerksom på at utviklingen i pandemien gjør at etterslepet vil fortsette å vært stort i 2022. Det regionale helseforetaket må ha fortsatt beredskap for utviklingen i pandemien inn mot 2023.

Det vises til drøftingsprotokoll datert 24.11.2021

128-2021	Innspill til statsbudsjett for 2023
-----------------	--------------------------------------------

Oppsummering

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 14. januar 2021 er det forutsatt at de regionale helseforetakene skal gi innspill til statsbudsjett for 2023 innen 1. desember 2021.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2023 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 2023.

Det fremmes likelydende styresaker for de fire regionale helseforetakenes styrer.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at man ved fremtidig behandling av felles saker mellom de fire regionale helseforetakene sørger for at det settes av tilstrekkelig tid til styrebehandling. Videre må saksbehandlingstiden legges til rette for at de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene kan innarbeide føringer fra RHF-styrene i etterkant av styrebehandling.

Styret ber om at det lages et eget oversendelsesnotat fra Helse Sør-Øst RHF. Styret ber særlig om at omtalen av økningen i medikamentkostnader presiseres i notatet. Styreleder gis fullmakt til å utforme oversendelsesbrev til Helse- og omsorgsdepartementet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som innspill til statsbudsjettet for 2023.
2. Styret ber videre om at det spilles inn at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2023:
 - Budsjettforutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginkostnad er ikke bærekraftig på sikt
 - Finansiering av legemiddelområdet
 - Finansiering av behandlingshjelpemidler
 - Avvikle ordning med egenandel for de regionale helseforetak for driften av ordningen «dom til tvungen omsorg»
 - Renteberegningsregimet ved langsiktige lån
3. Styret ber om at innspillet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.
4. Styret ber om at det lages et eget oversendelsesnotat fra Helse Sør-Øst RHF. Styret ber særlig om at omtalen av økningen i medikamentkostnader presiseres i notatet.

Styreleder gis fullmakt til å utforme oversendelsesbrev til Helse- og omsorgsdepartementet.

5. Styret ber om at man ved fremtidig behandling av felles saker mellom de fire regionale helseforetakene sørger for at det settes av tilstrekkelig tid til styrebehandling. Videre må saksbehandlingstiden legges til rette for at de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene kan innarbeide føringer fra RHF-styrene i etterkant av styrebehandling.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Christian Grimsgaard, Lasse Sølvberg og Kirsten Brubakk:

Det vises til drøftingsprotokoll datert 24.11.2021

129-2021	Sykehuspartner HF – finansieringsfullmakt for videreføring av Windows 10 – fase 3
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------

Oppsummering

Saken omhandler godkjenning av gjennomføring og finansiering av prosjektet Windows 10 fase 3 med forslag om fastsettelse av kostnadsramme (P85-estimat; 2022-kroner). Saken informerer om leveranseplan og kostnader for fase 3 som omfatter om lag 2 000 klienter og tilhørende applikasjoner som er tilknyttet medisinteknisk utstyr (MTU) og byggteknisk utstyr (BTU) hvor det stilles særskilte krav til oppgradering av klientene.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i sak 072-2021 Sykehuspartner HF – finansieringsfullmakt for videreføring av Windows 10 – fase 2 følgende:

1. *Styret ber om at administrerende direktør legger frem plan for styret innen utgangen av 2021 for arbeidet med Windows 10 fase 3 med 2 000 klienter.*

Kommentarer i møtet

Styret er tilfreds med at Windows 10 fase 1 og fase 2 gjennomføres i henhold til plan.

Styret merker seg at isolering kan benyttes som et virkemiddel for å redusere risiko i gjennomføringen av fase 3.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner gjennomføring og finansiering av prosjekt Windows 10 fase 3 med 2 000 klienter i Sykehuspartner HF innenfor en kostnadsramme på 193 millioner kroner inkludert merverdiavgift (P85-estimat; 2022-kroner).

130-2021	Gjennomføre ny planlegging for prosjektet regional EPJ modernisering
-----------------	-----------------------------------------------------------------------------

Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementet har i gitt Helse Sør-Øst RHF følgende føring:
«Helse Vest RHF, Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF skal samarbeide om innføring av DIPS Arena og kurveløsninger.»

Diakonhjemmet har gått foran og vist vei og var første sykehus til å gjennomføre en overgang til DIPS Arena i 2019. Det var mange oppstartsproblemer både med funksjonalitet, ytelse og stabilitet og hyppige oppgraderinger i hele 2019.

Helse Vest har konsolidert sine DIPS-installasjoner og har innført DIPS Arena for alle psykiatriske enheter foruten Helse Stavanger. De planlegger å ha innført DIPS Arena innenfor somatikken ved utgangen av 2022.

Helse Nord har konsolidert sine DIPS-installasjoner og har innført DIPS Arena ved Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset og vil fullføre overgangen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge ved utgangen av 2021. Det meste av funksjonaliteten er innført samtidig for psykisk helsevern, rusbehandling og somatikk med unntak av behandlingsplan, medikasjon og systemadministrasjon. For disse områdene venter Helse Nord på forbedringer i funksjonalitet som kommer i nyere versjon av DIPS Arena.

Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente oppstart av første del av regional EPJ (elektronisk pasientjournal) modernisering ved behandling av sak 054-2019. Videreføring av arbeidet var planlagt behandlet ved årsskiftet 2019/2020. Prosjektet ble imidlertid stanset pga. tre forhold som skulle utredes ytterligere og styret ble informert om dette i sak 117-2019. Da disse forholdene var utredet, ble prosjektet gjenopptatt. Styret ble informert om dette og utvidelse av omfanget i prosjektet for å inkludere konsolidering og tiltak for raskere modernisering, i sak 069-2020. Arbeidet med vurdering av konsolidering, detaljert planlegging av innføring av DIPS Arena og avklaring av ansvarsforhold mellom prosjekt og linjeoppgaver i Sykehuspartner HF har imidlertid vært mer utfordrende og tidkrevende enn antatt ved gjenopptagelse av prosjektet. Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet utvidelse av ramme for første del av EPJ modernisering i sak 143-2020 og godkjente utvidelse fra 44 millioner kroner til 54 millioner kroner.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner planlegging av prosjektet regional EPJ modernisering innenfor en økonomisk ramme på 30 millioner kroner inkl. merverdiavgift (2021-kroner).

131-2021	Brukerutvalg for Helse Sør-Øst RHF – oppnevning av medlemmer
----------	--------------------------------------------------------------

Oppsummering

Helseforetaksloven og vedtektene for Helse Sør-Øst RHF har bestemmelser om brukernes medvirkning og styrets plikt til å påse at brukernes synspunkt gis en sentral plass i planlegging og drift av virksomheten. De regionale helseforetakene og helseforetakene organiserer den formaliserte brukermedvirkningen på systemnivå gjennom brukerutvalg.

Styret vedtok i sak 043-2017, den 27. april 2017, felles retningslinjer for brukerutvalg i helseforetak med blant annet kriterier for sammensetning og rutiner for oppnevning.

Funksjonstiden for nåværende brukerutvalg utløper 31. desember 2021. Nytt brukerutvalg har funksjonstid på to år fra 1. januar 2022 til 31. desember 2023.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Følgende personer oppnevnes til brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF for perioden 1. januar 2022 til 31. desember 2023:

<i>Navn</i>	<i>Organisasjon</i>	<i>Fylke/Sykehusområdet</i>
Aina Rugelsjøen	Mental Helse, FFO	Viken (Buskerud)/ Vestre Viken HF
Dagfinn Haarr	Pensjonistforbundet	Agder/ Sørlandet sykehus HF
Egil Rye-Hytten	Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, FFO	Vestfold og Telemark (Telemark)/ Sykehuset Telemark HF
Eva Pay	RIO - en landsdekkende brukerorganisasjon på rusfeltet	Viken (Østfold)/ Sykehuset Østfold HF
Faridah Shakoora Nabaggala	Morbus Addison Forening, FFO	Oslo/ Oslo universitetssykehus HF
Heidi Skaara Brorson	Kreftforeningen	Vestfold og Telemark (Vestfold) / Sykehuset i Vestfold HF
Heidi Hansen	Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte, FFO	Oslo/ Lovisenberg Diakonale Sykehus
Kjartan Th. Stensvold	Landsforeningen for hjerte og lungesyke, FFO	Innlandet / Sykehuset Innlandet HF
Lilli-Ann Stensdal	Norges handikapforbund, SAFO (Landsforeningen for Kvinner med Bekkenleddsmerter)	Oslo/ Oslo universitetssykehus HF
Odvar Jacobsen	Norges handikapforbund, SAFO (Landsforeningen for slagrammede)	Viken (Akershus)/ Vestre Viken HF
Sondre Bogen-Straume	Autismeforeningen i Norge, FFO	Vestfold og Telemark (Vestfold)/ Sykehuset i Vestfold HF
Thomas Sebastian Blancaflor	Mental Helse, FFO	Viken (Akershus)/ Akershus universitetssykehus HF

2. Styret oppnevner Aina Rugelsjøen til leder og Odvar Jacobsen til nestleder i brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til oppnevning av eventuelle nye medlemmer ved behov for suppleringer i perioden.

Oppsummering

Saken omhandler felles klima- og miljømål og indikatorer for spesialisthelsetjenesten. Indikatorene er beskrevet i en tverrregional indikator katalog og inngår i felles sjekklister til bruk i årlig oppfølgingsmøte mellom helseforetak og regionalt helseforetak i Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst.

Saken ble behandlet i RHF AD-møtet 25. oktober 2021, sak 114-2021 *Felles klima- og miljømål med indikatorer i spesialisthelsetjenesten* med følgende konklusjon:

1. De fire RHF ADene slutter seg til felles klima- og miljømål med indikatorer for spesialisthelsetjenesten.
2. De fire RHF ADene ber om at klima- og miljømålene blir innarbeidet i regionale og lokale utviklingsplaner.
3. De fire RHF ADene ber om at det blir utarbeidet en felles styresak for behandling i styrene i de regionale helseforetakene.
4. De fire RHF ADene ber om at målene blir tilpasset eventuelle strengere målkrav som måtte følge av krav i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Saken er en oppfølging til AD møtesak 010-2021 *Alternative modeller til miljøsertifisering* hvor AD-ene sluttet seg til implementering av Rammeverk for miljø og bærekraft. Og ba det tverrregionale samarbeidsutvalget for klima og miljø om å utarbeide en felles sjekklister med miljøindikatorer til bruk i oppfølgingsmøter mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene. Felles indikatorer og systematisk oppfølging av tema i oppfølgingsmøter styrker arbeidet med miljø og bærekraft i helseforetakene.

Kommentarer i møtet

Styret understreker viktigheten av at helseforetakene aktivt medvirker til å kutte utslipp av klimagasser.

Styret understreker at de konkrete tiltakene for å kutte utslipp må bygge på en kost-nytte vurdering. Ut fra fremstillingen i notatet kan det være riktig å kutte de direkte utslippene med mer enn 55 % innen 2030.

Styret stiller seg spørrende til helseforetakenes muligheter til å styre indirekte utslipp. Styret ber om at administrasjonen gjennom medvirkning i styrene i de felleseide helseforetakene ser til at tiltak for å redusere utslipp bygger på en kost-nytte vurdering.

Styret viser også til det som ser sagt om saksbehandlingen i sak 128-2021.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Administrerende direktør anbefaler at styret slutter seg til felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten.

2. Spesialisthelsetjenestens langsiktige mål om klimanøytral drift innen 2045 skal inngå som en del av COP 26 Helseprogram, og Statens veileder for samfunnsøkonomiske analyser skal legges til grunn i arbeidet. Styret ber administrerende direktør ha en særskilt oppfølging av at tiltak som igangsettes av Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF bygger på en kost-nytte vurdering.
3. Styret i Helse Sør-Øst orienteres årlig om utvikling av felles klima- og miljømål i *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar*.

133-2021	Vestre Viken HF – Nytt sykehus i Drammen, inntruffet risiko
-----------------	--------------------------------------------------------------------

Saken ble behandlet i lukket møte, jf. helseforetakslovens § 23, 1. ledd

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

134-2021	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 2021.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med oktober 2021 til orientering.

135-2021	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker i 2021 og 2022 tas til orientering.

136-2021

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Kommentarer i møtet:

Styret ser med bekymring på det økende behovet for helsetjenester inne psykisk helsevern for barn og unge og unge voksne, særlig gjelder dette for spiseforstyrrelser. Det er avgjørende at barn og unge med psykiske helseutfordringer får den hjelpen de trenger til rett tid og på riktig nivå. Styret ber om en fortsatt høy oppmerksomhet rettet mot denne gruppen.

Styrets enstemmige**V E D T A K**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 19. og 20. oktober 2021
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 20. oktober 2021 og godkjent protokoll fra møte 11. oktober 2021
4. Brev fra ordfører i Stange kommune
5. Brev fra sykehusaksjonen Lillehammer
6. Protokoll fra drøftingsmøte RHF-KTV 25.11.2021

Temasak

- Styreevaluering

Møtet hevet kl 13:50

Hamar, 25. november 2021

Svein I. Gjedrem
styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Olaf Qvale Dobloug

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Hilde Jacobsen
styresekretær

Referat

Møte:	Sentralt kvalitetsutvalg	Tilstede: Lisbeth Sommervoll, Ulrich Johannes Spreng, Halfdan Aass, Britt Elin Eidsvoll, Hanne Juritzen, Kirsten Hørthe, May Janne Botha Pedersen, Stein-Are Agledal, Wesley Caple, Mette Wahlberg, Snorre Birk Gundersen, Marianne Thorrud, Per-Erik Holo, Hanne Elisabeth Wanvik Misund, Narve H. Furnes, Rune Kløvtveit, Elisabeth Kaasa, Trine Olsen, Cecilie B. Løken, Inger Lise Hallgren Gjester/gjesteforelesere: hygiesykepleier Rigmor Bratlund spesialrådgiver Ellen Brustad fagkoordinator smittevern avdelingen Christina Lenngren infeksjonsmedisiner Else Johanne Rønning samhandlingssjef DS Ingvild Olstad Andersen
Møtedato:	07.12.2021	
Tidspunkt:	09.00-11.00	
Sted:	Skype	
Møteleder:	Lisbeth Sommervoll	
Referent:	Per-Erik Holo	Forfall: Torill Anneli Kiuru Morken, Anita Haugland Gommæs,

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
50/21	Godkjenning av innkalling og referat v/Adm. direktør Lisbeth Sommervoll Godkjent uten kommentarer.
Informasjon	
51/21	FORSKRIFT OM SMITTEVERN I HELSETJENESTEN v/smittevernoverlege Mette Walberg Gjennomgang av etterlevelse og risikovurdering i VVHF. Se vedlegg.
52/21	HANDLINGSPLAN FOR GODT SMITTEVERN - KRAV TIL FORETAKET v/ hygiesykepleier Rigmor Bratlund HOD Handlingsplan for et bedre smittevern: Kort gjennomgang av tiltaksområder med definerte oppgaver for helseforetakene. Mest omtalt: <ul style="list-style-type: none"> • Ledelsesforankring • Sikre at smittevernpersonell involveres i nybygg og renovering • Ny nasjonal standard: NS 6600 Ledelsessystemer for renhold i helse- og omsorgstjenesten • Dekontaminering av gjenbruksutstyr

	<ul style="list-style-type: none"> • Smittevernkompetanse inkl. utdanning Se vedlegg.
53/21	<p>SMITTEVERN-REVISJONER TIL LÆRING OG FORBEDRING v/spesialrådgiver Ellen Brustad og fagkoordinator smittevernnavdelingen Christina Lenngren</p> <p>Etterlevelse av basale smittevernrutiner for å forebygge sykehusinfeksjoner - presentasjon av overordnet revisjon</p> <p>Reprosessering av fleksible endoskop - se vedlegg</p>
54/2021	<p>STANDARDISERING OG SYSTEMATISERING AV SMITTEVERN I VV Satsningsområder i 2022 v/fagkoordinator smittevernnavdelingen Christina Lenngren</p> <p>Satsningsområder i 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Smartere overvåkinger – oppfølging over fra brev til SMS - Standardisert undervisning og opplæring – utarbeidet system for undervisning - Risikobaserte smittevern revisjoner – grunnlag for prioritering av undervisningsmoduler, internrevisjoner og gjennomgang av infeksjonskontrollprogrammet - Revidere/forenkle prosedyrer – gjennomgang av IKP
55/2021	<p>ANTIBIOTIKASTYRING I VV v/infeksjonsmedisiner Else Johanne Rønning</p> <p>Presentasjon av antibiotika team ved Bærum Sykehus. Presentasjon av hva teamet har gjort og oppnådd bla gjennom Antibiotikavisitt. Se vedlegg.</p>
56/2021	<p>SMITTESPORINGSTEAMET – EN SUKSESSFAKTOR UNDER PANDEMIEN v/ Spesialrådgiver Ellen Brustad</p> <p>Gjennomgang av bakgrunn for etablering av teamet, hvordan det har arbeidet frem til 01.11.2021 og etter denne dato. Se vedlegg.</p>
Læring og deling	
57/2021	<p>HÅNDTERING AV ROM UNDER PANDEMIEN v/samhandlingssjef DS Ingvild Olstad Andersen</p> <p>Presentasjon av forbedringsarbeid på Drammen sykehus. Kontinuerlige tiltak for å forebygge smittespredning på Sars-Cov19 på sykehuset. Se vedlegg.</p>
58/2021	Referater og oversikter

Protokoll Brukerutvalget november 2021

Møte:	Brukerutvalget Vestre Viken HF
Møtedato:	23.11.21
Tidspunkt:	Kl. 12:00 – 18:00
Sted:	Tyrifjord 1 og 2, Grønland 32
Møteleder:	Rune Kløvtveit
Deltakere:	<p>Fra Brukerutvalget: Elisabeth Schwencke, Grethe Synnøve Karlsen, Mark Miller, Rune Kløvtveit, Gudrun Breistøl, David C. Hemmingsen, Jan Helge Tuv, Cecilie Braathen, Heidi Hansen (digitalt)</p> <p>Ungdomsrådet med fra kl 1700: Kaja Borgersen, Ayse Iclal (digitalt), Hanan Murad, Malin Olsen, Celine Nystrøm.</p> <p>Innledere i møtet: Kristine Kleivi Salhberg, Anne Bergland og Kirsten Hørthe</p> <p>Fra Administrasjonen: Elisabeth Kaasa, Kurt Kleppe Josefsen, Ulrich Spreng, Lisbeth Sommervold,</p> <p>Referent: Kurt Kleppe Josefsen</p>
Forfall	

Sak nr.	Sak/merknad	
181/21	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Vedtak: Innkalling og saksliste godkjent</p>	
182/21	<p>Godkjenning protokoll brukerutvalgets møte 19.10</p> <p>Vedtak: Godkjent.</p>	
183/21	<p>Saker til orientering, innkommet post</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referat Ungdomsrådets møte 27.10 • Foreløpig protokoll Brukerutvalget HSØ 19-20/10 • Dialogmøtet med styret Vestre Viken • Referat AU 8.11 <p>Vedtak: Tas til orientering</p>	
184/21	<p>Oppnevninger Prosjekt, råd, utvalg</p> <table border="1" data-bbox="367 1993 1324 2033"> <tr> <td>Oppnevninger</td> </tr> </table>	Oppnevninger
Oppnevninger		

	RS Brukerrepresentant til forprosjekt deling av senger	Jan Helge
	PHR – brukerrepresentant behandlingstilbud personer med spiseforstyrrelser	Grethe
	Fact-Ung – deltakelse på workshop 1.12	BU deltar ikke men representeres av UR
	DS Revmapol – pasientstyrt poliklinikk – Brukerepr til arbeidsgruppe	BU avstår fra å delta i arbeidsmøte og anbefaler representanter fra målgruppen
	Spørreskjema - akuttmottak	Ønske om spørsmål som inkluderer pårørende og ventetid i tillegg til forslagene
	BS – arealutvikling og BRK prosjekter	Mark Det tar kontakt for å få konkretisert prosjektet
	Oppnevninger i perioden.	
	Faglig samarbeidsutvalg for alvorlig psykisk lidelse og rus Samhandling	Gudrun
185/21	Dialog/orienteringer fra administrerende direktør/fagdirektør	
	Vedtak: Tas til orientering	
186/21	Konferanser, invitasjoner og deltagelser	
	<ul style="list-style-type: none"> Konferanse i forhold til forskning og fagutvikling, Elisabeth S. deltok og gir en kort rapport 	
	Vedtak: Tas til orientering	
187/21 Vedlegg	Forskning og innovasjon	
	Forskningssjef Kristine Salberg og innovasjonsrådgiver Anne Bergland	
	Vedtak: Presentasjonen tas til orientering. Brukerutvalget er godt fornøyd med det arbeidet som er gjort og at Vestre Viken satser mer på forskning og utvikling i budsjettarbeider.	
188/21	Erfaringsutveksling	
	Brukerutvalgets medlemmer har i perioden deltatt i: Klinikkens kvalitetsutvalg, BS UP 2035, ulike arbeidsgrupper Digital hjemmeoppfølging	

	<p>EHIN - ehelse i Norge Samhandlingsmøte avdelingene BS FFO konferanse for brukermedvirkere Gardemokonferansen LSU Kongsberg sykehus Styringsgruppen UP2035 AU møte, Brukerutvalget Innlegg på konferanse – redusert bruk av tvang i psykisk helsevern Konferanse på Lillehammer - Brukermedvirkning i forskning Klinikk for medisinsk diagnostikk – møte KKU Klinikkenes kvalitetsutvalg – PHT Allmøte BS Kontaktet onkolog om pakkeforløp for lungekreftpasienter Klinikkenes kvalitetsutvalg DS Klinisk etisk komité PHR Prosjektstyret Nye Drammen sykehus Team brukermedvirkning Sentralt samarbeidsutvalg – Helsefelleskap</p> <p>Vedtak: Tas til orientering.</p>
189/21	<p>Utviklingsplan 2021 Elisabeth Kaasa</p> <p>Vedtak: Tas til orientering</p>
190/21	<p>Team brukermedvirkning, orientering Elisabeth Kaasa</p> <p>Orientering utgikk og tas opp neste møte.</p>
191/21	<p>Orientering om hendelsen på Kongsberg PHR Kirsten Hørthe</p> <p>Vedtak: Informasjonen tas til orientering.</p>
192/21	<p>Fact sikkerhet PHR Kirsten Hørthe</p> <p>Vedtak: Informasjonen tas til orientering.</p>
193/21	<p>Fellesmøte med ungdomsrådet</p>

	<p>I møte mellom UR og BU tok ungdommene opp to saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overgang fra barneavdeling til voksenavdeling. I voksenavdeling blir de behandlet som voksen, ikke som ungdom. • Ungdommenes erfaringer og ønsker når ungdom kommer i en akutt situasjon og møter ambulansetjenesten. (Betydningen av kompetanse og holdninger). <p>Vedtak: Diskusjonen tas til etterretning.</p>																										
194/21	<p>Kommende møter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrets årsplan • Brukerutvalgets års og møteplan (arbeidsdokument) <table border="1" data-bbox="368 786 815 1301"> <thead> <tr> <th colspan="2">Møteplan 2022</th> </tr> <tr> <th>Brukerutvalget</th> <th>AU</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25.jan</td> <td>11.jan</td> </tr> <tr> <td>22.feb</td> <td>08.feb</td> </tr> <tr> <td>22.mar</td> <td>08.mar</td> </tr> <tr> <td>19.apr</td> <td>05.apr</td> </tr> <tr> <td>24.mai</td> <td>10.mai</td> </tr> <tr> <td>14.jun</td> <td>31.mai</td> </tr> <tr> <td>23.aug</td> <td>09.aug</td> </tr> <tr> <td>20.sep</td> <td>06.sep</td> </tr> <tr> <td>25.okt</td> <td>11.okt</td> </tr> <tr> <td>22.nov</td> <td>08.nov</td> </tr> <tr> <td>13.des</td> <td>29.nov</td> </tr> </tbody> </table>	Møteplan 2022		Brukerutvalget	AU	25.jan	11.jan	22.feb	08.feb	22.mar	08.mar	19.apr	05.apr	24.mai	10.mai	14.jun	31.mai	23.aug	09.aug	20.sep	06.sep	25.okt	11.okt	22.nov	08.nov	13.des	29.nov
Møteplan 2022																											
Brukerutvalget	AU																										
25.jan	11.jan																										
22.feb	08.feb																										
22.mar	08.mar																										
19.apr	05.apr																										
24.mai	10.mai																										
14.jun	31.mai																										
23.aug	09.aug																										
20.sep	06.sep																										
25.okt	11.okt																										
22.nov	08.nov																										
13.des	29.nov																										
195/21	Eventuelt																										

Protokoll Brukerutvalget 14. desember 2021

Møte:	Brukerutvalget Vestre Viken HF
Møtedato:	14.12.21
Tidspunkt:	Kl. 13:00 – 18:00 (MERK TIDEN)
Sted:	Teams
Møteleder:	Rune Kløvtveit
Deltakere:	<p>Fra Brukerutvalget: Heidi Hansen, Grethe Synnøve Karlsen, Mark Miller, Rune Kløvtveit, Gudrun Breistøl, David C. Hemmingsen, Jan Helge Tuv, Cecilie Braathen</p> <p>Innledere i møtet: Lisbeth Sommervoll og Halfdan Aass (sak 199/21) Solveig Tørstad (sak 203/21) Ann-Kristin Bjerke Haugen og Stine Lindahl Vangstein (sak 204/21)</p> <p>Fra Administrasjonen: Elisabeth Kaasa og Kurt Kleppe Josefsen (koordinator)</p> <p>Forfall: Elisabeth Schwencke</p>

Sak nr.	Sak/merknad
196/21	<p>Godkjenning av innkalling og sakliste</p> <p>Vedtak: Godkjent</p>
197/21	<p>Protokoll brukerutvalgets møte 19.11.21</p> <p>Vedtak: Godkjent</p>
198/21	<p>Referat arbeidsutvalgets møte 30.11.21</p> <p>Vedtak: Tas til orientering.</p>
199/21	<p>Dialog/orienteringer fra administrerende direktør/fagdirektør:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status i helseforetaksgruppen; digitaliseringsseminar er gjennomført i regi av UiO, stort fokus på koronasituasjonen, salg av gammelt sykehus, internasjonal anerkjennelse i BMJ, flere svarer på brukerundersøkelsen, «mer er ikke alltid bedre» / Gjør kloke valg, satsning på parkinsonnett • Styresaker; Budsjett og prioriteringer for 2022; utfordrende budsjettsituasjon og høyt sykefravær, satser på vekst og utvikling, økning i utdanningsstillinger • Status intensivplasser, kvalitetsindikatorer; intensivpasient er en pasient med svikt i flere organsystemer, de fleste er «medisinske» men ellers postoperative, totalt 14 senger i tillegg til 14 overvåkningsenger,

	<ul style="list-style-type: none"> • Status Covid19; barn og foreldrene deres er nå smittet, prognosene for innleggelser viser stor vekst, i VV er 40 innlagt med 23 på intensiv pr i dag, planlagt aktivitet er tatt ned ca 35-40% med prioritering for kreft og barn • Andre dagsaktuelle saker; gul beredskap, mulighet for å endre timer via helsedialog.no, oppfriskningsdoser (dose 3) er nesten ferdig utrullet i VV <p>Vedtak: Tas til orientering med de innspill som kom frem i dialogen.</p>
200/21	<p>Erfaringsutveksling</p> <p>Medlemmer i BU har vært på følgende møter i perioden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utviklingsplan 2035 • Klinikk for intern service • UP 2035 • Team kontinuerlig forbedring • Forbedringspoliklinikken på BS • KKV Drammen sykehus • Team brukermedvirkning • KKV Ringerike sykehus • UP 2035 • Styringsgruppe UP2035 • UP2035 • Styremøte VV • Klinikk for PHR • UP 2035 • KKV Bærum sykehus • LSU Bærum • Beredskapsmøter BS • Budsjettmøte BS • Bærum sykehus, arealutvikling • UP 2035 • KKV Bærum sykehus • Strategisk utvalg covid-19 • AU til BU • Grunnopplæring – nye ledere • Møte med statsforvalterne • Team brukermedvirkning • Sentralt kvalitetsutvalg • Styringsgruppemøte NSD
201/21	<p>Konferanser, invitasjoner og deltagelser</p> <p>Ingen aktuelle saker.</p>
202/21	<p>Plan for årlig melding og utviklingsplan 2035</p> <p>Frist for intern innspill er 7. januar. Utkast blir sendt BU og tillitsvalgte ca. 20. januar. Tas opp på BU møtet 25. januar. En arbeidsgruppe legger frem utkast til innspill fra BU. Innspill i BU-møtet innarbeides og ferdigstilles i AU 8.</p>

	<p>februar.</p> <p>Utkast til Utviklingsplan sendes ut på høring i slutten av desember. Høringsfristen er tre måneder.</p> <p>Vedtak: Årlig melding tas opp på BU's møte 25. januar og sluttbehandles i AU 8. februar. Følgende går inn i arbeidsgruppen; Rune Kløvtveit, Mark Miller og Cecilie Braathen. Utviklingsplan tas opp i januarmøtet og sluttbehandles i februarmøtet. Gudrun Breistøl, David C. Hemmingsen og Jan Helge Tuv er arbeidsgruppe for høringen.</p>
203/21	<p>Team brukermedvirkning Mandatet følger som vedlegg til referatet</p> <p>Vedtak: Presentasjonen tas til orientering.</p>
204/21	<p>NDS status ved Stine Lindahl Vangstein og Ann-Kristin Bjerke Haugen</p> <p>Presentasjon av Fremtidens kontortjeneste. Innovasjonsprosjekt gjennom Stimulab. Det er planlagt bred involvering av alle brukere i prosjektet og BU's rolle inn i prosjektet ble diskutert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fremdriftsplan <ul style="list-style-type: none"> • Oppstart innovasjonsprosjekt 2022 • Implementering 2023 • Bredding 2024 (ikke bare NDS men hele VV og evt videre) • Nytt sykehus 2025 <p>Status NDS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny fase med flere aktiviteter • God fremdrift på byggeprosjektet. <p>Vedtak: Presentasjonen tas til orientering. Brukerutvalget vil oppnevne en representant til Prosjekt kontortjenester, se sak 208.</p>
205/21	<p>Saker til orientering, innkommet post</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll BU HSØ • Grunnleggende miljøbehandling • Styringsgruppe BRK KS <p>Brukerutvalget ønsker å bli med videre i KS prosjektet som nå er sendt over til BRK prosjektet. Notat fra Brukerutvalget legges ved rapporten.</p> <p>Vedtak: Tas til orientering.</p>

206/21	Evaluering av Brukerutvalget En muntlig evaluering fra hvert enkelt medlem tas inn i eget referat.										
207/21	Kommende møter <ul style="list-style-type: none"> • Styrets årsplan • Brukerutvalgets års og møteplan (arbeidsdokument-ettesendes) 										
208/21	Oppnevninger Prosjekt, råd, utvalg <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Oppnevninger</td> </tr> <tr> <td>NDS kontortjenesteprojekt, prosjektgruppe Oppstart uke 3, kickoff 19.01.22</td> <td>Grethe Synnøve Karlsen</td> </tr> <tr> <td>BS KEK</td> <td>Gudrun Breistøl</td> </tr> <tr> <td>Arbeidsgruppe årlig melding</td> <td>Rune Kløvtveit Mark Miller Cecilie Braathen</td> </tr> <tr> <td>Arbeidsgruppe høring Utviklingsplan 2035</td> <td>G Gudrun Breistøl (leder) David C. Hemmingsen Jan Helge Tuv</td> </tr> </table>	Oppnevninger		NDS kontortjenesteprojekt, prosjektgruppe Oppstart uke 3, kickoff 19.01.22	Grethe Synnøve Karlsen	BS KEK	Gudrun Breistøl	Arbeidsgruppe årlig melding	Rune Kløvtveit Mark Miller Cecilie Braathen	Arbeidsgruppe høring Utviklingsplan 2035	G Gudrun Breistøl (leder) David C. Hemmingsen Jan Helge Tuv
Oppnevninger											
NDS kontortjenesteprojekt, prosjektgruppe Oppstart uke 3, kickoff 19.01.22	Grethe Synnøve Karlsen										
BS KEK	Gudrun Breistøl										
Arbeidsgruppe årlig melding	Rune Kløvtveit Mark Miller Cecilie Braathen										
Arbeidsgruppe høring Utviklingsplan 2035	G Gudrun Breistøl (leder) David C. Hemmingsen Jan Helge Tuv										
	Eventuelt Plan for årsrapport: Mark Miller og Rune Kløvtveit ser på rapporten og kommer med utkast sammen med koordinator til Brukerutvalget i januar.										

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Lisbeth Sommervoll, Eli Årnot, Ulrich Spreng, Trine Olsen, Kirsten Hørthe, Narve Furnes, Toril Morken, Anita H Gornæs, Gry Christoffersen, Roald Brekkhus (Synergi Helse), Marianne Njøten, Hanne Misund, Hanne Juritzen
Møtedato:	30.november 2021		
Tidspunkt:	0830-1030		
Sted:	Møterom Tyrifjord 1-2, G32		
Møteleder:	Anita H Gornæs		
Referent:	Cecilie Søfting Monsen	Forfall:	Joan Nygard, John Egil Kvamsøe, Cecilie Føreland

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Godkjenning av innkalling og agenda Godkjent uten kommentar.
	Godkjenning av referat fra 26.oktober 2021 Godkjent uten kommentar.
	Status korona pr.30. november <u>Fag:</u> <ul style="list-style-type: none"> • VVHF er i grønn beredskap fra 15/11. Dette er ikke kun pga korona, men foretakets generelle kapasitet. Stor belastning på intensiv og medisin. • Høyt sykefravær blant ansatte samt lite tilgang på vikarer er krevende. • Totalt 29 innlagte koronapasienter pr. i dag; 8 BS, 13, DS, 2 KS, 6 RS. • Ansatte anbefales nå bruk av munnbind ved nær pasientkontakt. • Det vises til info fra Helsedirektoratet vedr uvaksinerte helsepersonell (vedlagt) • Laboratoriene har startet sekvensering for omikron mutasjonen. • Alle ansatte i foretaket skal få tilbud om 3.dose koronavaksine; helsepersonell prioriteres <u>Bemanning etc:</u> (Se vedlagte presentasjon). FHVO påpeker at det er viktig å følge nøye med på AML-brudd, samt utnytte hele personalgruppen slik at arbeidsbyrden fordeles.
26/2021	HAMU 2022 - Medlemmer og møteplan Det påpekes at de foreslåtte varamedlemmene på arbeidsgiversiden må endres da 2 av disse slutter tidlig 2022. 2 nye vara for arbeidsgiversiden avklares i dagens foretaksledermøte. <u>Vedtak</u> Forslag til representasjon i HAMU og arbeidsutvalget (AU) 2022 samt møtedatoer for 2022 vedtas i henhold til vedlagt forslag. Eli Årnot settes som nestleder 2022.
27/2021	Røyking - dårlig inneklima BS En sak som har pågått siden 2014, og som har vært i AMU BS flere ganger. Generende røyklukt siver inn fra behandlingsområdet til ARA og oppleves som svært plagsom for de som har arbeidsplass rett ved/etasjen over. <u>Innspill i møtet:</u> Direktør PHR presiserer at ARA var plassert i samme areal før VVHF ble etablert. En vanskelig sak både for pasienter og ansatte. Det erkjennes at dette er en utfordring.

	<p>Røykeskur ble satt opp i 2019 som tiltak. Det er nå tilrettelagt for ytterligere et røykeområde. Pasientene får informasjon ved innleggelse om røykeforbudet. Utfordrende for denne pasientgruppen som skal ivaretas på en god måte. Må ev forsterke tilsyn inne på rommene/badene. Det foreslås å sjekke om det er mulig å tilby denne pasientgruppen e-sigaretter for innendørs bruk – Direktør PHR sjekker.</p> <p>Direktør BS erkjenner at røykingen er et problem og ønsker å finne en løsning. Direktør intern service opplyser at eiendomsforvalter og avd.sjef ARA har arbeidet med problematikken og lagt til rette med røykeskur etc. Lite å gjøre med ventilasjonen, og oppfordrer til å følge opp forslag om e-sigaretter. Opplyser om at det pågår et stort arbeid i forhold til eiendomsplan for PHR. Her vil denne problematikken tas med inn.</p> <p>FHVO ber om at de 3 klinikkdirektørene samarbeider om en felles løsning.</p> <p>Vedtak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HAMU ber klinikkdirektørene ved respektive klinikker samarbeide om å finne en løsning på problemet. 2. HAMU ber om at tilbakemelding gis til AMU PHR og AMU BS.
28/2021	<p>ForBedringsundersøkelsen - status handlingsplaner og tiltak</p> <p>Presentasjon v/Hanne Misund, HMS-sjef (<i>vedlagt</i>).</p> <p>Statistikken som ble presentert i møtet er skrevet for 1 uke siden, og etter at saken ble tatt opp i foretaksledermøtet er tallene bedret den siste uken. KIS gjør oppmerksom på at det er registrert seksjoner som ikke har ansatte, og det skal ryddes opp slik at tallene blir korrekte.</p> <p>Målet er 100%, og vil bli fulgt tett i oppfølgingsmøtene med klinikkene.</p> <p>Status på tiltak: Det sees at noen handlingsplaner ikke har tiltak. Dette arbeides det videre med.</p> <p>Vedtak</p> <p>HAMU tar saken til orientering, og forutsetter at klinikk- og stabsdirektører følger opp at det utarbeides handlingsplan etter Forbedringsundersøkelsen ved alle enheter. Konkrete tiltak skal føre til forbedring.</p>
29/2021	<p>HMS handlingsplan 2022 - presentasjon vedlagt</p> <p>Tett samarbeid med kvalitet og Team pasientsikkerhet (TPS) for å arbeide med pasientsikkerhet på et overordnet nivå.</p> <p>FHVO ber om at mandatet til TPS legges frem for HAMU.</p> <p>Vedr vold og trusler: Kurs kan bestilles av HMS-avdelingen for de som har et behov i forhold til opplæring. Det ses også på samarbeid med politi.</p> <p>Vedtak</p> <p>HAMU tar saken til orientering, og forutsetter oppdatert HMS-handlingsplan for 2022 fremlagt for HAMU i februar 2022.</p>
30/2021	<p>Evaluering av sommerferieavviklingen</p> <p>Ingen klinikker har meldt om uforsvarlig drift, men det har vært utfordringer i forhold til å få tak i nok ansatte og med riktig kompetanse.</p> <p>FHVO ber om at «10 på topp listen» AML-brudd følges tett.</p> <p>Vedtak</p> <p>HAMU tar årets evaluering til orientering, og ber om at evalueringen tas med i planleggingen av hovedferieavviklingen 2022.</p>

31/2021	<p>Fastsettelse av hovedferieperiode 2022 Prinsippene er stort sett som 2021, men noe endring på perioden for avvikling av hovedferien. Frist 1.mars er nødvendig for forutsigbarhet i planleggingen. Følgende punkt legges til under «Oppfølging»: Synergimeldinger må følges opp og behandles gjennom sommerferieavviklingen.</p> <p>Vedtak HAMU slutter seg til ledermøtets beslutning om at hovedferien 2022 legges til perioden fra og med mandag 13. juni (uke 24) til og med søndag 4. september (uke 35), samt at de overordnede prinsipper for hovedferieavvikling skal legges til grunn for videre planlegging og gjennomføring av hovedferieavviklingen 2022.</p>
	<p>Budsjett 2022 – utfordringsbildet (vedlagt) Stor kostnadsvekst 2022 som øker kostnadsnivået totalt. Styringsfarten ligger for høyt. Det er fortsatt uløste utfordringer i budsjettet. Videre tiltak og konkretisering av mål knyttet til satsingsområdene vil innarbeides i driftsavtalene med klinikkene.</p> <p>4 satsingsområder 2022:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ARP programmet 2. Program «Sikker pasientflyt» 3. Oppgavedeling 4. Arealeffektivisering
	<p>Orientering fra FHVO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deltar i arbeid med HSØ som lager elæringskurs – Pasientsikkerhet og HMS. • Arbeider med et elæringskurs vedr varsling for alle ansatte. Også en modul for ledere og for selve varslingsutvalget. • Bekymret for ansatte som nå er svært slitne. Ber om at ledere er bevisste på fordeling av arbeidsbyrden. Direktør kompetanse opplyser i den sammenheng om at korttidsfravær har økt den siste tiden.
	<p>Orientering fra bedriftshelsetjenesten (BHT) Det er brukt mye tid på sykefraværsoppfølging. En god del kartlegging i forhold til yrkeshygiene - i samarbeid med HMS avdelingen. Oppfølging av ambulansetjenesten i forbindelse med hendelsen på Kongsberg. Oppfølging gravide; behovet er stort. Målet er å få de ansatte til å stå lenger i jobb.</p>
32/2021	<p>Faste skriftlige orienteringer</p> <p>Vedtak HAMU tar de fremlagte orienteringene til etterretning.</p>

Årsplan for styret 2021

Ajourført pr 10. desember

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 25. januar 2021 Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> • Styringsdokumenter PNSD • Foretaksprotokoll 17. desember 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Foreløpig årsresultat 2020 Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 17. desember • SKU 15. desember • Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ 15. januar • Brukerutvalg 20. januar • Styrets årsplan pr januar 	
19. februar – foretaksmøte i regi av HSØ Seminar for styrene i HSØ utgår			OBD 2021
Mandag 22. februar 2021 Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> • Årlig melding 2020 • Foretaksprotokoller 19. februar 2021 – inkl. OBD 2021 • Revisjon utviklingsplan 2035 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2021 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Bærum sykehus • Nytt sykehus Drammen Referatsaker	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 4. februar • SKU 2. februar • HAMU 9. februar • Brukerutvalg 17. februar • Styrets årsplan 	
Mandag 22. mars 2021 Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> • Årsberetning/årsregnskap 2020 • Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2020 • Risikovurdering av virksomheten VVHF • Ledelsens gjennomgang VVHF 2020 • Styrende dokumenter for Vestre Viken • Instruks for styret i Vestre Viken • Instruks for AD i Vestre Viken • Reviderte styringsdokumenter PNSD • Etsiske retningslinjer 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2021 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • ØLP 2022 -2025 • Pasientombudenes årsmelding 2020 • Helsefelleskap <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 11. mars • HAMU 9. mars • Brukerutvalg 17. februar • Valgprotokoll ansattes representanter til styret • Styrets årsplan • Program partnerskapsmøte med kommunene 26. mars (ettersendes) 	Eget møte mellom styret og revisor.
26. mars Partnerskapsmøte med kommunene			Helsefelleskap Utviklingsplan

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
26. april Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 31. mars • ØLP • Instruks for styret • Informasjonssikkerhet og personvern i VVHF 	Andre orienteringer <ul style="list-style-type: none"> • Ringerike sykehus • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Oppnevning av nytt medlem Brukerutvalget • SKU referat 6. april • Styreutvalg referat 12. april • Brukerutvalg referat 21. april (ettersendes) • HSØ foreløpig protokoll 22. april (ettersendes) • Styrets årsplan pr april 	
Mandag 31. mai 2021 Sted: Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> • Tertialrapport 1. tertial 2021 • Risikovurdering pr. 1. tertial 2021 • Styrets møteplan 2022 • Revisjonsrapport 8/2020 – varslingsystemet. Status på oppfølgingstiltak. 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. april - Redegjørelse pensjonskostnader? Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Klinikk for medisinsk diagnostikk • Spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar årsrapport 2020 • Presentasjon av oppdaterte beredskapsplaner pandemi • Beredskapsorganisasjonen i VVHF Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Årsrapport 2020 VVHF - endelig • HAMU – 4. mai 	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ 7. mai • SKU 11. mai • Brukerutvalg 26. mai • Styrets årsplan pr mai 	
Mandag 21. juni 2021 Dagsseminar Sted: Drammen (konferansesal habilitetsavdelingen)	<ul style="list-style-type: none"> • Revisjon innen psykisk helsevern – tvang 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2021 • Nasjonale kvalitetsindikatorer Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Beredskap i VVHF • PHT Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 17. juni • HAMU 8. juni • Brukerutvalg 16. juni • Styrets årsplan 	Styreseminar kl. 13.30 – 21.00 <ul style="list-style-type: none"> • Fra HSØ ØLP • Vedlikehold bygg • ØLP VVHF Nytt sykehus Drammen Omvisning på Brakerøya – utendørs Utstillingsrom
Mandag 30. august 2021 Sted: Drammen, Grønmland 32 Tyrifjord 1-2	Kjøpsavtale for deler av tomt Brakerøya Forskning i VVHF Medarbeiderundersøkelsen ForBedring i VVHF	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. juli Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Klinikk for psykisk helse og rus • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • SKU 15. juni • Ekstraordinært styremøte i HSØ 1. juli 	Forenklet styreevaluering

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> • 2021 Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 19. august • Brukerutvalg 24. august • Styrets årsplan 	
Mandag 27. september 2021 Sted: Ringerike sykehus Styreseminar 28. september (Sundvollen hotell)	<ul style="list-style-type: none"> • Tertialrapport 2. tertial 2021 • Risikovurdering pr. 2. tertial 2021 • Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2022 • Rutinene for oppnevning til Brukerutvalget –utvidet oppnevningstid for fem medlemmer • Lønnsjustering administrerende direktør 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Ringerike sykehus • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 23. september og ekstraordinært møte 7. september • HAMU 7. september • SKU 14. september • Brukerutvalg 21. september • Styrets årsplan 	Styreseminar: <ul style="list-style-type: none"> • Brutto månedsverk status pr klinikk – årsverksutvikling • 7 prosjektområder – overordnet gjennomgang • Foreløpig rapportering prognosen prosjekt NSD • NSD – driftstilpasninger og oppfølging av dimensjonering for nytt sykehus - arbeid og status • Utviklingsplan 2035 • IKT – utfordringsbildet /kostnadene framover mot ØLP • Innovasjon eks. fra klinikkene • Styreevaluering
Mandag 25. oktober 2021 Sted: Bærum sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • HR relaterte tema – del 1- kritisk kompetanse (analyse og tiltak) • Avtale med Glitre Energi og Drammen Fjernvarme – fullmakt til administrerende direktør), utsatt fra forrige møte. • Salg av eiendom Ringerike sykehus 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. september 2021 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Statsbudsjett 2022 • Bærum sykehus Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra HSØ 21. oktober • SKU 12. oktober 	Dialogmøte med Brukerutvalget

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalg • Styrets årsplan 	
Styrevalg 19. 11			
Mandag 29. november 2021 Sted: Drammen G 32	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet • Utviklingsplan 2035 • Oppdatert ØLP 2022 – 2025 • Beredskapsutvikling - Beredskapsplaner i VVHF • Virksomhetsstyring oppfølging – revidert dokument 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2021 • Budsjett 2022 og ØLP Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 21. oktober • HAMU • SKU • Brukerutvalg 19. oktober • Styrets årsplan 	
Mandag 20. desember 2021 Sted: Drammen, Grønland 32	<ul style="list-style-type: none"> • Budsjett og mål 2022 • Reevaluering NSD – erfaringer fra nytt sykehus Østfold • Reevaluering NSD – erfaringer korona • NSD: Rammeverk for planlegging av forberedelse til drift og Samlet Plan • Styrets årsplan for 2022 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 30. november 2021 • Eiendomsplan PHR • Høring UP 2035 Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ • HAMU • SKU • Brukerutvalg • Styrets årsplan 	

2022:

- Rapportering 3. tertial 2021 – behandles i styremøte i februar 2022
- Årsrapport 2021. Erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte
Erklæring – note til regnskapet – behandles i mars 2022
- Revidert utviklingsplan 2035 – behandles i styremøte i april 2022
- Forskning - Riksrevisjonens rapport 2021 - Foretaket forsøker nå å inkludere pasienter fra alle sykehusene i kliniske studier ved å få et mer generelt samtykke fra pasienter til forskningsstudier. Styret ønsker å høre mer om dette på et senere tidspunkt
- Temasak Kompetanse og bemanning settes opp på styremøtet i april og november.

Styreutvalg 20. januar

Referat møte i Ungdomsrådet 15. desember 2021

Møte:	Ungdomsrådet i Vestre Viken
Møtedato:	15.12.2021
Tidspunkt:	17:00-19:00
Sted:	Teams
Inviterte:	<p>Fra Ungdomsrådet: Kaja Borgersen, Ayse Iclal, Hanan Murad, Silje Crosby, Andreas Rollheim Melby</p> <p>Fra administrasjonen: Kurt Kleppe Josefsen, Axel Simonsen</p> <p>Forfall: Malin Olsen, Celine Nystrøm</p> <p>Permisjon: Sebastian Evensen</p>

Saksliste:

Agenda	
Saker	
50/21	<p>Godkjenning av referat UR møte 23.11.2021</p> <p>Vedtak: Godkjent</p>
51/21	<p>Innkomet post/status</p> <ul style="list-style-type: none"> • Møtet med Pasient og brukerombudet • Innspill på retningslinjer Ungdomsrådene • FFOs samling for ungdomsrådene i Viken • Seminar og workshop Fact-Ung ved Kaja • Forespørsel fra barne- og ungdomsavdelingen <p>Vedtak: Tas til orientering Ungdomsrådet ønsker at få besøk av POB i ett av møtene i UR på vårparten.</p>
52/21	<p>Utviklingsplan 2035 Status ved Ayse. Det å bidra inn i utviklingsplanen har vært spennende samt gitt gode</p>

	<p>muligheter for å få frem ungdommens stemme. Det er en oppfatning at innspillene har blitt hørt og tatt godt imot.</p> <p>Vedtak: Tas til orientering.</p>															
53/21	<p>Team brukermedvirkning Kort status. Mandat for Team brukermedvirkning ble gjennomgått. UR har dessverre ikke anledning til fast å delta i møtene i Team brukermedvirkning men setter pris på å motta innkallinger og referat fra møtene samt muligheten får å delta på teammøtene de ganger det er mulig.</p> <p>Vedtak: Tas til orientering.</p>															
54/21	<p>Prioriterte oppgaver i 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overganger, retningslinjer • Ung på voksenavdeling • Ambulansetjenesten <p>Skisse til plan for arbeidet med de prioriterte oppgaver</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tid</th> <th>Aktivitet</th> <th>Notater</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Januarmøtet</td> <td>Kartlegging av status <i>Overganger, retningslinjer</i> <i>Ung på voksenavdeling</i></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Hva er nåsituasjonen? • Hvor skal vi? • Mulige handlinger? <p>Hvem kan bidra i kartleggingen; barne- og ungdomsavdelingene, et utvalg av voksenavdelinger? Hvordan få frem stemmen til f eks sykepleiere på post? Spørreskjema? Kurt tar kontakt med avdelingene. Hvordan er overganger og ungdomshelse tatt med i introduksjonskurs for nyansatte? Hva gjør de på AHUS/OUS?</p> </td> </tr> <tr> <td>Februarmøtet</td> <td>Planlegging</td> <td>Utvikling av handlingsplan</td> </tr> <tr> <td>Marsmøtet</td> <td>Gjennomføring</td> <td>Igangsettelse av aktiviteter</td> </tr> <tr> <td>Aprilmøtet</td> <td>Planlegging av innsats i forhold til Ambulansetjenesten.</td> <td>Våren brukes til kartlegging og planlegging med mål aktiviteter til høsten.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Vedtak: Skissen danner grunnlaget for det videre arbeid.</p>	Tid	Aktivitet	Notater	Januarmøtet	Kartlegging av status <i>Overganger, retningslinjer</i> <i>Ung på voksenavdeling</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hva er nåsituasjonen? • Hvor skal vi? • Mulige handlinger? <p>Hvem kan bidra i kartleggingen; barne- og ungdomsavdelingene, et utvalg av voksenavdelinger? Hvordan få frem stemmen til f eks sykepleiere på post? Spørreskjema? Kurt tar kontakt med avdelingene. Hvordan er overganger og ungdomshelse tatt med i introduksjonskurs for nyansatte? Hva gjør de på AHUS/OUS?</p>	Februarmøtet	Planlegging	Utvikling av handlingsplan	Marsmøtet	Gjennomføring	Igangsettelse av aktiviteter	Aprilmøtet	Planlegging av innsats i forhold til Ambulansetjenesten.	Våren brukes til kartlegging og planlegging med mål aktiviteter til høsten.
Tid	Aktivitet	Notater														
Januarmøtet	Kartlegging av status <i>Overganger, retningslinjer</i> <i>Ung på voksenavdeling</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hva er nåsituasjonen? • Hvor skal vi? • Mulige handlinger? <p>Hvem kan bidra i kartleggingen; barne- og ungdomsavdelingene, et utvalg av voksenavdelinger? Hvordan få frem stemmen til f eks sykepleiere på post? Spørreskjema? Kurt tar kontakt med avdelingene. Hvordan er overganger og ungdomshelse tatt med i introduksjonskurs for nyansatte? Hva gjør de på AHUS/OUS?</p>														
Februarmøtet	Planlegging	Utvikling av handlingsplan														
Marsmøtet	Gjennomføring	Igangsettelse av aktiviteter														
Aprilmøtet	Planlegging av innsats i forhold til Ambulansetjenesten.	Våren brukes til kartlegging og planlegging med mål aktiviteter til høsten.														
55/21	<p>Arbeidsgruppe barnespor akuttmottak Barneavdelingen ønsker brukermedvirkning fra representant i Ungdomsrådet, når vi skal jobbe med Barnesporet i Akuttmottaket i NSD. Rammer; Dagtid, 1 time hver 14 dag. Pr i dag mailutveksling og digitale møter.</p> <p>Vedtak: Hanan Murad representerer Ungdomsrådet i dette arbeidet.</p>															
56/21	<p>Innspill utkast til retningslinjer for ungdomsråd i HSØ HSØ har bedt om innspill på utkast til retningslinjer.</p>															

	Vedtak: UR ønsker å komme med innspill til retningslinjene. Alle medlemmer går igjennom utkastet og sender innspill til Kurt innen 20. desember.
56/21	Møteplan 2022 Første møte i 2022 holdes: <ul style="list-style-type: none">• 26. januar Forslag til datoer resten av 2022 (tas opp på januarmøtet). <ul style="list-style-type: none">• 16. februar• 26. mars• 27. april• 25. mai• 15. juni• 31. august• 21. september• 26. oktober• 14. desember
	Eventuelt Ingen saker.