

Til: Styret ved Vestre Viken
Dato utsendt: 21. april 2020
Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 27. april 2020
Møtetid: kl. 12.00 – 15.00
Møtested: Skypemøte/telefonstyremøte

Dette styremøtet vil som en følge av koronasituasjonen bli avholdt som et Skypemøte/telefonmøte.

Publikum og media som ønsker å følge møtet, må gi beskjed til styresekretær på mail innen søndag 26. april kl.18.00 slik at vi kan prøve å tilrettelegge for dette.
(elin.onsoyen@vestreviken.no)

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

Styresekretær: Elin Onsøyen
Telefon: 958 12 504
E-post:
elin.onsoyen@vestreviken.no

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Elin Onsøyen

Saksnr.	Tid (tentativt)	GODKJENNINGSSAKER	MERKNAD
16/2020	12.00	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling til styremøte 27. april	
17/2020		Godkjenning av møteprotokoller 30. mars og 14. april 2020 Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 30. mars 2020 2. Foreløpig protokoll 14. april 2020	
Saksnr.		BESLUTNINGSSAKER	
18/2020	12.05	Virksomhetsrapport for Vestre Viken pr mars 2020 Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr mars 2020	Presentasjon v/ administrerende direktør
		Status pr 27. april – Koronasituasjonen o Pandemiplan i VVHF	Presentasjon direktør fag
19/2020	12.45	Revidert strategiplan 2020-2023 Vedlegg: Strategiplan 2020 -2023	Presentasjon
20/2020	13.00	Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan Vedlegg: Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD Vedlegg 1 Fremdriftsplan mottaksprosjektet NSD Vedlegg 2 Foreløpig tidsplan for sentrale IKT-prosjekter med NSD avhengighet Vedlegg 3 Handlingsplan Aktivitetsstyrt Ressurs Planlegging	Presentasjon v/ direktør økonomi prosjektdirektør NSD
21/2020	13.45	Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2021 – 2024 Vedlegg: ØLP 2021 – 2024 (2040)	Presentasjon v/ direktør økonomi
22/2020	14.30	Orienteringer Vedlegg: 1. Hovedarbeidsmiljøutvalget – referat 31. mars 2. Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ 15. april 3. Styrets arbeid 2020 pr april	
		ANDRE ORIENTERINGER	
	14.35	• Orientering Nytt sykehus Drammen	Presentasjon v/ prosjektdirektør NSD

Dato: 21. april 2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	16/2020	27.04.2020

Forslag til vedtak

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Drammen, 21.04.2020

Halfdan Aass

Fungerende administrerende direktør

Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 27. april 2020

Dato: 21.04 2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoller 30. mars og 14. april 2020

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	17/2020	21.04. 2020

Forslag til vedtak

Møteprotokoller fra styremøtene 30. mars og 14. april godkjennes.

Drammen, 21.04. 2020

Halfdan Aass

Fungerende administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 30. mars 2020
2. Foreløpig protokoll 14. april 2020

Dato: 30. mars 2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen
Direkte telefon: 95812504

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Skype/telefonmøte
Dato: 30. mars 2020
Tidspunkt: Kl. 9.00 – 11.35

Følgende medlemmer møtte:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Margrethe Snekkerbakken	Nestleder
Geir Kåre Strømmen	Styremedlem
Robert Bjerknes	Styremedlem
Bovild Tjønn	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
John Egil Kvamsøe	Styremedlem

Brukerrepresentant Rune Kløvtveit deltok som observatør med møte og talerett.

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

Navn	Funksjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør
Eli Årnot	Direktør kompetanse
Halfdan Aass	Direktør medisin
Ulrich Spreng	Direktør fag
Mette Lise Lindblad	Direktør økonomi
Finn Egil Holm	Direktør administrasjon og samfunnskontakt
Cecilie B. Løken	Direktør teknologi
Rune A. Abrahamsen	Prosjektdirektør
Elin Onsøyen	Spesialrådgiver/styresekretær

Styreleder Siri Hatlen ledet møtet og administrerende direktør la fram sakene.

Protokollfører: Elin Onsøyen

Godkjenningssak

Sak 8/2020 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Sak 9/2020 Godkjenning av styreprotokoll for 24. februar 2020

Styrets enstemmige

Vedtak:

Møteprotokoll fra styremøtet 24. februar 2020 godkjennes.

Beslutningssak

Sak 10/2020 Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr februar 2020

Oppsummering av innhold:

Administrerende direktør innledet før behandlingen av saken.

Resultatet for februar måned endte med et negativt avvik mot budsjett på 16 MNOK. Det negative avviket skyldes merkostnader medikamenter, mindreinntekter spesielt ved Kongsberg og Ringerike sykehus, samt fortsatt høyere lønnskostnader enn budsjett. Foretaket ligger fortsatt langt over budsjett på bemanning. Deler av dette skyldes at tiltak ikke har fått effekt ennå. Den pågående koronapandemien kommer til å få betydelig effekt på foretakets samlede økonomi for 2020. Situasjonen påvirker også foretakets evne til å jobbe videre med de planlagte tiltak. Mye er satt i bero som følge av beredskapssituasjonen. Det er så langt ikke avklart hvordan helseforetakene vil kompenseres over statsbudsjettet.

Koronapandemien – status per 30. mars

Koronapandemien påvirker også pasientbehandlingen. Planlagte elektive behandlinger er i stor grad utsatt. Dette vil påvirke ventetidene. Det oppleves også at pasienter selv velger å avlyse behandlinger. Pasienter prioriteres slik at deres prognoser ikke forringes.

Koronapandemien forventes å få betydelige konsekvenser for økonomien i Vestre Viken HF. Foretaket er i en beredskapssituasjon som innebærer at planlagte behandlinger er utsatt, og flere pasienter avlyser også avtalte timer. I tillegg påføres foretaket ekstra kostnader til tilpasning av bygg, smittevernutstyr, testing og behandling av pasienter med covid-19. Ansatte som er selv smittet med koronavirus og karantenebestemmelsene medfører også ekstra innleie eller mertid på personellet.

Det er etablert rutiner for særskilt registrering av de ekstra kostnader og inntektsbortfall som påføres foretaket. Det vil ikke være mulig å fange opp alle økonomiske konsekvenser ved disse registreringsrutinene. Det må derfor også gjøres mer analytiske kontroller av inntekter og kostnader før et endelig regnskap kan fremlegges. Rapportering skal skje

månedlig i forbindelse med de ordinære rapporteringsrutinene. Det må forventes en viss etterregistrering slik at et endelig regnskap over hvordan dette har påvirket foretaket først forventes avlagt når pandemien er over.

Oppsummering av drøfting i saken:

Pandemiplanen som styret etterspurte i tilknytning til koronautbruddet i forrige møte, fungerer i foretakets arbeid med koronaviruset. Styret ønsker en kortfattet orientering om denne i neste møte.

Styret påpekte at samhandlingen med kommunene er viktig i nåværende situasjon. Foretakets klinikker viser stor omstillingsevne i beredskapssituasjonen, og det er planer for økt intensivkapasitet. Styret er fornøyd med opplæringsarbeidet som er iverksatt for at flere ansatte skal kunne betjene respiratorer, og at korrekt bruk av smittevernutstyr vektlegges. Styret er også fornøyd med arbeidet som gjøres for at en prøver å tilrettelegge for økt bruk av nye teknologiske løsninger i kontakt med pasienter og at møtevirksomheten i foretaket kan bruke Skype/telefonløsninger for å unngå smitte.

Styret gir stor anerkjennelse til foretaket for de proaktive tiltak som er gjort med blant annet samarbeidet med Martine Hanssen Hospital og kommunene i opptaksområdet. Foretaket er så godt forberedt som man kan være i forhold til den fortsatt usikre situasjonen framover.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar virksomhetsrapport pr. februar 2020 og status koronasituasjonen per 30. mars til etterretning.

Sak 11/2020 Årsrapport 2019

Oppsummering innhold:

Direktør økonomi innledet kort og gjennomgikk nødvendig tilleggsnote for hendelser etter balansedagen med hensyn til at koronapandemien kommer til å påvirke økonomien i 2020. Også styrets beretning er oppdatert for å reflektere status per dato.

Årsresultatet for Vestre Viken endte meget bra for 2019. Til tross for at salg av eiendom er utsatt til 2020 med en resultateffekt på hele 32 MNOK og en langt høyere andel resultatført vedlikehold tilknyttet BRK, er resultatet i underkant av 30 MNOK bedre enn budsjett.

Foretakets revisor PWC redegjorde deretter for årsoppgjørsrevisjonen og resultatene av denne. Revisor vil avgi ren revisjonsberetning og hadde ikke merknader som er av betydning for årsrapporten.

Oppsummering av drøfting i saken:

Styret er fornøyd med resultatet og det gode arbeidet i foretaket. Årsresultatet er et godt utgangspunkt for videre utvikling framover. Styrets årlige møte alene med revisor gjennomføres i eget møte umiddelbart i etterkant av dette styremøtet.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret for Vestre Viken HF anbefaler at den fremlagte årsrapport for 2019, bestående av styrets årsberetning, resultat- og balanseoppstilling, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger vedtas.
2. Styret foreslår at resultatet for 2019, et overskudd på 285 MNOK, føres slik: Overføring til annen egenkapital: 285 MNOK
3. Styret ber administrerende direktør om å oversende vedtaket med nødvendige vedlegg for videre behandling i foretaksmøte og videre sender årsrapporten til det nasjonale regnskapsregisteret i Brønnøysund.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til eventuelt å gjøre mindre tekstredigeringer dersom det er påkrevd fra ekstern revisor eller lignende.

Sak 12/2020 Oppdrag og bestilling 2020 for Vestre Viken

Oppsummering innhold:

Oppdrag og bestilling 2020 (OBD) for Vestre Viken ble overlevert i foretaksmøte 26. februar 2020. For å sikre at eiers oppdrag gjennomføres i Vestre Viken er det etablert et system for inngåelse av driftsavtaler i linjen. Driftsavtaler operasjonaliserer og spesifiserer oppdrag til klinikkene. Rapportering om gjennomføring og resultater skjer i den ordinære rapporteringen til styret og eier. Klinikken rapporterer månedlig til administrerende direktør.

Oppsummering av drøfting i saken:

Styret vil følge opp tilleggsoppdraget gitt i foretaksmøtet 26. mars i et ekstraordinært styremøte 14. april før oversendelse av Vestre Vikens rapport til HSØ samme dag.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar oppdrag og bestilling 2020 datert 26. februar og tilleggsbestillingen datert 26. mars for Vestre Viken til etterretning.

Sak 13/2020 Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD

Økonomidirektør Mette Lindblad og prosjektdirektør Rune A. Abrahamsen innledet til behandlingen av saken.

Oppsummering innhold:

Som følge av situasjonen med koronapandemien er HSØ styrets planlagte behandling av denne saken utsatt til juni 2020. Det har gitt Vestre Viken utsettelse på leveranse og derav mulighet til å sluttbehandle gevinstrealiseringsplanen sammen med økonomisk langtidsplan i styremøtet i april. Dokumentet økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan Nytt sykehus i Drammen er derfor fortsatt fremlagt som et utkast.

Arbeidet med gevinstrealiseringsplanen påvirkes av beredskapssituasjonen. Det er vanskelig for klinikkledelse, stab Medisin og helsefag, stab Kompetanse og stab Teknologi å avsette tid til forankring av planene og deltakelse i arbeidet med detaljering av planene. Det må derfor påregnes at deler av handlingsplanene må detaljeres når situasjonen har roet seg.

Siden gjennomgangen av planen i styremøtet i februar er det i denne versjonen nå gjort beregninger av økonomiske effekter av de prosjektavhengige gevinstene tilknyttet nytt sykehus. Det er videre utdypet betraktninger omkring kapasiteten sett opp mot forutsetningene for det nye sykehuset.

Oppsummering av drøfting i saken:

Styret ga følgende innspill til videre utvikling av gevinstplan fram mot endelig behandling i styremøtet i slutten av april:

- Samhandling med kommunene
- risikoanalyse av hele gevinstplanen
- gjenbruk av teknologiske løsninger tatt i bruk av andre (kunstig intelligens)
- fellesskapsgevinster, koordinering mellom delprosjekter og tiltak på tvers i foretaket
- tydeliggjøre tiltak innen rehabiliteringsområdet

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar utkast til plan for økonomisk bærekraft VVHF og gevinstrealiseringsplan NSD til foreløpig orientering.
2. Planen oppdateres i tråd med de innspill som ble gitt i styremøtet og fremlegges for endelig behandling i april i forbindelse med at styret behandler økonomisk langtidsplan (ØLP).

Orienteringer

Sak 14/2020 Orienteringer

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret for Vestre Viken HF tar de fremlagte sakene til orientering.

Andre orienteringer:

ØLP 2021 -2024

Direktør økonomi gikk igjennom de viktigste forutsetningene for økonomisk langtidsplan 2021 – 2024, så langt dette foreligger på nåværende tidspunkt. Det ble videre gjennomgått de forhold som forventes fremlagt for styret for prioritering når ØLP skal styrebehandles i april.

Nytt sykehus Drammen

Prosjektleder nytt sykehus orienterte om status Mottaksprosjektet og byggeprosjekt.

Mottaksprosjektet

Alle medarbeidere i prosjektgruppen er helt/delvis på hjemmekontor og ansatte tilsvarende ca. 3 årsverk er midlertidig overført til driftsorganisasjonen.

Daglige oppgaver håndteres, men utfordring mht. anskaffelsesprosess utstyr og koordinering av administrasjon og oppfølging av oppgaver. Alle møter gjennomføres på Skype.

Byggeprosjektet

Arbeidstilsynet har med hjemmel arbeidsmiljøloven § 18-9 gitt samtykke til planene i rammesøknad 2. Arbeidstilsynets hovedinntrykk er at prosjekteringen av det nye sykehuset i Drammen er så langt gjennomført på en god måte med hensyn til HMS-fokus. Dokumentasjon fremstår som svært ryddig, strukturert og gjennomarbeidet. Så langt fremstår også medvirkningen til å være ivaretatt.

I øyeblikket er produksjonen på byggeplass lite påvirket av pandemien. Arbeid kan stoppe opp på grunn av at nøkkelpersonell blir syke, manglende tilførsel av bygningsarbeidere fra utlandet og manglende leveranser til byggeplass.

Det er ikke meldt om smitte i prosjektgruppen eller hos underleverandører. Prosjektet har mottatt varsel om mulig krav om fristforlengelse fra både rådgivere og entreprenører og mulig prisjustering på grunn av valutasisituasjonen.

Gjennomført lønns- og prisjustering basert på endring av indeks i perioden desember 2018 til desember 2019 for ikke produsert andel av styringsrammen. Lønns- og prisjustering utgjør 251 MNOK og prisjustert styringsramme er 10,564 MNOK.

Prosjektstyre vurderer at det p.t. ikke er store utfordringer, men påpeker utfordring vedr. finansiering av infrastruktur og gang-/sykkelvei under Strandveien, totalt 150 MNOK. Nye Drammen kommunestyre har vedtatt å følge opp saken for å sikre finansiering. Tas opp gjennom Nasjonal transportplan (NTP) og Byvekstavtale som mulige kilder for finansiering (NTP vil først bli behandlet i 2021). HSØ har tatt saken opp med Helse- og omsorgsdepartementet, men ber prosjektet ta opp til vurdering kuttliste fra Forprosjekt.

Eventuelt

Ingen saker ble tatt opp under dette punktet.

Drammen 30. mars 2020

Siri Hatlen
styreleder

Margrethe Snekkerbakken
nestleder

Bovild Tjønn

Tom R. H. Frost

Toril A. K. Morken

Robert Bjercknes

Geir Kåre Strømmen

John Egil Kvamsøe

Dato: 14. april 2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen
Direkte telefon: 95812504

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Ekstraordinært styremøte - skype/telefonmøte
Dato: 14. april 2020
Tidspunkt: Kl. 12.00 – 13.05

Følgende medlemmer møtte:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Margrethe Snekkerbakken	Nestleder
Geir Kåre Strømmen	Styremedlem
Robert Bjerknes	Styremedlem
Bovild Tjønn	Styremedlem - forfall
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
John Egil Kvamsøe	Styremedlem

Brukerrepresentant Rune Kløvtveit deltok som observatør med møte og talerett.

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

Halfdan Aass	Fungerende administrerende direktør
Eli Årnot	Direktør kompetanse
Ulrich Spreng	Direktør fag
Finn Egil Holm	Direktør administrasjon og samfunnskontakt
Cecilie B. Løken	Direktør teknologi
Elin Onsøyen	Spesialrådgiver/styresekretær

Styreleder Siri Hatlen ledet møtet og fungerende administrerende direktør la fram sakene.

Protokollfører: Elin Onsøyen

Beslutningssak

Sak 15/2020 Plan for økt behandlingsskapitet i forbindelse med covid-19 epidemien

Fungerende administrerende direktør Halfdan Aass og fagdirektør Ulrich Spreng orienterte innledningsvis.

Oppsummering av saken:

Vestre Viken HF har gått i grønn beredskap den 3.3.20 og i gul beredskap den 13.3.20. Gul beredskap betyr at helseforetaket begrenser planlagt aktivitet dithen gående at utredninger og behandlinger utsettes i tid om dette ikke er forbundet med prognosetap for pasienten. Videre mobilisere helseforetaket ressurser (areal, utstyr og personell) for å imøtekomme det forventete pasientvolum. Det er etablert strategisk ledelse i foretaket og taktiske ledelser i klinikkene. Utover dette er det etablert sentralt og lokale koronautvalg.

Per 14.04.20 er 22 pasienter med bekreftet covid-19 smitte innlagt i Vestre Viken HF.

FHI har i sin prognose 24.3.20 estimert et forekomst av covid-19 på toppen av epidemien med 1700 til 4500 pasienter innlagt på norske sykehus og 600 til 1200 pasienter på norske intensivavdelinger.

Vestre Viken HF har den 26.3.20 fått et tillegg til oppdrags- og bestiller dokumentet. Den 1.4.20 har helseforetaket levert en foreløpig plan for økt behandlingsskapitet i forbindelse med covid-19 epidemien og innen 14.4.20 skal helseforetaket levere en konkret plan til HSØ hvor det beskrives tiltak for å møte toppen av epidemien (areal, utstyr, personell).

Planen for økt behandlingsskapitet i forbindelse med covid-19 epidemien viser at Vestre Viken HF har tilstrekkelig areal og infrastruktur for et høy-scenario forutsatt maksimal 80 intensivpasienter.

Vestre Viken HF har tilstrekkelig personell for et høy-scenario (forutsatt maksimal 80 intensivpasienter), men behandlingsskapiteten vil være redusert i forhold til en normalsituasjon. Bemanningen av et høy-scenario vil være begrenset for en varighet av få uker og har fortsatt en betydelig risiko

Vestre Viken HF har tilstrekkelig MTU for et høy-scenario når bestillinger lokalt og regionalt er levert. Det krever imidlertid tilleggsbestillinger utover dagens.

Vestre Viken HF har satt i gang et opplæringsprogram for personell til å utføre oppgaver de vanligvis gjør, eksempelvis arbeid på intensivenehetene.

Det er inngått en samarbeidsavtale med Martina Hansen Hospital AS som inneholder utlån av personell fra Martina Hansen Hospital AS til Vestre Viken HF (fortrinnsvis klinikk Bærum sykehus) og disposisjon av arealer og utstyr fra Martina Hansen Hospital AS.

FHI har 7.4.20 publisert en ny prognose som viser at tiltakene i samfunnet har effekt og at sykdomsutviklingen fremskrider saktere enn tidligere antatt.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar plan for økt behandlingsskapasitet i forbindelse med covid-19-epidemien til etterretning og ber administrerende direktør oversende planen til Helse Sør-Øst RHF.

Drammen 14. april 2020

Siri Hatlen
styreleder

Margrethe Snekkerbakken
nestleder

Robert Bjerknæs

Bovild Tjønn

Geir Kåre Strømmen

Tom R. H. Frost

Toril A. K. Morken

John Egil Kvamsøe

Dato: 21.04.2020
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. mars 2020

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	18/2020	27.04.2020

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. mars 2020 til etterretning.

Drammen 21. april 2020

Halfdan Aass

Fungerende administrerende direktør

Bakgrunn

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

Saksutredning

De viktigste resultatene knyttet til økonomi, aktivitet, kvalitet og bemanning pr. mars 2020 er oppsummert i måltavlen under:

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000) (eks. pensjonsendring)	Virkelig	-80 387	-55 401	248 000		
		Mål	20 667	62 000	248 000		
		Avvik	-101 054	-117 401			
		I fjor	29 219	61 938	274 968		
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	8 056	28 107	116 880		
		Mål	10 280	30 285	116 672		
		Avvik	-2 224	-2 178	208		
		I fjor	10 536	29 635	114 802		
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	13 721	43 423	172 584		
		Mål	16 875	47 557	172 584		
		Avvik	-3 154	-4 134	0		
		I fjor	15 385	44 516	165 699		
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	7 911	22 563	77 800		
		Mål	7 961	21 711	77 800		
		Avvik	-50	852	0		
		I fjor	7 739	20 366	74 897		
5	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk DAGER	Virkelig	48	54	54		
		Mål	54	54	54		
		Avvik	-6	0	0		
		I fjor	60	58	56		
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	38	41	36		
		Mål	36	36	36		
		Avvik	2	5	0		
		I fjor	34	37	36		
8	KVALITET Korridorpasienter ANDEL	Virkelig	0,5 %	1,7 %	0,0 %		
		Mål	0,0 %	0,0 %	0,0 %		
		Avvik	0,5 %	1,7 %	0,0 %		
		I fjor	2,7 %	2,8 %	2,2 %		
10	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	78 %	71 %	70 %		
		Mål	70 %	70 %	70 %		
		Avvik	8 %	1 %	0 %		
		I fjor	64 %	59 %	60 %		
11	HR Brutto månedsvik ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 536	7 438	7 449		
		Mål	7 284	7 291	7 396		
		Avvik	252	147	53		
		I fjor	7 217	7 217	7 357		
12	HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	8,3 %	8,0 %	7,0 %		
		Mål	8,1 %	7,9 %	7,0 %		
		Avvik	0,2 %	0,1 %	0,0 %		
		I fjor	8,8 %	8,4 %	7,4 %		
13	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	2,8 %	2,4 %	0,0 %		
		Mål	0,0 %	0,0 %	0,0 %		
		Avvik	2,8 %	2,4 %	0,0 %		
		I fjor	2,6 %	2,4 %	2,8 %		

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

Økonomi

Resultatet i mars er i stor grad påvirket av koronapandemien. Det rapporteres fra og med mars månedlig til HSØ på økonomiske effekter. Resultat eksklusiv pensjonsreduksjon* i mars er 101 MNOK bak budsjett. Totalt er det beregnet en negativ økonomisk effekt på ca. 97 MNOK på grunn av koronaviruset. På inntektsiden er det beregnet et tap på 86,5 MNOK, og på kostnadssiden er det beregnet 10,4 MNOK i økte kostnader.

Det er redusert aktivitet på døgn, dag og poliklinikk på grunn av koronapandemien. Det gir lavere ISF-inntekter. Det er også negativt avvik på gjestepasient- og andre pasientrelaterede inntekter. Det er i tillegg negativt avvik på øvrige driftsinntekter som skyldes flere forhold, som lavere parkeringsinntekter og salgsinntekter i kiosk og kantiner.

Økte kostnader som følge av koronasituasjonen er i hovedsak innen varekostnader og andre driftskostnader. Innen varekostnader er det mye forbruksvarer, utstyr, reagenser til koronatesting og noe medikamenter. Innen andre driftskostnader er det i hovedsak anskaffelse av utstyr og ombygginger. Det er ikke gjort ekstraordinære avsetninger av lønn som følge av korona, og det forventes økte lønnskostnader i regnskapet for april ved utbetaling av variabel lønn. Lønnskostnader til personell utlånt fra Martina Hansen er ikke inkludert i VVHF sine tall. VVHF blir ikke belastet for ordinær lønn til personellet fra MHH. Det må imidlertid påregnes fakturering for mertid som er påløpt i arbeidet for Vestre Viken.

Resultat eksklusiv pensjonsreduksjon pr. mars er 117,4 MNOK bak budsjett. Totale inntekter er 77,8 MNOK lavere enn budsjett og totale kostnader er 39,6 MNOK over budsjett pr. mars. I tillegg til koronaeffektene skyldes det negative avviket pr. mars primært høye varekostnader og overforbruk på lønn. Varekostnadene er i hovedsak medikamenter gitt i sykehus, H-resepter og behandlingshjelpemidler. Hovedårsaken til overforbruk på lønn er forsinket innføring av budsjetterte tiltak i tillegg til høy aktivitet og høyt fravær ved flere avdelinger i begynnelsen av året. Innleie fra byrå viser et merforbruk på 0,7 MNOK pr mars.

Det er foreløpig bokført 0,2 MNOK i investeringer knyttet til korona i mars. Det er i tillegg planlagte/bestilte investeringer for ca. 31 MNOK.

Det er ikke utarbeidet noen oppdatert prognose for 2020. Dette er i samsvar med retningslinjer fra HSØ. Det er fortsatt svært uklart hvordan helseforetakene vil kompenseres for de merkostnader og mindreinntekter som er inntruffet som følge av pandemien.

**Pensjonsreduksjon*

I januar 2020 ble det mottatt en oppdatert aktuarberegning, som gir en reduksjon i pensjonskostnader på 157,9 MNOK for året, med en månedlig effekt på 13,2 MNOK. Pensjonsreduksjonen vises på egen linje og holdes utenfor resultat fra ordinær drift.

Aktivitet

Somatikk

Samlet aktivitet i mars i antall "sørge-for" ISF-poeng er 2224 poeng lavere enn budsjett. Pr. februar var det tilsvarende 46 poeng høyere enn budsjett. Den lave aktiviteten i mars skyldes koronasituasjonen. Planlagte utredninger og behandlinger har blitt utsatt der dette ikke har vært forbundet med prognosetap for pasienten. I tillegg har mange pasienter selv avlyst/utsatt behandlinger. Det er i alt om lag 15.000 utsatte konsultasjonen innen somatikk ved utløpet av mars. Det har også vært reduksjon i øyeblikkelig hjelp.

Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus

Aktiviteten i BUPA har holdt seg godt oppe til tross for koronasituasjonen.

Oppmøtekonsultasjoner har i stor grad blitt erstattet av telefonkonsultasjoner. Antall

henvisninger til BUPA sank vesentlig i mars. Innen VOP/TSB er også oppmøtekonsultasjoner erstattet med telefonkonsultasjoner, men ikke i like stor grad som i BUPA. Antall henvisninger sank også betraktelig innen VOP/TSB i mars.

I klinikk psykisk helse og rus har det vært 5000 avlyste oppmøtekonsultasjoner som følge av koronautbruddet pr. mars. Det har i samme periode vært gjennomført om lag 7.100 telefonkonsultasjoner til erstatning for avlyste fysiske oppmøter. Telefonkonsultasjoner gir lavere refusjon enn oppmøte- og videokonsultasjoner.

Klinikken har før koronakrisen arbeidet for å starte med videokonsultasjoner. Pandemien medførte at dette arbeidet er blitt intensivert. Videokonsultasjoner startet i slutten av mars (uke 13), og i løpet av 12 dager ble det gjennomført 250 konsultasjoner i tillegg til et stort antall møter på video med interne og eksterne samarbeidspartnere. Det arbeides innen alle de tre fagområdene med opplæring for å øke andelen videokonsultasjoner. Det er ønskelig at kapasiteten til å tilby videokonsultasjoner økes.

Kvalitet

Ventetid somatikk

Ventetiden innen somatikk er 48 dager i mars og akkumulert 54 dager som er i tråd med målet. Det er naturlig at ventetiden er relativt kort i mars da det er pasienter prioritert til kort ventetid som får time under pandemien.

Ventetid psykisk helse og rus

Innen PHR er ventetiden på/nær målet innen VOP og TSB, men BUP ligger noe høyere enn målet. Det har ikke lyktes BUP å redusere ventetid i forhold tidligere til tross for at aktiviteten er holdt på et bra nivå. Dette tilskrives dels pandemisituasjonen hvor fysiske konsultasjoner er begrenset.

Korridorpasienter

Andel korridorpasienter er redusert til 0,5 %. Både reduksjon i elektiv behandling og ø.hjelp har medført mindre trykk på sengepostene i perioden med pandemien.

Pakkeforløp for kreft

Vestre Viken oppnår i februar og mars målkravet for pakkeforløp for kreft som tilsier at 70 % skal få behandling innenfor standard forløpstid. I februar var andelen 79 % og mars 78 %, som er en økning fra januar på 52 %. Behandling av kreftpasienter er en prioritert oppgave også under pandemien, og foretaket har lyktes med denne prioriteringen.

HR

Brutto månedsverk

Brutto månedsverk er pr april 147 høyere enn budsjettert, og 221 flere enn samme periode i fjor. Det er økning på 75 månedsverk fra mars til april. Forklaringen på store deler av økningen er koronasituasjonen. Mange ansatte har vært i karantene. I tillegg er det brukt mye tid på opplæring og omrokkering av personell. Personell fra MHH er lånt ut til Vestre Viken, primært til Bærum sykehus, også til enheter i KMD og KIS som har arbeidssted på Bærum sykehus. Det bemerkes at årsverk som er lånt ut fra MHH til Bærum Sykehus ikke inngår i bemanningsrapporteringen for Vestre Viken. Underliggende virksomhet har følgelig et langt større avvik. I begynnelsen av året er hovedårsaken til avviket høy aktivitet og høyt sykefravær ved enkelte avdelinger i tillegg til forsinkede effekter av planlagte tiltak.

Sykefravær

Sykefravær i februar var 8,3 %, som er over målet. Sykefraværet er lavere enn februar i fjor, men øker igjen i mars som følge av mange medarbeidere i karantene.

AML-brudd

I mars 2020 var det 3453 AML-brudd, som er en økning på 610 fra februar. Dette tilsvarer brudd på 2,8 % av alle vakter i foretaket. Økningen i AML-brudd skyldes koronasituasjonen. AML-brudd som følge av koronapandemien blir registrert med en egen årsakskode, og i mars er det registrert 1256 AML-brudd med denne årsakskoden. Det er inngått sentrale avtaler om utvidede grenser for arbeidstid, med virkning fra 20.3. Dette bidro til at AML-brudd etter 16.mars ble betydelig redusert.

Administrerende direktørs vurderinger

Samlet har foretaket et negativt avvik på 117,4 MNOK pr mars, hvorav ca. 97 MNOK som følge av reduserte inntekter og økte kostnader i forbindelse med koronapandemien. Pandemien påvirker helseforetaket på alle områder. Vestre Viken gikk i gul beredskap 14.mars. Driften i klinikkene ble lagt helt om som følge av dette med betydelig reduksjon i planlagt aktivitet og forberedelser til å ta imot et stort antall pasienter smittet med covid-19. Det har hatt betydelige konsekvenser både for økonomi og aktivitet.

Økte kostnader og tapte inntekter som følge av koronaviruspandemien rapporteres særskilt, og det forventes fortsatt betydelige effekter av dette de kommende måneder. Ventetider, korridorpasienter, AML-brudd mv vil også bli påvirket.

Pandemien har medført at det har vært nødvendig å gjøre en del investeringer knyttet til omlegging for å kunne ta imot et større antall smittede pasienter. Det er gjort ved omdisponeringer innenfor investeringsbudsjettet.

Etter at smittesituasjonen er blitt bedret, har foretaket nå fått oppdrag om å øke elektiv aktivitet samtidig som det skal planlegges og forberedes for mottak av et større antall intensivpasienter med covid-19-smitte. Foretaket reduserte beredskapsnivået og etablerte grønn beredskap på foretaksnivå 20. april. Prognoser for utvikling av pandemien er svært usikre på nåværende tidspunkt. Det vil i styremøtet bli redegjort nærmere for hvordan Vestre Viken vil styre virksomheten i tiden fremover.

I tillegg til effekter av pandemien skyldes negativt avvik pr mars til dels at tiltak er periodisert flatt mens effekter har vært forventet i de kommende månedene, men også uforutsette avvik som følge av sykefravær og høy aktivitet de første to månedene i 2020. Pandemien påvirker organisasjonens kapasitet til å sikre fremdrift i tiltaksarbeidet. Det forventes derfor å påvirke foretakets resultat også i de kommende månedene i tillegg til effektene av selve pandemien.

Det er positivt at pakkeforløp for kreft viser en god utvikling og at resultatet i mars er på samme nivå som februar. Dette er en prioritert pasientgruppe også i den nåværende situasjon med koronapandemi, men det må påregnes at pasientforløpet kan komme til å ta lengre tid også for denne gruppen, avhengig av hvordan situasjonen utvikler seg.

Det er tydelige signaler om at helseforetakenes oppdrag for 2020 vil bli endret som følge av pandemien, og at de økonomiske forholdene vil bli gjennomgått. Det vil skje på et senere tidspunkt.

Administrerende direktør anbefaler på denne bakgrunn at styret tar virksomhetsrapporten pr. mars til etterretning.

Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr. mars 2020

Sak 18/2020

Virksomhetsrapportering pr mars 2020

Pr 21.april 2020



Innledning

- Presentasjonen viser utvikling og status pr. mars måned
 - Resultat
 - Aktivitet
 - HR
 - Styringsparametre
- Tallene stemmer med rapporteringspakken til HSØ

Coronavirus – Økonomi

- Resultatet i mars er i stor grad påvirket av Corona
- Mindreinntekter
 - Utsettelse av elektive behandlinger
 - Avlysninger fra pasienter
 - Redusert ø.hjelp
- Merkostnader
 - Smittevernutstyr
 - Bygg
 - Utstyr
 - Personell (lønn vises først i april regnskap)
- Prognoser er ikke oppdatert pr mars som følge av den ekstraordinære situasjonen. I måltavlen vises prognoser i tråd med budsjett.

Pensjonsendring


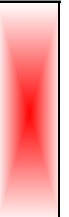


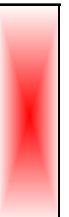


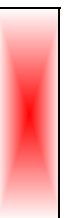




- I januar 2020 ble det foretatt en oppdatert aktuarberegning, som gir en reduksjon i pensjonskostnader på 157,9 MNOK.
- Ny aktuarberegning legges til grunn for resultatføring.
- Pensjonsreduksjonen vises på egen linje og holdes utenfor resultat fra ordinær drift.
- Månedlig effekt 13,2 MNOK

Pensjonsendring	MNOK
Budsjett 2020	817,9
Ny beregning januar 2020	659,9
Endring	157,9


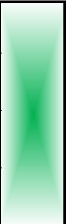


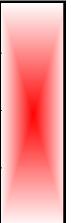







Kommentarer pr mars 2020

- Resultat eksklusiv pensjonsreduksjonen pr mars viser et underskudd på 55,4 MNOK, som er 117,4 MNOK bak budsjett
 - Totale inntekter er 77,8 MNOK bak budsjett pr mars
 - Overforbruk på lønn og innleie er 19 MNOK pr mars
 - Varekostnader er 26,2 MNOK høyere enn budsjettert pr mars
 - Andre driftskostnader er 7,7 MNOK høyere enn budsjettert pr mars
- Resultat i mars måned, eksklusiv pensjonsreduksjon, viser et underskudd på 80,4 MNOK, som er 101,1 MNOK bak budsjett
 - Reduserte inntekter 76,2 MNOK
 - Økte kostnader 24,8 MNOK
- Totalresultat pr mars viser et underskudd på 15,9 MNOK. Dette er 77,9 MNOK bak budsjett.

Måltavle pr mars – Økonomi og aktivitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose		
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000) (eks. pensjonsendring)	Virkelig	-80 387		-55 401		248 000	
		Mål	20 667		62 000		248 000	
		Avvik	-101 054		-117 401			
		I fjor	29 219		61 938		274 968	
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	8 056		28 107		116 880	
		Mål	10 280		30 285		116 672	
		Avvik	-2 224		-2 178		208	
		I fjor	10 536		29 635		114 802	
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	13 721		43 423		172 584	
		Mål	16 875		47 557		172 584	
		Avvik	-3 154		-4 134		0	
		I fjor	15 385		44 516		165 699	
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	7 911		22 563		77 800	
		Mål	7 961		21 711		77 800	
		Avvik	-50		852		0	
		I fjor	7 739		20 366		74 897	

Måltavle pr mars – Kvalitet

Vestre Viken HF			Denne måned		Hittil i år		Prognose	
5	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk DAGER	Virkelig	48		54		54	
		Mål	54		54			
		Avvik	-6		0			
		I fjor	60		58		56	
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	38		41		36	
		Mål	36		36			
		Avvik	2		5			
		I fjor	34		37		36	
8	KVALITET Korridorpasienter ANDEL	Virkelig	0,5 %		1,7 %		0,0 %	
		Mål	0,0 %		0,0 %			
		Avvik	0,5 %		1,7 %			
		I fjor	2,7 %		2,8 %		2,2 %	
10	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	79 %		70 %		70 %	
		Mål	70 %		70 %			
		Avvik	9 %		0 %			
		I fjor	64 %		59 %		60 %	

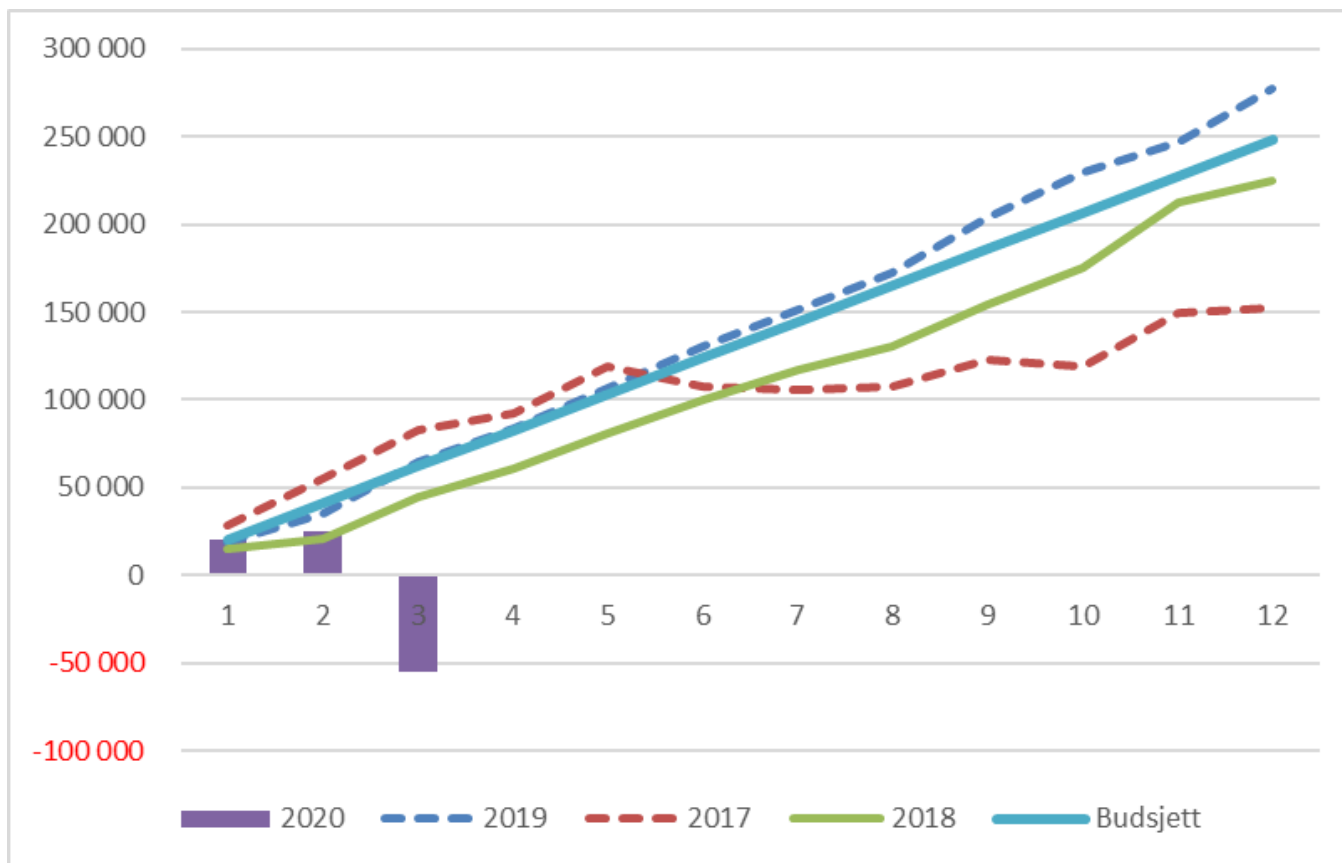
Måltavle pr mars – HR

Vestre Viken HF			Denne måned		Hittil i år		Prognose	
11	HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 536		7 438		7 449	
		Mål	7 284		7 291		7 396	
		Avvik	252		147		53	
		I fjor	7 217		7 217		7 357	
12	HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	8,3 %		8,0 %		7,0 %	
		Mål	8,1 %		7,9 %		7,0 %	
		Avvik	0,2 %		0,1 %		0,0 %	
		I fjor	8,8 %		8,4 %		7,4 %	
13	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	2,8 %		2,4 %		0,0 %	
		Mål	0,0 %		0,0 %		0,0 %	
		Avvik	2,8 %		2,4 %		0,0 %	
		I fjor	2,6 %		2,4 %		2,8 %	

Resultat

pr mars 2020	Regnskap denne perioden				Avvik denne perioden	Avviks %	Regnskap hittil i år				Regnskap hittil i fjor	% endring i år ift i fjor
	Budsjett denne perioden	Avvik denne perioden	Avviks %	Regnskap hittil i år			Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Avviks %			
Basisramme inkl. KBF	498 827	498 800	27	0 %		1 494 929	1 495 242	- 313	0,0 %		1 407 117	6 %
ISF inntekter	213 214	269 889	- 56 675	-21 %		748 480	802 562	- 54 082	-7 %		761 999	-2 %
Gjestepasient inntekter	12 447	14 244	- 1 797	-13 %		39 160	41 836	- 2 677	-6 %		44 596	-12 %
Andre pasientrelaterte inntekter	29 251	42 672	- 13 421	-31 %		109 058	124 130	- 15 072	-12 %		120 168	-9 %
Øvrige driftsinntekter	25 674	30 026	- 4 352	-14 %		83 079	88 752	- 5 673	-6 %		77 264	8 %
Gevinst ved avgang av anleggsmidler												-100 %
SUM Inntekter	779 413	855 631	- 76 218	-9 %		2 474 706	2 552 521	- 77 816	-3 %		2 411 145	3 %
Varekostnader	123 083	105 352	- 17 732	-17 %		328 824	302 646	- 26 178	-9 %		298 535	10 %
Gjestepasientkost. og kjøp av tjeneste	69 916	72 583	2 666	4 %		203 582	212 864	9 282	4 %		191 319	6 %
Innleid arbeidskraft	889	838	- 51	-6 %		2 860	2 136	- 724	-34 %		4 756	-40 %
Lønnskostnader	535 350	532 510	- 2 841	-1 %		1 628 182	1 609 886	- 18 296	-1 %		1 540 401	6 %
Avskrivninger og nedskrivninger	23 618	24 658	1 041	4 %		70 928	72 526	1 598	2 %		71 480	-1 %
Andre driftskostnader	107 906	97 593	- 10 313	-11 %		294 267	286 586	- 7 681	-3 %		268 417	10 %
Netto finanskostnader	- 963	1 430	2 394	167 %		1 463	3 877	2 413	62 %		1 147	
SUM Driftskostnader inkl. finans	859 799	834 964	- 24 836	-3 %		2 530 106	2 490 521	- 39 585	-2 %		2 376 056	6 %
Resultat fra ordinær drift	- 80 387	20 667	- 101 054	-489 %		- 55 401	62 000	- 117 401	-189 %		35 089	
Pensjonsendring januar 20 aktuar	13 162		13 162			39 486		39 486				
Resultat totalt	- 67 225	20 667	- 87 892	-425 %		- 15 915	62 000	- 77 915	-126 %		35 089	

Resultatutvikling - akkumulert

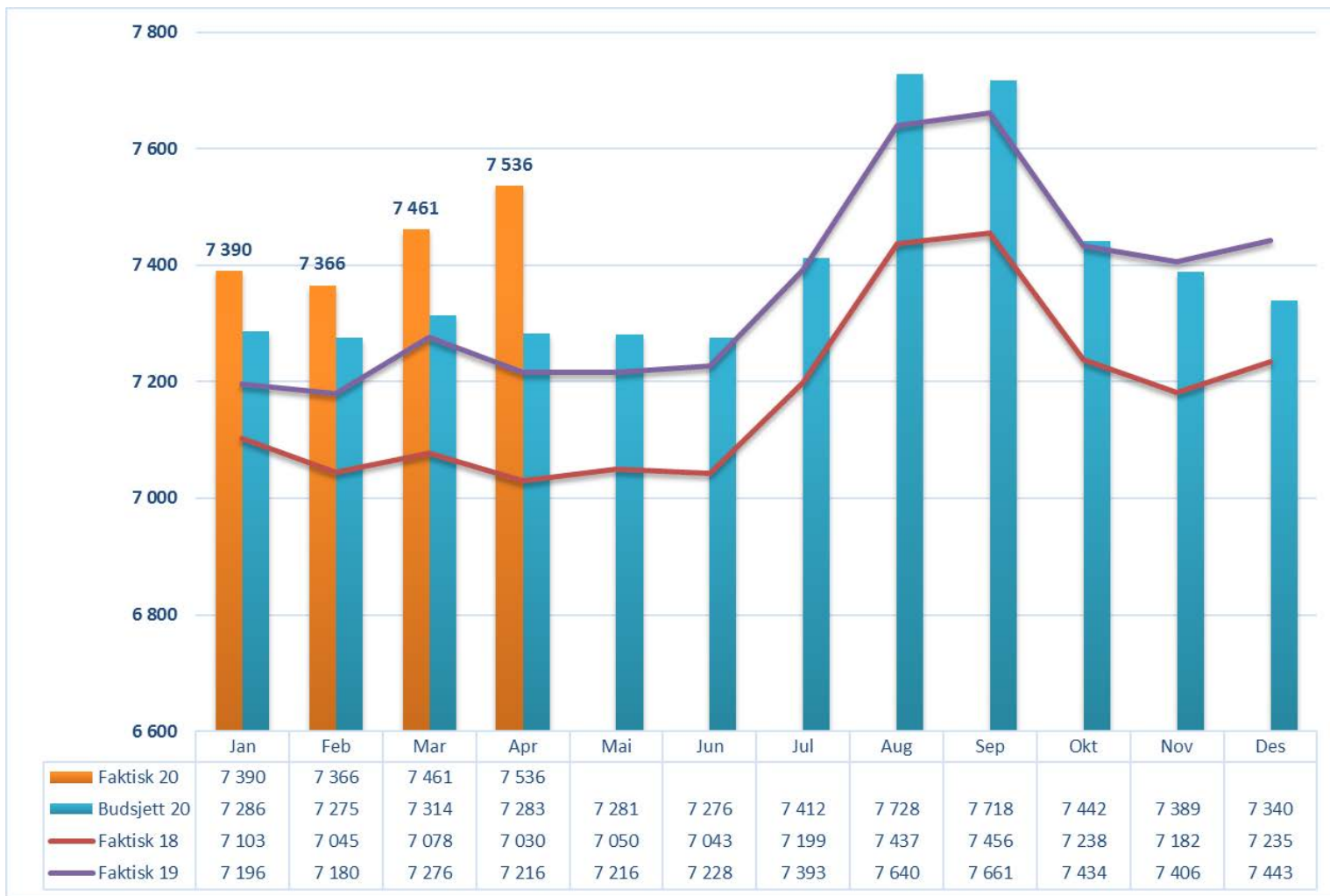


Budsjettavvik per klinikk

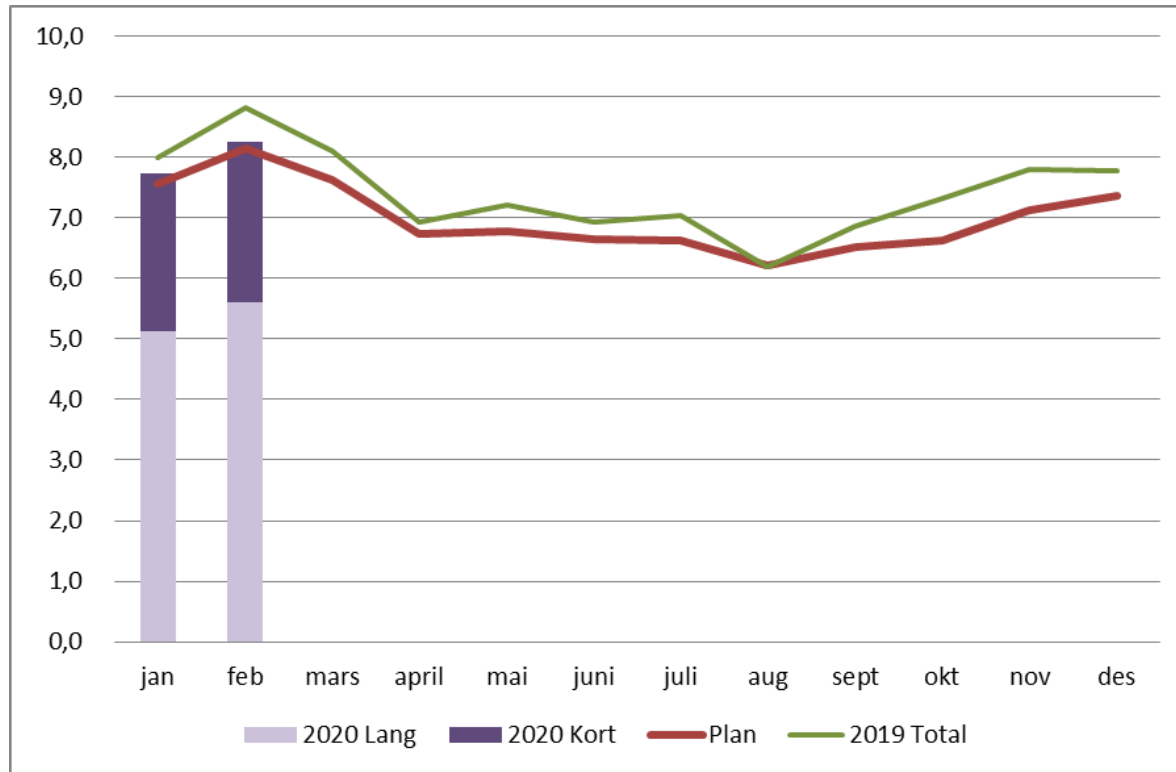
Avvik mot budsjett pr Mars	Inntekter		Kostnader		RESULTAT		
	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	Avvik som % av total budsjett	
Drammen sykehus	- 30 200	-5,9 %	- 23 030	-4,5 %	- 53 229	-10,4 %	
Bærum sykehus	- 15 006	-4,9 %	- 4 124	-1,4 %	- 19 130	-6,3 %	
Ringerike sykehus	- 15 001	-8,9 %	- 3 630	-2,2 %	- 18 632	-11,1 %	
Kongsberg sykehus	- 6 663	-7,7 %	- 1 878	-2,2 %	- 8 541	-9,9 %	
Intern Service	- 5 676	-3,5 %	1 254	0,8 %	- 4 422	-2,7 %	
Psykisk Helse og Rus	- 2 881	-0,6 %	- 10 660	-2,3 %	- 13 540	-2,9 %	
Prehospitale Tjenester	497	0,6 %	- 3 928	-5,0 %	- 3 431	-4,4 %	
Medisinsk Diagnostikk	- 2 888	-1,5 %	- 489	-0,3 %	- 3 376	-1,8 %	
Stabene	2 198	0,8 %	755	0,0 %	2 953	1,1 %	
Byggvedlikehold			- 4 117	-27,1 %	- 4 117	-27,1 %	
Varekost BHM			- 173	-0,8 %	- 173	-0,8 %	
SP IKT			2 378	2,2 %	2 378	2,2 %	
Pasientreiser			2 707	1,4 %	2 707	9,6 %	
Overordnet VVHF	- 2 195	-3,6 %	5 350	1,4 %	3 154	1,4 %	
Avvik i forhold til budsjett	- 77 816	3,0 %	- 39 585	-1,6 %	- 117 401	-4,7 %	
Endret pensjonskostnader			39 486	1,6 %	39 486	-1,6 %	
Total budsjett avvik	- 77 816	3,0 %	- 99	0,0 %	- 77 915	-3,1 %	

*Overordnet VVHF: overskudd, gjestepasienter, H-reseptor, pensjoner, avskrivninger og engangseffekter mm.

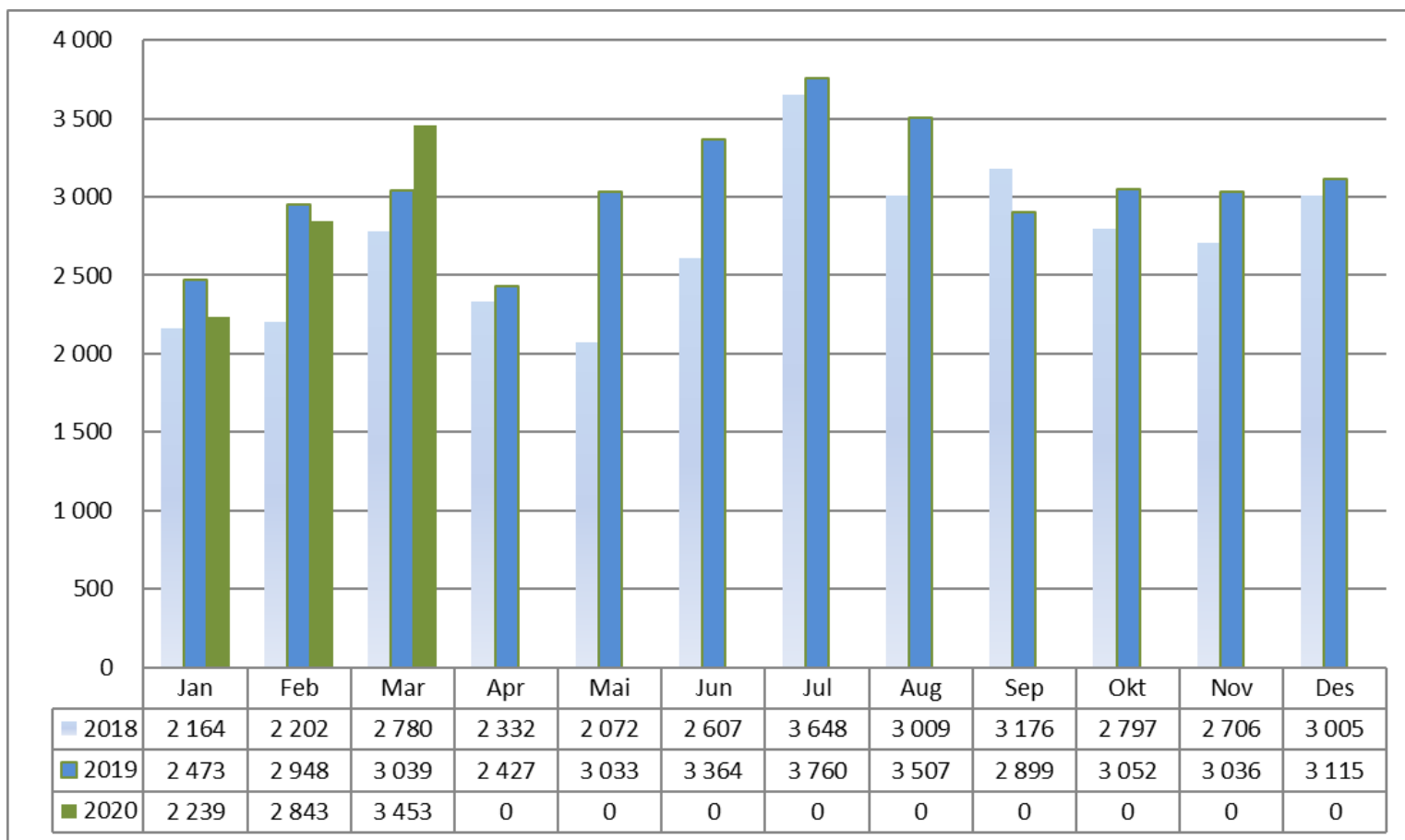
Brutto månedsverk



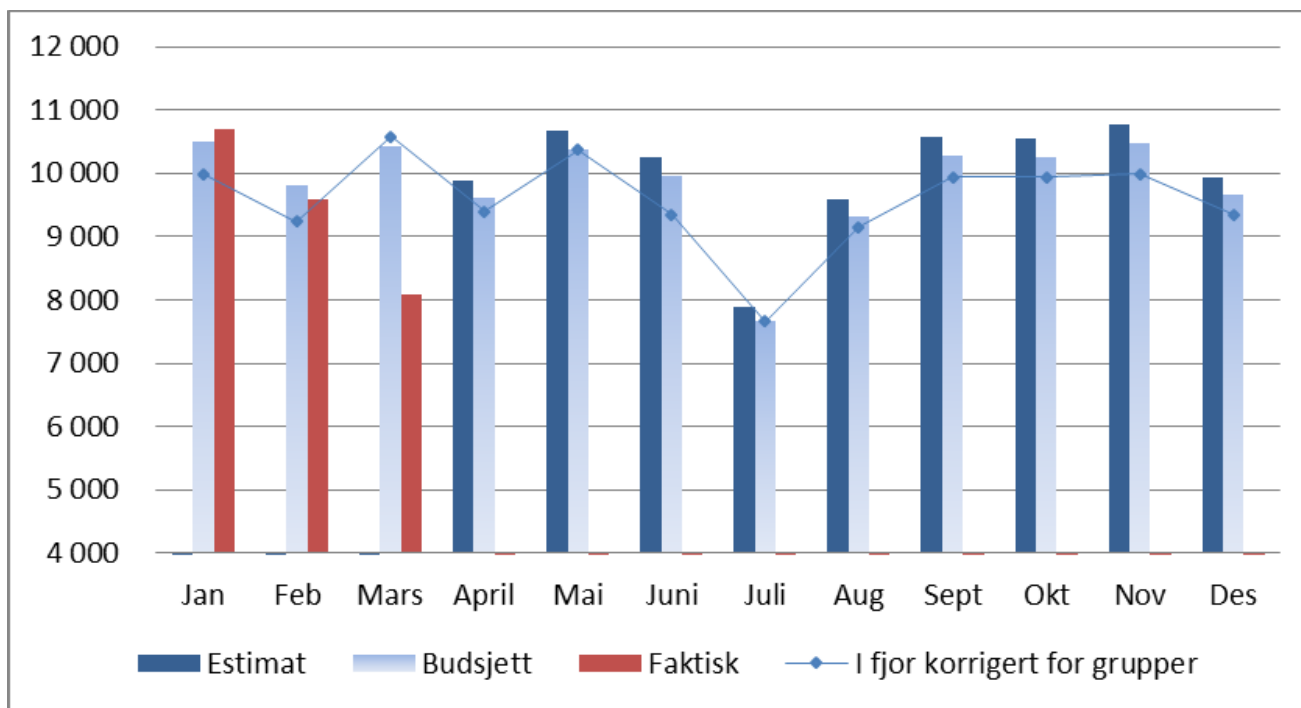
Sykefravær totalt VVHF



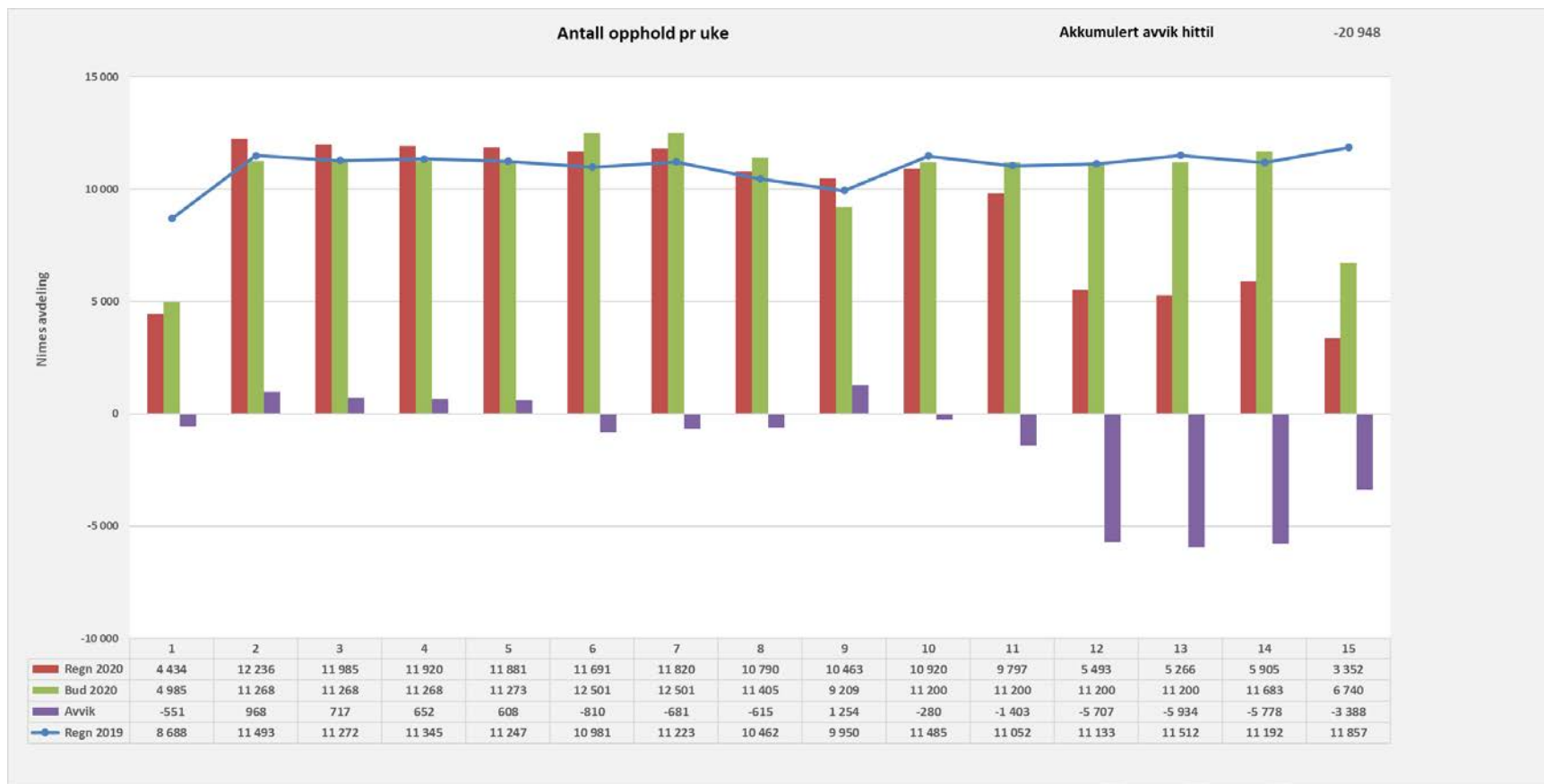
AML-brudd – antall



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



Utvikling pr uke somatikk - antall opphold totalt

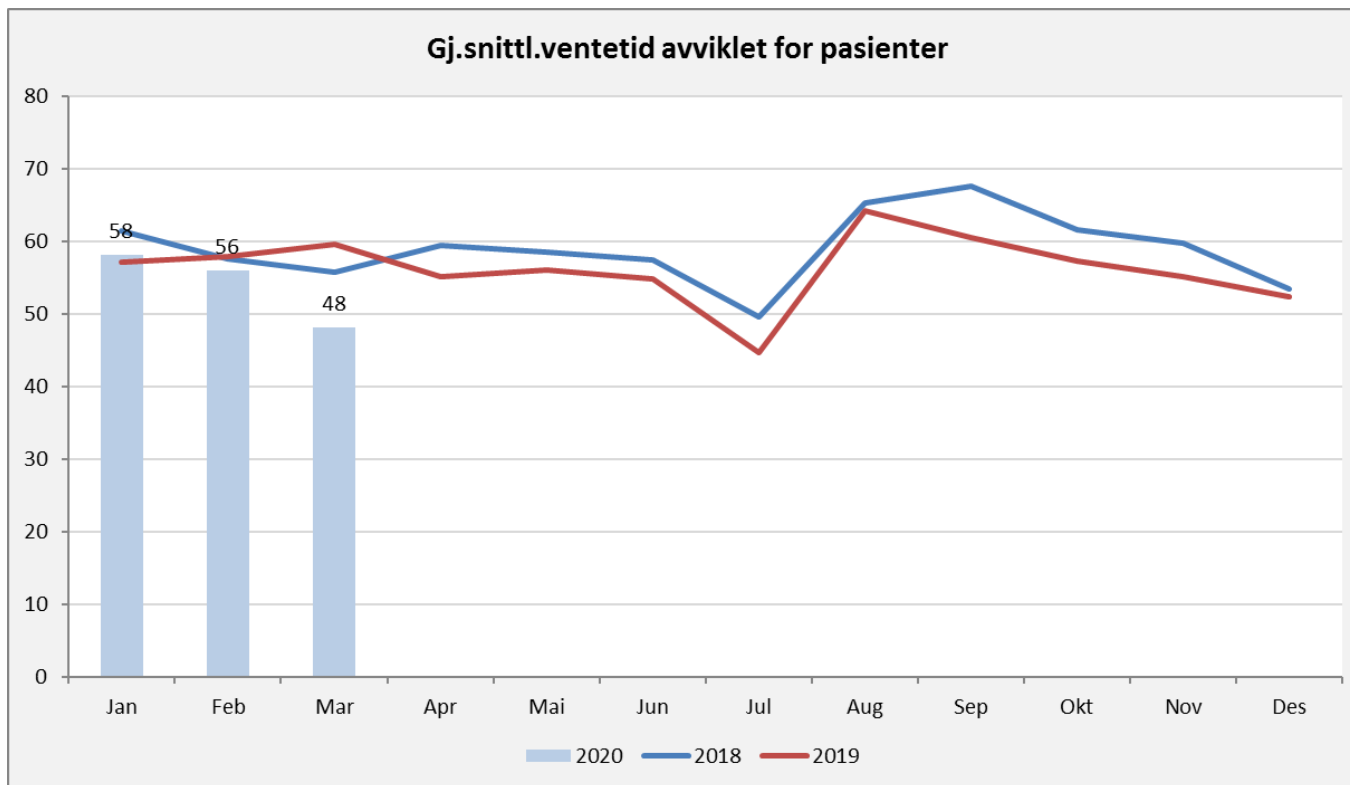







Etter uke 11 er det et vesentlige reduksjon i antall opphold pr uke.

Prioriteringsregelen

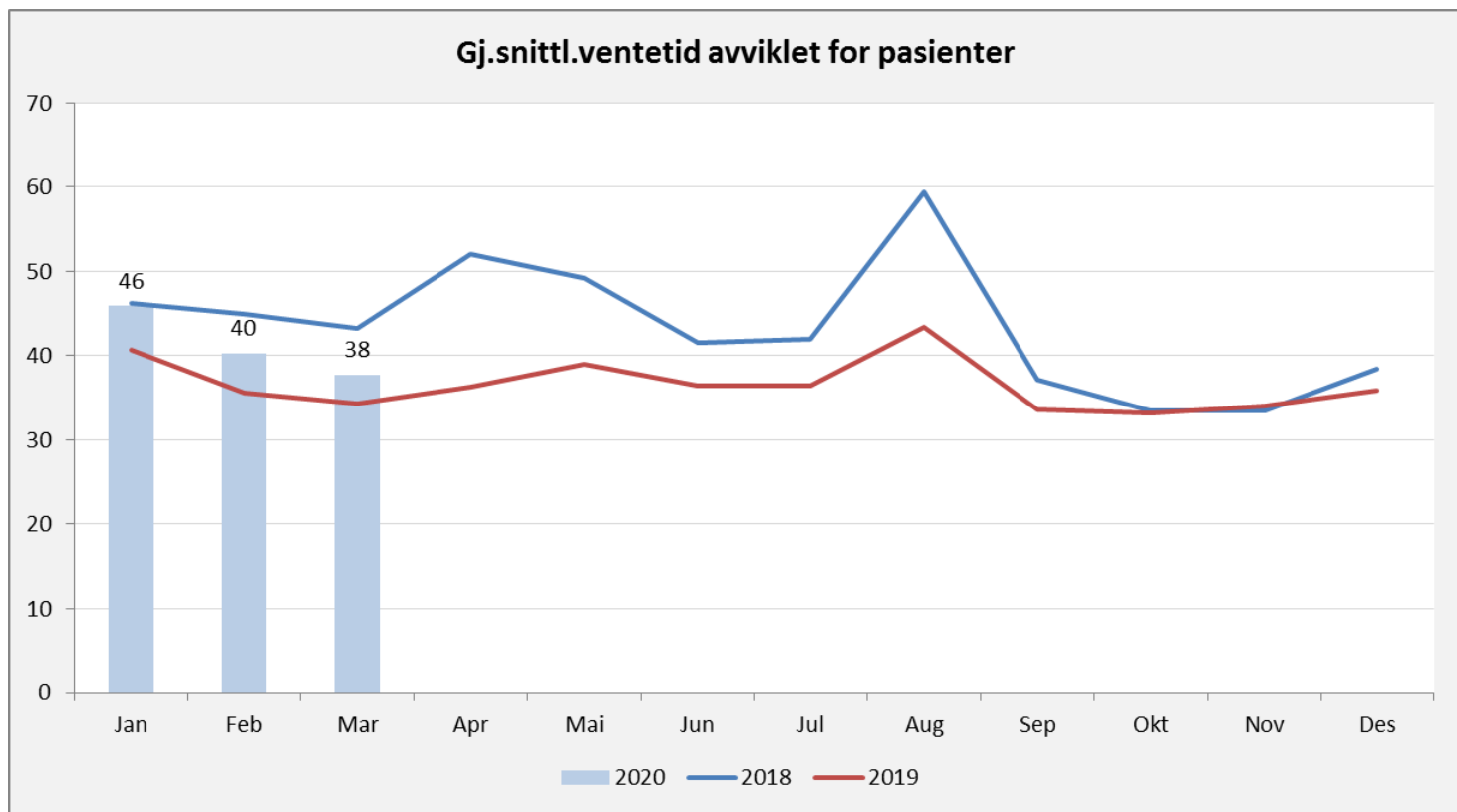
pr mars	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor	Estimat i år	Året i fjor	Estimert endring fra i fjor
Polikliniske konsultasjoner						
Somatikk	105 327	112 588	-6,4 %	443 639	426 611	4,0 %
VOP	33 478	34 684	-3,5 %	133 394	127 853	4,3 %
BUP	22 563	20 366	10,8 %	77 800	74 897	3,9 %
TSB	9 945	9 832	1,1 %	39 190	37 846	3,6 %
SUM PHR	65 986	64 882	1,7 %	250 384	240 596	4,1 %
Ventetid						
Somatikk	54	58	-7 %	54	56	-3,3 %
VOP	41	35	17 %	37	35	6,2 %
BUP	44	42	4 %	37	43	-13,6 %
TSB	32	30	4 %	30	31	-2,7 %
SUM PHR	41	37	12 %	36	36	0,0 %





Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp somatikk



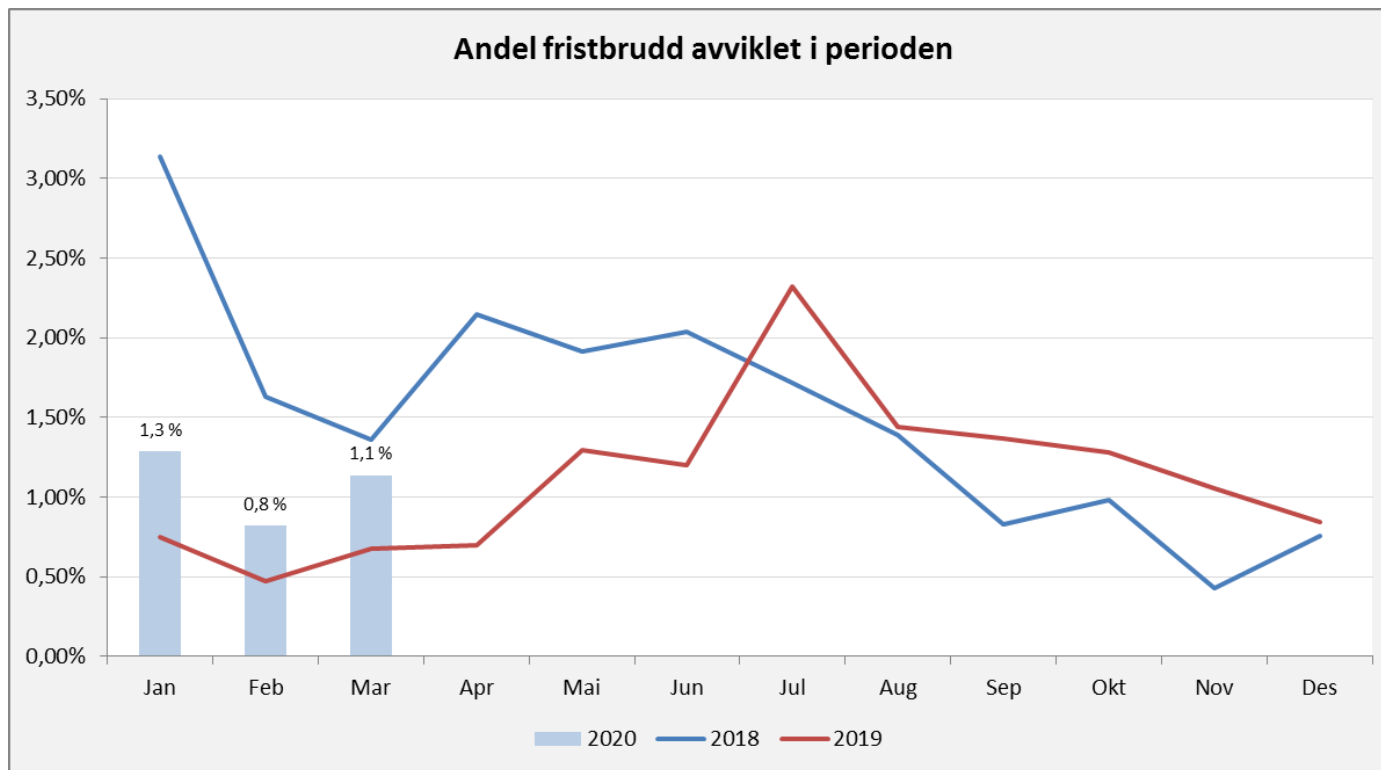
	Mar 2019	Apr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Gj.snittl.ventetid avviklet for pasienter	60	55	56	55	45	64	60	57	55	52	58	56	48		
10- Klinikk Drammen sykehus	65	61	62	61	49	70	66	63	59	58	60	61	50		
20- Klinikk Bærum sykehus	60	54	52	53	45	62	58	57	54	46	63	54	50		
30- Klinikk Ringerike sykehus	45	45	50	45	37	57	56	52	55	52	51	53	48		
40- Klinikk Kongsberg sykehus	46	33	34	34	29	43	41	33	34	35	41	36	36		





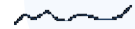







Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR



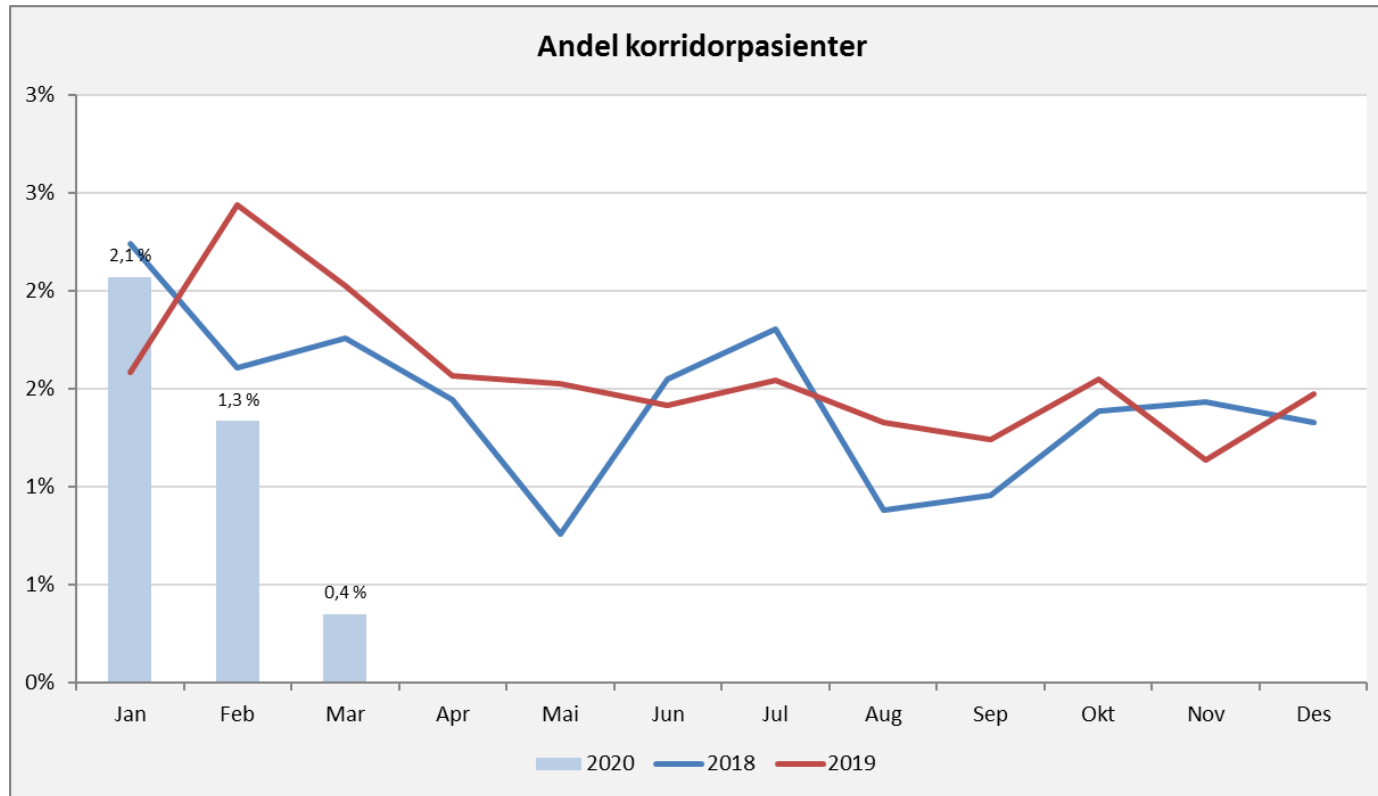
	Mar 2019	Apr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Gj.snittl.ventetid avviklet for pasienter	34	36	39	36	36	43	34	33	34	36	46	40	38		
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	34	36	39	36	36	43	34	33	34	36	46	40	38		


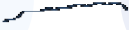








Andel fristbrudd avviklet



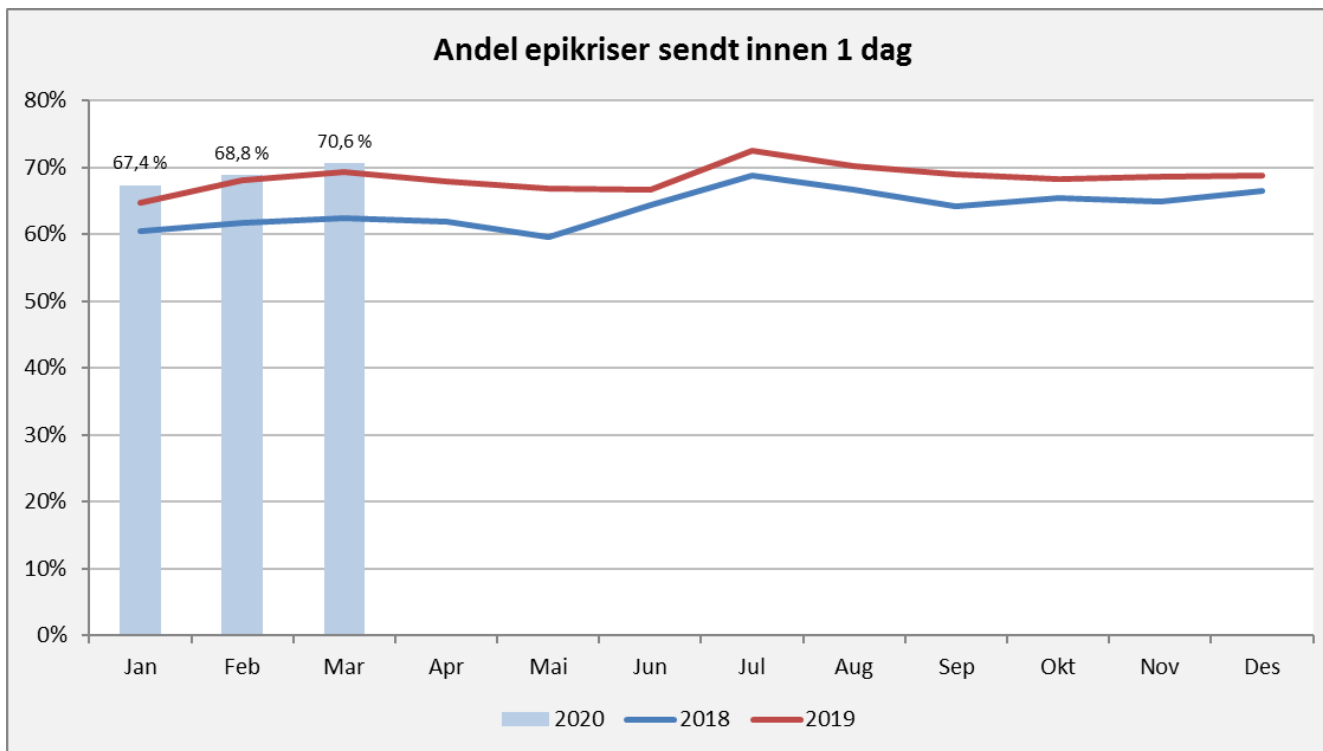
	Mar 2019	Apr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
☐ Andel fristbrudd avviklet i perioden	0,7%	0,7%	1,3%	1,2%	2,3%	1,4%	1,4%	1,3%	1,1%	0,8%	1,3%	0,8%	1,1%		
10 - Klinikk Drammen sykehus	0,7%	1,0%	1,7%	1,9%	2,9%	1,8%	1,9%	1,7%	1,5%	1,1%	1,7%	1,0%	1,1%		
20 - Klinikk Bærum sykehus	0,4%	0,3%	1,0%	0,7%	1,2%	0,7%	0,6%	1,0%	0,8%	0,6%	0,7%	0,9%	1,6%		
30 - Klinikk Ringerike sykehus	1,3%	0,5%	1,0%	0,5%	1,1%	1,5%	1,9%	1,1%	0,6%	1,1%	1,8%	0,5%	0,5%		
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	0,4%		0,5%		5,3%	2,8%	0,8%	0,3%	0,2%	0,4%	0,7%	0,4%	0,7%		
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus	0,5%	0,4%	0,2%	0,4%	0,6%		0,2%	0,5%	0,3%	0,2%	0,6%	0,5%	0,8%		

Andel korridorpasienter somatikk



	Mar 2019	Apr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
☐ Andel korridorpasienter	2,0%	1,6%	1,5%	1,4%	1,5%	1,3%	1,2%	1,5%	1,1%	1,5%	2,1%	1,3%	0,4%		
10 - Klinikk Drammen sykehus	2,7%	1,9%	2,5%	2,0%	2,1%	1,9%	2,4%	3,2%	2,0%	3,0%	4,1%	2,4%	0,5%		
20 - Klinikk Bærum sykehus	0,7%	0,5%	0,5%	0,9%	0,3%	0,2%	0,4%	0,6%	0,6%	0,7%	0,9%	0,9%	0,1%		
30 - Klinikk Ringerike sykehus	6,6%	5,4%	3,8%	3,6%	4,4%	3,9%	2,8%	2,9%	2,3%	2,5%	3,9%	2,7%	1,1%		
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	0,5%	0,6%	1,0%	1,2%	2,9%	1,4%	0,3%	0,3%	0,9%						

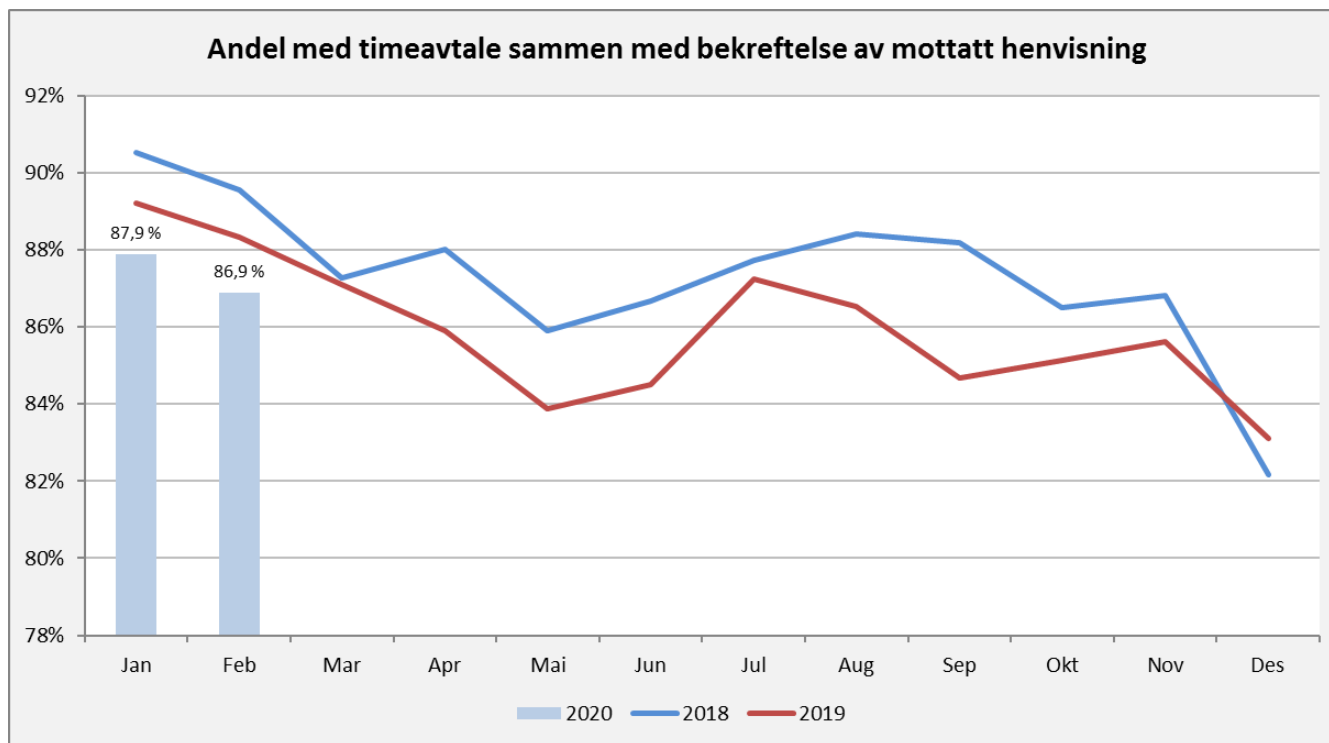
Andel epikriser sendt innen 1 dag



	Mar 2019	Apr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
☐ Andel epikriser sendt innen 1 dag	69,4 %	67,8 %	66,9 %	66,6 %	72,6 %	70,1 %	69,0 %	68,4 %	68,6 %	68,9 %	67,4 %	68,8 %	70,6 %		
10 - Klinikk Drammen sykehus	67,1 %	66,5 %	64,8 %	64,7 %	70,9 %	67,9 %	66,7 %	66,4 %	67,2 %	68,5 %	67,6 %	67,5 %	70,8 %		
20 - Klinikk Bærum sykehus	73,3 %	70,0 %	66,3 %	67,1 %	74,0 %	73,2 %	72,5 %	69,8 %	70,7 %	69,0 %	68,8 %	69,3 %	71,3 %		
30 - Klinikk Ringerike sykehus	74,1 %	72,5 %	74,3 %	72,6 %	75,6 %	72,7 %	69,9 %	77,4 %	74,5 %	74,0 %	69,8 %	75,3 %	75,3 %		
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	78,3 %	78,8 %	84,9 %	81,0 %	85,8 %	82,8 %	84,9 %	78,3 %	78,6 %	83,9 %	82,2 %	83,4 %	86,9 %		
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus	39,6 %	37,0 %	38,0 %	39,2 %	50,7 %	45,6 %	43,8 %	35,3 %	39,3 %	36,3 %	34,3 %	39,3 %	42,9 %		

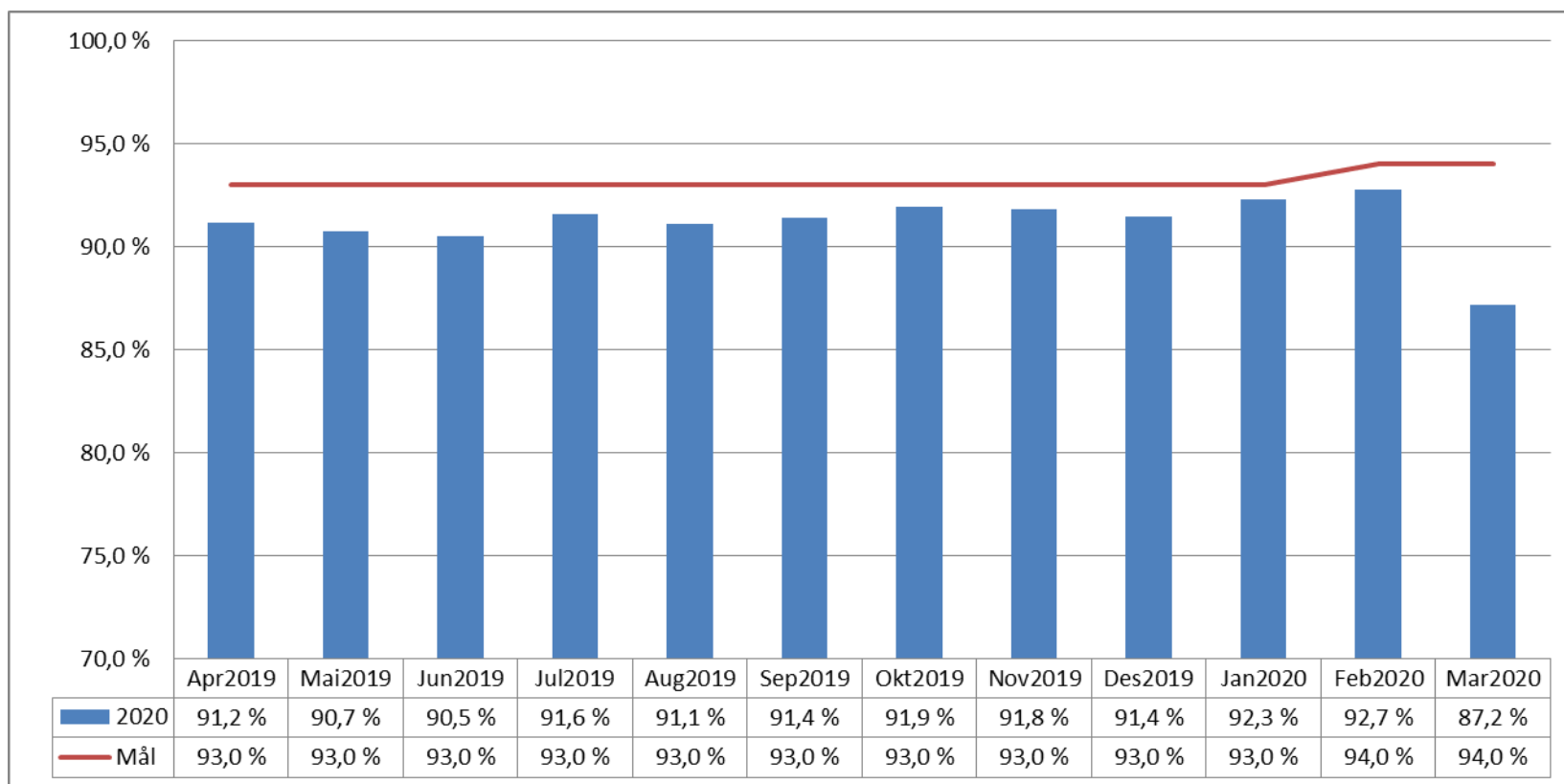
Andel timeavtale

sammen med bekreftelse av mottatt henvisning

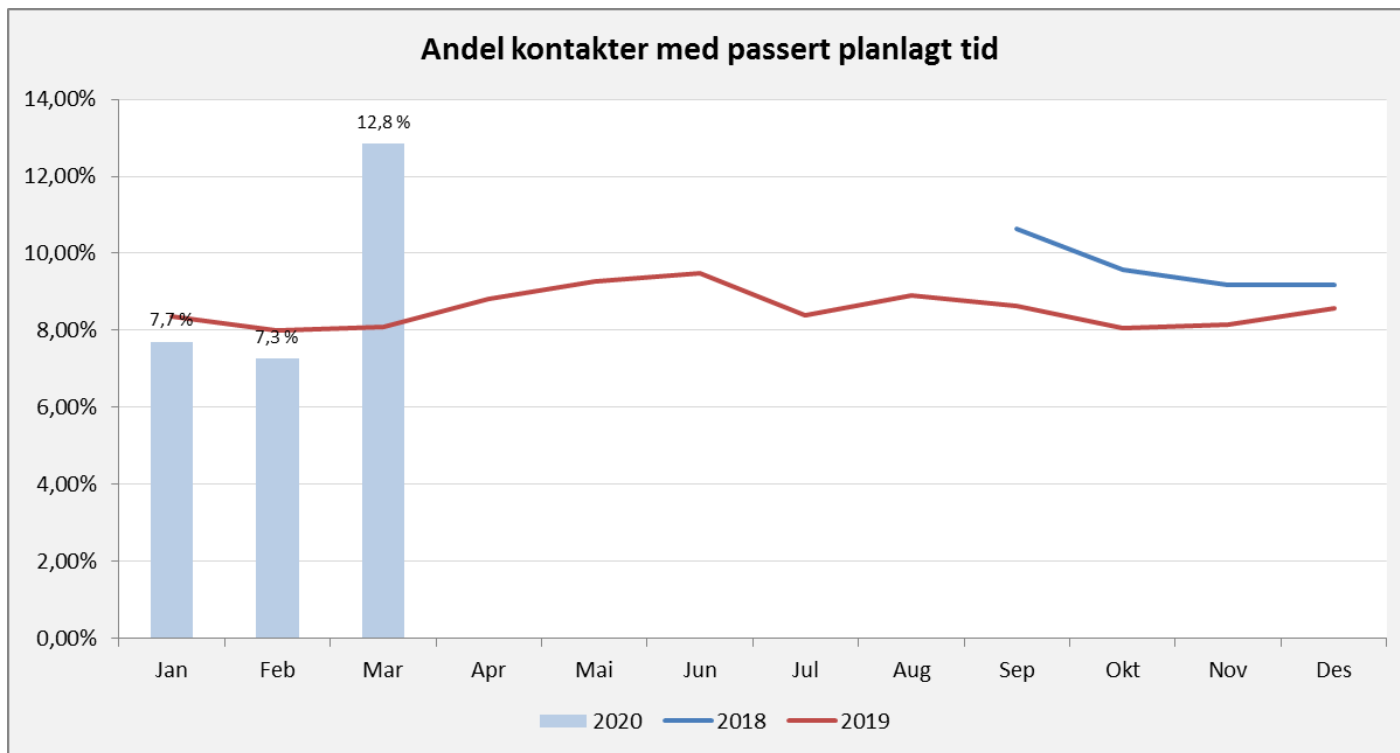


	Mar 2019	Apr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
☐ Andel med timeavtale sammen med bekr	87,1%	85,9%	83,9%	84,5%	87,2%	86,5%	84,7%	85,1%	85,6%	83,1%	87,9%	86,9%			
10 - Klinikk Drammen sykehus	86,0%	85,4%	83,7%	83,7%	86,0%	84,5%	83,0%	85,5%	85,4%	82,3%	87,5%	85,5%			
20 - Klinikk Bærum sykehus	88,4%	87,2%	86,9%	88,4%	91,1%	89,6%	88,4%	87,5%	87,5%	86,2%	89,0%	89,8%			
30 - Klinikk Ringerike sykehus	89,6%	83,9%	76,5%	79,7%	82,5%	83,0%	86,3%	81,7%	82,0%	82,8%	89,2%	87,6%			
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	83,2%	88,2%	80,4%	77,6%	86,7%	89,2%	85,1%	88,7%	90,7%	84,7%	89,0%	88,0%			
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	88,4%	85,7%	87,5%	88,8%	88,4%	89,3%	81,6%	80,5%	83,3%	79,4%	85,2%	84,9%			

Andel pasientavtaler overholdt

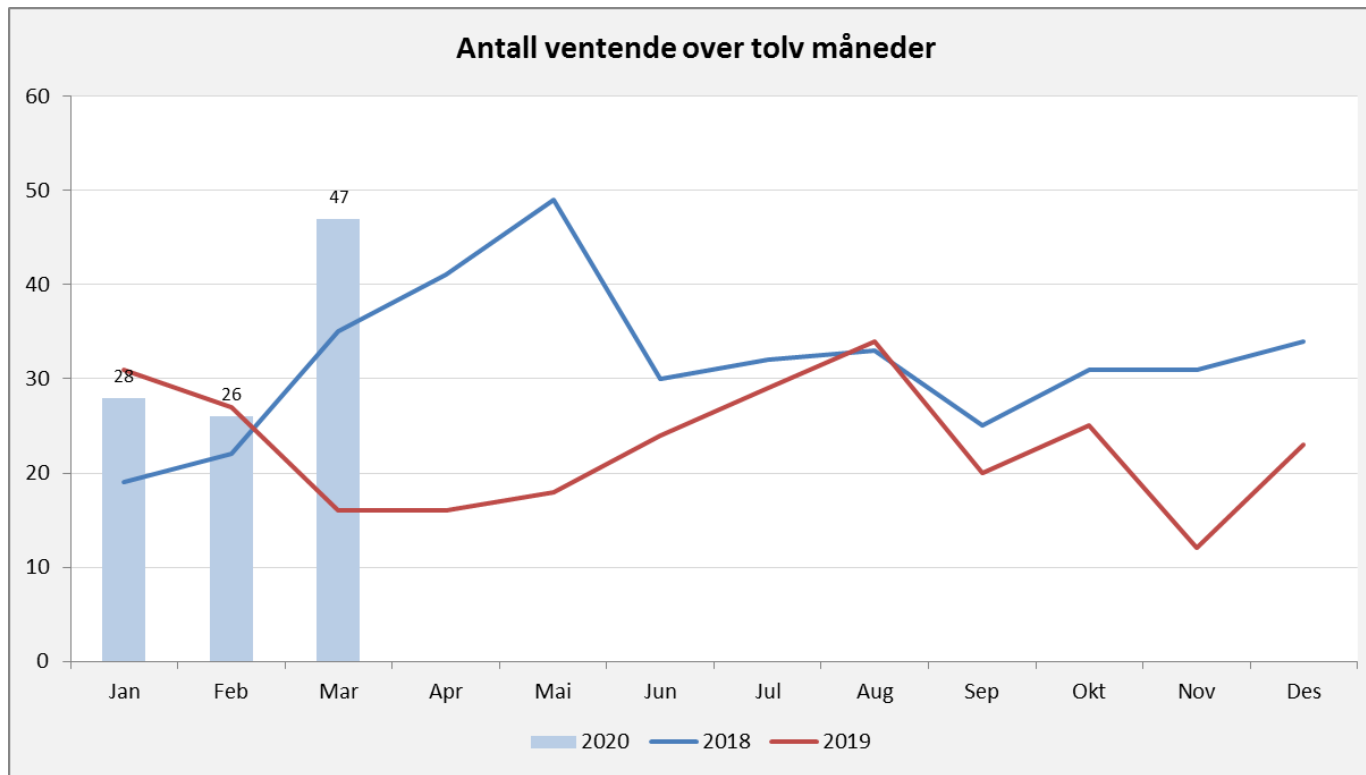


Andel kontakter med passert planlagt tid



	Mar 2019	Apr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
☐ Andel kontakter med passert planlagt tid	8,1%	8,8%	9,3%	9,5%	8,4%	8,9%	8,6%	8,1%	8,2%	8,6%	7,7%	7,3%	12,8%		
10 - Klinikk Drammen sykehus	9,7%	10,7%	11,0%	10,9%	9,9%	10,2%	9,9%	9,5%	9,5%	9,8%	8,8%	8,8%	14,3%		
20 - Klinikk Bærum sykehus	4,1%	4,1%	4,2%	4,6%	3,7%	4,7%	4,0%	4,0%	4,5%	5,0%	3,5%	3,2%	9,9%		
30 - Klinikk Ringerike sykehus	9,1%	9,8%	10,6%	11,6%	10,6%	11,2%	11,5%	10,2%	9,6%	9,4%	9,5%	8,7%	14,3%		
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	13,7%	16,1%	17,7%	19,6%	17,7%	16,7%	16,7%	14,4%	14,2%	15,4%	12,6%	10,9%	14,6%		
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (P)	3,8%	3,7%	4,5%	4,4%	3,4%	4,0%	4,1%	3,5%	3,6%	4,8%	5,3%	4,0%	6,5%		

Antall ventende over 1 år totalt



	Mar 2019	Apr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Antall ventende over tolv månede	16	16	18	24	29	34	20	25	12	23	28	26	47		
10- Klinikk Drammen sykehus	6	9	11	17	19	23	12	16	4	6	6	10	26		
20- Klinikk Bærum sykehus	4	1	3	4	3	6	5	5	8	13	19	16	20		
30- Klinikk Ringerike sykehus	1	3	2	2	4	3	2	3			2				
40- Klinikk Kongsberg sykehus	3	1				1									
60- Klinikk for Psykisk helse og n	1	1	1		2					3	1		1		

Dato: 15. april 2020
Saksbehandler: Elisabeth Kaasa
Christine
Furuholmen

Saksfremlegg

Revidert strategiplan 2020-2023

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte	19/2020	27.04.2020

Forslag til vedtak

Styret i Vestre Viken vedtar den fremlagte strategiplanen for 2020-2023.

Drammen, 21. april 2020

Halfdan Aass

Fungerende administrerende direktør

Bakgrunn

Styret i Vestre Viken behandlet *Utviklingsplan 2035* i styremøte 3. mai 2018, sak 25/2018. Samtidig ble det vedtatt at det med grunnlag i utviklingsplanen skulle utarbeides en strategiplan med planhorisont for de neste fire år. Strategiplan 2019-2022 ble vedtatt 6. mai 2019, sak 21/2019 samtidig med behandling av økonomisk langtidsplan for perioden 2020-2023.

Strategiplanen er en rullerende plan, og dette forslaget til revidert strategiplan har vært til høring i alle klinikker og staber, foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud og brukerutvalg. Planen har vært lagt frem for brukerutvalget to ganger.

En konkretisering av hvordan de økonomiske målene skal nås anses som særdeles viktig og det vises til styresak 20/2020 Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD.

Revidert strategiplan legges frem sammen med økonomisk langtidsplan 2021-24, styresak 21/2020.

Den reviderte strategiplanen ble utarbeidet før den ekstraordinære situasjonen knyttet til Covid 19-epidemien oppstod. Derfor er verken kortsiktige eller langsiktige tiltak for å håndtere koronasituasjonen tatt med.

Saksutredning

Strategiplan 2020-2023 er en revidert utgave av Strategiplan 2019-2022. Det er foretatt mindre justeringer for å få med nye nasjonale styringsdokumenter. Forslaget innebærer også noen forenklinger. Styrende dokumenter og rammer for strategiplanen er:

- Utviklingsplan 2035 for Vestre Viken
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
- Oppdrag og bestilling for Vestre Viken 2020
- Regional utviklingsplan 2035 Helse Sør-Øst
- Økonomisk langtidsplan 2021-2024
- Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD

Revidert strategiplan er utformet i samme format som tidligere med ett driverdiagram for hvert av de seks målområdene i utviklingsplanen. Venstre kolonne angir målområde, midtre kolonne (primærdriver) beskriver hvordan Vestre Viken skal komme dit, mens kolonnen til høyre (sekundærdriver) beskriver hva som skal gjøres.

Tiltakene i høyre kolonne er fulgt opp med konkrete bestillinger i driftsavtaler til klinikkene og oppdrag til stabene.

Administrerende direktørs vurderinger

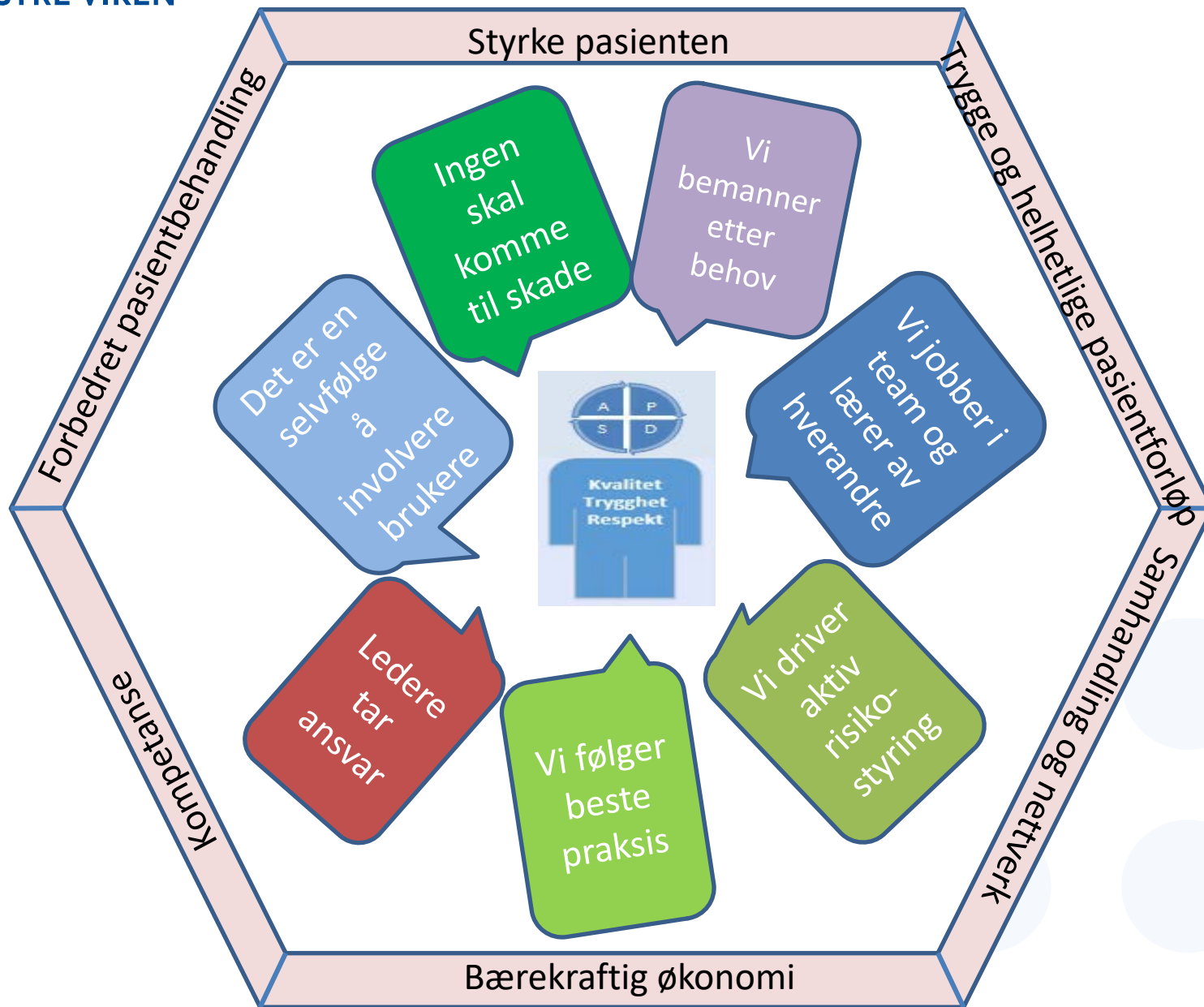
Utviklingsplan 2035 beskriver hvordan Vestre Viken skal utvikle helsetjenestene i årene fremover. Vestre Viken skal skape pasientens helsetjeneste med høyt faglig nivå, god kvalitet og pasientsikkerhet samtidig som foretaket sikres en bærekraftig økonomi. Strategiplan 2020 – 2023 angir hvordan foretaket skal arbeide de neste årene for å nå målene. Planen må ytterligere konkretiseres i handlingsplaner. For 2020 er tiltak fulgt opp med konkrete bestillinger i driftsavtaler med klinikkene og oppdrag til stabene. Dette ble imidlertid gjort før koronapandemien kom. Den foreliggende situasjonen påvirker all virksomhet dette året. Tiltak som er planlagt for 2020 før koronapandemien må derfor tilpasses situasjonen, og vil ikke minst medføre forskyvninger fram i tid for en del tiltak. Men strategiplanen gir likevel grunnlaget for foretakets arbeid fremover tilpasset situasjonen.

På denne bakgrunn anbefaler adm. direktør styret om å vedta den reviderte strategiplanen 2020-2023.

Vedlegg: Strategiplan for Vestre Viken 2020-2023

Strategiplan 2020–2023





Mål i utviklingsplan 2035

Pasientens helsetjeneste

Styrke pasienten

Skape trygge og helhetlige pasientforløp

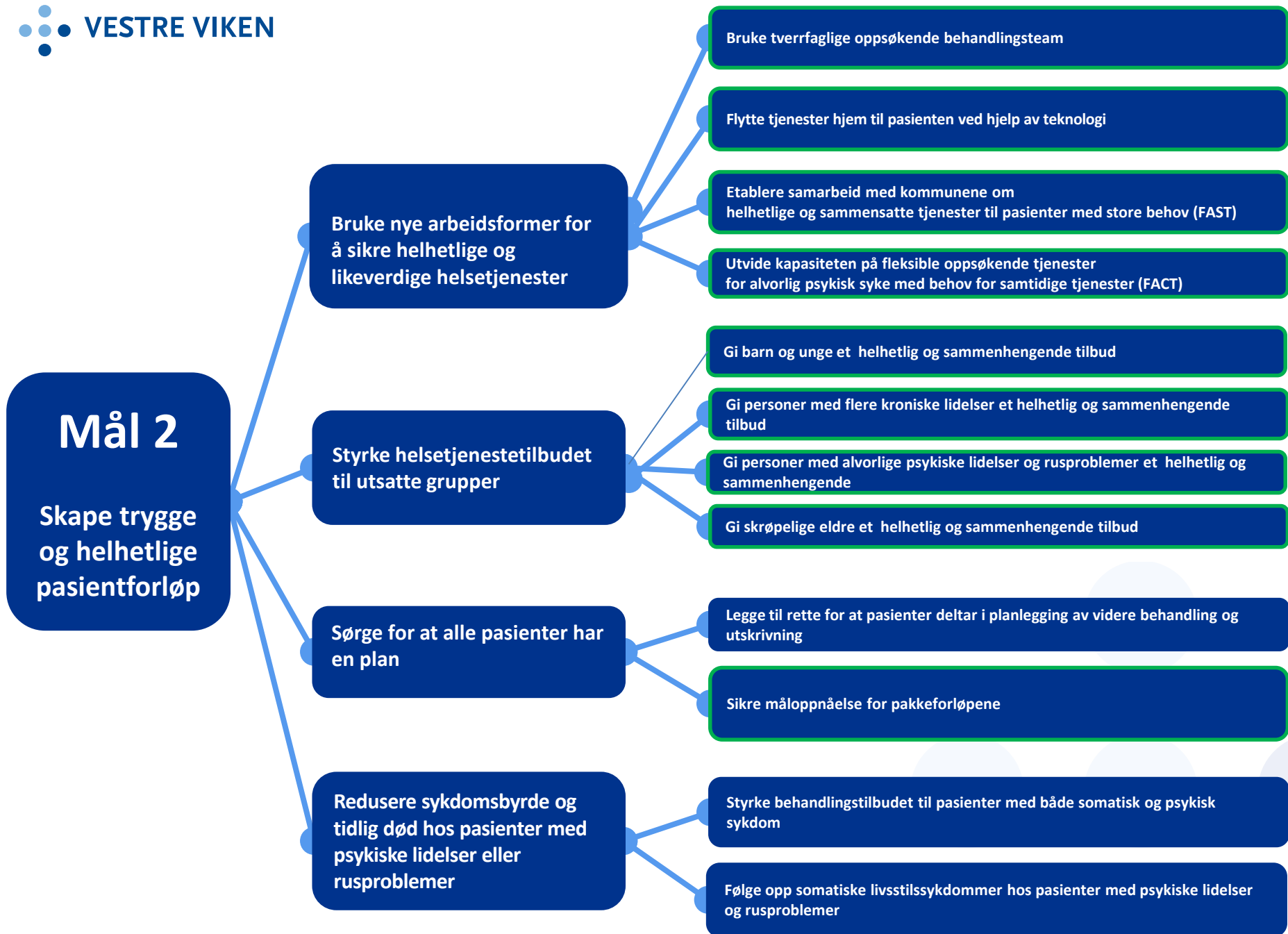
Styrke samhandling og nettverk

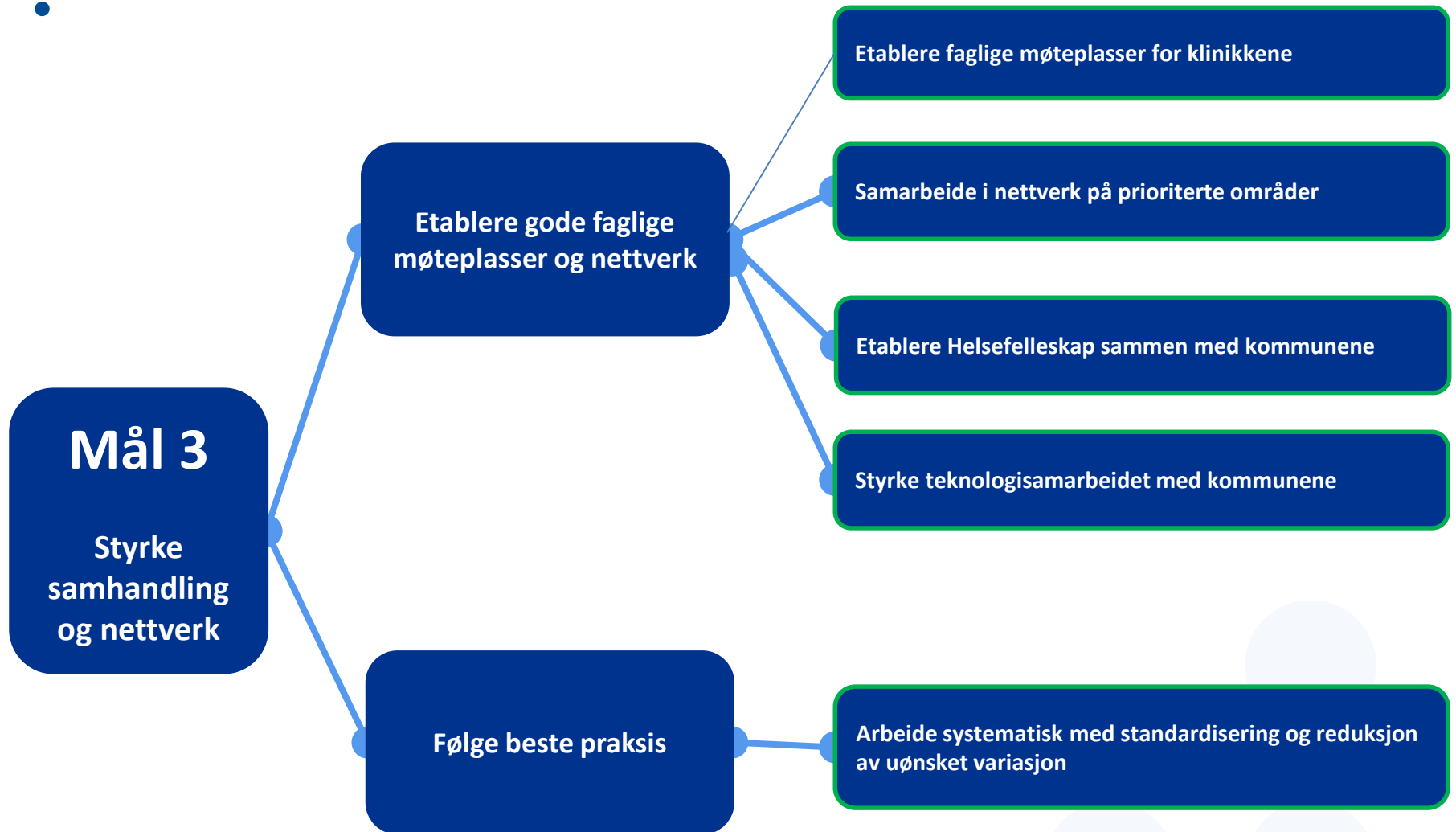
Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og ny teknologi

Sikre personell med rett kompetanse

Sikre bærekraftig økonomi







Mål 4

Forbedre pasient-behandlingen gjennom forskning, innovasjon og teknologi

Styrke forskningsaktiviteten

Øke andel pasienter som er inkludert i klinisk forskning

Inkluderer brukere i forskningsaktiviteten

Øke innovasjonsaktiviteten

Ta i bruk gode innovative løsninger utviklet av andre helseforetak

Etablere nye innovasjonsløsninger i Nytt Sykehus Drammen

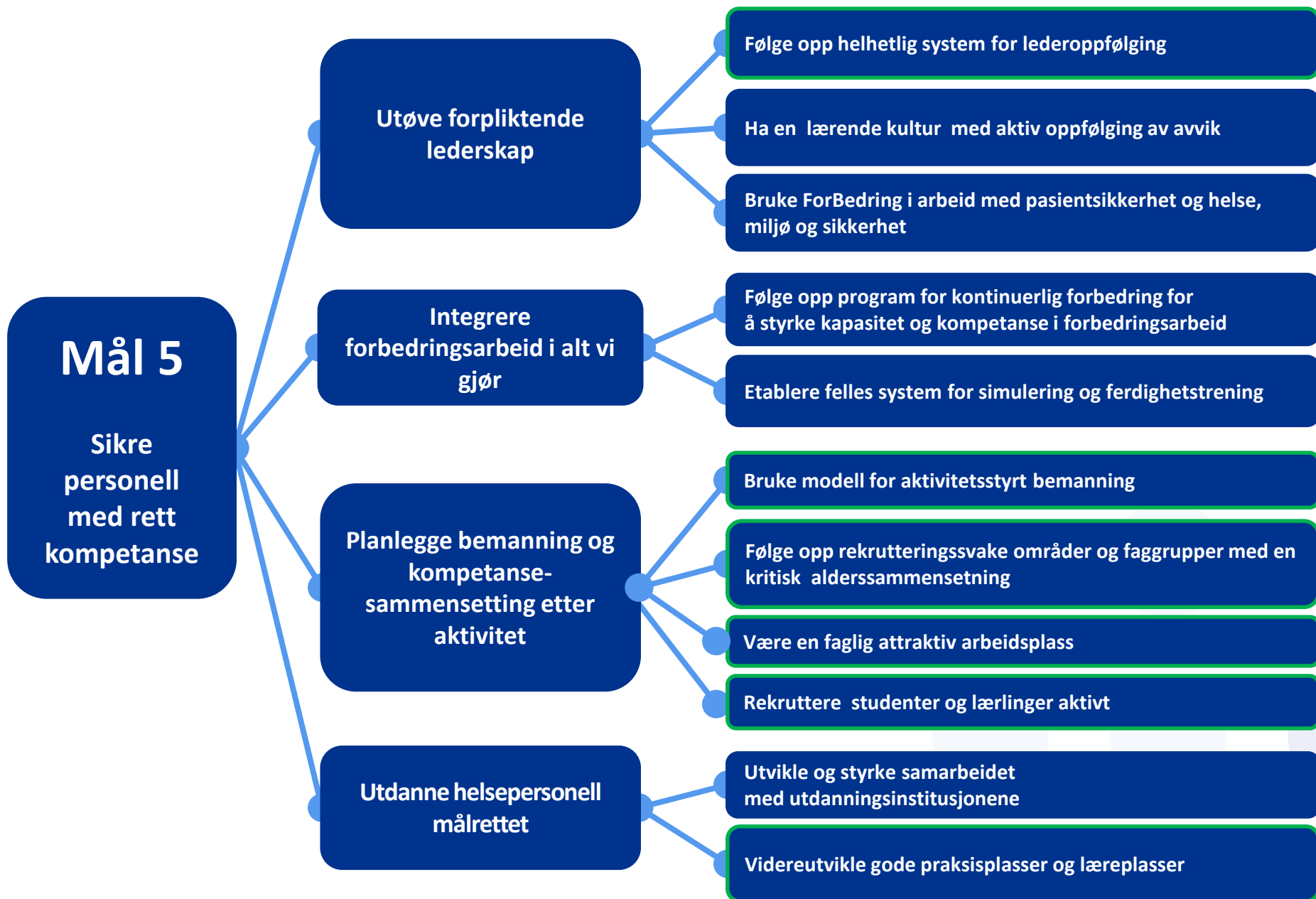
Gjennomføre konkrete innovasjonsprosjekt for å utvikle bedre tjenester

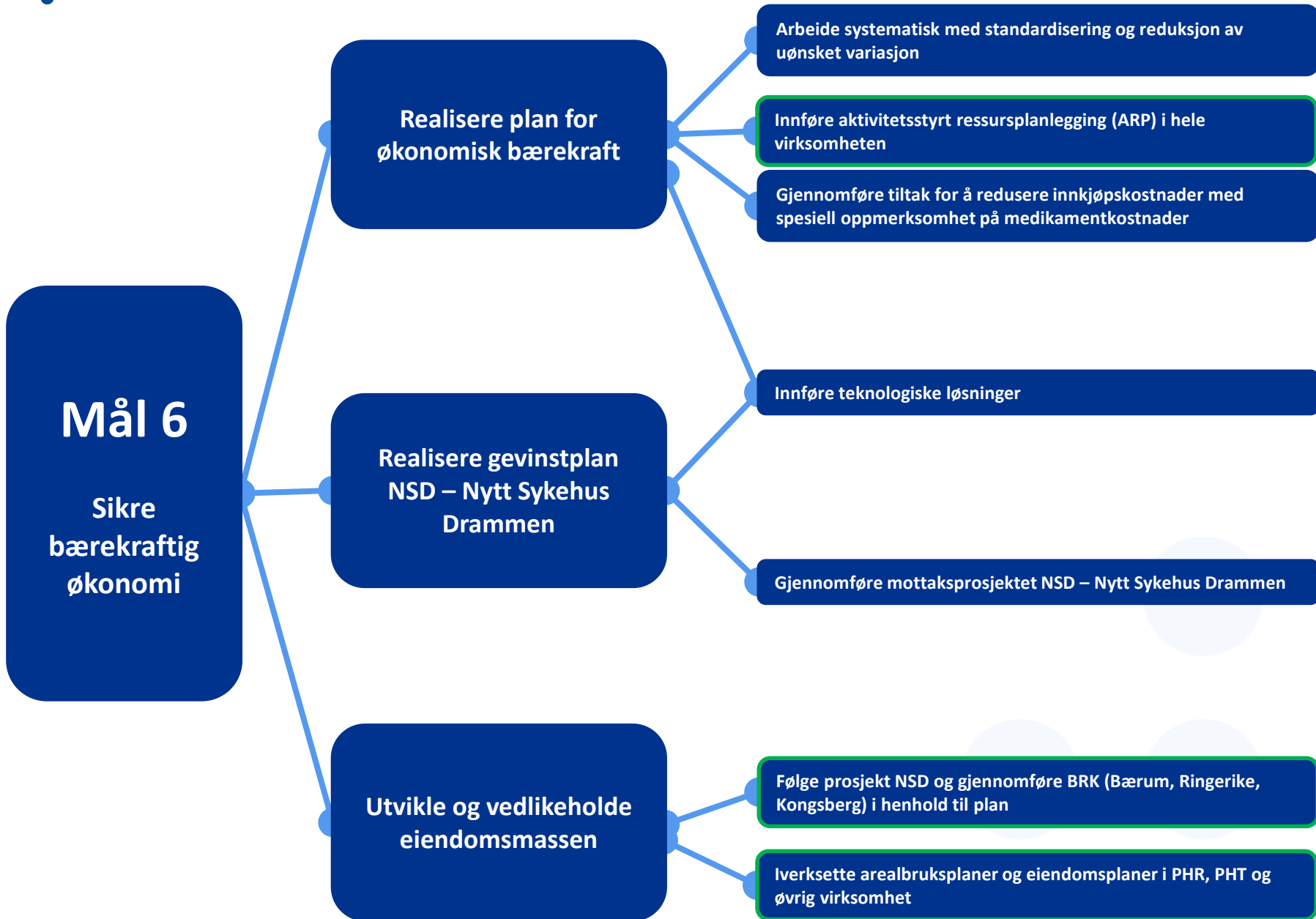
Bruke virkningsfull teknologi

Innføre elektronisk kurve

Innføre helselogistikk

Ta i bruk mobil teknologi og utvikle teknologiske løsninger som flytter tjenester hjem til pasienten





Dato: 21.4.2020
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	20/2020	27.04.2020

Forslag til vedtak

1. Styret godkjenner plan for økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD, og ber om at dokumentet oversendes Helse Sør-Øst RHF.
2. Styret forutsetter at planen legges til grunn for foretakets økonomiske langtidsplan 2021 – 2024 og kommende års budsjetter.
3. Administrerende direktør bes om å rapportere på fremdrift i planlegging og iverksettelse av tiltak slik det er foreslått i saksfremlegget.

Drammen, 21. april 2020

Halfdan Aass

Fungerende administrerende direktør

Bakgrunn

I styremøte 14.3.2019 fattet styret i Helse Sør-Øst RHF følgende vedtak i sak 017-2019 (utdrag):

3. Styret konstaterer at det nye sykehuset ikke er økonomisk bærekraftig på prosjektnivå, men er avhengig av effektiviseringstiltak i hele Vestre Viken HF for å kunne gjennomføres. Videre konstateres det at Vestre Viken HFs arbeid med gevinstrealiseringsplaner ikke har kommet så langt som det er ønskelig for et forprosjekt.

På denne bakgrunn forutsetter styret at:

- a) Vestre Viken HF oppretter et organisasjonsutviklingsprosjekt og gjennom dette forbereder organisasjonen på endring, tilpasser arbeidsprosesser og oppnår positive resultater i forkant av innflytting slik at de økonomiske forutsetningene for utbyggingen innfris.*
- b) Vestre Viken HF utarbeider en detaljert gevinstrealiseringsplan og konkrete tiltak for å oppnå den nødvendige økonomiske utviklingen samtidig som kvaliteten i pasientbehandlingen opprettholdes. Planen skal inkludere bemanningsutviklingen i årene frem til ferdigstilling av bygget.*
- c) Styret ber om at det fremlegges en egen sak med resultatet av arbeidet under punkt 3 a) og b).*

Styret i Vestre Viken HF har bedt om at planen for gevinstrealisering fremlegges til behandling i styret før oversendelse til Helse Sør Øst RHF. Utkast til plan for arbeidet med organisasjonsutvikling og gevinstrealisering NSD og økonomisk bærekraft for Vestre Viken er gjennomgått i styremøter for diskusjon og innspill før endelig versjon nå fremlegges til sluttbehandling og deretter oversendelse til Helse Sør-Øst RHF. Det vises til følgende saker: møte 16.12.2019, sak 54/2019, møte 24.2.2020, sak 5/2020 og møte 30.3.2020, sak 13/2020.

Det er planlagt styrebehandling av denne saken i Helse Sør-Øst RHF i juni 2020.

Saksutredning

Fremdriften i arbeidet med gevinstrealisering er påvirket av den pågående pandemien. Ledelsen i Vestre Viken og store deler av organisasjonen har vært og er opptatt med beredskapsarbeidet. Dette har påvirket ferdigstilling av plandokumentet. Det har videre påvirket foretakets fremdrift i realisering av de planer som ligger til grunn for saken.

Gevinstrealiseringsplanen vil påvirke beregningsgrunnlaget for ØLP. Som følge av den pågående pandemien og de konsekvenser den får for fremdrift i arbeidet med gevinstrealisering, er det i ØLP 2021 – 2024 foretatt en justering av tidspunkt for når de beregnede gevinstene forventes realisert. Dette omfatter tiltak som har planlagt effekt i 2020. Disse gevinstene er delvis forskjøvet til påfølgende år for å få en mer realistisk periodisering i ØLP. Når arbeidet i prosjektene kommer i gang, vil periodisering av gevinster revurderes. Det er derfor ikke foretatt tilsvarende justering av periodiseringen i gevinstplanen. Dette kan medføre enkelte justeringer av resultatmål i de kommende årene, noe som må håndteres i forbindelse med budsjettarbeidet.

Vedlagt følger endelig versjon av foretakets plan for effektivisering og gevinstrealisering. Dokumentet skal gi en samlet beskrivelse av gevinstrealiseringen som planlegges i tilknytning til innflytting i nytt sykehus i Drammen (prosjektavhengige gevinster), og for det samlede foretaket Vestre Viken (prosjektuavhengige gevinster). Tiltakene som beskrives har ulik detaljeringsgrad, avhengig av hvor nært forestående effektene er, og hvor omfattende analyser som er gjennomført. Flere av tiltakene er igangsatt og vil bli prioritert i perioden 2020-2025.

Etter presentasjon av gevinstplanen i styremøtet 30. mars er det arbeidet videre med de områdene som ved siste saksfremlegg ikke var helt ferdigstilt. Dette omfattet blant annet kvalitetssikring av tallgrunnlagene for kapasitetsutvikling og bemanning for klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD). I tillegg er gevinstplanen innarbeidet i økonomisk langtidsplan som angitt ovenfor.

Det var forespeilet at planene skulle konkretiseres ytterligere for tiltak innen matforsyning, høykostmedisin, rehabilitering og gjestepasientkostnader. Dette er ikke kommet vesentlig lengre på nåværende tidspunkt som følge av koronapandemien. Det samme gjelder planlegging og tiltak tilknyttet arbeid i nettverk, akuttforløpene, samhandling med kommuner og videre arbeid med utvikling av beste praksis med reduksjon av utilsiktede hendelser og reduksjon av uønsket variasjon. Dette må det arbeides videre med så snart situasjonen normaliseres. Prioritering og mål fastsettes nærmere i forbindelse med kommende budsjettarbeidelse.

Etter dialog med styret og Helse Sør-Øst RHF er det videre supplert med omtale av helhetlig risiko i gevinstplanen, og utdypet hvordan foretaket vil følge opp realisering av gevinstene, herunder hvordan det etableres konkrete KPI'er (nøkkelindikatorer – «key performance indicators») som kan styres og følges opp fortløpende. Det er i tillegg omtalt hvilke pukkelkostnader som forventes før innflytting.

Det er utviklet en modell for aktivitets-, bemannings- og produktivitetsutvikling i NSD som kan oppdateres løpende med faktiske data. Modellen skal benyttes for avstemming med forutsetningene som ligger til grunn for det nye sykehuset. Frem til innflytting skal modellen sikre at eventuelle endringer som påvirker samlet gevinstrealisering og eventuelt kapasitetsavvik, avdekkes underveis slik at kompensierende tiltak kan iverksettes. Etter innflytting vil modellen anvendes til å måle faktisk gevinstuttak.

For øvrig virksomhet i Vestre Viken HF vil det først og fremst følges opp at de økonomiske resultatene oppnås i årene fremover.

Tilpasninger til aktivitets- og bemanningsvekst ligger i de årlige tiltak i budsjett, samt i strategisk plan for foretaket samlet.

Det er en forutsetning at Vestre Viken etablerer et organisasjonsutviklingsprosjekt, og gjennom dette forbereder organisasjonen på endring, tilpasser arbeidsprosesser og oppnår positive resultater i forkant av innflytting, slik at de økonomiske forutsetningene for utbyggingen innfris. For de deler av virksomheten som skal inn i nytt sykehus, vil mye av dette ivaretas gjennom mottaksprosjektet. For det samlede foretaket ivaretas

dette gjennom det løpende arbeidet med organisasjonsutvikling som omfatter hele virksomheten. Foretaksledelsen har ansvaret for å koordinere og sikre tiltak på tvers i helseforetaket.

Administrerende direktørs vurderinger

Vestre Viken har en stor oppgave foran seg for å sikre resultatoppnåelse i tråd med ØLP og forutsetningene for bygging av nytt sykehus i Drammen. Som presentert i delrapport økonomi til forprosjektet for NSD, kreves det realisering av gevinster i hele foretaket, og ikke kun i de enheter som omfattes av det nye bygget. Dette er også en viktig forutsetning for at foretaket skal kunne fullføre rehabiliteringen av eksisterende bygningsmasse tilknyttet Bærum, Ringerike og Kongsberg (BRK), og også øvrige bygg innen PHR og PHT.

Dokumentet som omfatter økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplanen for NSD, er et viktig fundament for å sikre resultatoppnåelsen. Arbeidet vil kreve mye av organisasjonen, og ledelsens prioritering av oppgaver er en forutsetning for å lykkes. Det er en forutsetning at målene er kjent i hele organisasjonen, og at hver og en ser sin del av ansvaret for å bidra til måloppnåelse. Det forutsetter åpenhet i informasjon og kommunikasjon, og tydelige budskap overfor alle medarbeidere om hvordan foretakets verdigrunnlag og kultur må prege det daglige arbeidet. Ledere må formidle tydelige forventninger til god virksomhetsstyring. En kultur preget av åpenhet for å lære av uønskede hendelser og bidra til forbedring og læring krever et kontinuerlig arbeid, som må være gjennomgående i alle deler av virksomheten.

Nye arbeidsformer og innovativ utnyttelse av medisinskfaglig utvikling og ny teknologi skal bidra til god ressursutnyttelse. Sykehusets samlede kompetanse og kapasitet skal brukes slik at pasientene får virksom og god behandling med riktig ressursinnsats.

Administrerende direktør vil sikre prioritering gjennom konkrete mål i driftsavtaler med hver enkelt klinikk og staber. Det vil bli etablert faste oppfølginger i foretaksledelsen og i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten i de regelmessige dialogmøtene. Styret vil holdes løpende orientert om fremdrift i prosjektene, både for ferdigstillelse av planer og i oppfølging av realisering av planene. Dette vil tilpasses rapporteringen til styret månedlig, tertialvis og årlig, samt i sammenheng med budsjettarbeidelser.

Administrerende direktør foreslår at styret godkjenner planen for å sikre økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealisering NSD, og at planen oversendes Helse Sør-Øst RHF.

Vedlegg: Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD



Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD

21. april 2020
Versjon 1.0

Innhold

1.	INNLEDNING	4
1.1.	BAKGRUNN	4
1.2.	PREMISSET FOR BYGGING AV DET NYE SYKEHUSET	4
2.	ORGANISASJONSUTVIKLING	6
2.1.	ORGANISASJONSUTVIKLING VVHF	6
2.1.1.	LEDEROPPFØLGING	6
2.1.2.	MEDARBEIDERE	7
2.1.3.	OPPGAVEDELING	8
2.1.4.	HELTIDSKULTUR	8
2.1.5.	UTDANNING	8
2.2.	MOTTAKSPROSJEKTET NSD	9
2.2.1.	LINJEORGANISASJONENS ARBEID MED MOTTAKSPROSJEKTET	9
2.2.2.	IBRUKTAKELSE	9
2.2.3.	GEVINSTREALISERING	10
3.	PROSJEKTAVHENGIGE GEVINSTER NSD	11
3.1.	DIMENSJONERINGSFORUTSETNINGER NSD	11
3.2.	KONSEPTER OG FORUTSETNINGER	12
3.2.1.	IKT-LØSNINGER I NSD	14
3.3.	GEVINSTGRUNNLAG NSD	15
3.3.1.	SOMATISK DRIFT	15
3.3.2.	MEDISINSK DIAGNOSTIKK	20
3.3.3.	INTERN SERVICE	29
3.3.4.	KONTORTJENESTE SOMATISKE FUNKSJONER	34
3.3.5.	PSYKISK HELSE OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING	36
3.4.	IKKE PRISSATTE GEVINSTER	36
3.5.	OPPSUMMERING AV ØKONOMISKE GEVINSTER NYTT SYKEHUS	37
3.6.	RISIKO FOR Å IKKE OPPNÅ GEVINSTMÅLENE	37
3.7.	KOSTNADER MOTTAKSPROSJEKT OG FLYTTING	39
4.	PROSJEKTUAVHENGIGE GEVINSTER – TILTAK FOR Å SIKRE ØKONOMISK BÆREKRAFT I VVHF	40
4.1.	AKTIVITETSSTYRT BEMANNINGS- OG RESSURSPLANLEGGING (ARP)	40
4.1.1.	PHR	43
4.1.2.	RISIKO	45
4.2.	INNFØRING AV NY TEKNOLOGI	45
4.2.1.	REALISERING AV GEVINSTER VED INNFØRING AV NY TEKNOLOGI	46
4.2.2.	RISIKO	47
4.2.3.	IKT-LØSNINGER FOR BEDRE INFORMASJONSFLYT OG FORLØPSSTYRING	47
4.2.4.	MOBILE LØSNINGER	48

4.2.5.	AVSTANDSKOMPENSERENDE TEKNOLOGI	48
4.2.6.	AUTOMASJON	50
4.2.7.	KUNSTIG INTELLIGENS	51
4.3.	INNKJØPSOMRÅDET	51
4.4.	RUTINER FOR MEDIKAMENTBYTTER.....	53
4.5.	LOGISTIKK OG VAREFORSYNING	54
4.6.	REHABILITERING	55
4.7.	GJESTEPASIENTKOSTNADER	56
4.8.	ARBEID MED SYKEHUS I NETTVERK.....	57
4.9.	BESTE PRAKSIS MED REDUKSJON AV UTILSIKTEDE HENDELSER OG REDUKSJON AV UØNSKET VARIASJON.....	58
5.	NULLPUNKT FOR MÅLING	62
5.1.	FORUTSETNINGER OM EBITDA UTVIKLING I FORPROSJEKTRAPPORTEN NSD.....	62
5.2.	FAKTISK EBITDA UTVIKLING	63
5.3.	FREMTIDIG EBITDA UTVIKLING	65
5.4.	RISIKOVURDERING	66
6.	OPPFØLGING AV RESULTATOPPNÅELSE	67
	VEDLEGG	67

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

Styret i Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) besluttet å bygge nytt sykehus i Drammen i styremøte 14.3.2019, sak 017-2019. Vedtaket inneholdt også følgende:

Utdrag fra vedtak i sak 017-2019:

3. Styret konstaterer at det nye sykehuset ikke er økonomisk bærekraftig på prosjektnivå, men er avhengig av effektiviseringstiltak i hele Vestre Viken HF for å kunne gjennomføres. Videre konstateres det at Vestre Viken HFs arbeid med gevinstrealiseringsplaner ikke har kommet så langt som det er ønskelig for et forprosjekt.

På denne bakgrunn forutsetter styret at:

- a) Vestre Viken HF oppretter et organisasjonsutviklingsprosjekt og gjennom dette forbereder organisasjonen på endring, tilpasser arbeidsprosesser og oppnår positive resultater i forkant av innflytting slik at de økonomiske forutsetningene for utbyggingen innfris.
- b) Vestre Viken HF utarbeider en detaljert gevinstrealiseringsplan og konkrete tiltak for å oppnå den nødvendige økonomiske utviklingen samtidig som kvaliteten i pasientbehandlingen opprettholdes. Planen skal inkludere bemanningsutviklingen i årene frem til ferdigstillelse av bygget.
- c) Styret ber om at det fremlegges en egen sak med resultatet av arbeidet under punkt 3 a) og b).

På dette grunnlag har Vestre Viken HF (VVHF) arbeidet videre med et plandokument som kan legges til grunn for fremtidig oppfølging av at foretaket oppnår den utvikling som er nødvendig. Det gjøres både for å sikre egenfinansiering av nytt sykehusbygg i Drammen, herunder evne til å pleie låneopptaket i forbindelse med anskaffelsen, og for samtidig å sikre at foretaket er i stand til å vedlikeholde og utvikle øvrig bygningsmasse og drift. Det gjelder sykehusene Bærum, Ringerike og Kongsberg, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling utenom sykehusnivå, samt ambulansestasjoner omkring i foretakets opptaksområde.

1.2. Premisset for bygging av det nye sykehuset

Beslutning om igangsettelse av byggeprosjektet Nytt Sykehus i Drammen (NSD) baserer seg på forprosjektrapporten, med vedlegg Delrapport økonomi, som redegjør for de økonomiske forutsetningene for VVHFs bærekraft – på prosjektnivå og som samlet foretak.

NSD har alene ikke økonomisk bærekraft. Isolert sett viste beregningene i forprosjektrapporten en negativ bæreevne på ca. 3,2 milliarder kroner. Beregningene for et samlet VVHF viste imidlertid en oppbygging av likviditet på 802 millioner kroner ut over

forpliktelse frem til ferdigstilling og betaling av bygget. Det betyr at VVHF har finansieringsevne til å gjennomføre planlagte prosjekter, under forutsetning av at driftsmarginene realiseres som forutsatt i beregningene. Det er nødvendig med en betydelig effektivisering i tillegg til de gevinstene som oppnås som en konsekvens av innflytting i nytt bygg.

VVHF har en omfattende plan for oppgradering og vedlikehold av øvrig bygningsmasse. I denne omgang er det først og fremst sykehusene Ringerike, Bærum og Kongsberg som omfattes. Planen (BRK) strekker seg fra 2017 til 2027 og er beløpsfestet til 1,6 MRD målt i 2017-kroner. Foretaket arbeider nå med en eiendomsstrategi også for øvrige bygg, som omfatter psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) utenom sykehusnivået, prehospitale tjenester, habiliteringssenteret, avdeling for behandlingshjelpemidler og sentrale staber. Det er også løpende behov for oppgradering, utskifting og utvidelse av medisinskteknisk utstyr, og investeringer i ny teknologi for å tilpasse virksomheten til fremtiden. Disse forholdene utfordrer foretakets økonomiske bærekraft og er grunnlaget for arbeidet med forbedring i driftsmarginene, ikke bare for NSD, men for det samlede foretaket.

Effektivisering og gevinstrealisering er to sentrale områder å lykkes med for å sikre økonomisk bærekraft. Ved fremleggelse av forprosjektrapporten for NSD var det krevende å skille mellom de to begrepene. Tradisjonelt kan man i hovedsak si at gevinster realiseres som konsekvens av at en investering tas i bruk, mens effektivisering kan gjøres løpende uavhengig av en investering. Bygging av NSD vil medføre begge deler. I konseptfasen ble denne tilnærmingen lagt til grunn, uten at effektivisering og gevinster ble spesifisert.

Gjennom forprosjektet erkjente VVHF at en større nedbemanning knyttet til innflytting vil være vanskelig å gjennomføre, samtidig som det vil være vanskelig å sikre økonomisk bærekraft. VVHF la derfor til grunn en tilnærming hvor det i perioden frem til innflytting vil bli gjennomført tiltak for å tilpasse bemanningen til drift i NSD i dagens sykehus så langt det er mulig. Det vil si at det legges opp til større besparelser før innflytting. Et eksempel her er sammenslåingen av sykehuspsykiatrien ved Lier og Blakstad til Blakstad sykehus. Formålet med denne tilnærmingen er å sikre finansieringsevne og økonomisk bærekraft. Samtidig vurderes det som den mest realistiske tilnærmingen. I dette arbeidet vil VVHF se på sin samlede virksomhet. Ny teknologi som skal tas i bruk i nytt sykehus, vil også kunne tas i bruk i de øvrige sykehusene. Det gjelder likeledes for nye arbeidsmodeller. VVHF vil arbeide med tiltak som omfatter hele foretaket, og med tiltak som er spesifikke for den delen av virksomheten som skal inn i nytt sykehusbygg i 2025. Det presiseres at det i perioden vil være en klar grunnforutsetning at tiltak ikke skal medføre risiko for pasientbehandlingen.

Driftsmarginen som ligger til grunn for finansieringsevnen, er mellom 8 % og 9,5 % fra 2027. Dette er betydelig opp fra dagens nivå og vesentlig høyere enn andre sammenlignbare helseforetak. Dersom VVHF ikke klarer å realisere den forutsatte marginutviklingen, eller investeringen i NSD overstiger angitt kostnadsramme, vil foretaket ha problemer med å opprettholde økonomisk bæreevne.

Gitt at forutsetningene for effektivisering og gevinstrealisering realiseres, har VVHF økonomisk bærekraft til å håndtere både bygging av nytt sykehus i Drammen og

oppgradering av Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus, samt bygningsmassen innen psykisk helsevern/rusbehandling utenom sykehusnivå og prehospitale tjenester.

2. Organisasjonsutvikling

Det er en erkjennelse at kravene til fremtidig driftsmargin ikke kan oppnås ved krav til produktivitetsøkning alene. VVHF må igjennom flere endringer av virksomheten. Det omhandler andre måter å arbeide på, og andre måter å planlegge virksomheten på år for år. Å ta i bruk et nytt sykehusbygg kan heller ikke lykkes uten grundige forberedelser av organisasjonen. Styret i HSØ har i sitt vedtak lagt til grunn en forutsetning om at VVHF etablerer et organisasjonsutviklingsprosjekt, og gjennom dette forbereder organisasjonen på endring, tilpasser arbeidsprosesser og oppnår positive resultater i forkant av innflytting, slik at de økonomiske forutsetningene for utbyggingen innfris. For de deler av virksomheten som skal inn i nytt sykehus, vil mye av dette ivaretas gjennom mottaksprosjektet. For det samlede foretaket ivaretas dette gjennom det løpende arbeidet med organisasjonsutvikling som omfatter hele virksomheten. Foretaksledelsen har ansvaret for å koordinere og sikre tiltak på tvers i helseforetaket.

Det er en forutsetning at målene er kjent i hele organisasjonen, og at hver og en ser sin del av ansvaret for å bidra til måloppnåelse. Det forutsetter åpenhet i informasjon og kommunikasjon, og tydelige budskap overfor alle medarbeidere om hvordan foretakets verdigrunnlag og kultur preger det daglige arbeidet. Ledere må formidle tydelige forventninger til god virksomhetsstyring. En kultur preget av åpenhet for å lære av uønskede hendelser og bidra til forbedring og læring er et kontinuerlig arbeid, som må være gjennomgående i alle deler av virksomheten.

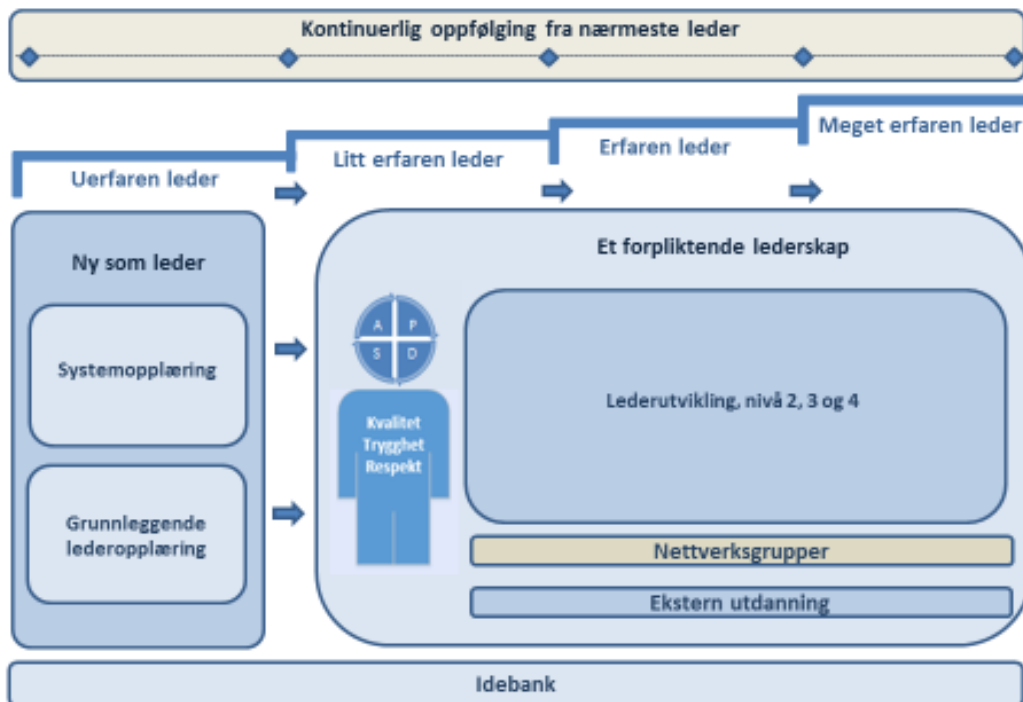
2.1. Organisasjonsutvikling VVHF

VVHF har en nullvisjon om at ingen pasienter skal komme til skade. Denne pasientsikkerhetskulturen skal legges til grunn for alle aktiviteter i foretaket. Implisitt i denne kulturen er de tre verdiene *kvalitet, trygghet og respekt*. Dette innebærer at det er en selvfølge å involvere brukere, følge beste praksis, drive aktiv risikostyring og bemanne etter behov. I VVHF arbeides det i team, og vi lærer av hverandre. Alle ledere tar ansvar. Pasientsikkerhetskulturen er et viktig bidrag til godt arbeidsmiljø og godt omdømme.

2.1.1. Lederoppfølging

Helhetlig system for lederoppfølging omfatter en obligatorisk system- og grunnopplæring for nye ledere, og koordinerte og systematiske tiltak for videre lederutvikling på ulike trinn. Linjeleders ansvar for kontinuerlig oppfølging av egne ledere er en viktig del av dette. Helhetlig system for lederoppfølging skal bidra til å sette ledere på ulike nivåer i stand til å utøve god ledelse. Systemet fremstilt i modellform:

Helhetlig system for lederoppfølging ved Vestre Viken



Figur 1. Helhetlig system for lederoppfølging i Vestre Viken

Foretaket arrangerer to samlinger for ledere på nivå 1-3 og en samling for ledere på nivå 1-4 hvert år. I tillegg gjennomføres lederopplæring innen ulike temaer knyttet til ordinær drift etter behov, eksempelvis lov- og avtaleverk i forbindelse med ferieavvikling, oppfølging av sykefravær, inngåelse av arbeidsplaner mv. I 2020 vil det bli lagt særlig vekt på opplærings- og utviklingsaktiviteter innen aktivitetsstyrt bemanning og ressursplanlegging (ARP), jf. punkt 4.1 nedenfor.

Innføring av Kompetanseportalen våren 2020 muliggjør oppfølging av at lederopplæringen gjennomføres i tråd med intensjonene.

2.1.2. Medarbeidere

Medarbeidere er foretakets viktigste ressurs. Det arbeides kontinuerlig for å sikre tilstrekkelig bemanning med rett kompetanse til enhver tid. Det må legges til rette for kompetanseutvikling, faglige karriereveier og utviklingsmuligheter for alle stillingsgrupper.

Fremover må det arbeides mer i tverrfaglige team, kompetanse må deles på tvers, ny kunnskap må tas raskere i bruk, og teknologi må utnyttes i større grad. Det gjelder både ny teknologi og teknologi som allerede er tilgjengelig..

VVHF har som mål å være en attraktiv arbeidsgiver som har tilstrekkelig tilgang på dyktige medarbeidere for å løse sine oppgaver.

2.1.3. Oppgavedeling

Endring i oppgavedeling og personellsammensetning er et viktig virkemiddel for å gjøre bruk av tilgjengelig kompetanse og kapasitet. Det er vel kjent at tilgangen på enkelte yrkesgrupper vil bli en knapphet fremover, herunder spesialutdannede sykepleiere og sykepleiere generelt. Samtidig øker behovet for helsetjenester i årene som kommer.

Eksempler på yrkesgrupper hvor det kan være aktuelt å se på oppgavedelingen, er blant annet mellom sykepleier og helsefagarbeider, spesialutdannet sykepleier og sykepleier/helsefagarbeider og lege og helsesekretærer. Dette innebærer at alle medarbeidere må være innstilt på å utvikle og bygge egen kompetanse gjennom hele yrkeskarrieren. Kompetanseutvikling vil gjennomføres som formalisert utdanning og opplæring i tillegg til interne kurs/organisert trening i team. Kompetanse utvikles også i den daglige samhandlingen med kollegaer. Kompetanseutvikling er et viktig virkemiddel for å beholde kvalifiserte medarbeidere i foretaket.

2.1.4. Heltidskultur

Medarbeidere i spesialisthelsetjenesten er, i tillegg til trygghet og forutsigbarhet for egen arbeidstid og lønn, opptatt av pasientsikkerhet og kvalitet. I en høyere stillingsprosent vil den enkelte medarbeider oppleve en større trygghet for egen kompetanse i sin arbeidshverdag. I tillegg vil de oppleve at hele arbeidsmiljøet har en felles høyere kompetanse. Det vil være enklere å få en drift som flyter, og hvor, ikke minst, medarbeiderne ser at driften og pasientbehandlingen blir bedre. I en sterk heltidskultur fordeles også arbeidet på kveld, natt og i helg på flere medarbeidere. Dette vil kreve en gjennomgang av aktiviteten opp mot ressursplanleggingen, slik at økt heltid ikke medfører en økning i bemanning totalt sett, jfr. aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) i punkt 4.1.

2.1.5. Utdanning

Utdanning er viktig både med hensyn til foretakets omdømme, rekruttering av nye medarbeidere, og for å beholde kvalifiserte og dyktige medarbeidere. Foretaket har inngått samarbeidsavtale med Universitet i Sør-Norge (USN), som inneholder konkrete tiltak. Foretaket viderefører samarbeidet med Universitet i Oslo (UiO) og andre utdanningsinstitusjoner, herunder aktuelle videregående skoler i Viken fylke. I denne sammenheng vil det arbeides aktivt med å øke antall lærlinger både i helsefag og andre relevante lærefag. I første omgang vil gruppen helsefagarbeiderlærlinger prioriteres.. Arbeidet med kvalitetsreformen for ny utdanning av leger i spesialisering (LIS) fortsetter i hele foretaket. Å utvikle gode og effektive utdanningsløp for LIS er viktig for å gjøre VVHF til et attraktivt utdanningssted. I tillegg vil det vektlegges en systematisk styrking av praksisdelen i andre utdanninger som gjennomføres i foretaket.

2.2. Mottaksprosjektet NSD

VVHF har opprettet et Mottaksprosjekt under prosjektorganisasjonen for nytt sykehus (VV-NSD), som blant annet omfatter organisasjonsutvikling i forbindelse med ibruktakelsen av nytt bygg. Administrerende direktør er prosjekteier med egen styringsgruppe ledet av prosjektdirektør nytt sykehus. Klinikkdirektørene for berørte klinikker inngår i styringsgruppen, sammen med direktør teknologi og direktør medisin. Foretakstillitsvalgte, klinikktillitsvalgt for overlegene ved Drammen sykehus, foretakshovedverneombudet og brukerutvalget er også representert i styringsgruppen.

Gevinstene knyttet til nytt sykehus skal konkretiseres gjennom organisasjonsutviklingsarbeidet. For å sikre en forutsigbar og styrt prosess må klinikkene prioritere tidsbruk og gjøre nødvendige avklaringer slik at mottaksprosjektets krav til fremdrift og kvalitet ivaretas. Den enkelte klinikkdirektør har overordnet ansvar for å iverksette og følge opp tiltak i den enkelte avdeling og seksjon. Selv om hovedansvaret ligger i linjeorganisasjonen, er det nødvendig med ressurser fra sentrale staber i helseforetaket for å få gjennomført arbeidet. Styringsgruppen har et overordnet ansvar for å følge opp at de forventede gevinstene for nytt sykehus realiseres.

I tillegg til organisasjonsutvikling, har Mottaksprosjektet ansvar for å planlegge og tilrettelegge opplæring for de ansatte, både mht. å bli kjent i bygget og ta i bruk nytt utstyr. Videre har prosjektet, i samarbeid med PNSD, ansvar for å planlegge klinisk ibruktakelse og flytteprosessen.

2.2.1. Linjeorganisasjonens arbeid med mottaksprosjektet

Linjeorganisasjonen skal etablere egne delprosjekter for de områdene som skal utredes. Ansatte, tillitsvalgte og vernetjeneste skal involveres i dette arbeidet for å tilføre kunnskap og erfaringer slik at det etableres driftseffektive arbeidsprosesser og skapes helhetlige og trygge pasientforløp innen alle fagområder. Deltakelse av brukerrepresentanter avklares mellom leder av brukerutvalget og prosjektleder i Mottaksprosjektet.

De enkelte delprosjektene vil rapportere inn i respektive linjeorganisasjoner. Der det opprettes delprosjekter som omfatter flere klinikker, plikter delprosjektleder å involvere ansatte fra alle berørte klinikker.

I arbeidet med delprosjektene må linjeorganisasjonen påse at tilrådninger fra delprosjektene er i henhold til lov og forskrift, samt sikre nødvendige avklaringer i forbindelse med ansvaret for realisering av gevinstene, herunder dialog og drøfting med vernetjeneste og tillitsvalgte.

2.2.2. Ibruktakelse

I forbindelse med ibruktakelse av nytt bygg, forventes det at medarbeiderne er i stand til å nyttiggjøre seg både av bygget og nye løsninger som følger med dette. Teknologiske løsninger innebærer integrasjon mellom både byggteknisk utstyr og medisinskteknisk utstyr. Kompleksitet i integrasjoner og nye driftsmåter i NSD vil kreve nye kompetanseområder. Klinikkene skal lage opplæringsplaner og sørge for at ansatte får nødvendig opplæring før innflytting. VV-NSD vil påse at opplæring inngår som en del av alle anskaffelser.

Linjeorganisasjonen må planlegge for rett kompetanse i de ulike driftsorganisasjonene i nytt sykehus.

Noen av gevinstområdene vil kreve oppgaveglidning mellom ansatte eller at nye funksjoner må løses på nye måter. Det krever endringer både hos ansatte og i organisasjonsstrukturen, jf. pkt 2.1.3 ovenfor.

2.2.3. Gevinstrealisering

Videreføring av gevinstrealiseringsarbeidet fra forprosjektet NSD skal være et kontinuerlig arbeid som pågår frem til gevinstene er realisert i nytt sykehus. Det legges derfor til grunn at prosjektorganisasjonen for mottaksprosjektet videreføres i 12-18 måneder etter innflytting. Dette for å sikre at de planlagte gevinstene realiseres. På denne måten vil prosjektorganisasjonen følge opp og støtte klinikkene i den første driftsfasen for å få innført de nye konseptene, pasientflytene og arbeidsprosessene som defineres i OU-prosessen i forkant av innflytting.

Gevinstrealiseringsplanen skal koordineres og følges opp som en del av ansvaret til prosjekteier og styringsgruppen i mottaksprosjektet. Dette vil også være en naturlig del av den ordinære økonomioppfølgingen i den enkelte klinikk. Det er laget en foreløpig fremdriftsplan for gjennomføring av de ulike delprosjektene som må gjennomføres i organisasjonsutviklingsarbeidet i Mottaksprosjektet (vedlegg 1). Fremdriften blir koordinert med entrepreisleplan, utstyrsanskaffelser og IKT-plan, samt pågående og planlagte interne prosjekter i VVHF.

3. Prosjektavhengige gevinster NSD

3.1. Dimensjoneringsforutsetninger NSD

Dimensjonering av nytt sykehus i Drammen ble gjennomført i forbindelse med konseptfasen i 2015 og omfattet både somatisk aktivitet i Drammen sykehus (DS) og aktivitet i Klinik for psykisk helse og rus (PHR). Aktivitet i 2013 ble lagt til grunn og framskrevet til 2030. Befolkningsveksten ble basert på framskrivinger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) med alternativ MMMM¹ som standard for de fire endringsfaktorene fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring.

I forbindelse med at godkjenning av forprosjekt for nytt sykehus i Drammen var temasak i styremøte i Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2019, ble det fremsatt behov for å gjennomføre ny framskriving i tråd med nasjonal modell for framskriving og regional utviklingsplan. Sykehusbygg HF bistod VVHF i dette arbeidet. Pasientdata ble hentet fra Norsk pasientregister (NPR), basert på antall avdelingsopphold i 2017, og framskrevet til 2030. Siden framskrivningsmodellen i konseptfasen benyttet høy utnyttelse, ble dette også lagt til grunn i dette arbeidet, og ikke middels utnyttelse som ny regional utviklingsplan legger til grunn for nye prosjekter.

I arbeidet med gevinstrealiseringsplan for NSD, er framskrivningen som ble gjennomført i Konseptfasen lagt til grunn. Dette for å avstemme framtidig utvikling i aktivitet innen det enkelte området med dimensjoneringsforutsetningene lagt til grunn for bygget. Dette vil avdekke eventuelle kapasitetsutfordringer iht. planlagt areal og kapasitet.

Framskriving er ingen eksakt øvelse, men gir retning for forventet utvikling. I forbindelse med framtidig utvikling innen de enkelte fagområder må det tas hensyn til usikkerhet i framskrivningsforutsetningene. Det er forventet en betydelig utvikling innenfor medisin, medisinskteknisk utstyr (MTU) og annen teknologi. Som følge av usikkerhet om hvilke endringer som inntreffer, er dette i liten grad tatt hensyn til i framskrivningsmodellene.

Bemanningsframskrivningen i konseptfase og forprosjekt var basert på brutto månedsverk. For å kunne gjøre en mer realistisk framskrivning, basert på nye bemanningsplaner som skal utarbeides for nytt sykehus, er det besluttet å benytte faktiske tall fra bemanningsplanleggingsverktøyet GAT. Det vil da vise faktisk benyttet bemanning opp mot faktisk aktivitet. Faktisk aktivitet og bemanning for 2019 brukes som nullpunkt for måling av arbeidseffektivitet, og vil være sammenlikningsgrunnlaget for de endringene som gjøres i forkant av nytt sykehus, og planer som legges for drift ved ibruktakelsen.

Det nye sykehuset skal være lokalsykehus for Lier, Drammen, Nedre Eiker, Røyken, Hurum, Sande og Svelvik og ha områdefunksjoner for hele VVHF. Effekter av kommunesammenslåingen av Sande/ Holmestrand er så langt ikke vurdert. Bruttoarealet i forprosjektet er 122 000 m². Netto funksjonsareal er 51 125 m². Prosjektet har en samlet styringsramme på 9 249 MNOK (2018-kroner). Sykehuset består av ulike bygningsdeler

¹ Alternativ framskriving av demografiske faktorer beskrives ved fire bokstaver i følgende rekkefølge: fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring. M = middels, L = lav og H = høy. MMMM er vårt hovedalternativ

basert på driftsområder, Adkomstbygg, Psykiatribygg 1, 2 og 3, Poliklinikkbygg 1 og 2, Behandlingsbygg, Sengebygg og Servicebygg.

Sykehuset er dimensjonert med følgende kapasiteter:

Funksjon	Antall rom	
	Dimensjonert	Ibruktakelse 2025
Døgnplasser somatikk	378	Areal til 20 sengerom som råbygg
Døgnplasser psykisk helsevern og TSB	167	
Operasjonsstuer	23	
Poliklinikkrom/dagplasser somatikk	228	
Poliklinikkrom psykisk helsevern og TSB	16	
Fødestuer	7	
Stråleterapi bunkers	4	2 strålebunkere etableres med utstyr
MR	5	Rom til 1 MR som råbygg
CT	4	Rom til 1 CT ferdigstilles, innredes ikke med utstyr
Konvensjonell røntgen	6	
Ultralyd	4	
Intervensjon	5	Rom til 2 intervensjonstuer ferdigstilles, innredes ikke med utstyr
SPECT	2	
PET	1	Rom til 1 PET ferdigstilles, innredes ikke med utstyr

Tabell 1. Antall kapasiteter Nytt sykehus i Drammen

3.2. Konsepter og forutsetninger

Det er lagt vekt på å definere konsepter og driftsmodeller for nytt sykehus som gir helseforetaket en langsiktig og bærekraftig utvikling. Organisasjonsutviklingsarbeidet i mottaksprosjektet er en viktig premissgiver for å oppnå gevinstene som er lagt til grunn. Organisasjonsutviklingsarbeidet skal ta utgangspunkt i pasientforløp. Utvikling av gode og sammenhengende pasientforløp, med tilhørende arbeidsprosesser, vil gi organisatoriske og driftsmessige gevinster, samt økt kvalitet og pasienttilfredshet, som er kjernen i prosessen med å tilpasse driften til konseptene.

Med tanke på medisinsk utvikling og endring i behandlingsmetoder er det lagt stor vekt på standardisering av rom og fleksibilitet i bygget. Eksempelvis er all poliklinikk samlet i egne bygg, noe som legger til rette for god samhandling og kapasitetsutnyttelse på tvers av funksjoner og fagområder.

Utnyttelsesgradene som er lagt til grunn for dimensjoneringen, får konsekvenser for organisering av bemanning og åpningstider. Analyser av dagens ressursbruk viser eksempler på lav utnyttelse av poliklinikkrom. Det legges til grunn forbedret driftseffektivitet og utnyttelsesgrad i nytt sykehus. Det er også en forutsetning at flere pasienter skal behandles på nye og innovative måter, eksempelvis at de ikke skal måtte behøve å komme til sykehuset for behandling, jf. pkt 4.2.5 nedenfor.

Nye arbeidsformer og innovativ utnyttelse av medisinskfaglig utvikling og ny teknologi skal bidra til god ressursutnyttelse. Sykehusets samlede kompetanse og kapasitet skal brukes slik at pasientene får virksom og god behandling med riktig ressursinnsats.

Det er forventet høy grad av teknologisk utvikling innen en rekke områder. Valg av utstyr vil påvirke forløp og arbeidsprosesser og derved bemanningsplaner i nytt sykehus.

Organisasjonsutviklingsarbeidet skal gjennomføres som definerte delprosjekter. Delprosjektene får eget mandat med økonomisk målbilde for gevinstrealisering. Alle prosjektene skal utarbeide fremtidig pasientforløp og tilhørende arbeidsprosesser. Det må ses på kompetanse, oppgaveglidning, bemanningsplaner og organisering av driften for å benytte ressursene på en mer effektiv måte. Alle seksjoner som skal inn i det nye sykehuset må i tillegg gjennomgå prosedyrer, og revidere de prosedyrer som blir berørt av å flytte inn i nytt bygg. Samhandling er en viktig del av arbeidet for å se hvordan man kan få til et bedre tverrfaglig samarbeid.

De overordnede logistikkprinsippene er utviklet for å legge til rette for forsyningsikkerhet og fleksibilitet og er lagt til grunn ved plassering av både funksjons- og transportarealer. Logistikk-løsningene er et viktig virkemiddel for å oppnå optimal funksjonalitet og driftsøkonomiske gevinster i form av forenklede og effektive arbeidsprosesser ved reduksjon av manuelle prosesser, endret oppgavefordeling, hurtigere diagnostikk og leveranser. Målet er å utforme et oversiktlig og strukturert sykehus ved at kommunikasjonsveier og fordeling av trafikk gir korte transportavstander, både vertikalt og horisontalt.

Alle varer mottas i sentralt varemottak i servicebygget og baseres på prinsippet om aktiv forsyning og avdelingspakker, noe som gir redusert behov for lagerkapasitet.

Bygningstekniske løsninger som reduserer manuelle prosesser og gir effektiv flyt av leveranser i sykehuset er:

AGV	All transport av forbruksmateriell, tøy, mat, apotekvarer og avfall, foruten restavfall, vil i hovedprinsipp foregå ved bruk av AGV
Rørpostsystem	Dekker hele sykehuset og vil transportere hovedsakelig laboratorieprøver, legemidler og blod
Avfallssentral	Samling av kildesortert avfall der hoveddelen av avfall ankommer via avfallssug fra miljøstasjoner i funksjonsområdene

Det er lagt til grunn en rekke IKT-forutsetninger ved beregning av gevinster ved nytt sykehus, som innføring av helselogistikk, sterilsentralsystem og sporing. I tillegg vil ny teknologi gi muligheter for lett tilgjengelig pasientinformasjon og gi pasientene mulighet til å ta mer aktivt deltagelse i sin egen behandling.

Det er knyttet en del kostnader til innføring av nye IKT-løsninger. Disse vil inngå i langtidsplan for IKT-anskaffelser for perioden frem til innflytting, og kostnader forbundet med implementeringen vil inngå i økonomisk langtidsplan (ØLP). Det vil prioriteres å investere i de løsningene som vil gi større gevinster for de ansatte og/eller pasientene. Det er ikke beregnet økonomiske gevinster direkte knyttet til IKT-løsninger. Disse vil i hovedsak oppnås gjennom forbedring av arbeidsprosessene og derigjennom redusert bemanning. I tillegg vil de bidra til utvikling av trygge og helhetlige pasientforløp og forbedring av diagnostikk og behandling.

3.2.1. IKT-løsninger i NSD

Nytt sykehus i Drammen legger til grunn at det skal etableres moderne IKT-systemer for å oppnå effektive arbeidsprosesser og definerte gevinster. Gevinstene er ikke direkte knyttet til det enkelte IKT-systemet, men det er forutsatt at IKT-systemer blir etablert i virksomheten. På områder hvor det er hensiktsmessig, vil VVHF søke å redusere risiko gjennom å pilotere nye løsninger i eksisterende sykehus før innflytting i nytt sykehus.

For kliniske systemer er det en høy avhengighet til fremdrift i regionale anskaffelser som styres fra HSØ. Sentrale leveranser på kliniske systemer er beskrevet i tabellen under:

Klinisk system	Type prosjekt	Status	Avhengighet NSD fase 2
Elektronisk kurve og medikasjon	Innføring av regional løsning	Pågår. I henhold til plan	Lav
Laboratoriedatasystem	Regional løsning? (Konseptstudie)	Konseptstudie pågår med leveranse i slutten av mars 2020.	Høy
Radiologi – RIS/PACS	Beholde eksisterende RIS (Philips)	Oppgraderingsprosjekt startet	Lav
Helselogistikk	Innføring av regional løsning	Anskaffelse pågår. VVHF bidrar med ressurser.	Høy
Styringssystem for sterilsentral	Lokalt prosjekt	VVHF kan avrope på OUS-anskaffelse. Planlagt start 2021.	Høy
Lukket legemiddelsøyfe	Innføring av regional løsning?	Vurderes i forlengelsen av innføring av elektronisk kurve	Middels
Multimedia og samhandling	Innføring av regional løsning	Anskaffelse pågår. VVHF bidrar med ressurser.	Høy

Tabell 2. Sentrale leveranser på kliniske systemer

For IKT-infrastruktur og bygnær IKT er det i større grad snakk om lokale løsninger, og det er avhengighet til infrastrukturmoderniseringen som pågår i regi av Sykehuspartner (STIM). Sentrale leveranser på dette området er beskrevet i tabellen under:

IKT infrastruktur / bygnær IKT	Type prosjekt	Status	Avhengighet NSD fase 2
Lokalisering og sporing	Regional løsning? (Konseptstudie)	Prosjekt i gang i regi av PNSD. Gjennomført pilot på Ringerike.	Middels
Sikkerhetsløsning/ adgangskontroll	Lokal innføring av NSD løsning	Anskaffelse igangsatt. Planlagt oppstart på eksisterende sykehus i slutten av 2020	Middels
Sentralt anlegg driftsovervåking	Lokal innføring av NSD løsning	Anskaffelse planlegges. Lokal innføring ikke avklart.	Middels
Arbeidsflate på mobile enheter	Regional løsning (?)	Avklaringer pågår i STIM	Middels
Innendørs mobildekning (5G)	Regionalt konsept (?)	Konseptstudie utarbeidet i 2019	Middels
IKT infrastruktur/ regional plattform	STIM	Flere fagområder, planlegging pågår. Lokalt program for STIM i VV.	Høy

Tabell 3. Sentrale leveranser IKT infrastruktur og bygnær IKT

Foreløpig fremdriftsplan for IKT-prosjektene fremkommer i vedlegg 2. Planen har høy avhengighet til fremdrift i regionale prosjekter og leveransekapasitet hos Sykehuspartner, og forutsetter at VVHF prioriteres mht. innføring av nye løsninger i regionen. Fremdrift i IKT-prosjektene rapporteres tertialvis til prosjektstyret for NSD.

3.3. Gevinstgrunnlag NSD

I forprosjektrapporten for NSD, styresak i VVHF, 02-2019 Gevinster ved Nytt sykehus i Drammen (9.1.2020), er det redegjort for forventede gevinster i forbindelse med ibruktakelse av det nye sykehuset. Følgende gevinstområder er beskrevet:

- Samlokalisering funksjoner innen somatikk
- Samlokalisering av all sykehuspsykiatri innen psykisk helsevern og rus
- Samlokalisering somatikk og psykisk helsevern og rus
- Administrativt personell
- Bildediagnostikk
- Laboratoriemedisin og patologi
- Interne service- og forsyningstjenester

Dette omfatter både prissatte og ikke prissatte gevinster i berørte klinikker.

Arbeidet med gevinstrealisering inngår i arbeidet i mottaksprosjektet (ref. vedlegg 1). Organisasjonsutviklingsarbeidet omfatter alle fagområder som skal inn i nytt sykehus. Det er først når ny organisering og nye arbeidsprosessene er planlagt, at det kan utarbeides konkrete bemanningsplaner for hver enkelt enhet. Det er dermed kun forventede gevinster som beskrives i dette dokumentet. Forventede gevinster fremkommer som differansen mellom framskrivning av aktivitet og bemanning uten nytt sykehus, målt mot framskrivning av bemanning med nytt sykehus.

3.3.1. Somatisk drift

I nytt sykehus er samlokalisering og plasseringen av funksjonsområder innenfor somatikk endret sammenliknet med dagens drift. Alle normalsenger er plassert i eget bygg, noe som legger til rette for stor fleksibilitet og gode samhandlingsmuligheter på tvers av fagområdene, både med hensyn til drift og kapasitetsutnyttelse. All dagbehandling og poliklinisk virksomhet er samlet i to bygg med felles støtterom og standardiserte rom som legger til rette for mer fleksibel bruk på tvers av fagområder. Dermed kan rom, utstyr og personell benyttes på en mer effektiv måte.

Basert på faglige vurderinger og nærhetsbehov er funksjonene samlet og plassert for å legge til rette for endrede driftsformer og økt utnyttelse av ressursene.

All operasjonsaktivitet i det nye sykehus er samlet på samme sted med unntak av dagkirurgien for øyesykdommer. Dette vil medføre at rom, utstyr og personell kan benyttes ut fra behov og på en fleksibel måte. Dagkirurgistuene er i dagens drift spredt på flere steder. Det er et stort potensial for bedre utnyttelse av disse i nytt sykehus og for å kunne håndtere økt aktivitet. Det legges til rette for bedre utnyttelse av kapasiteten uten tilsvarende bemanningsøkning.

Tilsvarende forhold gjelder medisinsk og kirurgisk intensiv, medisinsk og kirurgisk endoskopi og all kreftbehandling av voksne, samt et område for intervensjon. For alle disse områdene er det i tillegg potensiale for samordning av ledelse og øvrig personell.

Det vil i organisasjonsutviklingsarbeidet i mottaksprosjektet planlegges samhandling, og at det tas i bruk nye arbeidsmetoder for å hente ut spesifiserte gevinster som er lagt som et målbilde i denne gevinstplanen.

Sengekapasitet

Antall liggedøgn registrert i aktivitetsrapporten for Drammen sykehus, viser relativt store variasjoner de siste årene. Gjennomsnittlig antall liggedøgn er redusert de siste 3 år og er i snitt lavere enn framskrivningen i hovedfunksjonsprogrammet (HFP). I HFP ble det beregnet en liggetidsreduksjonen på 0,2 dager i 2030, sammenliknet med 2013. Denne reduksjonen er i snitt oppnådd de tre siste år og det forventes en ytterligere reduksjon frem mot 2030.

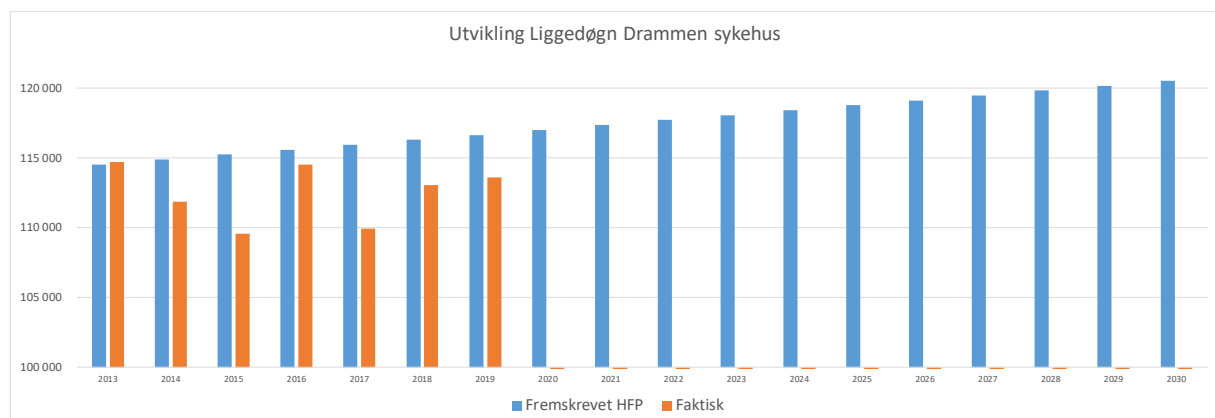
Dette begrunnes i blant annet tiltak som iverksettes, som:

- reduksjon i antall reinnleggelser
- redusert antall innleggelse fra akuttmottak til sengepost ved at flere ferdigbehandles i akuttmottaket
- redusert infeksjonsrate

Det vises til omtale nedenfor under prosjektuavhengige gevinster.

Det legges til grunn at framskrivningene i HFP viser forventet utvikling i antall liggedøgn, og at denne ikke overskrides.

Tabellen nedenfor viser utvikling i antall liggedøgn i perioden 2013-2019 og framskrivning fra 2013 til 2030 ved Drammen sykehus:



Figur 2. Aktivitet liggedøgn Drammen sykehus

Antall dimensjonerte senger i HFP ble i optimaliseringsfasen redusert med 14 senger. Dette ble håndtert ved å overføre aktivitet tilsvarende 10 senger til Bærum sykehus og 4 senger for elektiv ortopedi til Kongsberg sykehus. I tillegg ble det lagt til grunn en generell optimalisering på 5 senger. Som en tilpasning til investeringsrammen ble det i optimaliseringsfasen videre besluttet at ytterligere 20 sengerom ikke skal innredes ved

innflytting i 2025. Dette er lagt til grunn i kapasitetsvurderingen i 2025. Totalt antall normalsenger ved ibruktakelse for somatikken i nytt sykehus er derfor 274 senger. Samlet er det 358 senger inkludert observasjon- og tekniske senger.

I forhold til antall senger ved Drammen sykehus i 2019, er det en nedgang i antall normalsenger i 2025. Når det trekkes fra de sengene som skal overføres til de andre sykehusene i VVHF, er det en liten økning i antall normalsenger. Både observasjonssenger og tekniske senger økes i nytt sykehus, ref. tabell 4 nedenfor.

	DS 2019	NSD 2025	Diff.
Normalsenger	284	274	-10
Obs-senger	31	36	5
Tekniske senger	35	48	13
Totalt senger	350	358	8

Tabell 4. Antall senger Drammen sykehus 2019 og planlagte senger i NSD 2025.

Fordelingen av senger mellom de enkelte avdelinger i 2030, er basert på framskrevet aktivitet for den enkelte avdeling. Tabell 5 nedenfor viser fordelingen av senger i 2019 og 2025 og viser at det er kun minimale endringer mellom avdelingene.

Avdeling	Antall senger	
	2019	2025
Føde- og barselavdeling	27	22
Gynekologisk avdeling		5
Habiliteringssenteret	2	1
Kirurgisk avdeling	62	57
Medisinsk avdeling	91	96
Nevrologisk avdeling	27	27
Ortopedisk avdeling	28	23
Pediatrik avdeling	18	20
Revmatologisk avdeling	1	1
Øre-Nese-Hals avdeling	7	5
Øyeavdeling	1	1
Hotellpost	20	16
Normalsenger	284	274

Tabell 5. Antall normalsenger fordelt på avdeling hhv. 2019 og 2025.

I forbindelse med utredning og planlegging av drift av den enkelte sengepost, vil det bli etablert egne delprosjekt for å utarbeide detaljerte bemanningsplaner for sengepostene.

Det er et pågående prosjekt på Drammen sykehus for gjennomgang av pasientflyt inn i akuttmottaket og videre inn i sykehuset med fokus på bedre og hurtigere avklaring for pasientene. Dette er et viktig steg i veien mot den endringen i antall senger som var grunnlaget for dimensjoneringen. For å forhindre korridorpasienter er det viktig å få kontroll på strømmen inn til sykehuset og videre pasientflyt. Et annet viktig prosjekt er «Sengepostprosjektet» som blant annet skal se på utskrivningsprosedyrene for å få avklarte pasienter ut av sykehuset til rett tid, og ikke ha overliggende pasienter.

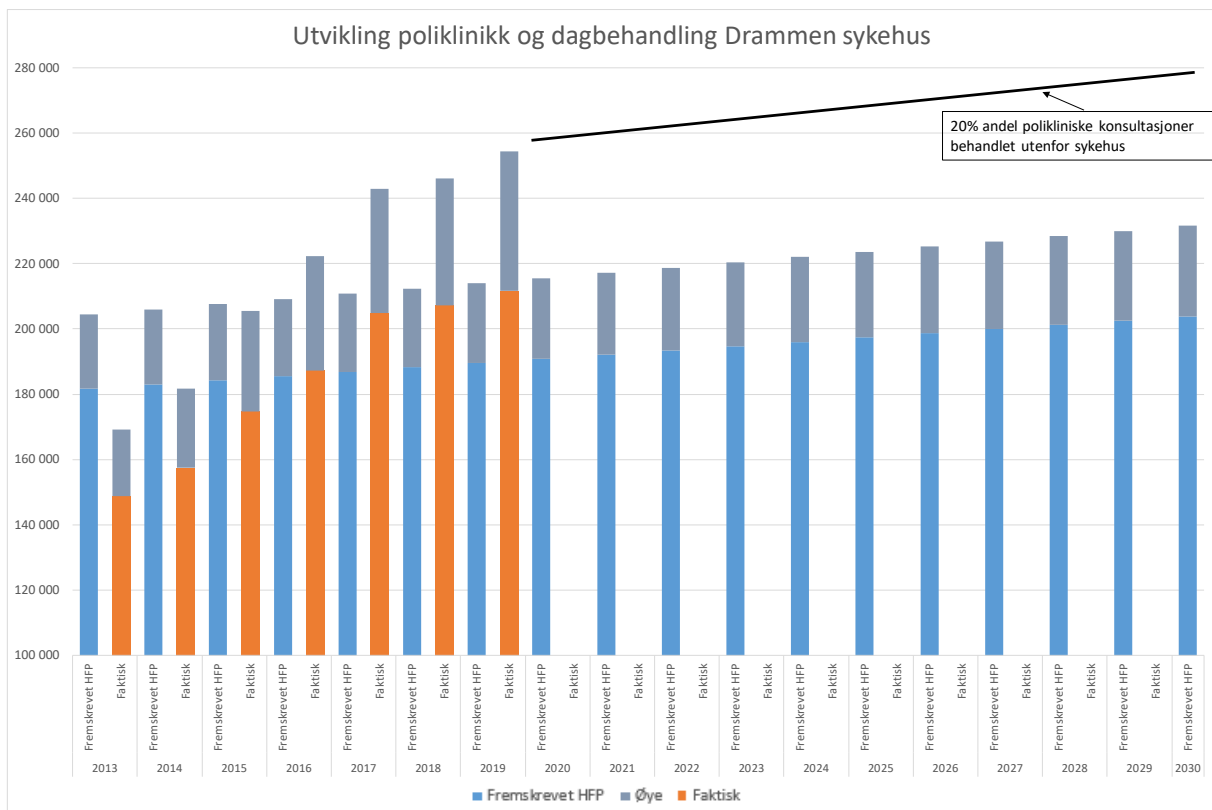
Poliklinikk og dagbehandling

Dimensjonering av antall poliklinikkrom ble i HFP basert på antall gjennomførte konsultasjoner i 2013 og framskrevet basert på demografi og omstillinger, forhold som epidemiologi, overføring av døgnbehandling til dagbehandling og samhandling med fastleger og kommunehelsetjenesten.

Basert på framskrivningen ble antall standard poliklinikkrom beregnet. Antall spesialrom fremkom ikke av dimensjoneringen, men ble basert på dagens pasientforløp, og tok hensyn til at det i mange tilfeller benyttes flere rom per konsultasjon. Antall spesialrom ble vurdert ut fra de enkelte fagområders framskrevne behov. Totalt antall poliklinikkrom ble beregnet til 172 rom for somatisk aktivitet i nytt sykehus.

Aktivitetsrapport for Drammen sykehus viser at antall konsultasjoner innen poliklinikk og dagbehandling har vært høyere enn det framskrivningen i HFP viste. Veksten har hovedsakelig vært innen poliklinikkbehandling og økte vesentlig allerede fra basisåret 2013. En stor del av veksten skyldes at en betydelig del av poliklinisk aktivitet innen ØNH og øye ikke var overført til VVHF fra OUS, som en del av hovedstadsprosessen, i 2013. Denne prosessen er fra 2014 videreført, og i dag blir en stor del av pasientene bosatt i Asker og Bærum innen disse fagområdene behandlet ved Drammen sykehus.

Figur 3 nedenfor viser utvikling i antall konsultasjoner poliklinikk og dagbehandling i perioden 2013-2030 ved Drammen sykehus. Basert på stor aktivitetsvekst innen øye-medisin, er denne aktiviteten vist som egen del av den totale aktiviteten.



Figur 3. Aktivitet poliklinikk og dagbehandling Drammen sykehus

Den store veksten innen behandling av øyesykdommer skyldes hovedsakelig økningen i AMD-behandling². Som angitt i figur 3, utgjør polikliniske konsultasjoner innen dette fagområdet 16 % av den totale polikliniske behandlingen ved Drammen sykehus. Som en konsekvens av denne utviklingen arbeides det med å øke behandlingsskapiteten ved nytt sykehus med fem poliklinikkrom innen behandling av øyesykdommer. Videre har helseforetaket besluttet å opprette en poliklinikk med to injeksjonsstuer ved Bærum sykehus for å tilby AMD-behandling for pasienter bosatt i Asker og Bærum. Dette vil øke behandlingsskapiteten innen øyeseksjonen tilsvarende i underkant av 13.000 poliklinikk-konsultasjoner. Legges dette til framskrevet aktivitet i HFP fra innflytting i nytt bygg i 2025, økes den totale behandlingsskapiteten i underkant av 260.000 konsultasjoner i 2030.

I henhold til Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst RHF forventes nye arbeidsformer å redusere antall oppmøter på sykehus og øke behandlingsskapiteten innen poliklinikk med opptil 20 %. Dette relateres til økt innføring av avstandskompenserende teknologi, som videokonsultasjoner, selvmonitorering og annen avstandsoppfølging, samt mer brukerstyrt oppfølging. Dette er synliggjort i figur 3 overfor med angitt linje.

Legges dette til grunn for fremtidig behandlingsskapitet innen poliklinikk i nytt sykehus, vurderes behandlingsskapiteten som tilstrekkelig.

Økonomiske gevinster somatisk drift

Frem mot innflytting i nytt sykehus forventes det en gradvis reduksjon av produktivitsveksten for Drammen sykehus. Dette skyldes at det tas høyde for merarbeid og økt belastning for de ansatte i forbindelse med planlegging og gjennomføring av OU-prosessene og flyttestrukturprosjektet. Etter innflyttingen i nytt bygg forventes en høyere produktivitsvekst, som vist i tabell 6 nedenfor. Produktivitsveksten er hentet fra konseptfaseutredningen, og danner målbildet for de gevinster som skal realiseres ved ibruktakelse i somatisk virksomhet ved nytt Drammen sykehus.

2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,6 %	0,8 %	0,9 %	0,9 %	0,7 %	0,7 %

Tabell 6. Produktivitsvekst for Drammen sykehus 2020-2030 Konseptfaseutredningen

Gevinstmålene er beregnet som den merproduktivitet som inntreffer etter ibruktakelsen. Gevinstene målt i kroner er beregnet som differansen mellom kostnadene til nødvendig bemanning gitt uendret produktivitsvekst, mot beregnet bemanningskostnad gitt økt produktivitsvekst.

Det foreligger ikke grunnlag for å differensiere produktivitskravene ved hver enkelt avdeling i Drammen Sykehus. Konkretisering av måltall for gevinstoppnåelse må differensieres og fastsettes i de respektive delprosjektene som skal planlegge ibruktakelsen av det nye sykehuset.

Totalt gevinstmål for somatisk drift i perioden 2025-2030 summerer seg til 11,5 MNOK. Det er i beregningen ikke lagt til grunn legeårsverk. Inkluderes legeårsverk øker gevinstestimateret til 15 MNOK. Lavere produktivitet i årene før innflytting er ikke hensyntatt i beregningen.

² Injeksjonsbehandling av medikament i øye pga. sykdom i netthinne

Kostnader forbundet med forberedelser til innflytting inngår i samlekostnadene for mottaksprosjektet i økonomisk langtidsplan. Det inkluderer frikjøp av ressurser fra klinikkene.

Tiltak (TNOK)	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Sum
10 - Klinikk Drammen sykehus	1 053	2 103	2 622	2 616	1 572	1 571	11 537
110 - Kirurgisk avdeling DS	146	294	370	372	227	228	1 637
120 - Avdeling for Ortopedi og Akuttmottak DS	96	186	226	219	124	120	971
130 - Anestesi, intensiv og operasjon avd DS	182	370	466	471	290	294	2 074
140 - Barne- og ungdomsavdeling DS	119	234	288	283	165	162	1 251
150 - Øre, nese og hals avdeling DS	60	118	147	145	86	86	642
160 - Gynekologi og fødselshjelp avd DS	73	146	182	181	108	108	799
170 - Medisinsk avdeling DS	256	513	643	644	390	391	2 837
190 - NRH avdeling DS	120	240	301	301	182	182	1 325

Tabell 7. Gevinster somatisk drift

3.3.2. Medisinsk diagnostikk

Det forventes høy grad av teknologisk utvikling innenfor fagområdene i medisinsk diagnostikk, blant annet innen automasjon og kunstig intelligens. Valg av teknologi og utstyr vil derfor legge betydelige føringer for framtidig bemanningsbehov.

HFP la til grunn en betydelig økning av aktivitet innenfor de enkelte fagområder i klinikken. Dette var basert på forventet utvikling og ikke iht. framskrivning for de kliniske områdene. Det foreligger nå aktivitetsstatistikk for de siste syv årene. Den viser en generelt lavere aktivitetsvekst enn framskrevet, noe som innen enkelte fagområder skyldes manglende rekruttering av fagpersonell, eksempelvis innen bildediagnostikk.

Bilediagnostikk

Aktivitet

Det er ikke lagt til grunn økning i antall modaliteter, utover en MR, i bildediagnostikk i nytt sykehus. HFP la til grunn økt utnyttelse av utstyr og endrede åpningstider for å håndtere framskrevet aktivitetsvekst.

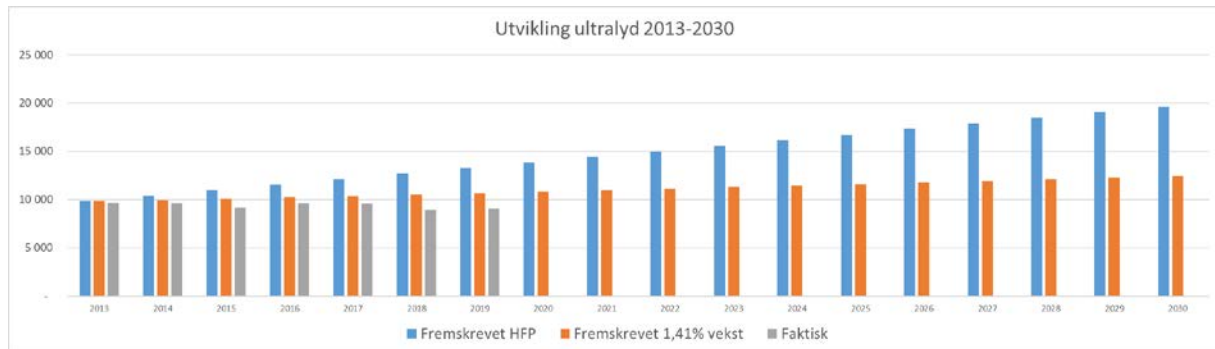
I HFP ble bildediagnostikk framskrevet med 2 % årlig vekst for Ultralyd, CT, MR og intervensjon, mens konvensjonell røntgen ble framskrevet med 1,41 %, som var en videreføring av historisk vekst.

Faktisk aktivitet fra 2013-2019 viser god overenstemmelse med framskrivningen for CT og intervensjon, mens veksten er betydelig lavere enn framskrivningen i HFP innenfor de andre fagområdene. Dette skyldes blant annet at CT og MR gjennomfører mer avanserte og mer krevende undersøkelser enn tidligere mens de enklere undersøkelsene utføres eksternt. Rekrutteringsvansker og økonomiske prioriteringer har videre medført lavere aktivitet og økte ventelister innenfor MR.

Ultralyd har heller ikke kunnet prioriteres i tråd med behovet de siste årene. Flere undersøkelser skjer eksternt pga. lange vente- og svartider i avdelingen. Det er derfor gjort ny vurdering av framtidig aktivitet basert på historikk fra de siste årene. Ny framskrivning for ultralyd (oransje søyle) er beregnet med årlig vekst på 1,41 %.

Det ble redusert med en modalitet innen konvensjonell røntgen i optimaliseringsfasen. Framskrivningen er ikke justert iht. dette. Basert på siste års utvikling vurderes det at tilgjengelig kapasitet i nytt sykehus er tilstrekkelig.

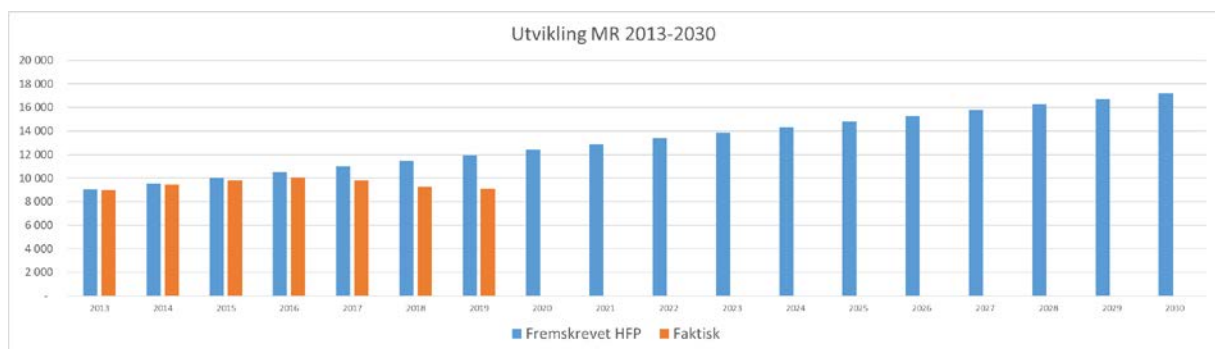
Faktisk og framskrevet aktivitet fra HFP innen det enkelte fagområde er vist i figurene nedenfor.



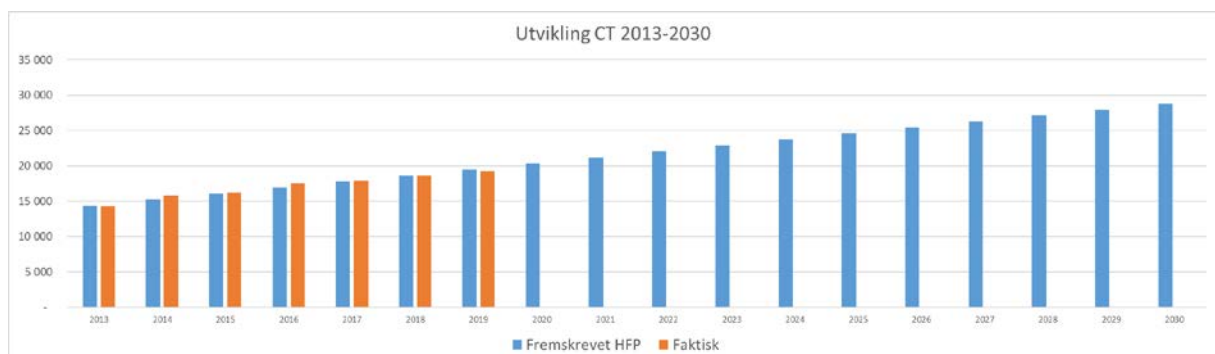
Figur 4. Antall undersøkelser ultralyd



Figur 5. Antall undersøkelser konvensjonell røntgen



Figur 6. Antall undersøkelser MR



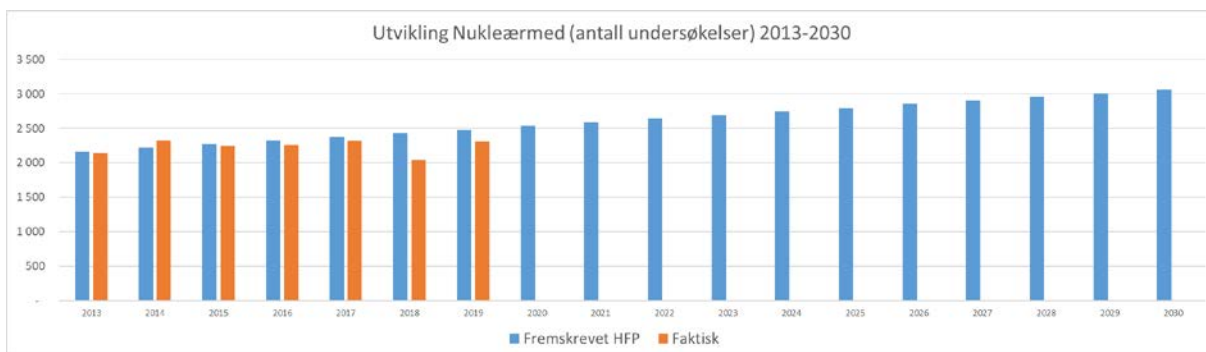
Figur 7. Antall undersøkelser CT



Figur 8. Antall undersøkelser Intervensjon

Nukleærmedisin

Etter godkjent Konseptfase, er det installert ytterligere en SPECT innenfor nukleærmedisin for å erstatte et gammakamera. Registrert aktivitet i perioden 2013-2019 viser god overensstemmelse med tidligere framskrivning, ref. figur 9.

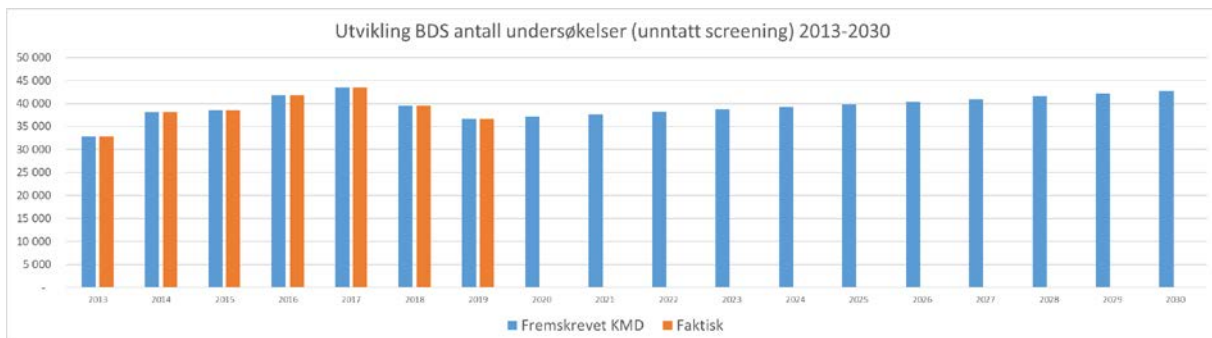


Figur 9. Antall undersøkelser Nukleærmedisin

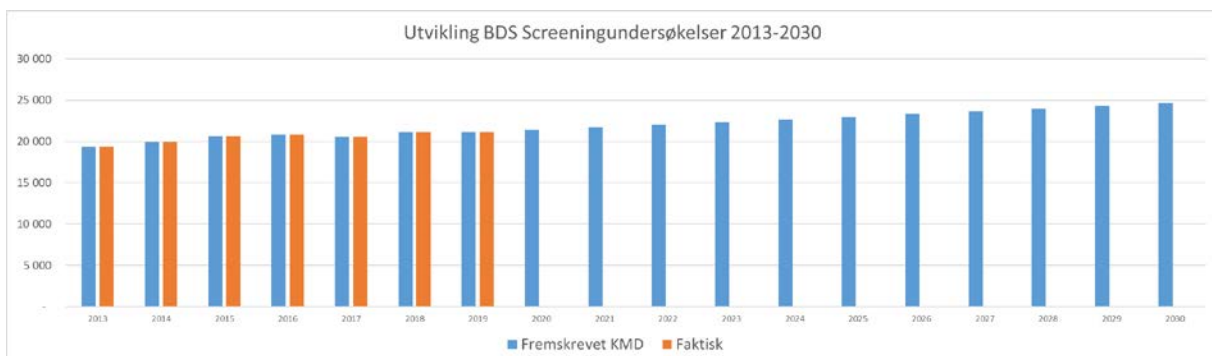
Innenfor nukleærmedisin etablerer VVHF PET som egen enhet ved Drammen sykehus våren 2020. Dette er en ny pasientpopulasjon og vil ikke ha innvirkning på dagens aktivitet i seksjonen, men vil påvirke gjestepasientkostnadene positivt. Det etableres et eget fagmiljø på Drammen sykehus ifm. etableringen. Da dette er en nytt behandlingstilbud, og derved ikke omfattet av tidligere utredninger, er ikke aktivitet, bemanning og inntekter/kostnader forbundet med etablering medregnet i denne utredningen.

Brystdiagnostisk senter (BDS)

Det er benyttet ulike metoder for å registrere aktivitet innfor BDS. Ny metode ble tatt i bruk fra sommeren 2017. Det gjør det uhensiktsmessig å sammenligne aktivitet framskrevet i HFP med dagens aktivitet. Det er derfor tatt utgangspunkt i faktisk aktivitet 2019 og framskrevet en årlig aktivitetsvekst på 1,41 %, samme nivå som konvensjonell røntgen og ultralyd.



Figur 10. Antall undersøkelser BDS, unntatt screening. Obs. endret metode for aktivitetsregistrering fra midt i 2017.



Figur 11. Antall screening undersøkelser BDS

Bemanning

Det er i dag en god del variasjon i svartid og prosesser ved de ulike radiologiske seksjonene innen Bildediagnostikk i VVHF. Det er startet et prosjekt for å samordne fagkompetanse og etablere ensartet praksis ved alle radiologiske seksjoner i foretaket.

Ny organisering skal totalt sett legge bedre til rette for å underbygge avdelingens og foretakets strategi, herunder:

1. Et likeverdig tilbud til pasienter i VVHF:
 - a. Høy kompetanse tilgjengelig på tvers av sykehusene
 - b. Reduksjon av uønsket variasjon, standardisering basert på beste praksis
 - c. Hensiktsmessige svartider
2. Felles fagmiljø, kompetanse og kapasitet deles
3. Ny teknologi tas i bruk
4. En fremtidsrettet bærekraftig avdeling

Det skal videre vurderes hvordan de ulike fagområdene innenfor bildediagnostikk kan samhandle på en bedre måte når de samles fysisk på ett plan i nytt sykehus.

VVHF har søkt om midler til å etablere et prosjekt med bruk av kunstig intelligens innen bildediagnostikk. HSØ har meldt inn dette som regionen sitt prosjekt til det nasjonale utredningsarbeidet knyttet til bruk av kunstig intelligens i helsesektoren, ledet av Helsedirektoratet. Det er planer om å ta i bruk flere teknologiske virkemidler som skal være med på å støtte oppunder kvalitet og muligheter for effektivisering.

Samlokalisering av elektiv og akutt radiologi gir mindre behov for antall resepsjoner. Innføring av helselogistikkløsninger, som elektronisk timebestilling, selvinnsjekk, samt betalingsløsning vil bidra til mindre behov for kontortjeneste. Roboter som automatiserer dataoverføringer fra DIPS til RIS vil også frigjøre ressurser innen kontortjeneste. Disse frigjorte årsverkene vil kunne omdisponeres til andre oppgaver og stillinger innenfor bildediagnostikk, etter hvert som man ser fremtidig utvikling og behov.

Det forventes høyere krav fra klinikerne om god og rask bildediagnostikk. Dette vil antakelig påvirke åpningstiden innenfor bildediagnostikk og kan medføre økt bemanning. I tillegg skal det installeres ytterligere en MR i nytt sykehus i forhold til dagens situasjon, noe som også vil kreve noe økt bemanning. Overføring av aktivitet til Kongsberg sykehus, som ble vedtatt i optimaliseringsfasen, vil frigjøre ressurser tilsvarende en modalitet for konvensjonell røntgen.

Det forventes at økt aktivitet innen nukleærmedisin og BDS kan gjøres med en liten økning i bemanning frem mot 2025. Nytt bygg, nytt utstyr og teknologi, samt samhandling og gode arbeidsprosesser, forventes å gi økt produktivitet også innenfor disse områdene.

Laboratoriemedisin

Aktivitet

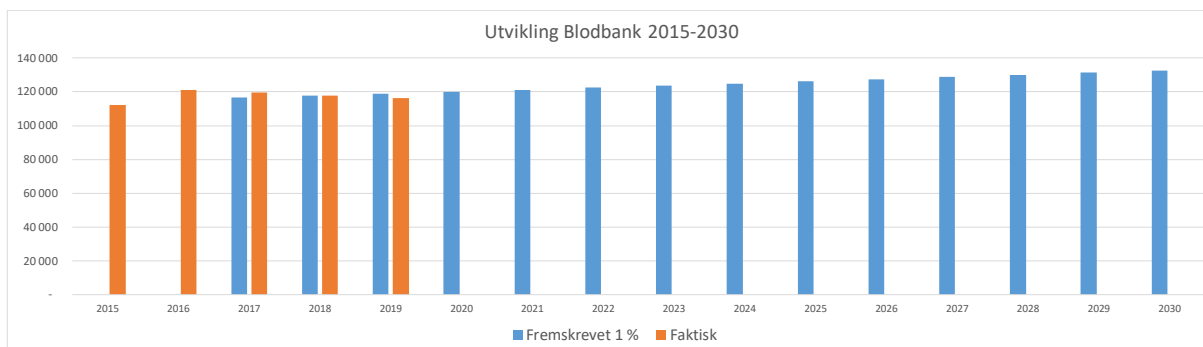
I HFP ble aktivitetsveksten innenfor laboratoriemedisin basert på historisk vekst i perioden 2011–2014 og fremskrevet per år med:

- Blodbank 3,0 %
- Medisinsk biokjemi 5,7 %
- Mikrobiologi 3,5 %

Aktivitetstallene består av både prøver fra inneliggende og polikliniske pasienter. Avdelingen har i flere år hatt fokus på å redusere unødig analyserekvirering. Samtidig arbeides det for å beholde eksterne rekvirenter, da tidligere analysehistorikk gir stor verdi for pasientene ved senere innleggelse. For de inneliggende pasientene er det stadig økende hastegrad for å avklare pasientene, både i akuttmottak og på sengepostene. Det er også en pågående prosess med å etablere flere spesialanalyser ved laboratoriemedisin i VVHF, for å redusere gjestepasientkostnader og effektivisere pasientforløpene ytterligere ved raskere prøvesvar.

Blodbank

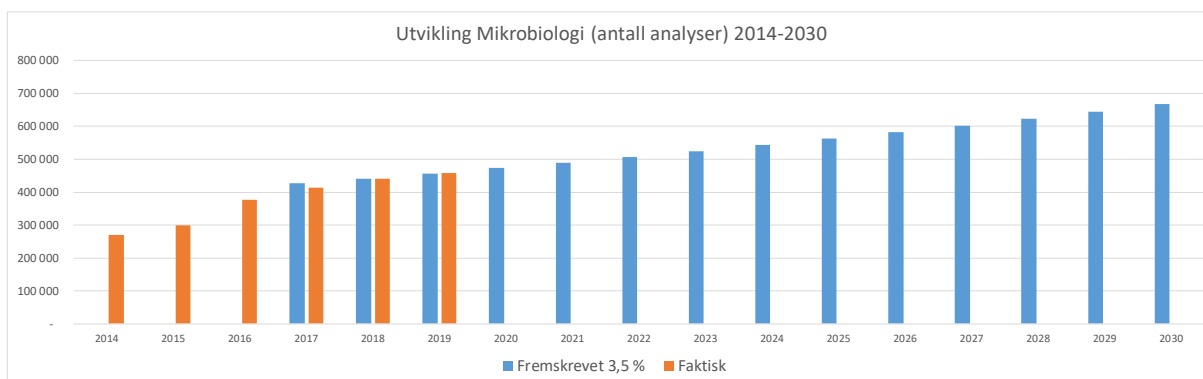
De siste årene har blodbanken redusert eksternt kjøp av blodprodukter, og antall transfusjoner har ikke økt som tidligere forventet. Avdelingen arbeider videre med å effektivisere produksjon og optimalisere utveksling av blodprodukter internt i foretaket. Samtidig arbeides det med å gjøre flere utredninger og spesialanalyser i Drammen, noe som vil gi raskere svar, raskere blodprodukter til pasientene og lavere gjestepasientkostnader. Det er gjort en vurdering av antall analyser, og figur 12 viser faktisk aktivitet 2015-2019 og aktivitet 2019 fremskrevet med 1 % årlig vekst.



Figur 12. Antall analyser blodbank

Medisinsk mikrobiologi

Det er et bredt repertoar av mikrobiologiske analyser i VVHF, og diagnostikken blir stadig mer arbeidskrevende. Dette gjelder spesielt innenfor genteknologi og bakteriologi. Avdelingen arbeider videre med å effektivisere og automatisere arbeidsprosesser. Det er spesielt innen bakteriologi at mye kan automatiseres. Ved automatisering av disse arbeidsprosessene kan analysevolum økes uten tilsvarende økning i bemanning. I tiden frem mot nytt sykehus forventes det behov for økt bemanning. Det er gjort en vurdering av antall analyser, og antall mikrobiologiske analyser har økt mer enn fremskrevet i HFP. Videre arbeid med effektivisering og implementering av automasjonsløsninger i 2025 gjør at framskrivning av aktivitet i henhold til HFP videreføres. Figur 13 nedenfor viser aktivitet 2019 fremskrevet med 3,5 % årlig vekst og faktisk aktivitet 2014-2019.



Figur 13. Antall analyser Mikrobiologi

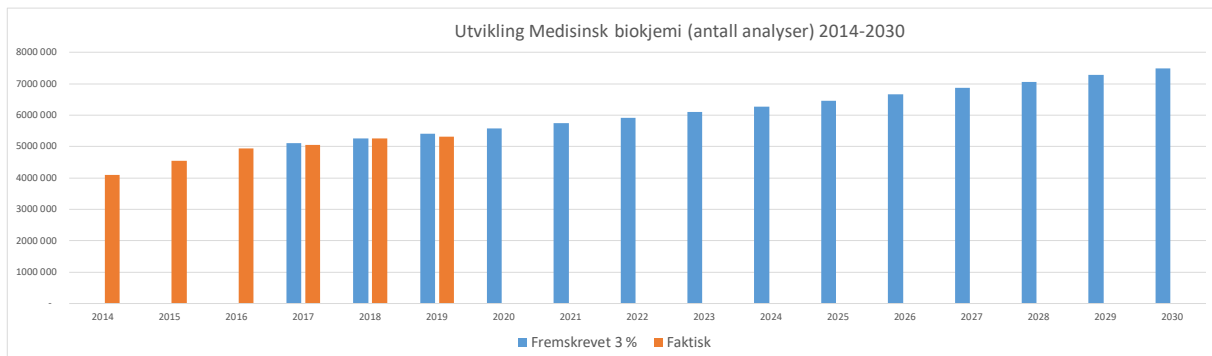
Medisinsk biokjemi

Det er fortsatt en pågående prosess med å utvide analyserepertoaret innen medisinsk biokjemi, og mange analyser innen dette fagområdet er sentralisert til Drammen.

Farmakologi er det fagområdet innen medisinsk biokjemi som forventes å øke mest. Arbeidsprosessene for disse analysene er arbeidskrevende. I nytt sykehus er det planlagt en stor analysehall hvor mange ulike instrumenter kan kobles på, noe som vil gi en betydelig effektivisering.

I forbindelse med anskaffelse av utstyr til hematologi, er det ønskelig å kunne implementere automatisering av blodutstryk ved bruk av kunstig intelligens (cellavision) i 2020/2021. Dette vil bidra til å gjøre flere utredninger og spesialanalyser i Drammen, noe som vil gi raskere svar og blodprodukter til pasientene og lavere gjestepasientkostnader. Det er gjort en

vurdering av antall analyser, og ved fortsatt arbeid med effektivisering og implementering av automatisert blodutstryk forventes nedgang i forhold til tidligere framskriving. Figur 14 nedenfor viser aktivitet 2019 framskrevet med 3 % årlig vekst og faktisk aktivitet 2014-2019.



Figur 14. Antall analyser Medisinsk biokjemi

Bemanning

Felles prøvemottak, automatisert analysehall og automasjonslinje for bakteriologi, vil gi reduksjon i antall årsverk. Samtidig er det krav om utvidet åpningstid på mikrobiologi og utvidet prøverepertoar for å gi raskere prøvesvar og mer effektiv pasientbehandling.

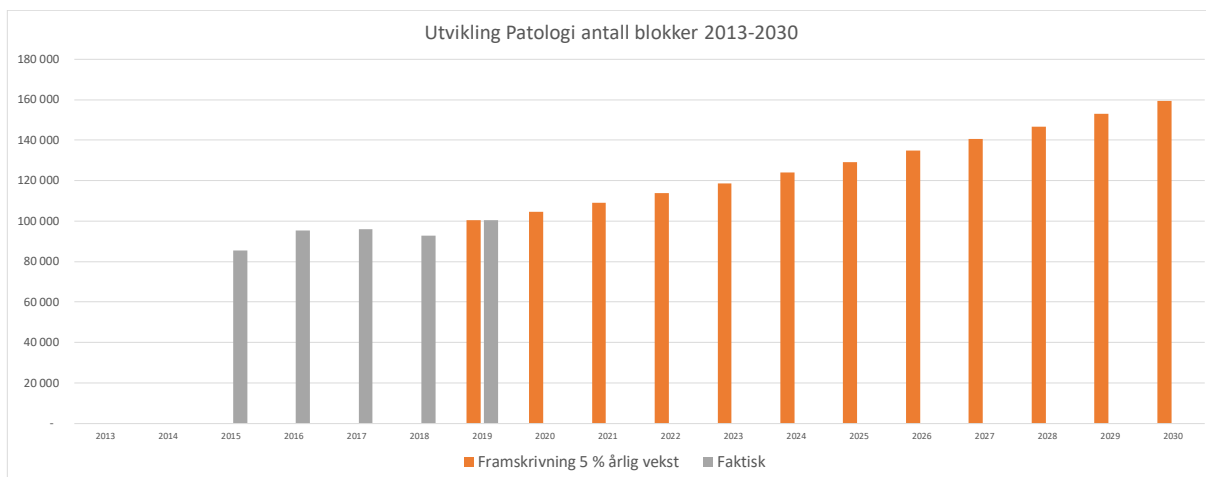
Avdeling for laboratoriemedisin har fokus på å ta i bruk medisinskteknisk utstyr for å redusere prøvehåndtering. Dette gjelder spesielt i analysehall med komplett automasjonslinje og automatisert bakteriologi. Dette vil bidra til at analysevolumene kan økes uten tilsvarende økt bemanning. Samtidig er det stor økning i analyser og økt kompleksitet innenfor områdene farmakologi og genteknologi, noe som vil fortsette i årene fremover. Det forventes at økt aktivitet kan gjøres med dagens nivå på bemanningen etter innflytting i nytt sykehus, forutsatt at bemanningen benyttes på en annen måte enn i dag.

For laboratoriemedisin er det derfor forventet en høyere effektiviseringsgrad enn generelt for klinikken. Det er lagt til grunn 2,4 %.

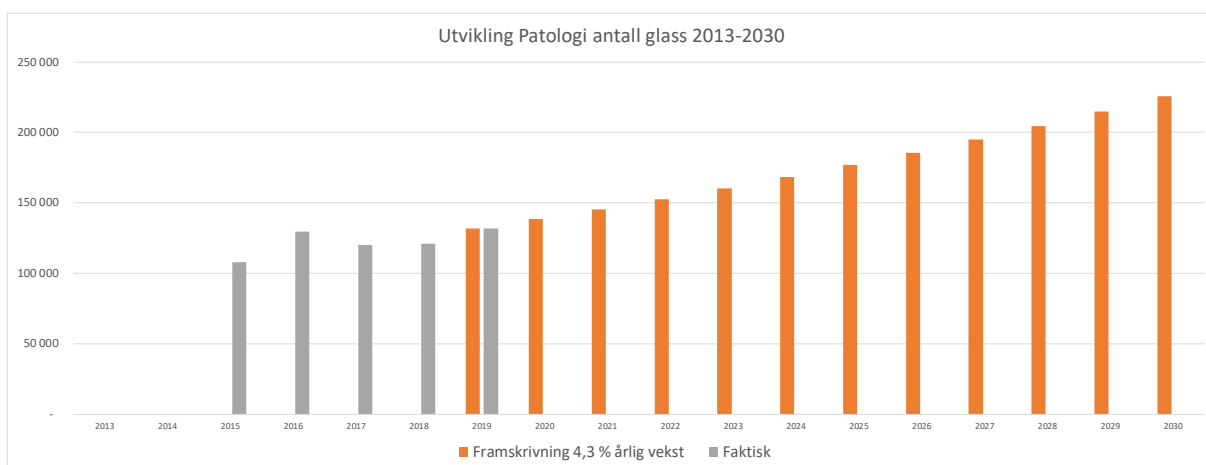
Klinisk patologi

Aktivitet

I HFP ble aktivitetsveksten innenfor patologi basert på historisk vekst i perioden 2011–2014 og framskrevet med 2,1 % per år. Aktivitetstallene har vært basert på remisser, mens det har vist seg mer relevant å telle antall parafinblokker og antall objektglass. Figurene nedenfor viser derfor faktiske parafinblokker og objektglass fra 2015–2019. Ny framskrivning er basert på en forventet årlig vekst med 5 % for parafinblokker og 4,3 % for antall objektglass.



Figur 15. Antall parafinblokker patologi



Figur 16. Antall objektglass patologi

Digital patologi

Mange helseforetak i Norge har tatt i bruk digital patologi. Dette er også et ønske i VVHF. I 2016 startet Nasjonal IKT et prosjekt om digital patologi. I dette prosjektet ble digital patologi definert som digitalisering av hele arbeidsprosessen fra rekvirering til svarrapportering og evaluering av patologidata i nasjonale registre. Prosjektet identifiserte tre overordnede gevinster (jfr. NIKT Digital Patologi Prosjektbegrunnelse V2.0; 26.02.2019):

- Effektiviseringsgevinster
- Kvalitetsgevinster
- Gevinster for andre aktører (dvs. utenfor helseforetakene)

Prosjektet angav at de fleste av effektiviseringsgevinstene var knyttet til kostnadsunngåelse, dvs. kostnader som det enkelte helseforetak eller regionale helseforetak unngår gjennom at det koordineres på nasjonalt nivå. Prosjektet påpekte at realisering av estimerte gevinster forutsetter at både det nasjonale prosjektet og tilhørende regionale prosjekter gjennomføres.

VVHF ønsker å delta i utviklingen av digital patologi, men det er ennå ikke fattet tydelige vedtak om hvordan dette skal videreføres på regionalt og nasjonalt nivå.

Bemanning

Basert på aktivitetsframskrivningen legges det inn en gradvis økning i bemanningen frem til 2025. Fra 2025 til 2030 legges det til grunn uendret bemanning basert på innføring av digital patologi som vil kompensere for økt aktivitet. Det er usikkerhet ift. utviklingen av digital patologi som kan påvirke den forutsatte bemanningsframskrivningen.

Det er nylig vedtatt at det skal innføres et nasjonalt program for tarmscreening. Programmet skal innføres over noen år og starte i 2021. Det vil påvirke aktiviteten og kreve økt bemanning i avdeling for patologi. Dette er en aktivitet som er tilkommet etter planleggingen av NSD og er således ikke lagt til grunn i dimensjoneringen av nytt sykehus. Det tas heller ikke med i vurderingene her, men må vurderes i egen prosess senere.

Økonomiske gevinster medisinsk diagnostikk

Ved å samlokalisere elektiv og akutt radiologi vil man kunne planlegge og utnytte kapasiteten på en mer effektiv måte. Den økte kapasiteten ved bedre utnyttelse vil kunne gi muligheter for å håndtere aktivitetsutviklingen for de pasientene som forventes å trenge oppfølging på sykehuset.

En moderne analysehall for laboratorieanalyser vil gi hurtigere diagnostikk, økt kapasitet og mulighet for å analysere flere prøver enn i dag, med bruk av færre manuelle prosesser og ansatte. Innføring av automatisert bakteriologi vil også bidra til økt kvalitet, raskere svar og effektivisering. Større grad av automasjon og gode logistikk-løsninger vil gi gevinster på klinisk side ved at svartidene reduseres. Dette gir et potensial for reduserte liggetider og effektivisering av pasientforløpene. Automatisering av prosesser innen lab og klinisk patologi krever investeringer, men har et betydelig potensiale for effektivisering og derav gevinstoppnåelse.

Avdeling for laboratoriemedisin i VVHF har hatt gode resultater av å arbeide i nettverk mellom de fire somatiske sykehusene siden 2012. Det forutsettes videre gevinster av dette samarbeidet i fremtiden.

Gode planlagte pasientforløp ved bruk av medisinske støttetjenester vil gi en effektiv pasientbehandling og en god pasientopplevelse.

Opprettelse av en intervensjonsenhet med bildediagnostikk og operasjon vil gi et samlet spesialisert fagmiljø med høy kompetanse.

Det er forventet en betydelig teknologisk utvikling innen automatiserte intelligente diagnostiseringsverktøy innenfor medisinsk diagnostikk. Gevinstene dette gir, er avhengig av hvilke IKT-løsninger og utstyr som kommer i nytt bygg. Det må gjennomføres analyser i forhold til innkjøps- og bemanningskostnader når valg av IKT-løsninger og utstyr skal gjøres. Det må derfor tas forbehold om bemanningsframskrivningen mtp. teknologi og innføring av kunstig intelligens. Samhandling og utnyttelse av personellet på en mest mulig rasjonell måte må ses på tvers av fagområdene i klinikken for å sikre gevinstrealisering.

Gevinstmålene er beregnet som den merproduktivitet som inntreffer som følge av tiltakene, både før og etter ibruktakelsen av nytt sykehusbygg. Det er lagt til grunn en basisproduktivitetstøkning på henholdsvis 2,4 % for laboratoriemedisin og 0,4 % for øvrig aktivitet i klinikken. Gevinstene målt i kroner er beregnet som differansen mellom kostnadene til nødvendig bemanning gitt uendret produktivitetsvekst mot beregnet bemanningskostnad gitt økt produktivitetsvekst.

Konkretisering av måltall for gevinstoppnåelse må differensieres og fastsettes i de respektive delprosjektene som skal planlegge ibruktakelsen av det nye sykehuset.

Totalt gevinstmål for medisinsk diagnostikk i perioden 2021-2030 summerer seg til 24,5 MNOK. Kostnader forbundet med forberedelser til innflytting inngår i samlekostnadene for mottaksprosjektet i økonomisk langtidsplan og er ikke en del av beregningsgrunnlaget for tabellen nedenfor.

Forutsetninger for produktivitetsveksten:

- I bemanning for radiologi og BDS forutsettes en liten økning frem til første halvår 2025. Det økes med 3 årsverk i 2025, da det tas i bruk ytterligere en MR sammenliknet med i dag. Bemanningsnivået fra 2025 videreføres ut perioden.
- I bemanning for nukleærmedisin er det lagt til et ekstra årsverk i 2025 og videreført ut perioden.
- Bemanningen for laboratoriemedisin forutsettes økt med 1 % årlig frem til 2024. Deretter reduseres bemanningen gradvis til 2029, hvor det forventes bemanning på samme nivå som 2019 ut perioden.
- Bemanningen for klinisk patologi forutsettes økt med 2 % frem til første halvår 2025 og videreføres ut perioden.

Tiltak (TNOK)	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Sum
80 - Klinik for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	1 102	1 129	1 159	1 191	93	4 748	3 984	4 041	4 101	3 393	24 942
8401 - Bilde Drammen	843	833	824	814	-931	1 044	1 036	1 027	1 019	1 011	7 520
8461 - Nukleær med	82	81	80	79	-521	78	77	77	76	75	184
8441 - BDS	1	1	1	1	102	205	207	209	211	213	1 153
810 - LAB Laboratoriemedisin avdeling	-464	-466	-468	-470	339	1 966	1 145	1 144	1 142	370	4 237
830 - PAT Avd for patologi	640	680	722	766	1 104	1 456	1 518	1 584	1 652	1 724	11 847

Tabell 8. Gevinster medisinsk diagnostikk

3.3.3. Intern service

Grunnlag for beregning av fremtidige drifts- og vedlikeholdskostnader for nytt sykehus er basert på gjennomført LCC analyse (Life Cycle Cost). Denne angir det totale kostnadsbildet for bygningsmassen gjennom hele levetiden og omfatter både investeringskostnadene og kostnader til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling gjennom hele bruksperioden (FDVU-kostnader).

Drift og vedlikehold

Innen eiendomsdrift ble det i konseptfasen forventet en 15 % rasjonalisering som følge av samlokalisering.

Løpende driftskostnader er beregnet på grunnlag av nødvendige serviceavtaler for de tekniske anleggene, samt 15 årsverk for driftspersonell. Antall stillinger er beregnet på bakgrunn av nøkkeltall fra andre helsebygg.

Ved beregning av driftsmodell og bemanning knyttet til teknisk drift, må omfanget av serviceavtaler sees opp mot behov for kapasitet i egen organisasjon.

Utover årsverk for eiendomsdrift, er det lagt til bemanning/årsverk innen:

- Administrasjon
- Sikkerhetstjenester
- Drift og vedlikehold av utomhus arealer

Som vist i tabell 9 nedenfor gir gjennomført LCC analyse potensiale for reduksjon av antall årsverk innen dette området i størrelsesorden 5 årsverk. Omgjort til kroner er dette anslått å utgjøre en gevinst på 3 MNOK.

Funksjon	Årsverk 2017	Årsverk 2030	Endring årsverk
Driftspersonell		15	
Administrasjon		2	
Sikkerhetstjenester		6	
Drift/vedlikehold utomhus		2	
Totalt	30	25	-5

Tabell 9. Bemanningsutvikling drift og vedlikehold
Bemanning henviser til 2017, da bemanning 2019 ikke tilgjengelig pt.

Renhold og tekstil

Kostnader til renhold omfatter regelmessig og periodisk renhold, samt forbruksmateriell og maskiner. Kostnader er beregnet basert på store arealer og ikke på romnivå.

Regelmessig renhold omfatter primært vask av gulv i alle bruksarealer. Renholdsfrekvensen er satt til:

- 3 g/uke for ansattarealer, som kontorer og laboratoriefunksjoner
- 5 g/uke for sykehusfunksjoner med dagdrift
- 7 g/uke for sykehusfunksjoner med døgndrift

Det er lagt til grunn differensiert renholdstid for de enkelte arealene. Eksempelvis for toaletter der det er lagt til grunn vask av armaturer, klosetter, samt vegger på toalett. Større åpne flater, f.eks. kommunikasjonsareal, har redusert renholdstid da denne typen arealer kan rengjøres maskinelt. Tid forbrukt til rengjøring pr. areal er hentet fra Holtes FDV-nøkkel³.

Beregnete kostnader til renholdere summeres til ca. 57 renholdere på fulltid.

I samarbeid med avdelingen er det basert på dagens ressursbruk beregnet et totalt bemanningsbehov på 84 årsverk i nytt sykehus. Dette dekker alle tjenester innenfor renhold og tekstil. Det er da tatt hensyn til generell effektivisering. Dette gir en redusert bemanning

³ Program for å beregne kostnader knyttet til forvaltning, drift og vedlikehold av bygg.

på 28 brutto årsverk i forhold til dagens drift. Omregnet til kroner utgjør dette om lag 16,8 MNOK.

Funksjon	Årsverk 2017	Årsverk 2030	Endring årsverk
Renhold	112	81	-31
Adm. og ledelse		3	3
Totalt	112	84	-28

Tabell 10. Reduksjon i bemanning renhold

Bemanning henviser til 2017, da bemanning 2019 ikke tilgjengelig pt.

Det vil i påfølgende prosess ses på nye teknologi og løsninger som ytterligere kan redusere bemanningsbehovet.

Det er store kostnader forbundet med arbeidstøy ved dagens drift. Innføring av tøyautomater vil gi god kontroll på håndtering av arbeidstøy og redusere kostnadene. Det er gjort en beregning som viser en årlig besparelse på 200.000 kr fra og med juni 2025.

Personaltøy		
Drammen sykehus	3,8	MNOK
Blakstad sykehus	0,2	MNOK
Beregnet kostnad personaltøy 2019	4,0	MNOK
Besparelse	5 %	Prosent
Årlig besparelse	0,20	MNOK

Tabell 11. Årlig innsparing for personaltøy ved innføring av tøyautomater.

Matforsyning

For matforsyning, inklusive kiosk og kantine, ble det i konseptfasen tatt høyde for at sentralkjøkken og avdelingskjøkken skal ha lengre åpningstid enn i dag. Basert på det økte antallet kunder, ble det lagt inn økt bemanning til kiosk og kantine i forhold til dagens bemanning ved Drammen sykehus.

I forprosjektfasen ble det valgt et mer fleksibelt og fremtidsrettet matkonsept for pasientene med større grad av valgmuligheter og tidspunkt for spising. Kok-kjøøl prinsippet innebærer en endring av driftskonseptet. Erfaringsvis vil konseptet gi mer planlagt og strukturert arbeidsdag for de ansatte. Det resulterer i redusert bemanningsbehov, redusert bruk av overtid og mindre innleie. I den forbindelse er det utarbeidet forslag til bemanningsplaner for sentralkjøkken og kantine, med henholdsvis 18 og 8 årsverk. I konseptfasen ble det planlagt for 6 årsverk for kiosk som er videreført i gevinstplanen.

I tillegg kommer bemanning på kjøkken og matservering for pasienter, totalt syv avdelingskjøkken og to mindre kjøkken. Det anslås 23 årsverk for drift og servering fra avdelingskjøkkenene. I mottaksprosjektet skal det arbeides videre med kartlegging av dagens ressursbruk, samt beskrive oppgavedeling og arbeidsflyt for å lage konkrete bemanningsplaner.

Blakstad sykehus får i dag mat levert fra Bærum sykehus. De ansatte i psykisk helse og rus håndterer maten ut til pasientene selv. Det vil derfor bli en besparelse ved kjøkkenet ved Bærum sykehus ved ibruktakelse av nytt sykehus. Dette er ikke tatt med i beregningen.

Funksjon	Årsverk 2019	Årsverk 2030	Endring årsverk
Sentralkjøkken		18	
Avdelingskjøkken		23	
Kantine/kiosk		8	
Kiosk		6	
Matforsyning totalt	44	55	11

Tabell 12. Bemanning matforsyning

I dagens sykehus kjøpes middag for pasienter fra sykehuset i Vestfold. Endret matkonsept kan gi en besparelse i forhold til dagens kostnader ved lavere produksjonskostnader i eget kjøkken.

Basert på erfaring fra andre foretak som har endret til tilsvarende matkonsept for middag forventes det en reduksjon i matsvinn på 25 %. Dette utgjør totalt 320.000 NOK per år. Se tabell 13 nedenfor.

Mengde matavfall		
Drammen	33,7	Tonn
Blakstad	18,0	Tonn
Totalt mengde matavfall	51,7	Tonn
Andel middag (50 %)	25,9	Tonn
Kostnad per tonn	50	Kr
Total kostnad	1,3	MNOK
Besparelse	25 %	Prosent
Redusert årlig kostnad matavfall	0,32	MNOK

Tabell 13. Årlig redusert matsvinn fra juni 2025.

Avfall

I nytt sykehus er det planlagt avfallssug for restavfall. I 2019 produserte Drammen og Blakstad 6,1 tonn restavfall. Et estimat på manuell tidsbruk for frakt av avfall, viser en besparelse på ca. 1 årsverk basert på 1.900 arbeidstimer per år. Se tabell 14 nedenfor.

Bygg	Antall avfallsrom	Driftsdager	Antall hentinger per år
Sengebygg	8	365	2 920
Poliklinikkbygg	6	240	1 440
Behandlingsbygg	6	240	1 440
Adkomstbygg	5	240	1 200
PHR byggene	3	356	1 068
Totalt	28	1 441	8 068
Antall min per henting (snitt)			15
Totalt antall minutter			121 020
Antall timer			2 017

Tabell 14. Antall timer besparelse i frakt av restavfall.

Økonomiske gevinster intern service

Felles lokalisering av klinikkene, ny bygningsstruktur og teknologiske løsninger vil gi mer rasjonell drift enn i dagens mange lokasjoner i gamle bygg for de fleste avdelingene i intern service.

Intern service er en viktig støtte for de andre klinikkene i sykehuset. Godt samarbeid, oppgavedeling og gode verktøy for samhandling mellom de ulike fagområdene vil gi effektiv drift og muligheter for gevinstrealisering.

Samling av lokasjoner vil gi mindre transportkostnader. Sporing og færre lokasjoner og nye enklere flater som er lettere å renholde, gir redusert bemanningsbehov. Et felles varemottak vil gi effektiv vareforsyning. Økonomiske gevinster vil spesifiseres som en del av utredningen i de ulike delprosjektene. Gevinstene avhenger også av hvilke løsninger og utstyr som installeres i nytt bygg.

Et høyteknologisk bygg vil gi behov for økt teknisk kompetanse i driftsavdelingen. Kvaliteten på bygg og installasjoner gir et godt inn klima for ansatte og pasienter.

For klinikk for intern service kan det ikke vises til produktivetsgevinst basert på produktivetsendringer. LCC-analysen viser antall årsverk for ivareta forvaltning, drift vedlikehold og utvikling av nytt sykehus. Den fremtidige bemanningen er forventet lavere enn ved dagens drift, med en total reduksjon på 22 årsverk.

2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
230	230	230	230	230	219	209	208	208	208	208

Tabell 15. Bemanningsutvikling klinikk for intern service, 2020-2030.

Samlede gevinster er estimert til 13,3 MNOK.

Tiltak (TNOK)	2017	2030	Endring 2017-2030	Effekt i TNOK
50 - Klinikk for Intern service	230	208	-22	13 320
5330 - Matforsyning seksjon DS, 5350 - Matforsyning Seksjon Blakstad, 5360 - Kiosk seksjon DS BS	44	55	11	-6 840
5610 - Servicetorg DS/KS, 5630 - Servicetorg BS/RS/BLAK	5	5	0	240
5740 - Eiendomsdrift seksjon DS, 5760 - Eiendomsdrift seksjon psykiatri	29	25	-4	2 220
5800 - Logistikk seksjon	7	6	-1	300
5530 - Renhold seksjon Drammen, 5560 - Renhold og tekstil seksjon Blakstad	112	84	-28	16 620
5770 - Transport seksjon DS/KS	11	21	10	-6 180
942 - Avdeling for medisinsk teknologi DS/KS	24	12	-12	6 960

Tabell 16. Økonomiske gevinster KIS

3.3.4. Kontortjeneste somatiske funksjoner

Samling av poliklinikk i de somatiske funksjonsområdene gir behov for færre resepsjoner i nytt sykehus. I somatisk virksomhet i Drammen sykehus er det i dag 24 resepsjoner med flere luker. I nytt sykehus vil dette reduseres til 16 resepsjoner med kun en luke i hver. Sammen med innføring av helselogistikk-løsninger, som elektronisk timebestilling og betalingsløsning, samt selvinnsjekk, gir dette redusert behov for helsesekretærer i nytt sykehus.

Framskrivning av antall poliklinikk konsultasjoner ved innflytting i nytt sykehus i 2025, viser et totalt antall på ca. 225.000 konsultasjoner. Ved å legge til grunn at ca. 90 % av disse vil benytte timebestilling på nett, selvinnsjekk og elektroniske betalingsløsninger, vil dette gi en forventet redusert tid for betjening i resepsjoner tilsvarende 20 årsverk basert på 13 min. redusert tid per konsultasjon. Se tabell 17 nedenfor.

		2025	2030
Ant. Konsultasjoner per år		225 000	230 000
Min. per konsultasjon	13		
Ant. Minutter per år		2 925 000	2 990 000
Dager per år	240		
Åpningstid per dag timer	10		
Ant. Min per årsverk		144 000	144 000
Ant. Årsverk		20,3	20,8

Tabell 17. Reduksjon av årsverk ifm. ved innføring av helselogistikk

En samling av kontortjenesten i adkomstbygget legger til rette for et felles inntakskontor og godt planlagt pasientbehandling på tvers av fagområdene. I tillegg vil innføring av ressursstyringsverktøy og roboter forenkle og redusere manuelle arbeidsoppgaver. Dette forventes å gi total reduksjon i antall årsverk for kontortjenesten på 58 årsverk.

Økonomiske gevinster kontortjenesten

Frigjøring av oppgaver for helsesekretærer legger til rette for oppgaveforskyvning som kan føre til mer tid til pasientbehandling for eksempel for legene.

Pasienttilfredsheten vil øke ved at pasientene kan ta del i planleggingen og gjøre mer selv. I tillegg vil et inntakskontor kunne gi bedre planlagte besøk til sykehuset, noe som vil gi en bedre pasientopplevelse og reduserte reisekostnader.

For funksjonen er det ikke mulig å vise til produktivetsgevinst basert på produktivetsendringer. Færre resepsjoner og teknologiske hjelpemidler vil føre til redusert bemanningsbehov i nytt sykehus. Det er forventet å innføre helselogistikk før ibruktakelse av nytt bygg, det er derfor lagt til grunn en gradvis reduksjon i bemanningen.

Det er våren 2020 planlagt oppstart for et prosjekt som skal se på fremtidig oppgaver og drift av kontortjenesten for Drammen sykehus. Det er en fordel om denne organiseringen er innført før flytting, og det er derfor gradvis redusert bemanning fra 2020 til 2030.

Tiltak (TNOK)	2020	2030	Endring	Effekt i TNOK
			2017-2030	
Administrasjon og merkantil tjeneste Drammen sykehus	154	96	58	34 800

Tabell 18. Økonomiske gevinster kontortjeneste

2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
154	150	145	140	130	110	100	100	98	96	96

Tabell 19. Bemanningsutvikling for administrasjon og kontortjenesten, 2020-2030.

3.3.5. Psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Samlokalisering av all sykehuspsykiatri, samt standardisering og fleksibilitet i byggene, gir mulighet for samhandling og økt kapasitetsutnyttelse på tvers av fagområdene innenfor psykiatri og mellom somatikk og psykiatri. Det er betydelige organisatoriske og driftsmessige gevinster ved å utnytte samdriftsfordelene de tilrettelagte lokalene vil gi.

I 2017 ble sykehuspsykiatrien ved Blakstad og Lier sykehus samlokalisert på Blakstad. Dette ble gjort som et ledd i forberedelsene til etablering av en samlet sykehuspsykiatri i nytt sykehus i Drammen, samtidig som man fikk avvirket driften i en dårlig bygningsmasse ved Lier. Det medfører at deler av gevinstene tilknyttet nytt sykehus realiseres i forkant av innflytting.

Det er en tydelig sammenheng mellom det pågående omstillingsarbeidet i klinikk for psykisk helse og rus (PHR), og gevinstene som er beregnet forprosjektrapporten for nytt sykehus. Av den grunn er gevinstberegningene for PHR samlet i et eget kapittel under pkt. 4.1.1 nedenfor. Klinikk for psykisk helsevern og rus har et pågående arbeid med å se på pasientforløp og arbeidsprosesser ved seksjonene innen psykisk helsevern for voksne. Disse forløpene skal videreutvikles før innflytting i nytt bygg.

3.4. Ikke prissatte gevinster

Samlokalisering av somatikk, psykiatri og medisinsk diagnostikk vil gi gode samhandlingsmuligheter på tvers av fagene. Det vil legge til rette for å styrke arbeidet med gode og trygge pasientforløp. Dette vil gi god pasienttilfredshet og -sikkerhet.

Mange av konseptene i nytt sykehus gir store kvalitetsmessige gevinster for pasientene, og vil effektivisere driften. Ensengsrom i døgnområdene gir mindre fare for smitte, og en redusert infeksjonsfrekvens vil medføre redusert liggetid. Ensengsrom forenkler også en del forhold i pasientbehandlingen, med mindre behov for flytting av pasienter. Det vil være enklere å håndtere pasienter med behov for isolasjon, og det vil være mulig å gjennomføre flere undersøkelses- og behandlingsprosedyrer på rommene enn i dag. Samtaler vil også kunne foretas på rommet. Enerom gir grunnlag for bedre kapasitetsutnyttelse ved å unngå at pasienter med behov for enerom opptar et flersengsrom. Det vil også medføre mindre forflytninger mellom sengerom for å oppnå at pasienter på samme flersengsrom passer sammen.

Ensengsrom kan være personellkrevende ved behov for fastvakter og ved behandling av pasienter med særskilte overvåkningsbehov. Det er derfor lagt opp til et flersengsrom med mulighet for overvåkning i hver etasje for å ivareta disse pasientene.

Nytt bygg vil gi gevinster for pasientopplevelsen ved arealer i tidsmessig standard og utforming. Det vil være en stor forbedring i forhold til dagens situasjon i gamle bygg. Nytt bygg med tilrettelagte arealer og godt innemiljø vil gi de ansatte et bedre arbeidsmiljø.

Nytt sykehus vil medføre en oppgradering av medisinskteknisk og annet utstyr. Det vil være inspirerende og stimulerende for de ansatte å kunne ta i bruk ny teknologi som vil gjøre pasientbehandlingen raskere og mer effektiv. Det vil i tillegg gi økte muligheter for digital samhandling mellom parter i helsetjenesten og forenkle arbeidshverdagen.

Nytt sykehus i Drammen er planlagt med stor fleksibilitet og samhandling. Det vil gi muligheter for effektiv pasientlogistikk, kvalitet i pasientbehandlingen og effektive arbeidsforhold. Disse ikke prissatte effektene vurderes til å støtte godt oppunder samfunns målet og målsettingene for god sykehusdrift. Samtidig vil det nye sykehuset fremstå som et lett tilgjengelig og attraktivt sykehus for pasienter, ansatte og pårørende.

3.5. Oppsummering av økonomiske gevinster nytt sykehus

Tiltakene beskrevet overfor er oppsummert i tabellen nedenfor over målsatte gevinster forbundet med nytt sykehus i Drammen. I tillegg kommer gevinster som planlegges oppnådd i klinikk for psykisk helse og rus, jf. kap. 4.1.1 nedenfor.

Gevinstene er å anse som mål for hva som skal oppnås. I det videre arbeidet i mottaksprosjektet vil planene for realisering konkretiseres og forankres i respektive seksjoner, avdelinger og klinikker. Etter hvert som planene konkretiseres, vil det avdekkes om gevinstmålene er for optimistiske eller om det kan oppnås ytterligere gevinster. I arbeidet med de kommende budsjetter og økonomiske langtidsplaner vil gevinstmålene justeres i takt med planlegging og gjennomføring av tiltak. Det vises til kapittel 6 nedenfor.

Samlet gevinstplan summerer seg til 84,5 MNOK. I tillegg kommer PHR med anslagsvis 48 MNOK relatert til tiltak som tilknyttet nytt sykehus. Gevinstene i PHR var i forprosjektrapporten anslått til et høyere beløp. Bakgrunnen for reduksjonen er oppbygging av FACT, samt at det nå er beløpsfestet kun de tiltak som er konkretisert i planer. Samlet er gevinsterne i tråd med gevinsthypotesene som var angitt i forprosjektrapporten, delrapport økonomi.

Tiltak (TNOK)	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Sum
Klinikk Drammen sykehus					1 053	2 103	2 622	2 616	1 572	1 571	11 537
Klinikk for Intern service					6 600	6 000	600				13 200
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	1 102	1 129	1 159	1 191	93	4 748	3 984	4 041	4 101	3 393	24 942
Administrasjon og merkantil tjeneste	2 400	3 000	3 000	6 000	12 000	6 000		1 200	1 200		34 800
Sum alle tiltak	3 502	4 129	4 159	7 191	19 746	18 851	7 206	7 857	6 873	4 965	84 479

Tabell 20. Samlede økonomiske gevinster nytt sykehus, uten PHR.

3.6. Risiko for å ikke oppnå gevinstmålene

Omstillingen til nytt sykehus vil medføre betydelige endringer fra dagens drift, og vil kreve at både ledelsen og den enkelte medarbeider er villig til å samhandle og utrede nye arbeidsformer. Dette vil kreve tydelig linjeledelse i arbeidet med å utrede og iverksette de nye konseptene for virksomheten i det nye sykehuset.

Det er en forutsetning at mellomledere og ansatte får tid til å delta i arbeidet, samtidig med at de skal opprettholde daglig drift på en god og trygg måte.

Ledere med eierskap og kunnskap om endringsledelse vil være en forutsetning for å gjennomføre planlegging og realisering av endringene. Det må vurderes særskilte opplæringstiltak for ledere som er omfattet av disse omstillingene.

Tilgang på administrative ressurser med rett kompetanse kan være en knapp faktor i gjennomføringen. Det er nødvendig at bistand til prosjektet prioriteres.

Det er nødvendig å se på hvilke yrkesgrupper som skal utføre de ulike oppgavene i hele sykehuset. Klinikene må se på tverrfaglig samarbeid for å løse oppgavene på rett nivå. Dette må utredes og forankres, slik at gevinstene ved å nytt bygg oppnås.

Det er viktig med god og kontinuerlig informasjon til alle ansatte, slik at alle kan være med å påvirke sin fremtidige arbeidsplass og få god opplæring i de nye arbeidsmetodene i god tid før innflytting, for å kunne hente ut de planlagte gevinstene.

Det er generelt viktig at alle delprosjektene utreder fremtidige driftskonsepter som er i tråd med de prinsippene som er bestemt for nytt sykehus.

Det er risiko forbundet med innføring av teknologi i VVHF i forkant av innflytting i nytt bygg. Dette omfatter:

- Forsinkelser i innføring av regionale løsninger
- Kapasitet og økonomiske rammer for Sykehuspartner HF
- Kapasitet for innføring i VVHF

Det er usikkerhet forbundet med innføring av kunstig intelligens innenfor medisinsk diagnostikk og digital patologi. Gevinstene vedrørende digital patologi er basert på erfaringer fra andre helseforetak. Det er pt. ikke besluttet at dette skal implementeres i forbindelse med ibruktakelse av nytt sykehus.

Tilgang på rett og tilstrekkelig kompetanse kan være en risiko for å opprettholde høy kvalitet på pasientbehandlingen. Dette gjelder spesielt spesialsykepleiere, radiologer, patologer og bioingeniører. Innenfor drift av en nytt teknologisk bygg vil det være behov for endret kompetanse. Det er viktig at klinikene kartlegger dagens bemanning og fremtidig behov, slik at de er rustet til å ivareta driften ved ibruktakelse av nytt sykehus.

Det er videre risiko forbundet med byggeprosjektet og hvilke byggetekniske løsninger som vil bli implementert. Investeringskostnader opp mot fremtidige driftskostnader må vurderes i alle anskaffelsene. Byggeprosjektet har en investeringsramme som må overholdes. Valg av rimeligere investeringskostnader kan gå på bekostning av høyere driftskostnader i fremtiden. Det er derfor viktig at alle anskaffelser vurderes i forhold til livssyklus-kostnader,

og at prosjektstyret påser at beslutninger om anskaffelser ikke påfører VVHF unødige høye driftskostnader i fremtiden.

Risikoen vil vurderes fortløpende i detaljeringen av alle planene. Det må fortløpende iverksettes risikoreduserende tiltak.

3.7.Kostnader mottaksprosjekt og flytting

Det er beregnet en ekstra kostnad i forbindelse med Mottaksprosjektet på totalt 200 MNOK. Denne kostnaden er fordelt mellom om de ulike fasene i prosjektet og fordelt fra 2021 til 2025. Kostnaden tilknyttet prosjektorganisasjonen VV-NSD er ikke tatt med i dette beløpet, men er beregnet separat og utgjør totalt 69 MNOK i perioden 2020 til 2026.

Område	2021	2022	2023	2024	2025	TOTALT i perioden
Utkjøp fra driftsorganisasjonen	5,0	7,6	7,6	7,6	5,5	33,3
Organisasjonsutvikling	1,5	3,5	3,5	3,0		11,5
Opplæring			5,0	5,0	12,5	22,5
Klinisk ibruktakelse				25,0	75,0	100,0
Flyttekostnader NSD				10,0	12,5	22,5
Små utstyr/inventar					10,0	10,0
Totalt	6,5	11,1	16,1	50,6	115,5	199,8

Tabell 21. Pukkelkostnader NSD

Som tabellen viser er det avsatt midler fra 2021 til organisasjonsutviklingsprosjekter. Det er forventet at klinikkene skal drive disse prosjektene selv, samtidig med drift. Det er derfor ikke beregnet vesentlige kostnader til dette formålet.

Opplæringsprosjektet er forventet å starte opp i 2023. Kostnadsberegningene omfatter utvikling av opplæringsprogrammer og verktøy for å klargjøre de ansatte for drift i nytt bygg. Det er ikke beregnet kostnader til utkjøp for at de ansatte skal tas ut av drift for opplæring.

Kostnadene vedrørende klinisk ibruktakelse vil påløpe fra de første fagområdene får tilgang til nytt bygg sommeren 2024, men hovedandelen vil påløpe første halvår i 2025. Disse kostnadene omfatter ekstra bemanning og FDV i forbindelse med drift ved flere lokasjoner.

Det er forventet at flytteprosjektet vil ha en kostnad i overkant av 22 MNOK.

Det er lagt til en kostnad for utstyr og inventar på 10 MNOK for å dekke opp investeringer som må gjøres i forbindelse med å ha drift på flere lokasjoner.

«Pukkelkostnadene» er beregnet ut i fra erfaringer om faktiske kostnader ved ibruktakelse av AHUS og Kalnes.

4. Prosjektuavhengige gevinster – tiltak for å sikre økonomisk bærekraft i VVHF

4.1. Aktivitetsstyrt bemannings- og ressursplanlegging (ARP)

VVHF har hatt en betydelig vekst i variable lønnsutgifter som lønn til vikarer, overtid og innleie fra vikarbyråer i de siste årene. Samlet sett utgjorde kostnadene i 2019 337 MNOK ekskl. sosiale utgifter, en vekst på 9,5 % fra 2018, se tabell 22 nedenfor.

Kostnader VVHF	2 017	2 018	2 019
Innleid arbeidskraft	37 536	29 680	31 648
Overtid og ekstrahjelp	251 055	277 775	305 017
Sum	288 591	307 455	336 665
Endring fra året før		6,5 %	9,5 %

Tabell 22. Utvikling i personalkostnader.

Sammenliknet med sykehus som har innført aktivitetsstyrt bemanning og ressursplanlegging (ARP) har VVHF en høyere andel av de totale lønnskostnadene som variabel lønn.

Sykehusene som har innført metodikken har redusert bruk av innleie, vikarbyråer og overtid. Overtid, som i hovedsak utføres av egne ansatte, og innleie fra vikarbyrå innebærer dyrere timer enn arbeid utført av egne ansatte med tilsvarende kompetanse innenfor normaltid. En høy andel innleie innebærer oftest mindre kontroll på kompetanse, og kan føre til rett til fast stilling om innleie foretas over lang tid.

VVHF har hadde en betydelig reduksjon av innleie fra 2017 til 2018, men en mindre økning igjen i 2019. Veksten i overtid og ekstrahjelp har vært høy i samme periode. Utviklingen innebærer både en risiko for redusert økonomisk bærekraft og redusert kompetanse og kvalitet i arbeidet.

Innføring av ARP handler om å utvikle en tydelig sammenheng mellom planlegging og styring av:

- Kapasitet (eks. poliklinikkrom og operasjonsstuer)
- Aktivitet (pasientrettet)
- Bemanning og kompetanse
- Planmetoder og nye måter å planlegge arbeidstid og arbeidsplaner
- Styring og oppfølging av bemanning og arbeidsplaner
- Reduksjon av smådriftsulempen (eks. gjennom å planlegge bemanning for små enheter eller enheter med manglende kompetansedekning)
- Styring av vikarer – intern bemanningsløsning

Det har hittil vært vanskelig å se alle disse områder i sammenheng grunnet utilstrekkelige datasystemer og planmetoder. Innføring av helselogistikk vil gi vesentlig forbedring. I tillegg vil foretaket prioritere utvikling av nye styringsdata. ARP kombinert med nye teknologiske løsninger og bedre styringsdata kan virke gjensidig forsterkende.

De viktigste effektene av ARP er:

Redusert variasjon i bemanning i forhold til aktivitet. Metoden bygger på samlet planlegging, på tvers av yrkesgrupper og enheter, eksempelvis lege/fysioterapeut-/sykepleier/sekretær, poliklinikk/døgn, støttefunksjoner/drift, diagnostikk/behandling. Aktiviteten er grunnlaget for alle planene. Det innebærer at avdelinger bemannes i samsvar med behov tilknyttet pasienter som faktisk er tilstede.

Økt arbeidet tid for egne ansatte gjennom redusert bruk av innleie, overtid og vikarbyrå. Dette fremkom etter sammenslåingen av Blakstad og Lier sykehus, der opprettelsen av et bemanningsteam har ført til nyansettelser og reduksjon fra om lag 1.000 tilkallingsvikarer i 2018 til 290 ved utgangen av 2019. Tilkallingsvikarene får systematisk opplæring og oppfølging gjennom kontraktperioden. Målet for bemanningsteamet ved Blakstad er bl.a. å redusere bruk av tilkallingsvikarer og innleie fra vikarbyrå.

Gjennom *kompetanseplanlegging og ny oppgavedeling* arbeides det systematisk for å dreie aktivitet mellom yrkesgruppene, eksempelvis gjennom å øke andel kontroller av fysioterapeuter for ortopediske pasienter, kontroller av epilepsipasienter av sykepleiere osv. En slik dreining kan gi økt samlet kapasitet og lavere kostnad per poliklinisk opphold.

Sykehus som har anvendt metodikken systematisk, har redusert vikarbruk og bruk av bemanningsbyrå betydelig. I tillegg er andel av samlet arbeidet tid med egne ansatte økt. Helse Bergen HF er et eksempel på et foretak som har oppnådd effekter ved innføring av ARP. Det er fremlagt følgende tall som sier noe om utviklingen:

- Antall tilkallingsvikarer ble redusert fra 2.700 i 2009 til 790 i 2016 (for foretakets 12.300 ansatte).
- Om lag 10-15 månedersverk innleid fra vikarbyrå i 2018.
- Sykehuset har bedret sin økonomi over en årrekke som følge av dette.

VVHF har opprettet et tverrfaglig team for innføring av ARP i foretaket. Teamet er satt sammen av ressurser fra stab Kompetanse, stab Økonomi og stab Medisin og helsefag. Teamet skal støtte linjen i arbeidet med å implementere ARP-metodikk. Teamet vil ha ansatte med erfaring fra ARP-implementering og spesialkompetanse på analyse av pasientforløp, aktivitet, kapasitet, bemanning og arbeidsplanlegging. Teamet vil fungere som et innsatsteam for å implementere ARP på bl.a. sommerturnus for noen av klinikkene i 2020.

I løpet av 2020 skal ARP også frigjøre ressurser til lokale bemanningsplanleggere. Dette er ansatte som skal støtte linjeledere med å utvikle arbeidsplaner basert på ARP-metodikk. Videre skal ARP gradvis utvikle VVHF sin interne bemanningsløsning. Behov for syke- og ferievikarer skal i økende grad håndteres av egne ansatte og ikke av tilkallingsvikarer. Vikarordningen skal rekruttere og drive opplæring av de vikarer som benyttes. Dette innebærer at arbeidet overtid og bruk av vikarbyrå i økende grad erstattes av ordinært lønnet arbeidstid.

ARP-teamet vil arbeide systematisk med klinikkene sammen med stab Teknologi og øvrige ressurser fra stab Medisin og helsefag for å innføre arbeidssparende teknologi, eks. helselogistikk og programvareroboter. Erfaringene med programvareroboter spesielt i Helse

Vest RHF er svært lovende, og viser at en betydelig andel av manuelle og repeterende oppgaver, eks. overføring av informasjon mellom fagsystemer, kan erstattes av programvare. Innføringen av slik programvare er i hovedsak selvfinansiert i innføringsåret i henhold til erfaringer fra Helse Vest RHF⁴.

For å opprettholde resultater over tid må VVHF videreutvikle styringsrapportene, slik at ledere og ARP-team har levende styringsinformasjon om sammenhenger mellom aktivitet og bemanning. Dette inngår som en investeringskostnad i gevinstberegningene nedenfor.

ARP-teamet vil i fokusere på følgende områder i 2020:

- Klinikk for psykisk helse og rus:
 - Blakstad og BUPA
 - Bemanningsteam og bemanningsplanleggere
 - Sommerturnus
- Drammen sykehus:
 - Akuttforløpet
- Tiltak som treffer flere klinikker:
 - Sommerturnus i 2020
 - Akuttforløpsforbedringer
- KMD:
 - Bildediagnostikk
 - Sommerturnus
 - Bemanningsplanleggere
- Programvareløsninger for å effektivisere administrative prosesser
- Styringsdata for å understøtte forbedringsarbeidet

Økonomiske gevinster ved innføring av ARP

Beregning av økonomiske effekter ved implementeringen er foretatt på overordnet nivå. Tiltak vil bli fortløpende konkretisert på klinikk- og avdelingsnivå. Det henvises til overordnet arbeidsplan (vedlegg 3).

- For VVHF er beregnet effekt totalt 82 årsverk fram til 2025 og 200 årsverk fram til 2030 regnet med 2019 som basisår.
- For PHR er det utviklet en konkret omstillingsmodell som er beskrevet i neste avsnitt. I 2020 og 2021 er det lagt inn gevinst på endring fra døgn- til dagbehandling i PHR som gir merinntekter.

Effekter	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Totalt
Årsverk VVHF samlet	30	26	28	7	0	9	15	22	17	17	28	200
Estimert reduksjon i bemanningskostnad samlet (TNOK)	18 000	15 300	16 818	4 249	86	5 525	9 164	13 405	10 447	10 491	16 536	120 020
Merinntekter PHR TNOK	7 039	4 865	4 615	3 124	2 124	5 747	5 747	5 497	5 247	4 247	4 247	52 499
Nødvendige investeringer VVHF samlet TNOK	1 150	1 300	1 450	1 600	1 750	1 900	950	1 050	1 150	1 250	1 350	14 900

Tabell 23. Beregnede gevinster samlet for foretaket ved innføring av ARP

Tabellen over omfatter:

- Gevinster grunnet ARP i PHR og øvrige klinikker

⁴ Bruk av robot i Helse Vest sitt administrasjonsarbeid, Helse Vest IKT

- Gevinster knyttet til økt innsats i FACT og økte inntekter grunnet den økte innsatsen i FACT
- Investeringer tilknyttet automatisering

Innføring av ARP understøtter oppgaveglidning og målsetting om økt andel heltidsstillinger.

4.1.1. PHR

Tiltakene i PHR omfatter arbeid med ARP, etablering av modeller for styringsdata, innføring av helseteknologi og programvareroboter. Dette innebærer at effektene omfatter tiltak knyttet til aktivitetsplanlegging, bemanningsplanlegging, innføring av ny teknologi, og etablering av styringsdata for å understøtte endringer. Det er en ytterligere forutsetning at PHR skal egenfinansiere innføring av FACT-team etter en innledende periode med eksternt tilskudd til finansieringen.

Tiltakene omfatter:

- Styrke FACT tilbudene både gjennom økt kapasitet og aktivitet og at PHR skal finansiere alle FACT stillinger over eget budsjett.
- Endring i tilbud i DPS med endring fra døgn- til dagbehandling. Dette tiltaket er en konsekvens av FACT-etablering som medfører redusert behov for døgnbehandling, og økt behov for nye tilbud som intensiv dagbehandling. Endret tilbud fra døgn til dag gir økte ISF-inntekter.
- Utvikle mer omfattende samarbeid mellom seksjoner for å tilpasse bemanning til aktivitet i sommerferien, herunder samle virksomhet under sommerferieavviklingen.
- Endringer i tilbudet i sykehuspsykiatrien med midlertidig etablering av ekstra akutteam og korresponderende reduksjon i kapasitet i Asker DPS.
- Utvikle sammenhengende modeller og data for styring av pasientforløp, aktivitet og bemanning i PHR.
- Systematisk utvikling av avstandskompenserende teknologi og erstatning av manuelle oppgaver med digitale prosesser.

Det er nødvendig med enkelte investeringer i teknologi og styringsinformasjon.

Innføring av FACT er et av de viktigste tiltakene i PHR. Det har vist seg å kunne motivere pasienter for å kontinuere behandling og gir bedre mulighet for å fange opp tilbakefall av sykdom tidlig. Videre synes FACT å ha bidratt i vesentlig grad til et betydelig fall i innleggelser ved Blakstad sykehus. Ved utgangen av 2019 er det målt en reduksjon i antall innleggelser på 20 % i forhold til 2018.

Som omtalt under prosjektavhengige gevinster ovenfor, er det pågående arbeidet i PHR en del av planleggingen for innflytting i nytt sykehus. Det er vanskelig å skille effekter av tiltak som er tilknyttet nytt sykehusbygg, og effekter av tiltak som uansett kan iverksettes. Det viktigste tiltaket ble etablert i 2017 da sykehusene Lier og Blakstad ble slått sammen. Disse effektene vil realiseres til en viss grad før innflytting i nytt sykehus.

Prosjektavhengige tiltak NSD

PHR har drift på en rekke forskjellige lokasjoner i VVHF, eks. ARA Konnerud i Drammen, ARA i Hauges gt. i Drammen og ARA på Blakstad. For BUPA er tilbudet spredt på Bjerketun og på tre forskjellige driftsenheter i Drammen. I praksis er det vanskelig å få til et effektivt samarbeid om kompetanse og bemanning med en så spredt struktur. Strukturen innebærer at PHR har betydelige smådriftsulemper. I tillegg innebærer dette betydelige utfordringer i å dekke opp kompetanse, spesielt for leger, psykologer og sykepleiere. En av seksjonene har eksempelvis 24 % av arbeidskraften som innleie og overtid, en betydelig del av dette skyldes mangel på kompetanse.

En samling av PHR tilbudene ved en lokasjon vil gi gevinster gjennom reduserte smådriftsulemper. Ved å samle 167 døgnplasser i PHR realiseres samdrift av bemanning og kompetanse i tillegg til bedre forløpsstyring og samarbeid med somatikken. Innenfor TSB utvikles i tillegg et nytt rusakutt tilbud. Samlet sett er effektene av samlokalisering beregnet til 30 MNOK etter innflytting i NSD.

Ved samlingen av Lier og Blakstad sykehus på Blakstad hadde PHR en utfordring i forhold til kapasitet, spesielt i akuttaksen. Denne kapasitetsutfordringen ble ytterligere forsterket av endringer i lovverket i forhold til pasientenes samtykkekompetanse:

Lovendringen 1.9.17 betød at tvungent psykisk vern må opphøre når pasienten gjenvinner sin samtykkekompetanse. Dette har fått klare konsekvenser for pasienter som er på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold, og som nå i et ikke ubetydelig antall avslutter sin medikamentelle antipsykotiske behandling, noe som gjør at de raskere får tilbakefall, og at det tar tid før de igjen blir innlagt siden den tvungne oppfølgingen er avvirket. Dette betyr flere og raskere tilbakefall og sikrere pasienter som blir innlagt, og som derfor må behandles lenger før de kan skrives ut.

For å håndtere denne kapasitetsutfordringer ble det først utviklet et åpent tilbud for psykosebehandling på Asker DPS, deretter måtte PHR øke kapasitet i akuttaksen midlertidig. I samme periode har PHR utviklet FACT-tilbud som avlaster Blakstad i betydelig grad i forhold til innstrøm av pasienter. I 2020 har PHR utviklet bedre måter å håndtere pasientforløpene på, og kan dermed redusere kapasitet ved Asker DPS.

I BUPA er bakgrunnen for tiltakene permisjoner i helg og ferier. Permisjoner er en del av behandlingsopplegget i BUPA. Det innebærer at pasienter kan være hjemme i helg og ferier og i behandling i andre perioder. BUPA har på samme måte som Blakstad arbeidet mye med forløpsplanlegging og utviklet mer målrettede ambulante tilbud som avlaster døgnbehandlingen. Dette innebærer at BUPA kan redusere kapasitet i helg i løpet av 2020.

Utover dette har BUPA og Blakstad potensiale for bedre styring av bemanning og kompetanse i forhold til aktivitet (iht. ARP-metodikken).

I sum er effektene av disse tiltak beregnet til vel 18 MNOK.

Tabellen nedenfor viser samlede tiltak i PHR i forhold til gevinstplan NSD og økonomisk bærekraft VVHF for perioden 2020-2030. Tiltakene er gruppert i tiltak tilknyttet NSD og øvrige tiltak. Totale økonomiske effekter er beregnet til vel 80 MNOK. Tiltakene i 2020 gir

uttrykk for styringsfart inn mot neste år. Dette innebærer at tiltak år 2020 forventes realisert først påfølgende år.

Avdeling/seksjon	Tiltak	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Sum
NSD: Blakstad, BUPA døgnet, Nevro og Rusakutt	Synergier av samlokalisering	-	-	-	-	-	9 000	9 000	9 000	3 000	-	-	30 000
NSD: Blakstad og BUPA døgnet	ARP	3 000	6 000	6 000	3 000	-	-	-	-	-	-	-	18 000
Sum NSD relaterte effekter		3 000	6 000	6 000	3 000	-	9 000	9 000	9 000	3 000	-	-	48 000
DPS	FACT etablering og aktivitetsvekst for alle FACT	997	624	374	124	-876	-253	-253	-503	-753	-1 753	-1 753	-4 025
DPS	Omstilling fra døgnet til dag	6 641	6 641	6 641	-	-	-	-	-	-	-	-	19 923
Alle avdelinger	Nettverkssamarbeid om bemanning i sommerferie	6 000	600	618	637	656	675	696	716	738	760	783	12 879
ADPS/Sikta, Blakstad/BET og Akuttaksen	Endring i kapasitetstilpasning ADPS og Blakstad	5 400	1 800	1 800	-	-	-	-	-	-	-	-	9 000
Alle avdelinger	Avstandskompenserende teknologi og programvare roboter	-	300	600	612	630	649	669	689	709	731	753	6 342
Sum øvrige effekter		19 038	9 965	10 033	1 373	410	1 071	1 112	902	694	-262	-217	44 119
Samlede beregnede effekter PHR		22 038	15 965	16 033	4 373	410	10 071	10 112	9 902	3 694	-262	-217	92 119
Samlet investeringsbehov		950	1 050	1 150	1 250	1 350	1 450	450	500	550	600	650	9 950

Tabell 24. Beregnede gevinster PHR.

Som nevnt over er det problematisk å skille prosjektavhengige og prosjektuavhengige gevinster i PHR. Forprosjektrapporten anslo noe høyere bemanningsreduksjoner enn det som her er lagt til grunn. Dette skyldes til dels nettoeffekter av at etablering av FACT gir en økt bemanning, men også at det i oversikten over kun er tatt med de forventede gevinstene som er tilknyttet planlagte aktiviteter. Potensialet for økte gevinster er følgelig til stede, og vil bli innarbeidet i planen når det kan konkretiseres nærmere.

4.1.2. Risiko

Risiko i modellene omfatter samlet sett:

- Gjennomføring av tiltak basert på en felles metodikk både i og på tvers av klinikker.
- Tilstrekkelig kapasitet til å utvikle ARP-team og bemanningsplanleggere.
- Investeringsmidler og kapasitet for innføring av ny teknologi og styringsinformasjon over bemanning, aktivitet og pasientforløp.
- Reduksjon av bemanning ved innflytting i nytt sykehus, dvs. om bemanning kan reduseres til rett tid.

4.2. Innføring av ny teknologi

Et satsingsområde for VVHF er å ta i bruk teknologiske løsninger som gir bedre og mer effektive helsetjenester. Det er identifisert fem områder med et betydelig potensiale for gevinstrealisering gjennom innføring av ny teknologi:

1. IKT-løsninger for bedre informasjonsflyt og forløpsstyring

2. Mobile løsninger
3. Avstandskompenserende teknologi
4. Kunstig intelligens
5. Automasjon (robotisering)

4.2.1. Realisering av gevinster ved innføring av ny teknologi

Innføring av ny teknologi forventes å gi gevinster gjennom blant annet mer effektiv utførelse av arbeidet og bedre tilgang til styringsinformasjon. Gevinstberegninger knyttes til hvert innføringsprosjekt i planleggingsfasen. Gevinster må ses opp mot kostnader til anskaffelser, implementering og fremtidig forvaltning av nye løsninger. For å sikre realisering av gevinster må det settes på tverrfaglige team med ansatte fra linje, stab og Sykehuspartner i innføring av nye løsninger. Det er en forutsetning at det settes tydelige mål til gevinstrealisering for hvert innføringsprosjekt, og at gevinstene forankres i de enheter som forventes å oppnå ressursbesparelser eller økt kvalitet.

Tiltak for å redusere/minimere kostnader ved innføring av ny teknologi

Kostnader knyttet til innføring av ny teknologi omfatter både etableringskostnader i forbindelse med innføringen (investeringskostnader og prosjektkostnader), og driftskostnader når løsningen er i bruk. Kostnadsbildet er komplisert, spesielt på IKT-siden hvor kostnaden primært påløper hos Sykehuspartner. En del av kostnadsbildet er at teknologiprojektene gir behov for ny kompetanse (teknologikompetanse og prosjektkompetanse). VVHF har flere tiltak for å minimere kostnadene. Dette omfatter bedre kontroll med kostnader fra Sykehuspartner og andre leverandører, forenkling og standardisering, herunder redusere antall applikasjoner i bruk, samt samarbeid med Sykehuspartner om ressurser og opplæring av personale. Det er også prioritert å hente inn ekstern finansiering til innovasjonsprosjekter.

Tiltak for å realisere gevinster ved innføring av ny teknologi

For å sikre gevinstrealisering ved innføring av ny teknologi, må gevinstrealisering planlegges og følges opp systematisk og helhetlig. Mange av løsningene forutsetter endringer i bemanning, organisering, forløpsstyring og ikke minst endring i arbeidsprosesser. For å skape tydeligere sammenhenger mellom teknologiske løsninger og gevinster er det avgjørende at gevinstarbeidet organiseres slik at eierskap til gevinstuttak er tydelig plassert, og at enhetlig metodikk anvendes for å realisere gevinster knyttet til bemanning og aktivitet.

Gjennomgående må tjenesteproduksjonen organiseres slik at det gir et samlet gevinstuttak, f.eks. i overgang fra betjente til selvbetjente skranke. Hvis alle poliklinikker har ulike løsninger, kan effekt per poliklinikk være så liten at gevinstene blir redusert arbeidsbelastning snarere enn reduserte kostnader og/eller økt produktivitet. På samme måte kan videokonferanser mellom ansatte bidra til reduserte reisekostnader og tidsbruk til reise, men det forutsetter at man også ser kritisk på antall møter, antall deltagere i møter, tid per møte, og andre tiltak som kan skape reell effektivisering.

Det er utviklet maler for identifisering og oppfølging av gevinster. Malene er blant annet tatt i bruk i forbindelse med godkjenning av business case for MTU-investeringer på laboratorieområdet og i prosjekt for egenregistrering fra epilepsipasienter.

Det er igangsatt arbeid for å innføre en enhetlig metodikk for gevinstvurdering i forbindelse med nye prosjekter og investeringsbehov. Det er videre etablert en modell for vurdering av positive business case der investeringsrammene kan overskrides om caset dokumenterer inntjening i løpet av et til to år. Det etableres en oppfølgingsmodell der gevinstberegningene og resultatoppnåelse inngår som tema i de ordinære oppfølgingsmøtene med klinikk og stab.

VVHF deltar med ressurser i prosjekt for helselogistikk og i prosjekt for multimediaarkiv/samhandlingsløsning (radiologi). VVHF har innført et sentralt koordineringspunkt for mottak og koordinering av regionale ressursforespørsler. I tillegg etableres en modell for intern porteføljestyling der ledergruppen er porteføljestyret. Opplæring i porteføljestyling er planlagt våren 2020.

4.2.2. Risiko

De største risikoområdene for å få tatt ut gevinster av ny teknologi er:

- Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i innføringsprosjektene.
- Uklare mål for gevinstrealisering, samt manglende forankring i operative enheter.
- Forsinkelser i innføringen av regionale prosjekter og/ eller leveransekapasitet hos Sykehuspartner HF.

4.2.3. IKT-løsninger for bedre informasjonsflyt og forløpsstyring

Som beskrevet i et tidligere kapittel er NSD planlagt med en forutsetning om at det skal etableres moderne IKT-systemer for å oppnå effektive arbeidsprosesser og definerte gevinster. Spesielt gjelder dette systemer som helselogistikk, sterilsentral og sporing/lokalisering. De samme IKT-løsningene planlegges innført ved de øvrige sykehusene i VVHF. Gevinster knyttet dette vil beregnes i forbindelse med innføring av løsningene.

Det forventes at innføring av helselogistikk vil gi gevinster innenfor:

- Ressursstyring og planlegging
- Kommunikasjonsflyt og varsler
- Bestilling og håndtering av servicefunksjoner
- Innsjekk og oppgjør

I løpet av 2020 vil det bli utviklet mer konkrete planer på disse områdene og sammenheng mellom ARP og effekter av helselogistikk. VVHF deltar med ressurser i det regionale gevinstprosjektet knyttet til helselogistikk.

Modeller for forløpsstyring støtter planlegging og styring i sykehus med utgangspunkt i flytsperspektiv og optimalisert ressursbruk. Optimalisering med fokus på flyt vil gi pasientene en bedre opplevelse av møtet med helsevesenet hvor unødvendig venting som følge av flaskehals i sykehusene reduseres. Gode forløpsmodeller viser flytinformasjon som vil bistå ledere på ulike nivåer til å styre arbeidsoppgaver, ressurser og pasientflyten i sanntid. Videre vil ledere på overordnede nivåer få en sanntidsoversikt over flyten i sykehuset på tvers av avdelinger og enheter. Det gjør at ressursene kan styres dit hvor behovene er størst med tanke på optimal flyt av pasienter.

4.2.4. Mobile løsninger

Mobile løsninger vil frigi tid for ansatte ved at informasjon i større grad blir tilgjengelig der de er. VVHF har allerede i bruk flere mobile løsninger, eksempelvis mobile røntgenapparater og «Jonathan Clean» (løsning basert på ipad for renholdere). I 2019 tok foretaket i bruk en ny app for sikker identitetskontroll ved blodtransfusjoner på sengepost, Bedsideld. Det pågår en rekke tiltak for flere mobile løsninger, og i 2020 er det avsatt investeringsmidler for nye prosjekter. Innføring av regional løsning for helselogistikk vil gi behov for investeringer i mobile enheter i foretaket.

TILTAK	STATUS	ANSVAR
Innføring av sikker mobil plattform (EMM – entreprise mobile management)	Innføres våren 2020 i regi av Sykehuspartner (STIM).	Stab teknologi
Mobilapplikasjon for Medusa (medisinsk teknisk utstyr)	ROS-analyse er godkjent. Prosjektet er i planleggingsfasen.	Stab teknologi
Mobilapplikasjon for Lydia (byggteknisk)		KIS
Innføre regional standard for arbeidsflate / mobile enheter	Utredes i regi av Sykehuspartner/STIM	Stab teknologi
Identifisere kandidater for mobile løsninger i foretaket	I forbindelse med budsjettprosessen	Klinikk
Forberede innføring av regional løsning for helselogistikk	Vil starte etter sommeren 2020	Stab fag / stab teknologi

Tabell 25. Tiltak mobile løsninger

Økonomiske gevinster av innføring av mobile løsninger er så langt ikke beregnet. Krav til dette vil stilles til de enkelte innføringsprosjektene.

4.2.5. Avstandskompenserende teknologi

VVHF har igangsatt tiltak for å øke bruken av avstandskompenserende teknologi, både for kommunikasjon med pasienter og for kommunikasjon mellom helsepersonell.

Program for medisinsk avstandsoppfølging koordinerer aktiviteter for innføring av nye tjenester innen egenregistrering, videokonsultasjoner og sensormålinger. Programmet gjennomføres i tett samarbeid med Sykehuspartner. I 2019 innførte VVHF muligheten for egenregistrering av egen helsetilstand for epilepsipasienter. I tillegg har VVHF utstrakt bruk av elektroniske møter internt i foretaket og med samarbeidspartnere..

Egenregistrering fra pasient, videokonsultasjoner og sensormålinger

Medisinsk avstandsoppfølging forventes å gi betydelige effekter både for pasientene, helseforetaket og for samfunnet. PA Consulting Danmark har utarbeidet et businesscase for seks ulike pasientforløp som viser at den største gevinsten er knyttet til bortfall av konsultasjoner ved oppmøte (reduksjon på mellom 6 % og 31 %)⁵.

De regionale helseforetakene har gitt et felles innspill til arbeidet med Nasjonal Helse- og sykehusplan der man har sett nærmere på hvor stor andel av pasientene som kan egne seg

⁵ ANALYSE AF PATIENTRAPPORTEREDE OPLYSNINGER (PRO) Hovedrapport 2. mars 2015

for medisinsk avstandsoppfølging, basert på analyser av fire ulike pasientgrupper (epilepsi, diabetes, prostatakreft og HIV). Med utgangspunkt i polikliniske konsultasjoner gjennomført uten prosedyrekoder (i overkant av 32 %) antas at minimum 16 % vil egne seg for oppfølging ved hjelp av egenregistrering.

Basert på dette, samt at den teknologiske utviklingen i økende grad gjør det mulig å gjennomføre prosedyrer hjemme (sensormålinger og prøvetaking), og kombinert med høykvalitets bilde og videokommunikasjon, er det generelt forventninger om 20 % reduksjon i oppmøtekonsultasjoner innen 2030. Helse Sør-Øst RHF har i regional utviklingsplan satt som mål at behovet for polikliniske konsultasjoner reduseres med 20 % gjennom medisinsk avstandsoppfølging eller nettkonsultasjon.⁶ Det ble i 2019 gjennomført 415 000 somatiske polikliniske konsultasjoner ved VVHF⁷. Et bortfall på 20 % av konsultasjonene ved oppmøte i 2030 vil utgjøre ca. 83 000 konsultasjoner årlig.

Hvis forventede effekter som følge av implementering av medisinsk avstandsoppfølging realiseres, vil dette i stor grad bidra til å redusere veksten i poliklinisk aktivitet inne på sykehuset. Det er viktig å merke seg at dette ikke tilsvarer en reduksjon i totalt antall konsultasjoner, da en andel av de 20 % som ikke møter opp på poliklinikken fortsatt må vurderes av en sykepleier eller en lege, men da basert på egenregistrering evt. supplert med telefon- eller videokonsultasjon. Imidlertid er det nærliggende å tro at innebygd logikk i de digitale løsningene vil bidra med klinisk beslutningsstøtte, noe som igjen vil redusere behovet for manuelle kliniske vurderinger i en del av tilfellene⁸.

Reduksjon i ressursbruk

En omlegging i driften fra oppmøte til telefon- og videokonsultasjon forventes å gi en reduksjon i ressursforbruk med tilhørende reduksjon i kostnader. En studie gjennomført av den danske kreftforeningen undersøkte endring i kostnad ved poliklinisk oppfølging av pasienter med lunge- og prostatakreft som følge av implementering av TelePROM (PROM=Patient Reported Outcome Measures). Data for tre ulike avdelinger viste en gjennomsnittlig reduksjon i kostnader på mellom 55 % og 64 %⁹. Telefon- og videokonsultasjoner kan gjennomføres mer effektivt, klinisk personell har tilgang på data fra pasientene i forkant og kan dermed spisse konsultasjonene, og systematisk oppgaveglidning f.eks. fra lege til sykepleier og annet helsepersonell kan gjennomføres. I sum gir dette redusert samlet kostnad per konsultasjon.

Erfaringene så langt med bruk av egenregistrering for epilepsipasienter ved nevrologisk avdeling i VVHF viser redusert ressursbruk og oppgaveglidning fra lege til sykepleier. Epilepsisykepleier håndterer alle innkomne besvarelser i «1. linje», og vurderer hvorvidt pasienten trenger kontakt med nevrolog, enten via telefon eller ved oppmøte på nevrologisk poliklinikk. En annen effekt av dette er bortfall av oppgaver hos kontorpersonalet, der de nå ikke setter opp ordinære kontroller på poliklinikken.

⁶ Regional Utviklingsplan 2035, Helse Sør-Øst

⁷ NPR tall

⁸ Eksempel på dette er teknologien levert av Checkware som VVHF har tatt i bruk på Nevrologisk avdeling, der en andel av besvarelsene fra egenregistreringen blir «grønne» og således ikke blir vurdert av en kliniker.

⁹ Klinisk anvendelse af Patient Reported Outcome Measures (PROM) – en evalueringsrapport, Kræftens Bekæmpelse, 2016, S.71.

Reduksjon i arealkostnader

Det er ikke funnet studier som har målt effekter på reduksjon i lokalkostnader som følge av innføring av denne teknologien. Regional utviklingsplan 2035 har ikke lagt inn arealreduksjon som premiss som følge av avstandsoppfølging på grunn av usikkerhet knyttet til dette. Det er imidlertid god grunn til å vurdere arealbehovet i videre arbeid med disse løsningene, da det er grunn til å tro at den også kan være arealbesparende.

Samlet vurdering av bruk av avstandskompenserende teknologi

Gevinster ved bruk av avstandskompenserende teknologi er således knyttet til reduksjon av konsultasjoner ved oppmøte, en vesentlig økning i bruk av video- og telefonkonsultasjoner, samt en mer hensiktsmessig ressursbruk som følge både som følge av disse forhold og ved oppgaveglidning. Dette vil frigjøre kapasitet som igjen vil være en vesentlig faktor for å håndtere veksten fremover.

Bruk av avstandskompenserende teknologi i pasientbehandlingen er fortsatt i startfasen i VVHF. Det er derfor ikke beregnet økonomiske effekter av dette på dette stadiet. Det vil bli vurdert ved videre utbredelse av bruken.

Kostnader i fbm. avstandskompenserende teknologi

Innføring av avstandskompenserende teknologi er forbundet med både investerings- og driftskostnader. Investeringskostnader er for eksempel installasjon av videoløsninger i sykehus og/eller tilpasning av polikliniske rom. Egenregistreringer som f.eks. i epilepsiprojektet bruker elektroniske skjemaer som har en kostnad per innsendt skjema. Finansiering av utstyr innen sensorteknologi som brukes av pasientene utenfor sykehus er ikke avklart, men det forventes at utstyret kan blir vurdert som behandlingshjelpemidler som skal dekkes av foretakene.

Elektroniske møter mellom ansatte i VVHF

Data fra Norsk helsenett viser at VVHF har økt antall elektroniske møter fra 150/måned til 342 møter/måned. VVHF har 66 videorom og planlegger å øke kapasiteten ytterligere i innværende år. Det er ingen tvil om at dette reduserer både reisekostnader og tid til reise.

Samtidig viser regnskapet kun en marginal reduksjon i reisekostnader i perioden 2017-2019. Gevinstrealisering må ses i sammenheng med endring i mange ledd, hvis det skal gi noen målbar effekt. Mange virksomheter har greid å redusere reisekostnader betydelig gjennom systematisk bruk av samme teknologi. Eksempelvis har Statens vegvesen og Forskningsrådet rapportert om betydelige gevinster i tilsvarende prosjekter. I begge disse eksemplene har kravet vært tydelig på at videomøter skal erstatte reiser.

4.2.6. Automasjon

Automasjon handler om å innføre programvare som erstatter manuelle prosesser med RPA, robotisert prosessautomasjon. Manuelle, gjentakende, regelbaserte og digitaliserte prosesser med høyt volum er særlig egnet, for eksempel overføring av data fra ett datasystem til et annet. Sykehuspartner HF har innført automatisering i flere HR-prosesser,

og det ble i 2019 etablert et *Kompetansesenter for prosessautomatisering* i Sykehuspartner HF.

Helse Vest IKT¹⁰ har vist til slike endringer hvor investeringen er tjent inn etter noen få måneders drift. Automasjon vil understøtte effekter av ARP i vesentlige grad.

VVHF vil i forbindelse med det videre arbeidet med innføring av ARP også vurdere innføring av løsninger for automasjon. Det kartlegges videre andre områder der automasjon er aktuelle tiltak for effektivisere arbeidsprosessene.

4.2.7. Kunstig intelligens

Det ligger et stort potensiale for effektivisering gjennom å ta i bruk kunstig intelligens (KI). KI har mange bruksområder, eksempelvis innen medisinsk diagnostikk. KI er implementert ved flere radiologiske avdelinger både i Europa og i resten av verden. Teknologien har kommet langt, og flere leverandører har teknologi klar for implementering i klinisk drift. Internasjonalt kan det vises til positive effekter ved bruk av KI i radiologisk drift, eksempelvis redusert beskrivelsestid¹¹ og raskere svar, prioritering av pasienter med positive funn, færre feil (reduisert antall falske positive/negative), kortere liggetid¹² og raskere avklaring på akuttmottak.

Det er opprettet et nasjonalt prosjekt, «Bedre bruk av KI i helsetjenesten», ledet av Helsedirektoratet. Etter en gjennomgang av aktuelle KI-prosjekter er VVHFs tjeneste-innovasjonsprosjekt «Bruk av KI på bildediagnostikk» meldt inn av HSØ som spesialisthelsetjenestens utvalgte prosjekt i det nasjonale arbeidet. Dette innebærer at prosjektet får tilgang til kompetanse og støtte fra Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk, Direktoratet for eHelse og Nasjonalt senter for eHelseforskning. VVHF har også søkt HSØ om 1,5 MNOK i tjenesteinnovasjonsmidler, og svar på søknad ventes i april/mai.

I prosjektet planlegges det, etter nødvendige avklaringer mtp. informasjonssikkerhet, personvern, etikk, jus og teknologi, å anskaffe og teste en markedsklar KI-løsning. Videre vil prosjektet utarbeide kost/nytte-estimat og evaluere løsningen. Det vil i anskaffelsen legges vekt på effektiviseringsgevinster. Nasjonalt senter for eHelseforskning ønsker å forske både på implementeringsprosessen og på effekter/nytte. Publikasjoner fra dette arbeidet kan forventes i 2022. De første målingene av gevinster vil kunne foreligge i 2021.

4.3. Innkjøpsområdet

Innkjøpsavdelingen er pådriver for innovasjon av produkter og tjenester i anskaffelser. Den skal bidra til at VVHF kan tilby fremtidsrettede helsetjenester, som ivaretar kvalitet i pasientbehandlingen, god pasientsikkerhet og likeverdige helsetjenester. Gjennom innkjøpsarbeidet får helseforetaket økt forutsigbarhet for at utstyr, materiell og tjenester leveres til rett tid, kostnad og kvalitet. Innkjøpsavdelingen arbeider aktivt for at arbeids- og

¹⁰ Bruk av robot i Helse Vest sitt administrasjonsarbeid, Helse Vest IKT

¹¹ Cedars-Sinai, RSNA

¹² Yale, RSNA

miljøforhold stadig forbedres hos leverandører ved å styrke oppslutningen om etisk handel. I samarbeid med fagmiljøene skal innkjøpsavdelingen, gjennom fokus på livssyklus-kostnader, være en pådriver for at anskaffelser i VVHF er miljøvennlige og bærekraftige.

Satsingsområder 2020 - 2023:

- Kategoristyrte organisering.
Kategoribasert oppfølging av anskaffelser medfører bedret oversikt over foretakets anskaffelsespraksis innenfor fagområdene. Det gir økte muligheter for å bidra til økt standardisering av produkter og tjenester gjennom sortimentsstyring, avtalelojalitet og effektiv implementering av produkter og tjenester. Kategoriansvarlig er i tett dialog med fag, de interne produktrådene, samt regionale produktrådsmedlemmer. Kategorioppfølging kommer i tillegg til klinikkvis oppfølging, der det er mer overordnet fokus på avtalelojalitet, systemlojalitet, analyser og forbedringsarbeid.
- Innføring av kontraktsadministrasjonsverktøy.
Verktøyet støtter arbeidet med oppfølging av serviceavtaler, supportavtaler, leieavtaler, leasingavtaler, abonnement og lokale innkjøpsavtaler. Det vil lette arbeidet i oppfølging av avtaler som utgår, sikre reforhandlinger og forlengelser innenfor frister, samt avdekke avtaler som kan avvikles.
- Behandlingshjelpemidler.
Unødvendig variasjon mht. bruk av pumper og forbruksmateriell til diabetespasienter skal unngås. Det vil bli gjennomført anbuds konkurranse og vurdert mer kostnadseffektive ordninger for frakt til pasient.
- Medisinske forbruksvarer, herunder sårbehandling.
Ny anskaffelse av sårbehandlingsprodukter vurderes. Andre anskaffelser vurderes fortløpende.
 - Utprøving av sårprodukter
Utrede kvalitative forbedringer i behandlingen, herunder sikte mot reduserte liggetider, og prisreduksjoner.
 - Medisinske forbruksvarer, herunder ernæringsdrikker
Det er inngått avtale om direkte kjøp istedenfor via apotek. Eget sortiment lagerføres og bestillingsrutinene endres.
 - Medisinske forbruksvarer, herunder Klorhexidin produkter
Konkurranseutsetting har gitt vesentlig prisreduksjon.
 - Kirurgiske produkter, herunder artroskopiprodukter
Konkurranseutsetting har gitt vesentlig prisreduksjon
- Transporttjenester
Ingen avtale foreligger i dag. VVHF har mange transportbehov for utlevering til pasient og forsendelser mellom sykehusene. Det er både enkle og mer komplekse transportoppdrag avhengig av utstyr. Det vil i første omgang gjennomføres en kartlegging av transportbehovene og deretter utforme et konkurransegrunnlag.

Det arbeides med å se på andre områder for å avdekke mulige besparelser- og/eller kvalitetsforbedringer på innkjøpsområdet.

Høykostnadsmedisiner er beskrevet under pkt. 4.4 og omhandles derfor ikke her.

Effekten av det planlagte arbeidet på innkjøpsområdet er, tillegg til reduserte kostnader, økt sikkerhet i pasientbehandling og likeverdige tjenester. Samordning av praksis i klinikkene kan i visse tilfeller også medføre økte kostnader om alle klinikker tilslutter seg en praksis med dokumentert bedre helseeffekt som godtgjør økte kostnader. Verdien av en enhetlig praksis vil uansett være ensartede prosedyrer og enklere gjennomføring av samarbeid mellom klinikkene, både i opplæringsammenheng og ved eventuelle behov for bistand mellom klinikkene i forbindelse med sykefravær og/ eller ulike effekter av høy- eller lavaktivitetsperioder.

Økonomiske gevinster

For å kunne realisere effekter er det nødvendig med standardisering av ulike prosedyrer og metoder i VVHF. Dette krever at ulike fagområdene organiseres i faggrupper som jevnlig møtes og avstemmer metodikk og valg av produkt. Fagmiljøene fra sykehusene må være involvert i anbudsprosesser. Det er en forutsetning at avtaler som er inngått følges av alle klinikkene.

Analysegrunnlagene for arbeidet på innkjøpsområdet er ikke kommet så langt at det er mulig å angi økonomiske resultater av alle tiltakene. Dette vil innarbeides i planen fortløpende når det kommer på plass, og arbeidet for realisering iverksettes. Tabellen nedenfor viser estimerte økonomiske effekter for de tiltak som er analysert så langt.

Tiltak (TNOK)	2020	2021	2022
Innkjøpsområdet	3 177	4 368	4 618

Risiko

Realisering av tiltakene forutsetter avtalelojalitet. I enkelte tilfeller vil effekter først realiseres om alle klinikker innfører ensartede prosedyrer. Om nye produkter krever vesentlig omlegging av rutiner/ prosedyrer øker risikoen.

4.4. Rutiner for medikamentbytter

Kostnader til legemidler er en betydelig utgiftspost i helseforetakene. Det omfatter både legemidler som gis pasienter i sykehus, og legemidler som pasientene administrerer selv hjemme (H-resept-medikamenter). De legemidlene som pasientene administrerer hjemme, er foreskrevet dels av foretakets egne leger, dels av leger ved andre sykehus og avtalespesialister. Helseforetakene overtar det økonomiske ansvaret for stadig flere legemidler som pasientene bruker hjemme. Det, samt nye legemidler, gjør at kostnadene øker årlig.

Sykehusinnkjøp forvalter samarbeid om innkjøp av legemidler finansiert av helseforetakene (LIS-avtaler). VVHF har en farmasøyt i Sykehusapotekene som LIS-kontakt. LIS-kontakten er også medlem av legemiddelkomiteen i VVHF. Sykehusinnkjøp arrangerer LIS-konferanser innen en del legemiddelområder. Hit inviteres fagfolk og ledere fra helseforetakene til diskusjoner om anbefalinger for legemiddelvalg utarbeidet av spesialistgrupper som er etablert som en del av dette samarbeidet. VVHF deltar i spesialistgrupper der foretakets fagfolk har spesiell kompetanse, og i LIS-konferansene.

De administrerende direktørene i de regionale helseforetakene har vedtatt at anbefalingene fra spesialistgruppene i LIS skal gjelde som instruks i egne helseforetak. Det rimeligste alternativet blant de ulike alternativene skal benyttes. Dersom det ikke kan benyttes av medisinske grunner, skal det begrunnes i pasientens journal.

Innkjøpsavtalene for legemidler inngås ofte for ett eller to år. En del avtalene har medført betydelige kostnadsreduksjoner, særlig når patenter på legemidler har gått ut. Det er derfor viktig å få implementert nye avtaler raskt. Enkelte fagmiljøer i VVHF, spesielt revmatologisk avdeling, samt legemiddelkomiteen har i en del sammenhenger vært pådriver for dette. Det er imidlertid identifisert at tettere oppfølging kan gi økte gevinster. Foretaket etablerte derfor i 2019 et utvalg for høykostmedisin som skal sikre rask implementering av nye avtaler, og sørge for at oppfølgende styringsinformasjon blir tilgjengelig for ledelsesnivåene.

Medikamentene inngår i ordningen med innsatsstyrt finansiering. Kostnadsreduksjoner for medikamenter vil derfor på sikt føre til mindre inntekter, men det vil være positiv økonomisk effekt over en periode.

Økonomiske gevinster

Gruppen for høykostmedisin følger opp nye LIS-avtaler i samråd med fagmiljøene. Foretaksledelsen følger opp resultatene. Sykehusapotekene gjør medikamentbytter i samråd med klinikkene for medikamenter som benyttes i sykehus. Pasientadministrerte legemidler endres når nye resepter utstedes, eller tidligere hvis besparelsene er betydelige. Det er også aktuelt med oppfølging mot andre sykehus og avtalespesialister som utsteder resepter for VVHFs pasienter. I 2020-2021 følges særlig opp TNF-hemmere som benyttes ved revmatologiske sykdommer og enkelte sykdommer i mage-tarmsystemet, HIV-legemidler, legemidler ved hepatitt og noen kreftlegemidler.

Oppsummert økonomiske effekter:

Tiltak (TNOK)	2020	2021	2022
Medikamentkostnader	15 000	10 000	10 000

Risiko

Kostnadsreduksjoner er avhengig av at LIS-avtaler medfører bedre priser. Det kreves at fagmiljøene både i og utenfor foretaket følger anbefalingene.

4.5. Logistikk og vareforsyning

Basert på en analyse av potensielle besparelser ved samordning av logistikkfunksjoner tilknyttet vareforsyning fra sentrallagrene, sterilsentral, tekstilforsyning, matforsyning, avfallshåndtering mm gjennomført i 2017 har foretaket startet «Logistikkprosjektet Vestre Viken HF». Prosjektets mandat er å iverksette tilrådingene basert på analysen. Effekter som oppnås ved prosjektet, er frigjorte ressurser som følge av samordning av tjenestene. Det vil medføre en mer effektiv ressursbruk i gjennomføringen av ulike logistikkoppdrag i sykehusene.

VVHF er fortsatt i prosess med å endre vareforsyningen til avdelingspakke leveranser fra HSØ Forsyningscenter og dermed (delvis) utvikle egne sentrallager på de fire somatiske sykehusene i helseforetaket. Innføring av avdelingspakke leveranser medfører vesentlige endringer av arbeidsprosessene tilknyttet vareforsyningen på det enkelte sykehus. Regionalt ERP-system som ble innført i VVHF høsten 2018, forutsetter bruk av logistikkmedarbeider og avdelingspakke leveranser til sykehusene. Avdelingspakke leveranser ble innført på Bærum Sykehus våren 2019. Oppstart for Drammen Sykehus var høsten 2019. Utrulling ved Ringerike og Kongsberg er planlagt over sommeren 2020.

Innføring av avdelingspakker er en viktig forutsetning for iverksettelse av tiltak i logistikkprosjektet. I tillegg vil avdelingspakker frigjøre arealer til sentrale varelagre, da forsyningene kommer direkte til postene i sykehusene. Innføring av avdelingspakker og etablering av logistikkmedarbeidere ved avdelingene underletter arbeidet til helsepersonell med bestillinger, varemottak og organisering av avdelingslagre.

Økonomiske gevinster

«Logistikkprosjekt Vestre Viken HF» skal gjennomføre og implementere de anbefalinger og råd som er beskrevet og definert i «Sluttrapport logistikkprosesser VVHF 1.0». Prosjektet er organisert med ekstern prosjektleder og en styringsgruppe bestående av klinikkdirektør Intern service, økonomidirektør, representanter fra tillitsvalgte og vernetjenesten, samt representanter fra klinikkene tilknyttet etableringen ved respektive klinikk.

Omorganisering, effektivisering og optimalisering av funksjoner og arbeidsprosesser har et forventet gevinstpotensial som samlet utgjør 5,3 MNOK årlig i reduserte personalkostnader for de prosessene som er kartlagt. Inkludert i dette er effektiviseringsgevinster som oppnås som følge av innføring av avdelingspakker, mens gevinst knyttet til frigjorte lokaler ved nedbygging/ nedleggelse av sentrallagrene ikke er beregnet. Det pågår arbeid for å kartlegge frigjort tid for helsepersonell. Anslagsvis vil denne gruppen redusere sin tid benyttet til håndtering av bestilling, varemottak og lageradministrasjon med ca. 40%. Denne tiden vil imidlertid fordele seg utover arbeidsdagen og uken og er vanskelig å hente ut direkte gjennom redusert bemanning. Det må likevel antas at effekten er økt tid til pasientbehandling og ledelse. Det er videre kvalitative gevinster tilknyttet systembruk som kan forventes å underlette arbeidet ved regnskapsavdelingen.

Tiltak (TNOK)	2020	2021
Logistikkprosjektet	2 650	2 650

Risiko

Risikoen ligger i ressurser til gjennomføring av alle tiltak innenfor prosjektplanen.

4.6. Rehabilitering

En del pasienter har behov for spesialisert rehabilitering som gjøres i sykehus og i private rehabiliteringsinstitusjoner etter avtale med Helse Sør-Øst. Andre pasienter har behov for kommunale rehabiliteringstjenester. VVHF er det foretaket som har høyest forbruk av privat spesialisert rehabilitering i Helse Sør-Øst sett i forhold til befolkning. Pasienter henvises til

disse tilbudene dels fra våre egne sykehus og dels fra fastleger hvor søknader vurderes av «Regional koordinerende enhet» ved Sunnaas sykehus. Det er betydelig variasjon i forbruket mellom sykehusene i VVHF og mellom kommunene i foretakets optaksområde.

Det er viktig at pasientene får optimal rehabilitering og at ressursene benyttes på best mulig måte. Det er grunn til å tro at VVHF kan redusere forbruket av spesialisert rehabilitering nærmere nivået til andre helseforetak uten at tilbudet til pasientene forringes. Det kan skje ved at pasientene får et tilbud bedre tilpasset deres situasjon. Ved det kan ressurser frigjøres til annen pasientbehandling

VVHF har i 2019 startet et arbeid med å sikre riktig bruk av rehabiliteringsressursene. Arbeidet fortsetter i 2020. Tiltakene er:

- Gi henvisere god kunnskap om de ulike rehabiliteringstilbudene, slik at pasienten henvises til det mest hensiktsmessige tilbudet.
- Felles rutiner for henvisning til privat spesialisert rehabilitering for avdelingene i VVHF.
- Dialog med de private rehabiliteringsinstitusjoner om riktig bruk av tilbudene.
- Dialog med kommunene om riktig behandlingsnivå.
- Dialog med fastleger om henvisning til spesialisert rehabilitering.
- Dialog med Helse Sør-Øst om bedre styringsdata og eventuell lokal vurdering av søknader til spesialisert rehabilitering.

Økonomiske gevinster

Kostnader til privat spesialisert behandling trekkes fra basisrammen til foretakene i inntektsmodellen basert på historikk for de siste tre årene. Effekt av redusert bruk kommer således gradvis og i ettertid. Den økonomiske effekten er basert på at VVHF i fremtiden bruker slike ressurser på nivå med de to andre foretakene i HSØ, som sammen med VVHF benytter mest, Akershus universitetssykehus og Sykehuset Innlandet. Basisrammetrekket for 2021 er justert med 2,5 MNOK som følge av redusert bruk av private rehabiliteringstjenester i VVHF. Samtidig erfarte foretaket at det ble tilbakebetalt hele 29 MNOK som følge av lavere forbruk av private tjenester, herunder privat rehabilitering, i Helse Sør-Øst. Målsatt innsparing opprettholdes.

Tiltak (TNOK)	2021	2022	2023	2024
	5 000	10 000	10 000	10 000

Risiko

Avtaler om spesialisert rehabilitering med private institusjoner inngås av Helse Sør-Øst RHF. VVHF har ikke kontroll over bruk fra fastleger, men kan veilede i bruken.

4.7. Gjestepasientkostnader

Gjestepasientkostnader er en betydelig utgiftspost for foretaket. En betydelig del av disse er knyttet til pasienter som har behov for regionale tjenester ved Oslo universitetssykehus. Det er imidlertid også en god del pasienter som kunne få behandling i VVHF, som velger annet behandlingssted. Det gjelder særlig pasienter fra Asker og Bærum som benytter tilbud i Oslo av historiske og praktiske grunner. Arbeid med å øke egendekning har to aspekter:

- Etablere tilbud på områder VVHF ikke har i dag
- Få flere av pasientene i eget opptaksområde å benytte tilbudene i VVHF

Eablering av nye tilbud er faglig utviklende, og kan gi pasienter raskere og mer tilgjengelig behandling. Det er i seg selv et argument for å utvikle tilbud i eget foretak. For at økt egenbehandling skal være økonomisk gunstig, må kostnadene for behandling i eget foretak samlet være lavere enn gjestepasientkostnadene. Det må vurderes i de enkelte tilfellene.

Nukleærmedisinsk undersøkelse med PET er under etablering i VVHF. Det er så langt beregnet økonomisk nøytralt, men kan bety noe besparelse på sikt. Det er også under vurdering om flere pasienter med hjertesykdommer kan utredes ved hjelp av radiologiske teknikker i eget foretak framfor å bli henvist til regionsykehus.

VVHF sender en god del spesialanalyser innen laboratoriefag til andre laboratorier. Her arbeides det med å sette opp disse analysene selv, noe som vil være økonomisk gunstig. Raskere prøvesvar kan også gi mer effektiv pasientbehandling.

Økonomiske gevinster

I forbindelse med arbeidet med budsjett 2020 er det etablert en arbeidsgruppe som utreder muligheter for å øke egendekning. Arbeidet vil pågå i 2020 og fremover.

Oppsummert økonomiske effekter

Tiltak (TNOK)	2021	2022	2023	2024
Reduserte gjestepasientkostnader	5 000	5 000	5 000	5 000

Risiko

Fritt sykehusvalg innebærer en risiko. Forutsetning for positiv økonomisk effekt er at pasientene kan behandles i eget foretak til lavere kostnad enn gjestepasientkostnaden. Det kan også være ekstern motstand mot desentralisering av funksjoner.

4.8. Arbeid med sykehus i nettverk

Klinikkene Kongsberg sykehus og Drammen sykehus har i flere år hatt samarbeid innen bløtdelskirurgi, nefrologi, onkologi og nyfødtsmedisin. I løpet av de siste årene har det blitt utviklet et tettere samarbeid, spesielt innen ortopedi og øre-, nese-, hals-sykdommer. Dette har gitt bedre utnyttelse av de samlede ressursene i de to klinikkene med økonomisk gevinst. Samarbeidet mellom klinikkene skal videreutvikles gjennom etablering av faggrupper på tvers for bedre samordning. Samordning av sommerferieavvikling er et område som spesielt vil bli vurdert.

Nettverkssamarbeid bør videreutvikles mellom alle fire sykehusene i VVHF. Samarbeid i nettverk vil kunne styrke mindre fagmiljøer som f.eks. endokrinologi, hematologi eller nefrologi. Det kan være fornuftig å samle disse mindre fagmiljøene, men da under forutsetning at fagpersonene er tilgjengelig for alle sykehus i VVHF. Til dels kan det være nødvendig med ambulering av helsepersonell. Bruk av videokonferanser mellom helsepersonell skal brukes i økende grad.

Utdanning av legespesialister etter revidert spesialistutdanning vil kunne styrkes dersom deler av utdanningen forgår i et VVHF nettverk. Eksempler er felles undervisning på video og rotasjons- eller hospiteringsordninger.

Økonomisk effekt av samarbeidet mellom Kongsberg og Drammen er innarbeidet i klinikkens budsjetter for 2020. Det er ikke konkretisert ytterligere tiltak med økonomiske effekter ved samarbeid i nettverk mellom klinikker. Det må således være tema i kommende budsjettarbeid.

Fra ØLP 2020 – 2023 var det lagt til grunn følgende gevinstrealisering. Dette videreføres i ØLP 2021 – 2024.

Tiltak (TNOK)	2020	2021
Bedre utnyttelse av samlet kapasitet	5 000	5 000

4.9. Beste praksis med reduksjon av utilsiktede hendelser og reduksjon av uønsket variasjon

Det er dokumentert at standardisering av arbeidsprosesser og reduksjon av uønsket variasjon fører til færre utilsiktede hendelser. Beste praksis er kunnskapsbasert, og innebærer at alle følger nasjonale retningslinjer, felles fagprosedyrer og forbedrer arbeidsprosesser, samt at pasientene er medvirkende både i utvikling av tjenestene og i egen behandling. Nasjonale kvalitetsregistre og systematisk bruk av styringsdata er underlag for benchmarking.

Det kan dokumenteres at det å trene og arbeide i tverrfaglige kliniske team og lære av hverandre, gir økt pasientsikkerhet. Etablering av faglige nettverk på tvers av klinikker og avdelinger i VVHF vil kunne bidra til en mer standardisert praksis og en reduksjon av uønsket variasjon.

Det er internasjonalt godt dokumentert at andel pasientskader ligger mellom 15 og 20 %. Det er beregnet at 30-50 % av disse kan forhindres. Samtidig viser styringsdata i VVHF at det er variasjon mellom klinikkene i andel reinnleggelser av pasienter, andel pasienter i korridor, forekomst av reoperasjoner, og i liggetid.

Det er god grunn til å styrke arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet gjennom systematisk forbedringsarbeid for å redusere utilsiktede hendelser og reduksjon av uønsket variasjon. Kontinuerlig forbedring og forbedringsmodellen er valgt som metodikk for forbedringsarbeid i hele VVHF. Systematikken i forbedringskunnskap kan brukes til alt fra små forbedringsarbeider til store organisatoriske endringsprosjekter. Metodikken kan også brukes til å identifisere forbedringsområder. Forbedringskunnskap bruker gode statistiske metoder (SPC) som gir data i sanntid. Forbedringsmodellen er forskningsbasert. Den stimulerer til teamarbeid og mobiliserer hver enkelt ansatt til å engasjere seg i forbedring av

egen praksis. Større forbedringsarbeid på tvers av klinikker og avdelinger bør organiseres som læringsnettverk.

Systematisk og langsiktig innsats for å redusere utilsiktede hendelser og uønsket variasjon vil føre til bedre behandlingsresultater, økt pasientsikkerhet og mer fornøyde pasienter. Dette vil gi økonomisk gevinst både for VVHF og samfunnet. For å oppnå effekter må arbeidsprosesser og pasientforløp forbedres. Systematisk forbedringsarbeid skal føre til:

- Redusert forekomst av reoperasjoner
- Redusert antall reinnleggelser
- Gode behandlingsresultater
- Kortere liggetid
- Reduksjon av overbelegg og korridorpasienter
- Trygg utskrivning og sikre overganger mellom behandlingsnivåer
- Redusert forekomst av sykehusinfeksjoner
- Tidlig identifisering av forverret tilstand og forebygging av sepsis
- Reduksjon i unødvendige sykehusopphold
- Standardiserte arbeidsprosesser
- Økt pasienttilfredshet

Et ekstra liggedøgn på sykehus er beregnet å koste et sted mellom 15.000 og 25.000 NOK om man regner med støttefunksjoner som intensivsenhet og operasjonsenhet. En infeksjon i forbindelse med en operasjon medfører ofte mange ekstra liggedøgn. I tillegg kan det være nødvendig med en reoperasjon som er en belastning og risiko for pasienten, men også en kostnad for sykehuset og samfunnet for øvrig.

I perioder har sengepostene i VVHF stort overbelegg. Overbelegg er en risiko for pasientsikkerheten i tillegg til at overbelegg medfører en risiko for korridorpasienter og økte variable lønnskostnader. Overbelegg på sengepostene kan reduseres med tiltak innen flere faser i et pasientforløp. God kommunikasjon med helsepersonell i primærhelsetjenesten, f.eks. fastlegene, legevakt og sykehjem, kan føre til at pasienten ikke trenger å sendes til et akuttmottak. Gode arbeidsprosesser og rutiner i akuttsløyfene er viktig for rask avklaring av pasientens situasjon og iverksetting av behandling. Dette vil gi kortere liggetider, og bidra til at flere pasienter kan reise hjem uten innleggelse.

I det videre arbeid vil det bli vurdert en rekke tiltak som hver for seg kan påvirke flere effekter:

- Overføre deler av døgnbehandling til dag- og poliklinisk behandling og oppfølging der dette er mulig.
- Øke kapasitet for polikliniske nyhenvisninger ved å overføre polikliniske kontroller fra sykehusene til fastlegene.
- Tilrettelegge for brukerstyrte poliklinikker der dette er egnet. Andre har vist at det fører til redusert behov for poliklinikktimer, og dermed økt kapasitet til behandling av flere pasienter.
- Ta i bruk ny teknologi som medisinsk hjemmeoppfølging. Pasientene kan følge opp og monitorere egen behandling med veiledning fra sykehuset ved hjelp av

egenregistrering av helsestatus og / eller sensorteknologi uten oppmøte på poliklinikk. Slik egenregistrering er startet for epilepsipasienter. Det henvises til omtale av avstandskompenserende teknologi over.

- Forbedre arbeidsprosesser og pasientforløp etter kartlegging av hvilke faktorer som påvirker overbelegg, herunder kartlegging av reinnleggelser, forsinket utskrivelse av pasienter, forsinkede avklaringer om behandling etc. Kartleggingene brukes som grunnlag for forbedringsarbeid.
- Gjennomføring av alle elementer i «Trygg utskrivning». God informasjon ved utskrivning av pasientene er viktig for forløpet etter sykehusopphold. Pasient, pårørende og helsepersonell i kommunehelsetjenesten må ha informasjon om sykehusoppholdet, medikamenter og komplikasjoner som kan oppstå.

Tiltakene gjennomføres ved at klinikkene etablerer tverrfaglige og kliniske team og fagnettverk som sammen definerer innsatsområder og gjennomfører forbedring av arbeidsprosesser og pasientforløp. Teamene bruker sanntidsdata som styringsinformasjon i arbeidet. Teamenes forbedringsarbeid følges opp i linjen.

Eksempler på forbedringsarbeid:

Reduksjon av infeksjoner og reoperasjoner ved ortopedisk kirurgi

Det ortopediske miljøet ved Drammen sykehus har gjennomgått hyppigheten av dype infeksjoner etter ortopediske operasjoner og deretter innført en tiltakspakke som har ført til en betydelig reduksjon i forekomsten av postoperative infeksjoner. Ingen av de mer enn 1.750 pasienter som er elektivt operert med protese på Drammen eller Kongsberg sykehus i perioden oktober 2018 – november 2019 har fått en dyp infeksjon forårsaket av gule stafylokokker. Uten tiltak ville det ut fra historiske tall vært 14 slike infeksjoner i denne perioden. Gule stafylokokker utgjorde tidligere over halvparten av alle dype infeksjoner.

Reoperasjoner innen ortopedisk kirurgi medfører betydelige kostnader, spesielt ut fra et samfunnsperspektiv. Det er etablert et ortopedisk fagnettverk i VVHF som består av avdelingssjefene/avdelingsoverlegene ved de tre ortopediske avdelingene i VVHF, og som samarbeider om tiltak som skal føre til en reduksjon av forekomsten av infeksjoner og hyppigheten av reoperasjoner.

Intensivkapasitet

VVHF har intensivavdelinger med ulik størrelse på alle fire somatiske sykehus. Denne spredningen av intensivkapasitet er knyttet til annen aktivitet i sykehusene. Intensivavdelinger er kostbare driftsenheter, og det er behov for bedre oversikt over faktisk bruk av kapasiteten. Det er også behov for å utrede bedre og mer kostnadseffektive løsninger i forbindelse med avvikling av ferier og høytidsperioder.

Det skal etableres en faggruppe som skal se på standardisering i rapportering av kapasitetsutnyttelse, like rapporteringsrutiner i Norsk intensivregister, og løsninger for samdrift i lavaktivitetsperioder. Analyser har vist at en del av pasientene som behandles i en intensivenhet, ikke har behov for intensivbehandling, men likevel er for syk til å bli behandlet på en sengepost. Faggruppen skal kartlegge om det er ulike kriterier for bruk av intensivkapasiteten, og i hvilken grad intermediærsenger kan bidra til å behandle pasienter på riktig nivå.

Reduksjon av uønskede hendelser vil gi både bedre pasientbehandling og økonomiske gevinster ved kortere liggetider, færre reinnleggelser mv. De økonomiske gevinstene vil derfor ikke direkte henføres til eget område, men ligge til grunn for gevinstuttak på andre områder. Det er likevel beregnet et forsiktig direkte gevinstuttak som grunnlag for videre arbeid.

Fra ØLP 2020 – 2023 var det lagt til grunn følgende gevinstrealisering. Dette videreføres i ØLP 2021 – 2024.

Tiltak (TNOK)	2020	2021
Beste praksis, reduksjon av utilsiktede hendelser	5 000	5 000

Ikke prissatte effekter

Etablering av beste praksis kan gi bedre pasientbehandling. Behandlingen kan ha en bedre virkning, bidra til bedre pasientsikkerhet og/eller bidra til at pasienten oppnår økt livskvalitet (f.eks. økt mobilitet). Den kan gi effekter som bedre pasientopplevelse og/eller gunstig effekt på pasientens økonomi (f.eks. kortere sykmelding eller mindre tapt arbeidsinntekt). Effektene må også ses i et større perspektiv hvor man inkluderer effekter på samfunnet som f.eks. arbeidsproduktivitet eller folkehelse.

5. Nullpunkt for måling

Den økonomiske analysen som fulgte forprosjektrapporten tok utgangspunkt i aktivitets- og bemanningsnivået ved inngangen til 2018, driftsresultat og planlagte investeringer. For å vurdere prosjektets nåverdi og bærekraft, samt VVHF's økonomiske bæreevne, ble framtidig resultat- og likviditetsutvikling for hele foretaket modellert for en periode tilsvarende forventet levetid for NSD. Det skal nå etableres et oppdatert nullpunkt for måling av resultatoppgjør i de kommende årene. For NSD tar dette utgangspunkt i bemanning og aktivitet slik at det også kan ses opp mot kapasitetsforutsetningene for det nye sykehuset. Det vises til kapittel 3 mht. aktivitets- og bemanningsframskrivningen for NSD. For VVHF for øvrig følges kun de økonomiske resultatene. Tilpasninger i forhold til aktivitets- og bemanningsvekst ligger i de årlige tiltak i budsjetter, samt i strategisk plan for foretaket samlet.

5.1. Forutsetninger om EBITDA¹³ utvikling i forprosjektrapporten NSD

I forprosjektrapporten for NSD, delrapport økonomi, ble det presentert en utvikling på EBITDA-marginen fra ca. 5,2 % i 2018 til ca. 9,5 % ved innflytting i 2025 for den delen av virksomheten som er berørt av nytt sykehusbygg. Utviklingen drives hovedsakelig av at foretaket mottar en høyere basisramme enn tidligere, en forutsetning om at foretakets lønnskostnadsnivå holdes relativt konstant fram til innflytting, samt at kostnader ved mottaksprosjektet og innflytting bortfaller i 2025. Aktivitetsveksten i perioden innebærer at det må gjennomføres betydelig effektivisering for at kostnadsnivået skal kunne realiseres.

Foretakets lønnskostnadsnivå var forventet å være forholdsvis stabilt frem til innflytting som følge av en forventning om bedret produktivitet i pasientbehandlingen, i tillegg til tilpasninger til ny drift i NSD, jf. kapittel 3 overfor.

Utviklingen i EBITDA-margin etter innflytting påvirkes av flere forhold som oppstår i forbindelse med etablering av virksomheten i det nye bygget:

- **Ikke-byggnær IKT:** I byggeperioden har prosjektet gjennomført en investering i ikke-byggnær IKT på 736 millioner kroner. Denne investeringen eies av Sykehuspartner og faktureres NSD over 10 år gjennom økt tjenestepriis på IKT-tjenester. Dette gir en økt IKT-kostnad i perioden 2026 til 2035.
- **Negativ gevinst knyttet til etablering av stråleterapi:** 2026 blir første hele operative år for stråleterapienheten i nytt sykehus. Driftskostnadene for enheten forventes å være høyere enn driftsinntektene, spesielt i etableringsfasen. Dette påvirker marginen negativt.
- **Gevinster knyttet til innflytting i nytt sykehusbygg.**
Jf kap 3 overfor.

Samlet medførte endringene at EBITDA-marginen ble opprettholdt på rundt 9 % fra innflytting fram til 2035, til tross for en årlig ikke-byggnær IKT-kostnad på 73,6 millioner

¹³ EBITDA= resultat før avskrivninger, nedskrivninger, finans og skattekostnad

kroner. EBITDA-marginen stiger til litt over 10 % når ikke-byggnær IKT er ferdig nedbetalt i 2035. I perioden 2030 til 2038 faller marginen noe som følge av at effektiviseringsraten reduseres mot en langsiktig sats på 0,5 % etter innflytting. Noe løpende effektivisering opprettholdes siden vekst ikke fullfinansieres i helsesektorens finansieringsregime, og det derfor er nødvendig å effektivisere for å opprettholde driftsmargin. Fra 2038 er marginen konstant på ca. 10 %.

For VVHF for øvrig er vekst og effektiviseringsmålene fra ØLP 2018 videreført i forprosjektrapporten. Av figuren nedenfor fremkommer utvikling i EBITDA-margin både for NSD, VVHF for øvrig og foretaket samlet. Figuren viser også en betydelig marginvekst i den øvrige virksomheten i VVHF. Hovedårsaken er forutsetningene som er lagt for effektivisering i lys av aktivitetsvekst. I tillegg er det som for NSD tildelt økte basisinntekter som følge av endringer i inntektsmodellen. Det er i beregningene ikke tatt høyde for økt inntektsfordeling til VVHF som følge av antatt skjevfordeling av finansieringen av psykiatrien i forhold til hovedstadsområdet.

Marginutviklingen er noe høyere i første del av planperioden i VVHF for øvrig som hovedsakelig skyldes at det ikke vil pågå planlegging og gjennomføring av tilsvarende flyttestrategi som i NSD. Marginen er jevnt stigende og stabiliserer seg rundt 9 % fra 2026.

EBITDA	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	2 028	2 029	2 030
EBITDA-margin (Øvrige)	5,22 %	6,23 %	6,49 %	7,19 %	7,42 %	7,69 %	7,42 %	7,64 %	8,89 %	8,98 %	8,85 %	8,89 %	8,70 %
EBITDA-margin (NSD)	5,21 %	6,27 %	6,16 %	6,24 %	5,94 %	5,76 %	6,94 %	9,41 %	8,41 %	8,76 %	8,90 %	9,03 %	8,97 %
EBITDA-margin	5,22 %	6,25 %	6,34 %	6,77 %	6,76 %	6,84 %	7,21 %	8,42 %	8,68 %	8,88 %	8,87 %	8,95 %	8,82 %

Tabell 26. EBITDA utvikling fra forprosjektrapporten

5.2. Faktisk EBITDA utvikling

Forprosjektrapporten forutsatt en EBITDA på hhv 6,27 % for NSD og 6,23 % for øvrig virksomhet i VVHF i 2019, samlet 6,25 %.

Den faktiske EBITDA i 2019 er som følger:

Resultat 2019	Annet			SUM VVHF
	NSD	virksomhet	Fellesområdet	
Andel av fellesområde	43 %	57 %		
Sum inntekter	- 3 092 098	- 3 971 925	- 2 813 231	- 9 877 255
Fordelt inntekter fellesområdet	- 1 209 690	- 1 603 542	2 813 231	
Sum inntekter inkl fordelt felles	- 4 301 788	- 5 575 467		- 9 877 255
EBITDA (minus = positiv)	81 822	32 701	- 669 933	- 555 410
Fordelt fellesområde	- 288 071	- 381 862	669 933	
EBITDA (minus = positiv) inkl. fordelte felles	- 206 249	- 349 161		- 555 410
EBITDA prosent	4,8 %	6,3 %		5,6 %
Korrigert for vedlikeholdskostnader BRK	- 41 280	- 54 720		- 96 000
Sammenlignbar EBITDA	- 247 529	- 403 881		- 651 410
EBITDA prosent	5,8 %	7,2 %		6,6 %

Tabell 27. EBITDA 2019

Den samlede EBITDA er noe lavere enn forutsetningen fra forprosjektrapporten. Et viktig element i dette er at vedlikeholdskostnader er betydelig økt som følge av BRK-prosjektet.

Dette utgjør om lag 96 MNOK i 2019. I forutsetningene for ØLP i forprosjektrapporten ble dette behandlet som investering. Korrigert for vedlikeholdsandelen tilknyttet BRK vil den samlede EBITDA for VVHF være 6,6 %, dvs. en god del bedre enn forutsatt, tilsvarende 34 MNOK. Det er viktig å bemerke en ytterligere endring i forutsetningene for den fremtidige EBITDA utviklingen. I forprosjektrapporten var det lagt til grunn kapitalisering av nytt sykehusbygg fra 1.1.2025. Ved rapportering av ØLP 2020 – 2023 var kapitaliseringen flyttet til 1.1.2016. Dette ga ett år mer med sparing inn mot nytt bygg og derav noe lavere press på resultatene i årene som kommer. Dette medførte også at VVHF raskt kunne tilpasse seg nye forutsetninger for finansiering av investeringer med finansielle leasingavtaler innenfor en maksimal grense på 2 % av omsetningen uten å redusere investeringsnivået.

I beregningen overfor er fellesområdet fordelt på hhv NSD og øvrig virksomhet basert på forutsetningen i forprosjektrapporten. Denne modellen er det ønskelig å gå bort fra i den videre oppfølgingen. En rendyrking av de berørte avdelinger i hhv NSD og VVHF for øvrig vil forenkle den fremtidige oppfølgingen av resultatutviklingen. Dette vil da følge dagens rapporteringsmodell. EBITDA utvikling vil dermed ikke kunne måles mot tabellen fra forprosjektrapporten i fremtiden. Av den grunn etableres en ny nullpunktsmåling basert på faktiske tall 2019. Den videre oppfølging vil relateres til realisering av gevinstplaner og planlagte tiltak for å sikre økonomisk bærekraft i tråd med forutsetningene for foretakets egenfinansiering både av NSD og investeringer og vedlikehold i den øvrige delen av virksomheten.

Det er foretatt en sammenstilling av resultatutviklingen pr fagområde i NSD fra underlaget for forprosjektrapporten med den faktiske resultatutviklingen. Sammenstillingen baseres på faktiske driftskostnader, driftsinntekter og fordelt basis.

Område	2019 i NSD		Faktisk 2019	Faktisk ift prisjustert estimat (+ = pos)
	prosjekt-rapport	2019 estimat prisjustert		
Medisin	- 61 397	- 79 005	- 69 943	9 062
Kirugi	37 846	29 452	33 894	4 442
AIO	- 231 143	- 248 843	- 241 420	7 423
Øre/nese/hals	- 15 102	- 18 979	- 10 932	8 047
Nevrolog/revmatologi/habilitering - EKS HAB	- 44 779	- 50 523	- 33 643	16 880
Barn/ungdom	- 75 889	- 85 202	- 64 407	20 796
Gyn/føde	- 2 141	- 7 662	2 479	10 140
Ortopedi	104 815	131 341	102 270	- 29 071
Fysio- og ergoterapi, sosio, mm.	- 13 835	- 14 972	- 12 569	2 403
Akuttmottak	- 56 389	- 61 182	- 55 117	6 065
ØYE - opprinnelig i KIR (NY fom 2019)	5 641	3 517	- 2 301	- 5 818
Administrasjon, stab og merkantile pers.	- 101 468	- 108 191	- 163 975	- 55 784
Psykisk helse og rus	- 574 828	- 617 359	- 606 082	11 277
Medisinsk service - lab, pat og bilde	- 211 379	- 233 310	- 230 811	2 499
Intern service- og forsyningstjenester	- 63 019	- 66 847	- 101 797	- 34 950
NVVS prosjekt administrasjon			- 8 442	- 8 442
Eiendomskostnader NSD - LCC og Lier	- 164 814	- 173 130	- 151 697	21 434
Basisramme direkteført NSD	1 507 783	1 608 249	1 532 597	- 75 652
SUM NSD direkteført inntekter/(kostnader)	39 902	7 354	- 81 895	- 89 249

Tabell 28. Resultatutvikling pr fagområde

Det er til dels vesentlige avvik i oppnådde resultater pr. avdeling. Dette henger i stor grad sammen med resultatutviklingen siden 2017 som framskrivningen av 2019- tallene i NSD prosjektrapport bygger på. Endringer i DRG vekter og -indeks, prisjustering DRG, endringer i budsjettprinsipper, samt rammefordelinger påvirker også tallene. Helt overordnet er avvikene sammenlignbare med de faktiske resultatene som er oppnådd pr avdeling i respektive Drammen Sykehus og PHR i årene 2018 og 2019. Mottaksprosjekt NSD inngikk i felleskostnader i forprosjektrapporten og ble fordelt som felleskostnader.

I det videre arbeidet med gevinstrealisering og tiltak for å sikre økonomisk bærekraft vil faktiske resultat 2019 (eller budsjett 2020) danne grunnlaget for nullpunktsmålingen.

5.3.Fremtidig EBITDA utvikling

Basert på dagens omsetning vil en EBITDA margin som forutsatt i forprosjektrapporten i 2025 gi et økonomisk resultat på 832 MNOK - dvs. en forbedring på om lag 180 MNOK i forhold til dagens EBITDA. Dette gir et perspektiv på de resultatforbedringer som må skje i perioden frem til overtakelsen av det nye sykehuset.

Resultat 2019	NSD	Annet virksomhet	SUM VVHF
Andel av fellesområde	43 %	57 %	
Sum inntekter inkl fordelt felles	- 4 301 788	- 5 575 467	- 9 877 255
Beregnet EBITDA 2025	- 404 863	- 426 209	- 832 021

Tabell 29. Estimert EBITDA 2025

Krav til resultatforbedring (%-vis EBITDA utvikling) er høyere for den del av virksomheten som skal inn i nytt sykehus enn øvrige deler av VVHF. Dette relateres til de prosjektavhengige gevinstene som oppnås for den delen av virksomheten som etableres i nytt sykehus.

Kapitel 3 og 4 ovenfor omhandler forventede gevinster i tilknytning til de tiltak som planlegges iverksatt i perioden frem til 2025 og videre i forbindelse med etableringen av virksomheten i den nye sykehusbygget.

De samlede gevinstene oppsummeres i tabellen nedenfor:

Tiltak (TNOK)	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Sum
Klinikk Drammen sykehus					1 053	2 103	2 622	2 616	1 572	1 571	11 537
Klinikk for Intern service					6 600	6 000	600				13 200
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	1 102	1 129	1 159	1 191	93	4 748	3 984	4 041	4 101	3 393	24 942
Administrasjon og merkantil tjeneste	2 400	3 000	3 000	6 000	12 000	6 000		1 200	1 200		34 800
PHR - tiltak tilknyttet NSD	6 000	6 000	3 000		9 000	9 000	9 000	3 000			48 000
<i>Sum NSD relaterte tiltak/ gevinster</i>	<i>9 502</i>	<i>10 129</i>	<i>7 159</i>	<i>7 191</i>	<i>28 746</i>	<i>27 851</i>	<i>16 206</i>	<i>10 857</i>	<i>6 873</i>	<i>4 965</i>	<i>132 479</i>
Omstilling PHR prosjektuavhengig NSD	9 965	10 033	1 373	410	1 071	1 112	902	694	-262	-217	44 119
Innføring ARP VVHF, eksklusiv PHR	4 200	5 400	3 000	1 800	1 200	4 800	9 000	12 000	15 000	21 000	80 400
Innkjøpsområdet	4 368	4 618									12 163
Medikamentkostnader	10 000	10 000									35 000
Rehabiliteringskostnader - kjøp fra private	5 000	10 000	10 000	10 000							35 000
Gjestepasientkostnader	5 000	5 000	5 000	5 000							20 000
Bedre utnyttelse av samlet kapasitet	5 000										10 000
Beste praksis - reduksjon av utilsiktede hendelser	5 000										10 000
<i>Sum prosjektuavhengige relaterte tiltak/ gevinster</i>	<i>48 533</i>	<i>45 051</i>	<i>19 373</i>	<i>17 210</i>	<i>2 271</i>	<i>5 912</i>	<i>9 902</i>	<i>12 694</i>	<i>14 738</i>	<i>20 783</i>	<i>246 682</i>
Sum alle tiltak	58 035	55 180	26 532	24 401	31 017	33 763	26 108	23 551	21 611	25 748	379 161

Tabell 30. Samlet gevinstoversikt

5.4. Risikovurdering

Risiko er omtalt til de ulike gevinstplanene overfor. Samlet sett er dette en omfattende plan, og det stilles store krav til resultatutviklingen. Det vil kreve mye av organisasjonen i tiden som kommer. Samtidig vil en konkretisert handlingsplan bidra til å redusere risikoen. Foretaket har nå en samlet oversikt over de viktigste områdene som skal prioriteres de kommende årene. Det er etablert helt konkrete planer for store deler av gevinstområdene. Tiltak som ennå ikke er konkretisert i handlingsplaner som dedikerer ansvar på enkeltpersoner og tidfester realisering, vil utarbeides i perioden fremover.

Oppsummert anses de viktigste risikoområdene å være knyttet til følgende:

- Manglende forankring i lederlinjene og tid til gjennomføring.
- Manglende forankring hos medarbeidere og tillitsvalgte.
- Fremdrift i teknologiprojekter, herunder regionale prosjekter og kapasitet for gjennomføring hos Sykehuspartner.
- Teknologisk og faglig utvikling som vesentlig påvirker planlagt drift.
- Utvikling i pasientgrunnlaget, herunder opptaksområder for VVHF.
- Forutsetninger i inntektsmodeller og finansieringsvilkår.
- Tilgang på nødvendig kompetanse.
- Manglende rutine for oppfølging av realisering av gevinster fortløpende og særskilt etter innflytting i nytt sykehus.
- Økte fremtidige driftskostnader som følge av begrensede investeringsrammer for NSD.

De fleste risikoområder vil være forutsigbare og gir foretaket mulighet til å områ seg for å møte risikoene med nye tiltak. Foretaket har etablert modeller for risikovurderinger og møter risikoer med tiltak.

6. Oppfølging av resultatoppnåelse

Underlaget fra kapitel 5 ovenfor vil danne grunnlaget for etablering av et nullpunkt. De gevinstplaner og tiltak for å sikre økonomisk bærekraft som er omtalt under kapitel 3 og 4, er dedikert dels til konkrete avdelinger og dels til mer overordnede tiltak som vil fordeles når planene for realisering er brutt ned på enkeltavdelinger og områder. Dette vil danne konkrete resultatmål på hver enkelt avdeling, på NSD, og på VVHF som helhet for de kommende årene.

Bak gevinstplanene ligger det konkrete målsettinger om utvikling i årsverk og aktivitet. Dette vil være grunnlaget for fastsetting av KPI'er for den løpende oppfølging av utviklingen fremover. Avvik vil gi mulighet til å planlegge og iverksette kompensierende tiltak.

Mange prosjekter og delprosjekter planlegges i VVHF i de neste årene, både i regi av mottaksprosjektet og i forbindelse med regionale IKT-prosjekter. Styring og oppfølging av den totale prosjektporteføljen på foretaksnivå blir viktig for å sikre fremdrift i prosjektene og fremtidig gevinstuttak. Dette vil også være grunnlaget for å sikre koordinering av prosjekter mellom ulike avdelinger og klinikker.

I forbindelse med utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan (ØLP) for årene 2021 – 2024 (2036) er gevinstplanen overfor innarbeidet. Det vil etableres økonomiske resultatmål på avdelingsnivå for NSD, og på klinikknivå for resterende deler av VVHF. Det vil ikke gjøres fordeling av fellesområdet eller felleskostnader i fremtidig resultatmåling. Gevinstplaner og tiltak vil således innarbeides i framskrivningsunderlagene og etablere mål for respektive enhet. I forhold til aktivitetsutvikling vil dette følges opp år for år mot forutsetningene for kapasiteten som er beregnet i det nye sykehusbygget.

ØLP rapporteres for foretaket samlet. Det er foretakets samlede resultatutvikling som er viktig for å sikre at VVHF oppnår kravet til egenfinansiering av NSD, i tillegg til å sikre BRK-prosjektet og øvrige investeringer. Framskrivning på avdelingsnivå vil kun legges til grunn for foretakets egen oppfølging av respektive ansvarsområder, samt for rapportering til styret og HSØ for å dokumentere faktisk gevinstrealisering og resultatoppnåelse. Det vil videre være et underlag for driftsavtaler med klinikkene for å sikre ansvarliggjøring på det nivået der realisering faktisk skal finne sted. En slik forankring vil først bli gjort når tiltakene er konkretisert og akseptert av respektive leder som er ansvarlig for realiseringen.

Vedlegg

Vedlegg 1 Fremdriftsplan mottaksprosjektet NSD

Vedlegg 2 Foreløpig tidsplan for sentrale IKT-prosjekter med NSD avhengighet

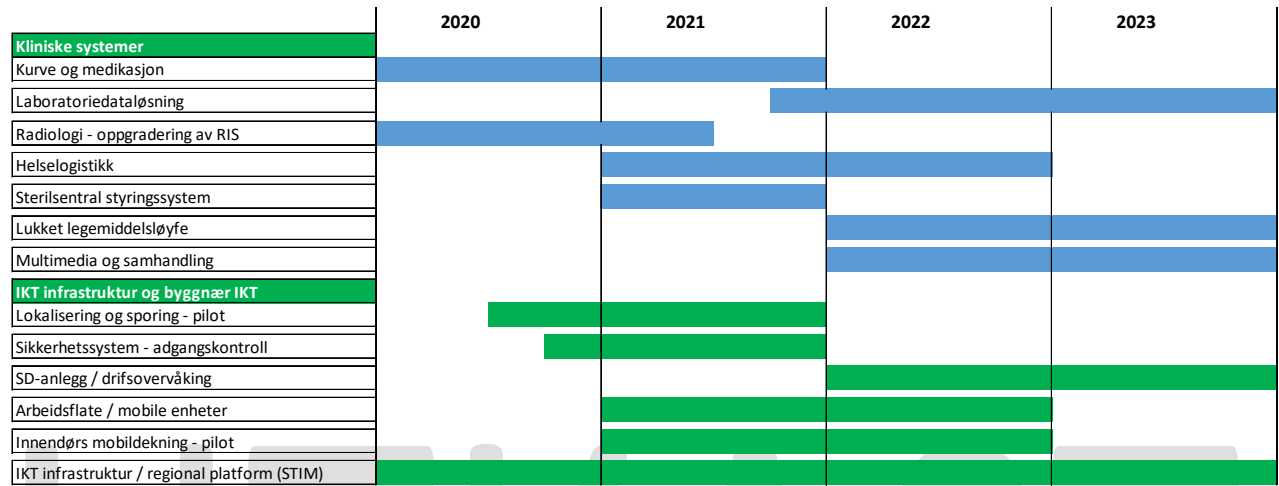
Vedlegg 3 Handlingsplan Aktivitetsstyrt Ressurs Planlegging

NSD Mottaksprosjekt		Foreløpig fremdriftsplan plan - Oppdatert: 23.3.2020																											
		2020				2021				2022				2023				2024				2025				2026			
Delprosjekter	Gevinsteier	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aktiviteter																													
Organisasjonsutvikling																													
Strategi legemiddelhåndtering	VV-NSD																												
Akuttmottak	DS																												
OBS post	DS																												
Utreiseområde	DS/PHR/KMD																												
Pasientovervåkning og telemetri	DS																												
Sengepostdrift	DS																												
Fordeling fagområder	DS																												
Samdrift 5. etg	DS																												
Samdrift 6. etg	DS																												
Samdrift 7. etg	DS																												
Samdrift 8. etg	DS																												
Poliklinisk drift, samdrift	DS																												
Område 1 (pol.bygg 1. 1. etg)	DS																												
Område 2 (pol.bygg 1. 2. etg)	DS																												
Område 3 (pol.bygg 1. 3. etg)	DS																												
Område 4 (pol.bygg 2. 1. etg)	DS																												
Område 5 (pol.bygg 2. 2. etg)	DS																												
Føde/NI	DS																												
Operasjonsområde	DS																												
Digitale forløp/hjemmesykehus	DS																												
Sterilsentral	DS																												
Intervensjon	DS																												
Fellesfunksjoner laboratoriemedisin / patologi	KMD																												
Patologi	KMD																												
Medisinsk mikrobiologi	KMD																												
Medisinsk biokjemi	KMD																												
Blodbank	KMD																												
Genteknologi	KMD																												
Bilddiagnostikk	KMD																												
Merkantil drift	DS/PHR/KMD																												
Pasientservice	KIS/DS/PHR/KMD																												
Ansattservice	KIS/DS/PHR/KMD																												
Kontor og møterom	KIS/DS/PHR/KMD																												
Logistikk - overordnet	KIS																												
Mattforsyning	KIS																												
Avfallshåndtering	KIS																												
Vareforsyning	KIS																												
Tøyforsyning	KIS																												
Senger	KIS																												
Forflyttingsmateriell	KIS																												
Steril vareforsyning	KIS																												
Portørtjeneste	KIS																												
Varemottak	KIS																												
Renhold	KIS																												
Samlokalisering psykisk helsevern og rus	PHR																												
Døgnområder PHR	PHR																												
VOP	PHR																												
BUP	PHR																												
TSB	PHR																												
Akuttmottak PHR	PHR																												
ECT behandling	PHR/DS																												
Utredning Klinisk ibruktakelse																													
Opplæring																													
Flytteprosjekt																													
Driftsfase - oppfølging																													

FORELØPIG

Vedlegg: Foreløpig tidsplan for sentrale IKT-prosjekter med NSD avhengighet

Figuren under gir en foreløpig fremdriftsplan for sentrale IKT-prosjekter. Planen er ikke utfyllende og er under arbeid.



Saksfremlegg

Økonomisk langtidsplan(ØLP) 2021 - 2024

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i Vestre Viken HF	21/2020	27.4.2020

Forslag til vedtak

1. Styret vedtar det fremlagte forslag til økonomisk langtidsplan for perioden 2021 – 2024 med forbehold om eventuelle justeringer som måtte tilkomme etter behandlingen i Helse Sør Øst RHF.
2. Styret legger til grunn følgende resultatmål i planperioden basert på de forutsetninger som er beskrevet i saksfremlegget:

MNOK	2021	2022	2023	2024
Resultatmål ØLP 2021-2024	271	304	296	288

Planforutsetninger ØLP 2021 - 2024 legges til grunn for det videre arbeidet med budsjett 2021.

3. Resultatmålene bygger på følgende investeringsrammer for planperioden 2021 – 2024:

ØLP 2021 - 2024 (MNOK)	2021	2022	2023	2024
BRK-prosjektet	90	88	132	109
PHR bygg	10	10	10	10
Ambulanser	19	19	19	19
MTU	101	101	101	101
IKT, bygnær IKT	26	26	26	26
EK innskudd pensjon	25	25	25	25
Annet (grunnutrustning mm)	38	38	33	33
SUM	309	307	346	322
<i>Herav finansiert med finansiell leasing</i>	<i>20</i>	<i>20</i>	<i>20</i>	<i>20</i>
<i>Herav finansiert med egen likviditet</i>	<i>289</i>	<i>287</i>	<i>326</i>	<i>302</i>

Fordeling av investeringsrammer konkretiseres i de årlige budsjettprosessene.

Styret legger til grunn at planene for rehabiliteringen av BRK opprettholdes som forutsatt i tidligere vedtak gjennom samlet ramme til henholdsvis investeringer og vedlikehold i tråd med prosjektplanen.

4. Styret forutsetter at rammen til finansiell leasing holdes innenfor 20 MNOK pr år, i tråd med finansstrategien i Helse Sør-Øst RHF.

Drammen, 21. april 2020

Halfdan Aass

Fung. administrerende direktør

Bakgrunn

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet planforutsetningene for ØLP i sak 017-2020 Økonomisk Langtidsplan 2021-2024 i styremøte 12. mars 2020. Styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF skal årlig vedta rullering av økonomisk langtidsplan for helseforetaket oppdatert med nye forhold, samt endrede planforutsetninger. Saken bygger på de resultatforutsetninger som ble redegjort for i styremøte 30. mars 2020. Det redegjøres for de viktigste planforutsetningene som er lagt til grunn, samt hovedaktivitetene for å oppnå resultatkravene.

Saksutredning

ØLP utarbeides på foretaksnivå. Det er hentet inn innspill fra klinikkene mht endringer i aktivitet og/eller bemanning. Innspill fra klinikkene er ikke av slik vesentlig art at det påvirker framskrivningene som legges til grunn på foretaksnivå. Innspill knyttet til investeringsbehov og behov for utvikling av eiendom, herunder vedlikehold, påvirker ØLP. I tillegg påvirkes ØLP av mottaksprosjekt Nytt sykehus, herunder flyttekostnader. Disse forutsetninger kommer i tillegg til planforutsetningene som er gitt fra HSØ. Nedenfor følger beskrivelser av de viktigste endringene og forutsetningene for ØLP for Vestre Viken HF.

ØLP er utarbeidet med utgangspunkt i budsjett 2020. Den pågående koronapandemien forventes å gi vesentlig avvik i prognosen for 2020. Det er foreløpig svært uklart hvordan helseforetakene vil kompenseres for konsekvensene av pandemien. Det er dermed ikke mulig å legge noen prognose for 2020 til grunn for ØLP 2021 – 2024.

Oppdatering av inntektsmodellen for perioden 2021-2024

Forutsetningene og kriteriene i inntektsmodellen er oppdatert for perioden. Tabellen nedenfor viser årlige omfordelingseffekter av inntektsmodellen samlet for alle tjenestoområder, inklusive kapital, pensjon og forskning. Tallene for 2021 viser endringen fra 2020 og vil bli lagt til grunn for budsjettet for 2021. De årlige endringene etter 2021 er resultatet av framskrivning av inntektsmodellen, jf. tabell under (MNOK).

Sykehusområde	2021	2022	2023	2024
Akershus	40	28	19	17
Innlandet	-4	-35	-30	-32
Oslo	-70	52	53	56
Sørlandet	22	-6	-6	-7
Telemark og Vestfold	23	-27	-24	-24
Vestre Viken	-22	-10	-9	-9
Østfold	11	-3	-3	-2

Oppdatering av kriteriene i inntektsmodellen gir Vestre Viken HF en reduksjon i 2021 på 22 MNOK sammenlignet med 2020. Reduksjon i inntektsmodellen i 2021 består av flere forhold, der endringer i pensjon utgjør den største andelen og møtes av tilsvarende reduksjon på kostnadssiden. Det er således ingen vesentlige endringer i rammeforutsetningene i ØLP.

Midler til økt aktivitet - inntektsmodell

Tabellen nedenfor viser midler til økt aktivitet og fordelingen av midlene i økonomiplanperioden (MNOK) vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF.

Midler til økt aktivitet (mill. kroner)	Fordelt i budsjett 2019	Fordelt i budsjett 2020	Økonomisk langtidsplan			
			2021	2022	2023	2024
Helseforetak og sykehus	432	358	500	600	600	600
Helse Sør-Øst RHF	150	150	50	50	50	50
I alt, sum bevilgning	582	508	550	650	650	650

De siste årene har økningen vært 600 til 700 millioner kroner årlig til Helse Sør-Øst RHF. Vestre Viken HF sin andel av aktivitetsmidler utgjør 75 MNOK i 2021, og 89 MNOK i de etterfølgende år i planperioden. Dette kommer i tillegg til effekter av inntektsmodelloppdateringer.

Midler til aktivitetsvekst fra HSØ tar utgangspunkt i forutsetninger i statsbudsjettet. Aktivitetsveksten som statsbudsjettet legger opp til, gir en marginalfinansiering tilsvarende 80 % av DRG. Dersom aktivitetsveksten blir høyere, blir finansieringen tilsvarende lavere. Fra 2016 til 2019 har det årlig vært en gjennomsnittlig vekst i antall ISF-poeng i Helse Sør-Øst på tilnærmet 2,3 %, som er høyere enn forutsetningene i statsbudsjettet. På grunn av de moderate vekstanslagene i statsbudsjettet har HSØ lagt til grunn et vekstanslag for aktivitetsmidler på 1,5 % i 2021. Dette altså til forskjell fra forutsetningen om selve aktivitetsveksten. På sikt forutsettes det at finansieringen bedre ivaretar andre forhold enn demografi som for eksempel sykdomsutvikling, ny diagnostikk, nye og kostnadskrevenne behandlingsmetoder og ny teknologi. Fra og med 2022 legges det derfor som en planforutsetning at det gis finansiering ut fra et vekstanslag på 2 %. Av forsiktighetshensyn inkluderer planforutsetningen fortsatt marginalfinansiering.

MNOK	2021	2022	2023	2024
Endring i faste inntekter ØLP 2021-2024	40	68	69	69
Endring i faste inntekter ØLP 2020-2023	48	51	52	57
Økning(reduksjon) ift ØLP i fjor	-7	17	17	12

Vedtatte planforutsetninger øker inntektsrammen til Vestre Viken HF med 40 MNOK i 2021. Dette er om lag 7 MNOK mindre enn ved forrige rullering av ØLP. Planforutsetninger gir en økning i forhold til i fjor for de øvrige årene i planperioden. Dette bidrar positivt i forhold til resultatmålene i perioden.

Resultatmål

ØLP 2021-2024 bygger videre på resultatforutsetninger fra ØLP 2020-2023, oppdatert for kjente endringer. De viktigste endringene vedrører prisregulering av BRK-prosjektet (bygginvesteringer) og reklassifisering av byggvedlikehold fra investering til drift. Det er lagt til grunn at styrets vedtak i 2017 om en investeringsramme på 1,6 MRD til oppgradering og vedlikehold av sykehusene Bærum, Ringerike og Kongsberg forutsatte årlig prisregulering av beløpet. I forbindelse med utarbeidelsen av ØLP er kommende aktiviteter tilknyttet BRK prosjektet vurdert på ny mht fordeling mellom vedlikehold og investering. Dette har resultert i en økt andel til vedlikehold som dermed reduserer resultatmålet, men tilsvarende reduserer midler til investeringsformål.

Utover disse to forholdene er resultatet justert som følge av endringer i kostnads- og inntektsutvikling i de enkelte årene, samt for effektene av gevinstplanen, jf styresak 20/2020 Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD. Nytt av året er endret prinsipp i Helse Sør-Øst for kapitalisering av byggeprosjekter under utførelse. Helseforetakene skal legge inn

byggekostnadene i takt med pådraget i byggeprosjektene og legge opp finansieringen av dette i samsvar med forutsetningene. For Vestre Viken medfører dette trekk på basisfordringen mot Helse Sør-Øst med dertil reduserte renteinntekter i planperioden.

	2021	2022	2023	2024
Resultatmål ØLP i fjor	267	262	268	345
Prisjustering BRK	7	7	7	7
BRK endring vedlikehold over drift - eks mva	6	-2	-26	-18
Endring MTU over drift (eks mva)	-4	-3	-2	-2
Resultat justering/driftstilpasning	-5	40	49	-44
Resultatmål ØLP 2021-2024	271	304	296	288

Midler til økt aktivitet - ISF inntekter

Styret i Helse Sør-Øst RHF har vedtatt følgende føringer som gjelder alle helseforetakene:

- Samlet vekst i pasientbehandlingen på i overkant av 2 % i 2021. Vekst omfatter tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk.
- Veksten i ISF-finansiert pasientbehandling (somatikk) skal være om lag 6 % i planperioden.
- Veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal hver for seg være høyere enn for somatikk. Aktivitetsveksten skal måles i antall polikliniske konsultasjoner.

Det er lagt til grunn en årlig vekst i pasientbehandlingen på 1,6 % i somatikken, 2,6 % i voksenpsykiatri, 5 % innenfor barne- og ungdomspsykiatri og 3 % innenfor rusbehandling. ISF-refusjoner knyttet til H-resepter øker gjennomsnittlig med 3,6 % pr år i planperioden i takt med forventet vekst i medikamentbruk. Dette gir en total vekst i ISF-inntekter i planperioden på 212 MNOK.

	2021	2022	2023	2024
Endring ISF-inntekter				
ISF-inntekter somatikk og PHR	50	44	46	45
ISF-refusjoner H-resepter	5	6	8	8
Endring aktivitetsbasert finansiering	55	50	54	53

Økt finansiering drift

Foretakets inntekter øker med totalt 129 MNOK i 2021 når vedtatte planforutsetninger legges til grunn. Driftsfinansieringen øker samlet med 554 MNOK i planperioden.

MNOK	2021	2022	2023	2024
Økning i basisfinansiering	40	68	69	69
Økning i ISF-refusjoner på H-resepter	5	6	8	8
Økning i aktivitetsbasert finansiering klinikker	50	45	45	45
Endring øvrige driftsinntekter	34	23	21	18
SUM økt driftsfinansiering	129	142	143	141

Eksogene forhold

Resultatkravet øker med kostnadsendringer som er kjente eller allerede besluttet. Disse kan i liten grad påvirkes, da de enten er påført foretaket av andre eller allerede er besluttet og igangsatt.

Eksogene forhold inkluderer økning i kostnader fra Sykehuspartner IKT, medikamenter (Sykehusapotekene), endrede avskrivninger på eksisterende eiendeler og netto økte finanskostnader som følge av endret kapitalisering av byggeprosjekter under utførelse.

MNOK	2021	2022	2023	2024
Tjenestepri SykehusPartner HF	30	24	11	16
Medikamentkostnader SykehusApotekene	23	17	36	45
Endring finanskostnader sfa kapitalisering NSD	11	17	25	36
Endring avskrivninger eksisterende eiendeler	-3	-28	-19	-26
SUM kostnadsendring eksogene forhold	61	30	53	71

Totale eksogene kostnadsøkninger, som i liten grad kan påvirkes, utgjør 215 MNOK i planperioden.

Andre forhold

Kostnadsendringer i ØLP som kan påvirkes, omfatter økte driftskostnader som følge av aktivitetsvekst, kostnader knyttet til lokale IKT prosjekter, økt forbruk av behandlingshjelpemidler, fortsatt økning i pasientreiser og økte avskrivninger som følge av investeringer i perioden, samt reduserte finanskostnader som følge av egen sparing. Kostnadene er justert med tiltak fra gevinstplanen. Netto totale kostnadsendringer knyttet endringer i planlagt drift utgjør 300 MNOK i planperioden.

	2021	2022	2023	2024
Lønnsvekst sfa aktivitetsvekst netto ABE	94	77	76	78
Endring varekost sfa aktivitetsvekst, netto tiltak	9	7	-3	-22
Stråleterapi - etableringskostnader lønn	1	1	1	11
Skanning av historiske pasientarkiv	3	-2	-1	0
Avskrivninger sfa nye investeringer	0	20	20	21
Reklassifisering fra investering til drift	-2	5	29	19
Mottaks- og flytteprosjekt NSD	1	5	7	37
Gevinstplan NSD, ARP, omstilling mm	-36	-28	-15	-7
Endring kjøp av helsetjeneste og innleie	4	3	3	3
Endret netto finanskostnader	-15	-15	-22	-30
Annet	-15	7	3	-32
SUM kostnadsendringer sfa planlagte drift	45	79	98	78

ØLP 2021-2024 forutsetter at aktivitetsveksten skal gi tilsvarende vekst i bemanning, redusert for avbyråkratisering og effektiviseringskrav (ABE) på 0,5 %. Vekst innen pasientbehandling påvirker også ambulanssevirkomheten, kostnader til pasientreiser og behandlingshjelpemidler, i tillegg til medisinsk diagnostikk og interne servicetjenester. Økte midler som følge av aktivitetsvekst disponeres i forbindelse med de årlige budsjettprosessene. Både behandlingshjelpemidler og pasientreiser har historisk økt mer enn veksten i pasientbehandlingen og kan være en risikofaktor i forhold til foretakets evne til resultatopptjening.

Helse Sør-Øst har vedtatt å styrke byggvedlikehold ved blant annet en stille krav om at vedlikeholdet skal utgjøre 250 kr/kvm, anslagsvis 60 -70 MNOK i Vestre Viken. Vedlikeholdet i Vestre Viken HF overstiger dette beløpet da det her må tas hensyn til at BRK-prosjektet ivaretar vedlikeholdsetterslepet. BRK-prosjektet løfter tilstandsgraden for bygningsmassen. Det blir viktig at løpende vedlikehold prioriteres i fremtiden for å sikre at tilstandsgraden opprettholdes på det høyere nivået. Eventuelt økt behov må vurderes i forbindelse med budsjettarbeidet for 2021. I den

anledning må vedlikeholdsplanen suppleres med innspill fra eiendomsplaner for psykisk helse og rus og prehospitale tjenester.

Satsningsområder

I budsjett 2020 ble det bevilget midler til forskning og innovasjon, sikkerhet i foretaket og utdanning av spesialsykepleiere og annet helsepersonell. I ØLP 2021-2024 er disse bevilgningene videreført. Det ble også bevilget midler til skanning av historisk pasientarkiv i budsjett 2020. I ØLP er bevilgningen økt i de nærmeste årene for deretter å reduseres i takt med at scanningen av historiske arkiv ferdigstilles før innflytting i nytt sykehus i 2025.

I forbindelse med fastsettelse av budsjett for 2021 vil foretaket prioritere følgende områder:

- Videreutdanning av spesialsykepleiere og annet helsepersonell.
- Ytterligere økte midler til å etablere sikkerhetsordninger i sykehusene, herunder også lokasjoner for pasientbehandling innen psykisk helsevern og rusbehandling.
- Løpende vedlikehold for å unngå reduserte tilstandsgrader i oppgraderte bygg.
- Forskning og innovasjon.
- Midler til mottak og forvaltning av IKT-prosjekter som bidrar til forbedring i pasientbehandlingen og realisering av gevinstplanen.

Økte midler til overnevnte satsningsområder må veies opp mot resultatkrav og behov for investeringer.

Kompetansebehov

Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver økt behov for blant annet sykepleiere, spesialsykepleiere og helsefagarbeidere i sykehusene i årene fremover. Det er all grunn til å tro at dette behovet også er gjeldende for Vestre Viken HF. Per i dag oppleves det vanskelig å rekruttere spesialsykepleiere, for eksempel innen operasjon og intensiv. Dette vurderes løst gjennom oppgaveglidning, utdanningsstillinger og tiltak for å bidra til bedre rekruttering generelt.

Det er behov for kortsiktige og langsiktige tiltak for å rekruttere ansatte med rett kompetanse inn i nevnte yrkesgrupper. Selv med en eventuell oppgaveglidning og ikke minst en forventet medisinskteknisk utvikling, vil behovet uansett være der for kompetansen disse gruppene representerer.

Et viktig tiltak knyttet til langsiktig rekruttering er å øke antall lærlinger i helsearbeiderfaget, tilby flere sykepleiestudenter praksisperioder av god kvalitet og opprette flere utdanningsstillinger innen anesthesi-, barneintensiv-, intensiv- og operasjonssykepleie.

For å kunne fremskrive behovet for fremtidig antall årsverk innen de ulike yrkesgruppene, inkludert utdanningsstillinger for spesialsykepleiere, som må legges inn i ØLP hvert år, trengs det kartlegging og behovsvurdering. Vestre Viken HF skal ta i bruk Kompetanseportalen for alle yrkesgrupper, og ved det få et verktøy som vil bidra til en systematisk kartlegging av fremtidig behov.

I løpet av planperioden planlegger Vestre Viken å ta i bruk nye teknologiske løsninger som gir bedre og mer effektive helsetjenester. Teknologiprojektene gir behov for ny digital kompetanse, både i forbindelse med innføring av nye løsninger og for å få tatt ut gevinster gjennom effektiv bruk. Tiltak for økt digital kompetanse i Vestre Viken vil ses i sammenheng med Sykehuspartners rolle som regional tjenesteleverandør av IKT-tjenester.

Årsverk

Årsverk i ØLP øker i takt med aktivitetsvekst innenfor hvert område, men er redusert med avbyråkratiserings- og effektiviseringskrav (ABE) og gevinstplan. I tillegg kommer vekst knyttet til satsningsområder, etablering av strålekompetanse og mottaksprosjekt for nytt sykehus i Drammen.

	2021	2022	2023	2024
Endring årsverk				
Årsverkvekst sfa aktivitet	137,2	115,8	115,5	117,8
Reduksjon i årsverk sfa ABE (0,5 %)	-25,8	-25,1	-25,7	-26,0
Gevinstplan	-42,3	-33,0	-18,2	-8,6
Satsningsområder, Stråle og Mottaksprosjekt	6,2	5,0	8,0	44,7
Endring årsverk ØLP 2021-2024	75,3	62,7	79,6	127,9
Endring årsverk ØLP 2020-2023	1,0	-3,8	-2,3	27,4

I ØLP 2020 – 2023 var det ikke forutsatt vekst i bemanning som følge av aktivitetsvekst.

Omstillingsbehov

Resultatforbedringer i ØLP skal møtes gjennom produktivetsforbedringer (ABE-krav) og realisering av planen for økonomisk bærekraft i Vestre Viken HF og gevinstrealisering tilknyttet nytt sykehus i Drammen. Krav tilknyttet ABE-reformen (avbyråkratisering- og effektiviseringsreformen) reduserer lønnsveksten som følge av aktivitetsvekst med om lag 34 MNOK pr år i planperioden. I tillegg kommer besparelser fra gevinstplan med til sammen 203 MNOK i planperioden. Det vises i denne sammenheng til styresak 20/2020, der det er planlagt gevinster på 165 MNOK i planperioden. Det er som nevnt i saksfremlegget foretatt en endret periodisering av gevinster planlagt realisert i 2020 som følge av koronapandemien. Dette er fordelt i planperioden og øker således forventede gevinster i årene 2021 - 2024.

Gevinstplan

	2021	2022	2023	2024
NSD-gevinstplan	10	11	8	7
PHR omstilling og ARP i øvrige klinikker	20	21	10	2
Innkjøpsområdet	18	18	4	0
Egendekning/gjestepasientområdet	10	15	15	15
Best praksis, kapasitetsutnyttelse o.l.	13	3	3	0
SUM planlagte gevinster	71	68	40	24

(endring pr år)

Produktivetsforbedringer skal oppnås gjennom tiltak knyttet til ny teknologi, styrket kompetanse på ressursplanlegging, redusert sykefravær og reduserte feil/avvik i pasientbehandlingen. Ytterligere tiltak, for å sikre kravene til egenfinansiering av nytt sykehus og investeringsnivået for øvrig, bygger på reduksjon av gjestepasientkostnader, reduksjon av forbruk av rehabiliteringstjenester, samt mer effektiv utnyttelse av eiendomsmassen.

Strategisk plan 2019 – 2022, oppdatert for perioden 2020 – 2023, danner grunnlag for de aktiviteter som iverksettes i planperioden. Dette omfatter konkrete planer tilknyttet ny teknologi, med særskilt prioritering av avstandsoppfølging, økt samvalg og brukermidvirkning, økt samhandling med kommuner og mellom egne sykehus med fokus på standardisering, beste praksis og rett ressursbruk. Studier bl.a. fra Sverige og Danmark viser at tiltak innen avstandsoppfølging har potensiale for økonomisk effekt relativt raskt, noe som Vestre Viken allerede har erfart gjennom bruk av

videokonsultasjoner på habiliteringsområdet. Våren 2019 ble det etablert et program for medisinsk avstandsoppfølging i foretaket for å intensivere innsatsen på dette området.

Reduksjon av feil og utilsiktede hendelser i pasientbehandlingen er et viktig satsingsområde. Foretaket har igangsatt flere aktiviteter som støtter opp under dette formålet, det vises til nærmere omtale i sak 20/2020. Gjennomføring av disse satsingene forventes å bidra til færre innleggelses, reduserte liggetider for enkelte pasientgrupper, redusert overbehandling og overdiagnostikk, økte inntekter og lavere bemanningskostnader fordi færre skades og blir liggende på sykehusene.

Bemanningskostnader er en viktig kostnadsdriver. Metodikk for aktivitetsstyrt ressursplanlegging skal implementeres i hele foretaket i planperioden. Kompetanse på ressursplanlegging skal styrkes. Innsatsteam bestående av spesialkompetanse på GAT og ressursplanlegging, i samarbeid med kontrollere, bistår kliniske avdelinger i planlegging og oppfølging. Modellen for oppfølging og reduksjon av sykefravær som ble gjennomført i klinikk for intern service i 2018 tas i bruk også i andre klinikker. Det er en målsetting av sykefraværet skal reduseres med minimum 1 % i planperioden.

Det pågår et prosjekt for samordning av all logistikk utover pasientlogistikken i sykehusene. Prosjektet slutføres i løpet av 2020 og forventes å bidra til en samlet årlig besparelse på 5 MNOK.

Regional løsning for klinisk logistikk, inkludert selvinnsjekk, betalingsløsninger og elektroniske tavler, er forventet implementert i planperioden. Dette blir et viktig verktøy i arbeidet med å sikre rett ressursdisponering og en mer effektiv pasientlogistikk i foretaket. Økonomiske gevinster ved innføring er foreløpig ikke konkretisert.

Gevinstrealiseringsplan nytt sykehus danner grunnlag for utviklingen i ØLP utover planperioden. I planperioden er det først og fremst kostnader forbundet med mottaksprosjektet som inntreffer, men også effekter av forberedelser til endringer i driften.

Inntekter fra salg av Drammen sykehus og Blakstad sykehus i ØLP bygger på foreliggende takster basert på dagens regulering av eiendommene. Det er et godt samarbeid med Drammen kommune om salget av Drammen sykehus. I fellesskap er det engasjert arkitekt for utvikling av eiendommen. Dette betyr at salgssummen kan bli vesentlig høyere enn det som er forutsatt i ØLP. Når det gjelder Blakstad sykehus er det gitt innspill til Asker kommune om kommuneplanens arealdel. I tillegg er det engasjert arkitekt for presentasjon av utviklingspotensialet for denne eiendommen. Det er betydelig potensiale for økt salgsverdi om området omreguleres til boligformål. Salgsgevinstene inntreffer i ØLP etter planperioden.

I forbindelse med nytt sykehus er mottaksprosjektet etablert i 2019. Det fastsettes resultatmål for hver enhet som skal inn i nytt sykehus, i tillegg til resultatmål tilknyttet den samhandling som oppnås ved samlokalisering i nytt bygg. Gevinstplanene vil følges tett opp fremover for å sikre at resultatmålene oppnås.

Endret tjenestetilbud

Vestre Viken HFs bruk av andre sykehus er fortsatt relativt høy sammenlignet med andre foretak. Med de tiltak som blant annet gjøres på investeringssiden har foretaket som mål å redusere dette forbruket. ØLP forutsetter en gradvis reduksjon i kjøp av helsetjenester innenfor regionen, samt en reduksjon i bruk av privat rehabilitering i planperioden.

Eiendomsutvikling og arealeffektivisering

Vestre Viken er geografisk spredd og bærer bygningsmessig preg av historikken med sammenslåing av flere sykehus. Eiendomsporteføljen er betydelig og kostnadskrevenne med dagens struktur. Det er også en rekke uhensiktsmessige bygninger. Utvikling på eiendomsområdet er en viktig forutsetning for å nå resultatmålene i den kommende perioden. Dette vil nødvendigvis også kreve investeringer som sikrer bedre utnyttelse av den bygningsmassen som ønskes videreført.

Det er utarbeidet en eiendomsplan for Klinikk psykisk helse og rus som vil bli fremlagt for styret i løpet av våren. Planen er på idefasenivå og anslår et behov på om lag 160 MNOK for oppgradering og vedlikehold av bygningsmassen over en 10 års periode. ØLP reflekterer ikke denne planen utover en avsetning til investering med 10 MNOK pr år for opprustning av bygningsmassen. Når planen vedtas, vil den danne grunnlaget for kommende års ØLP og budsjett 2021. Utover avsatt beløp til investering i ØLP er det forutsatt salg av eiendommer. Eiendomsplanen for psykisk helse og rus er et viktig grunnlag for den videre utvikling av dette virksomhetsområdet og vil understøtte planlagte tiltak for effektivisering av driften, herunder faglig utvikling. Avvikling av gamle og uhensiktsmessige bygg vil spare foretaket for fremtidige vedlikeholdskostnader.

Tilsvarende plan skal utarbeides for Prehospitale tjenester. Det foreligger også en plan for fagområdene behandlingshjelpemidler, habilitering, samt sentrale staber. Med disse planene og fullføring av BRK har foretaket en samlet langtidsplan for all virksomhet som ikke berøres av nytt sykehus i Drammen.

Resultatutvikling ØLP 2021 – 2024

MNOK	2021	2022	2023	2024
Inngangsfart	248	271	304	296
Økning driftsfinansiering	129	142	143	141
Kostnadsendring eksogene forhold	-61	-30	-53	-71
Kostnadsendring som følge av planlagte drift	-45	-79	-98	-78
Resultatkrav ØLP 2021-2024	271	304	296	288

Resultatmålene i planperioden forutsetter at omstillingstiltakene og gevinstplanen gir forventede effekter. Dersom resultatmålene ikke oppnås, må det vurderes justeringer av investeringsnivået.

Forslag til investeringsrammer 2021 – 2024

Investeringsrammene bygger på gjeldende ØLP med mindre justeringer. Investeringsrammen forutsetter at resultatmål oppnås.

Det foreslås følgende investeringsrammer for planperioden 2021-2024:

ØLP 2021 - 2024 (MNOK)	2021	2022	2023	2024
BRK-prosjektet	90	88	132	109
PHR bygg	10	10	10	10
Ambulanser	19	19	19	19
MTU	101	101	101	101
IKT, bygnær IKT	26	26	26	26
EK innskudd pensjon	25	25	25	25
Annet (grunnutrustning mm)	38	38	33	33
SUM	309	307	346	322
<i>Herav finansiert med finansiell leasing</i>	20	20	20	20
<i>Herav finansiert med egen likviditet</i>	289	287	326	302

Det er stort behov for å oppgradere de somatiske sykehusene som ikke omfattes av NSD. Både Ringerike, Bærum og Kongsberg sykehus krever større oppgradering av bygningsmassen for å kunne ha en forsvarlig drift i årene framover. Styret behandlet sak om vedlikeholdsprogram på styremøte 19. juni 2017, sak 30/2017. Vedtaket om oppgradering av BRK er videreført i denne leveransen av ØLP. Vedlikeholdsprogrammet er planlagt gjennomført i perioden 2017-2027 med en samlet ramme på 1,6 mrd (2017-kroner), hvorav den andel som er vedlikehold behandles som driftskostnad.

BRK anskaffelser fordelt på investering og drift

Investeringer ØLP	2021	2022	2023	2024	Total
BRK inkl prisstigning invest	90	88	132	109	419
BRK over drift	50	52	84	107	293
Oppgradering forsert BRK	140	140	217	216	712

Styret fikk fremlagt en oversikt over mulighetsrommet for fremskynding av BRK programmet i møtet 16. desember 2019. Konklusjonen var at det ikke er likviditetsmessig mulig å flytte frem investeringsplanene for 2026 og 2027. Innenfor årene 2021 – 2024 er det likviditetsmessig rom for noen mindre justeringer. Beløpsmessig er imidlertid dette begrenset og det foreslås derfor ingen korreksjoner, men at dette vurderes i forbindelse med de kommende budsjettbehandlingene.

Øvrige bygg

Det er lagt til grunn en investering i bygningsmassen for PHR med 10 MNOK pr år i planperioden. Det vises til omtale av eiendomsplan PHR overfor. Det forventes noe behov for utbedringer av Drammen sykehus frem til salg og flytting til nytt bygg. Som følge av planlagt salg forventes det at utbedringer av Drammen sykehus kostnadsføres. Det er derfor ikke satt av investeringsmidler til dette formål. Det vil utarbeides en eiendomsplan også for bygningsmassen i prehospitaltjenester. Eventuelle konsekvenser av denne må justeres i kommende års ØLP og budsjetter når planene er konkretisert.

IKT og investeringer i bygnær IKT

Investeringer i lokale IKT-prosjekter var i tidligere års ØLP lagt inn med 20 MNOK årlig, mens det ikke har vært avsatt midler til bygnær IKT. Innen bygnær IKT og eiendomsmessige IKT-tilpasninger er det erfaringsmessig behov for årlige investeringsmidler til nødvendige IKT-oppgraderinger ifm BRK, ytterligere forsterkning av Wifi og oppgradering av lokale datarom. Dette må ses i sammenheng med de årlige bygningsmessige planene.

Sykehuspartner har angitt forutsetninger for lokale investeringer med 8 MNOK pr år i planperioden. Det har vist seg fra tidligere at Sykehuspartner har begrenset kapasitet til leveranser. HSØ har gjennom Oppdragsdokumentet for 2020 gitt Sykehuspartner et oppdrag om å «Øke samlet leveransekapasitet gjennom bruk av eksterne leverandører». Dette vil kunne bidra til å tette gapet mellom Vestre Vikens behov og Sykehuspartners leveransekapasitet. Viktige tiltak i strategisk plan 2019-2022 (2020-2023) er å ta i bruk ny teknologi og å forenkle og standardisere teknologiske løsninger.

For regionale løsninger vil HSØ finansiere anskaffelse av selve løsningen. Foretaket skal bekoste mottak av løsningene og lokale utgifter som eksempelvis lokalt utstyr og lokale kostnader til montering. Der hvor det ikke finnes regionale IKT-løsninger, må foretaket selv anskaffe løsning og bekoste investering av dette.

Det er utarbeidet en samlet oversikt over IKT-porteføljen av prosjekter som omfatter alle pågående investeringsprosjekter, og de som forventes ferdigstilt i løpet av planperioden og frem til innflytting i nytt sykehus i Drammen. Rammen for investering og fremtidig drift, herunder potensielle driftsmessige gevinster er ikke endelig klarlagt. Kostnader til nye IKT-løsninger og større IKT-oppraderinger, er svært krevende å anslå.

Innføring av nye IKT-løsninger medfører økte driftskostnader, både prosjektkostnader som påløper under innføring og varige kostnader til drift og forvaltning av løsningene. De varige kostnadene innebærer en økt tjenestepriis til Sykehuspartner og kostnader til forvaltningsressurser i Vestre Viken.

Foretaket vil vurdere investeringstakten på teknologiinvesteringer i forbindelse med de kommende års budsjettprosesser og årlige rullering av ØLP, blant annet basert på kost/nytte-vurderinger hvor det kan vise seg nødvendig å ta en initiell investerings- og driftskostnad for å oppnå mer langsiktige gevinster. Rammen for IKT, inkludert byggnær IKT, er foreslått økt til 26 MNOK pr år i planperioden.

Investering i MTU

Vestre Viken har medisinskteknisk utstyr til en total anskaffelsesverdi på knapt 1,1 milliarder kr. Utstyret har ulik gjennomsnittlig brukslevetid. Basert på økonomisk vektning er det vanlig å anslå en gjennomsnittlig brukslevetid på 9,5 år. Dersom utstyret holdes lengre i drift enn anbefalt, øker risiko for avbrudd og servicekostnader øker. Utstyret kan også ha redusert ytelse mht funksjon og diagnostisk kvalitet og oppleves mindre hensiktsmessig sammenlignet med nytt utstyr. Alderen på utstyrsparken i Vestre Viken er i dag noe høyere enn anbefalt nivå, men situasjonen er blitt betydelig bedret gjennom de siste årene.

Med bakgrunn i en gjennomsnittlig brukslevetid på 9,5 år vil beregnet behov for investeringsmidler til opprettholdelse av dagens MTU-park de neste årene være om lag 100 MNOK pr år i tillegg til midler over drift til gjenanskaffelse av mindre MTU (verdi under 100.000 kr).

Investeringer i MTU fra tidligere års ØLP viser en reduksjon fra 2022, fra et nivå på omkring 100 MNOK til et nivå på 80 MNOK frem til innflytting i nytt sykehus. I nytt sykehus er det forutsatt en medflyttingsgrad av MTU på 29 %, og detaljplanleggingen av dette pågår. ØLP for MTU har tidligere lagt til grunn at innflytting i NSD skulle skje på et tidligere tidspunkt. Det anses nødvendig å justere opp investeringsnivået til 100 MNOK frem til innflytting i NSD ved utgangen av 2025. Dette medfører en samlet økning i investeringene i MTU på 60 MNOK i planperioden. Et slikt investeringsnivå vil opprettholde utstyrsparken på dagens nivå, og muliggjøre en medflyttingsgrad på 29 % til nytt sykehus.

Budsjettet ivaretar løpende reinvesteringsbehov, men gir lite rom for utvidelser. Det er nye investeringer som er viktig for foretaket å få prioritert i de kommende årene. Det er blant annet svært ønskelig å investere i en MR på Kongsberg og etter hvert en CT ved Ringerike sykehus. Dette er prioriteringer foretaket vil forsøke å finne rom for i planperioden.

Foretaket har i dag fire mammografibusser som må oppgraderes i ØLP perioden. Dette er en nasjonal ordning som administreres av Vestre Viken med refusjoner som fullt ut finansierer drifts- og kapitalkostnadene. Om lag 20 % av alle screeningundersøkelser i Norge gjøres på disse bussene. Det er dialog med Helse Sør-Øst for å sikre at økonomisk kontraktmessige forhold blir avklart før en eventuell anskaffelsesprosess igangsettes. I ØLP 2021-2024 er det forutsatt anskaffelse av en ny mammografibuss i 2022, samt oppgradering av de øvrige bussene i perioden 2021-2023.

Mammografibussen er ikke medtatt i oppstillingene overfor da den som nevnt forutsettes finansiert fullt ut gjennom utleieordningen.

Finansiering av investeringene

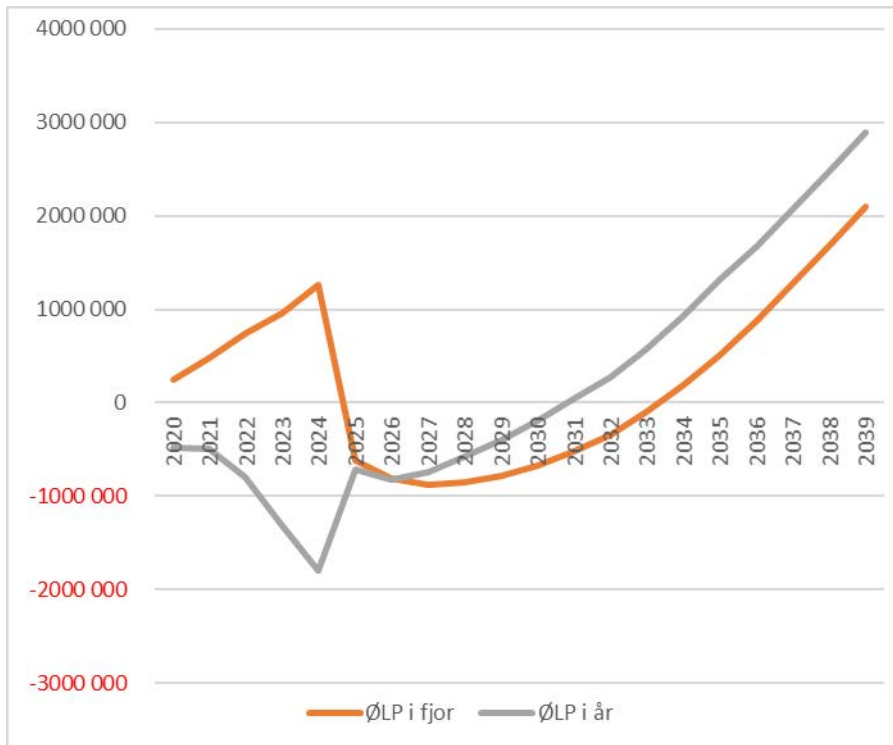
Positive resultater i årene frem mot 2025 vil være avgjørende for foretakets evne til å bære kapitalkostnader fra fremtidige investeringer i nytt sykehus, samt oppgraderinger av Ringerike, Kongsberg og Bærum sykehus. Styret har tidligere gitt uttrykk for en ønsket fremskynding av investeringsplanen slik at den er slutført samtidig med innflytting i nytt sykehus. ØLP 2021 – 2024 viderefører investeringstakten fra forrige års ØLP. Tidligere kapitalisering av byggeprosjektet NSD medfører lavere ramme for finansiering. Siden dette er en vesentlig prinsippendring, har foretaket fått aksept for å øke lånerammen ved trekk på driftskreditten tilsvarende tapte finansinntekter og redusert basisfordring som følge av prinsippendringen.

Det forutsettes at investeringer i 2020 delfinansieres ved finansiell leasing med 20 MNOK pr år, i samsvar med finansstrategien i Helse Sør-Øst som setter begrensning i finansielle leasingavtaler inntil 0,2% av foretakets omsetning. Finansiell leasing skal først og fremst benyttes til å finansiere nye ambulanser (17 MNOK), behov utover ambulansene for resterende av rammen på finansiell leasing vurderes i årlige budsjettprosesser av foretaksledelsen. Vestre Viken legger til grunn at investering i mammografibussene kan komme i tillegg til dette nivået etter dialog med HSØ, jf kommentarer over.

Kapitalisering av nytt sykehus

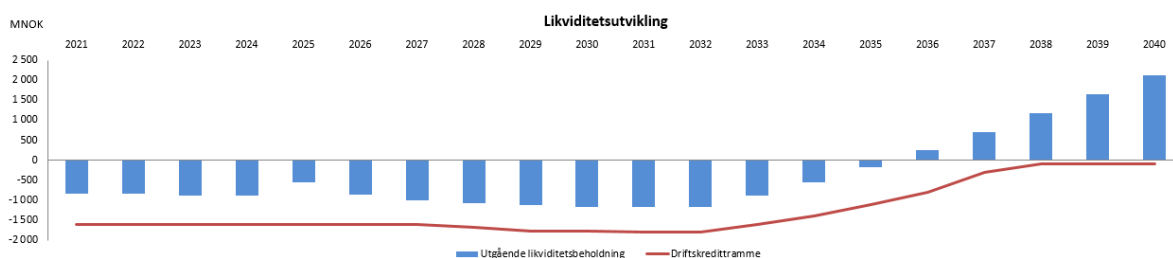
Etter de nye prinsippene skal byggeprosjekter kapitaliseres i foretaket i tråd med pådrag, og egenandelen (30 % av totalverdien) skal dekkes av foretakets samlede likviditet. For Vestre Viken betyr dette at 30 % av NSDs pådrag belastes basisfordring og/eller driftskreditt fortløpende i byggeperioden. Dette gir en reduksjon i den samlet likviditet og en økning i netto rentekostnader. «Hengekøyen» i forbindelse med nytt sykehus blir dypere. I tidligere år er nytt sykehus kapitalisert hos HSØ frem til innflytting.

For å sikre at prinsippendringen ikke påvirker utvikling av BRK-prosjektene og øvrige byggeprosjekter, har HSØ godkjent at «hengekøyen» kan forverres i planperioden med et beløp tilsvarende egenandelen ved nytt sykehus (30% av pådrag) pluss renteeffekten.



Likviditeten

Driftskredittrammen er for tiden på 1,6 MRD og har ligget fast de senere årene, kun justert for svingninger i pensjonspremiebetaling. Det forutsettes ingen endringer i pensjon i ØLP 2021-2024. I rulleringen av ØLP som ligger til grunn for styrets behandling har administrasjonen vurdert likviditetsutviklingen fra 2026 og fremover. Utnyttet trekk på tilgjengelig kredittramme vil gradvis bygge seg opp siden foretaket skal benytte egne midler til finansiering av nytt sykehus fortløpende fra 2021. Det er en liten reduksjon i trekkbehovet i 2025 som følge av salget av Drammen Sykehus og Blakstad Sykehus. Etter 2025 vil trekket på driftskreditten øke frem mot 2032. Deretter viser planen at likviditeten bedres for hvert år og i 2036 skal den være tilnærmet i balanse. Beregningene viser et behov for en kredittramme på 1,3 MRD målt i 2019-kroner i 2032.



Risiko og forbehold i saksfremlegget

Godkjenning i HSØ

ØLP rapporteres til Helse Sør-Øst 22. april. Det er deretter avtalt oppfølging av ØLP med HSØ i dialogmøte 6. mai. Det må følgelig tas forbehold om eventuelle krav til korleksjoner i foreslått ØLP i oppfølgingsmøtet med HSØ.

Lokale IKT kostnader i foretaket som følge av regionale prosjekter

Mottak og innføring av regionale IKT-prosjekter og regional infrastrukturmodernisering og sikkerhetsløsninger (for eksempel STIM og ISOP) forventes å påføre foretaket lokale kostnader både til investering og drift. Det forventes at noen av disse kostnadene vil være varige, eksempelvis til forvaltning av løsningene. Det må også påregnes at innføring av nye løsninger vil gi gevinster. Som følge av at dette ikke er konkretisert, er det heller ikke innarbeidet i ØLP.

Endringer i foretakets opptaksområder og andre rammebetingelser

Kommunesammenslåingen Sande/Holmestrand vil påvirke foretakets fremtidige inntektsforutsetninger i betydelig grad dersom dagens opptaksområder endres. Det er så langt ikke fattet beslutninger i saken. Befolkningen i tidligere Sande kommune inngår i kapasitetsforutsetningene for nytt sykehus i Drammen. Dersom foretaket mister denne befolkningsandelen er det risiko for at foretaket mister en betydelig del av basisfinansieringen som det vil være vanskelig å finne løsninger for i tilpasning av driften i nye Drammen sykehus.

Sammenslåingen av Røyken, Hurum og Asker har konsekvenser primært for prehospitaltjenester. Prehospitaltjenester for Asker og Bærum leveres av OUS. Dette er en uhensiktsmessig organisering for Vestre Viken. Foretaket mister mulighet til flåtestyring av ambulanseporteføljen som kunne gi driftsmessig positive effekter, både for samordning av ambulansesvirkomheten i opptaksområdet, og ved bedre tilpasning i overgangen sykehus og pasienttransport. Det er en pågående dialog om AMK og ambulansesvirkomheten innad i Helse Sør-Øst. Utfallet av dette vil ha stor betydning for den fremtidige virksomheten.

Helse Sør-Øst har over lengre tid utredet inntektsfordelingsmodellen innen psykisk helsevern. Videre utredning ble satt på vent da det i 2019 ble utarbeidet en utredning for en nasjonal inntektsmodell. Utredningen har vært på høring og det forventes at Helse- og omsorgsdepartementet fatter en beslutning om det videre resultatet i løpet av 2020. Hverken i Helse Sør-Østs interne utredninger eller i den nasjonale utredningen er det funnet dokumentasjon for at hovedstaden har særskilte merkostnader. I dagens inntektsfordelingsmodell i Helse Sør-Øst er OUS tildelt betydelige midler som er knyttet til storbyfaktoren. Dette går på bekostning av midler som fordeles innenfor tjenesteområdet til de andre helseforetakene i regionen. Det forventes at Helse Sør-Øst vil ta opp igjen sitt arbeid med inntektsfordelingsmodell når den nasjonale modellen besluttet. Resultatene av dette er heller ikke avklart. En innføring av ny inntektsmodell kan bety mye for foretakets fremtidige bæreevne.

Mulige konsekvenser av endringer i opptaksområder og andre rammebetingelser er ikke hensyntatt i ØLP 2021-2024, men vil bli innarbeidet som en del av budsjettprosessen når avklart.

Administrerende direktørs vurdering

Det fremlagte forslag til ØLP 2021 – 2024 bygger på ØLP 2020 - 2023 korrigert for kjente endringer.

I ØLP 2021-2024 er det innført en prinsippendring der påløpte kostnader for byggeprosjektet NSD løpende skal kapitaliseres. Dette påvirker tilgjengelig midler til finansiering og øker netto finanskostnader. I samme periode har foretaket pågående oppgraderingsprosjekter på Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus (BRK-prosjektene). Det har vært viktig for administrerende direktør å sikre aksept for økt trekk på driftskreditt og en dypere «hengekøye» for å sikre at investeringstakten for BRK kan opprettholdes. Det verdsettes høyt at Helse Sør-Øst har gitt slik aksept.

Resultatutviklingen, kapitalisering av nytt sykehus og nye kostnader som påføres foretaket, vil i sum kreve omstillinger de kommende årene. Produktivitetsveksten de senere år, og det faktum at Vestre

Viken allerede er et av de mest kostnadseffektive helseforetakene, gjør utfordringen desto større. Gevinstplanen legger grunnlag for videre omstilling ved å peke på områder der det fortsatt er mulig å øke effektiviteten. Evne til å gjennomføre omstilling er den mest kritiske faktoren for at Vestre Viken når sine økonomiske mål i planperioden. I saken redegjøres det på overordnet nivå for de tiltak som vil bli iverksatt. Disse må følges opp gjennom gode prosesser og nye planvedtak i styret i forbindelse med budsjettet for 2021. Gevinstplanen som fremlegges som sak 20/2020 blir et viktig fundament i det videre arbeid for å sikre resultatoppgåelse i tråd med forutsetningene i ØLP.

Forslag til ØLP innebærer en viss lemping på produktivetskravet. Samtidig er det funnet rom for å øke investeringene i medisinskteknisk utstyr i tråd med de vurderinger som ligger til grunn for langtidsplanen for dette området. Det er imidlertid ytterligere investeringer som er viktig for foretaket å få prioritert i de kommende årene. Investeringsbehovet kan kun løses ved økte krav til effektivisering om ikke foretaket tilføres ytterligere midler. Det må derfor bli avveininger som gjøres i de årlige budsjettene etter gode prosesser i samarbeid mellom klinikkene og med tillitsvalgte og vernetjenesten.

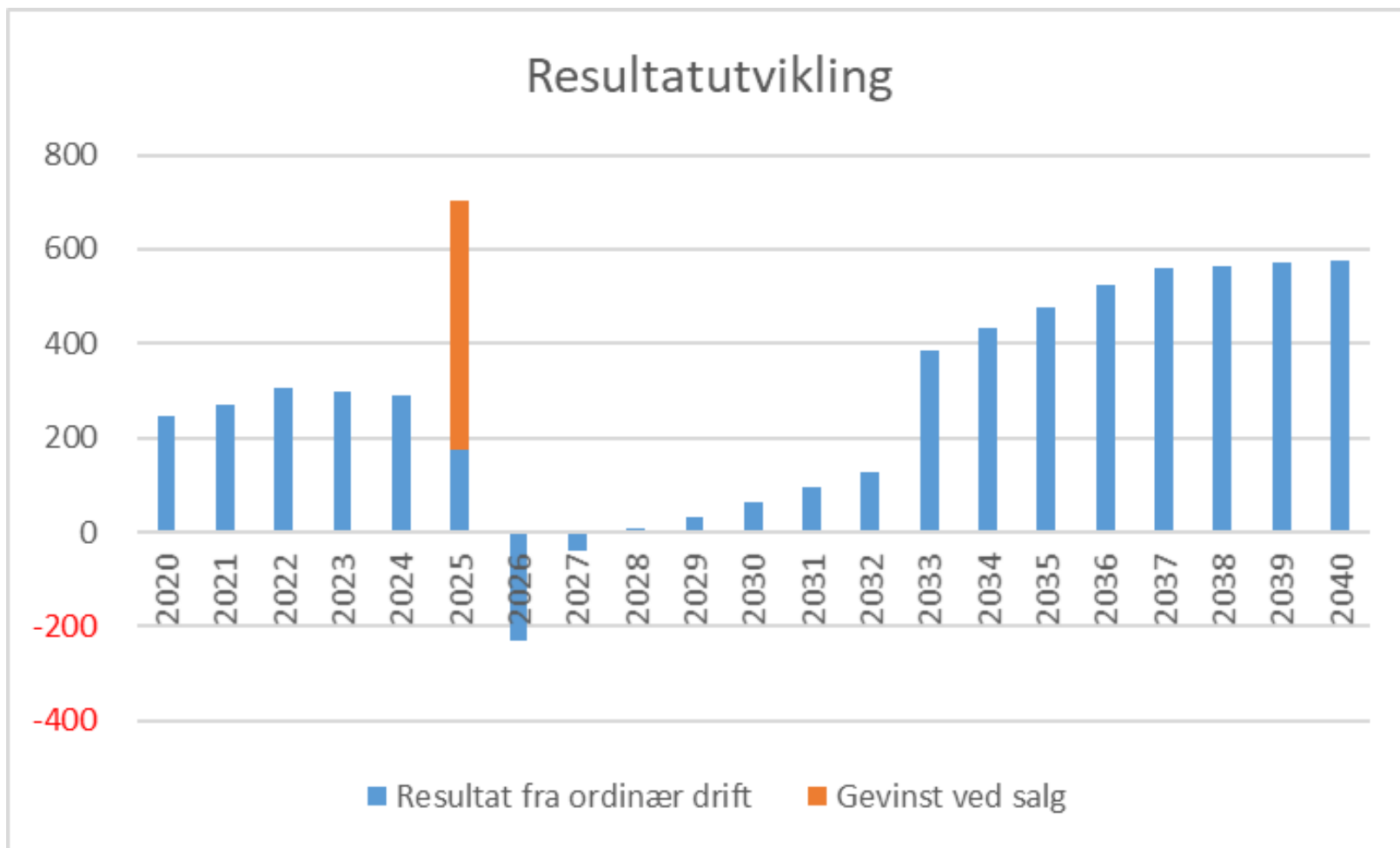
Administrerende direktør har i prosessen med ØLP 2021 - 2024 involvert tillitsvalgte og verneombud. I dialogmøte 16. april ga tillitsvalgte og verneombud uttrykk for tilfredshet med de prioriteringer foretaket presenterte. Administrerende direktør oppfatter at det er god vilje til å arbeide sammen for å sikre resultatoppgåelse og derved sikre at prioriterte områder får tilført nødvendige midler i de kommende budsjettprosessene.

Administrerende direktør tilrår styret å vedta fremlagte forslag til vedtak om ØLP 2021 – 2024.

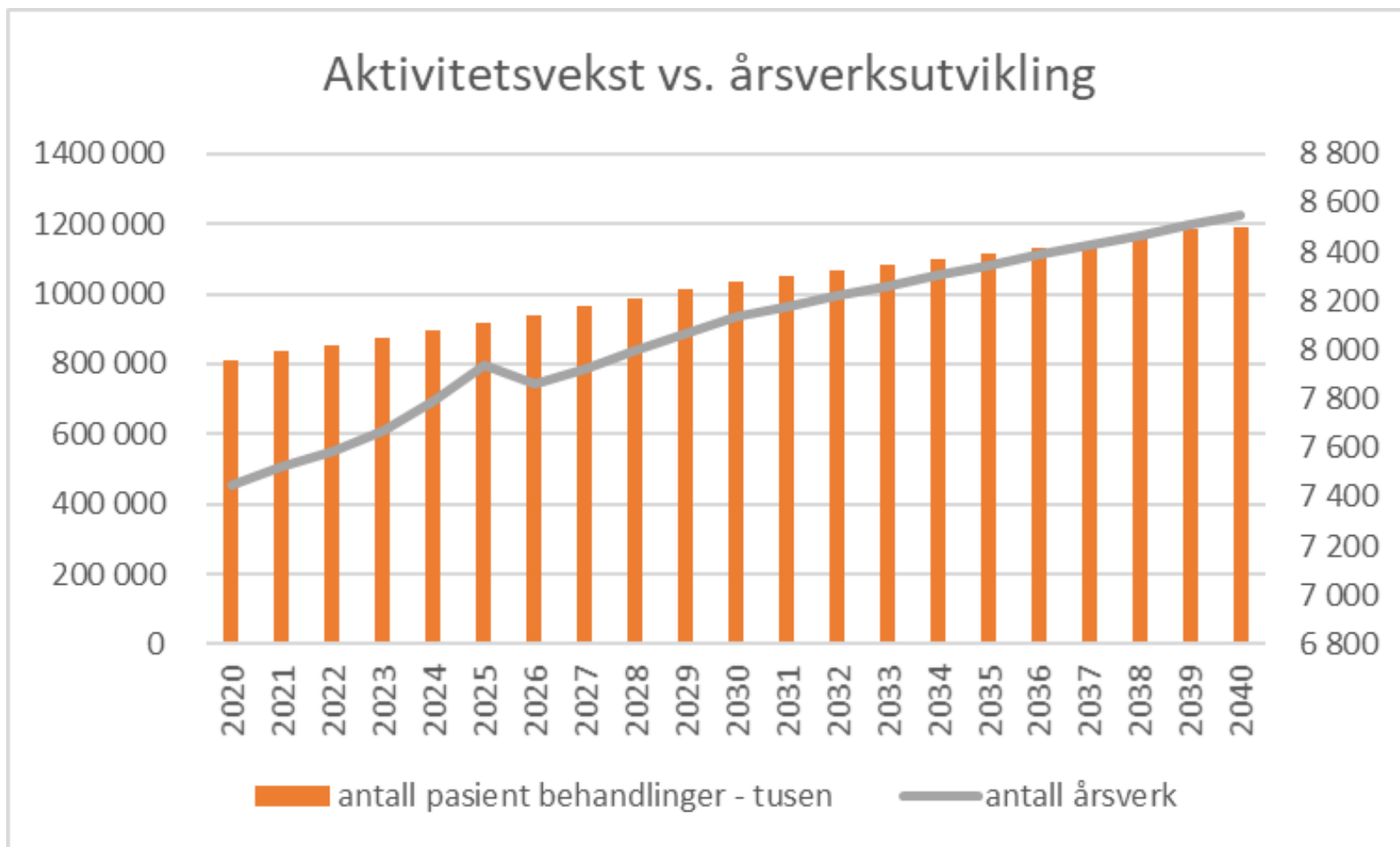
Vedlegg: ØLP 2021 – 2024 (2040)

ØLP 2021 – 2024 (40)

Vedlegg styresak 21/2020

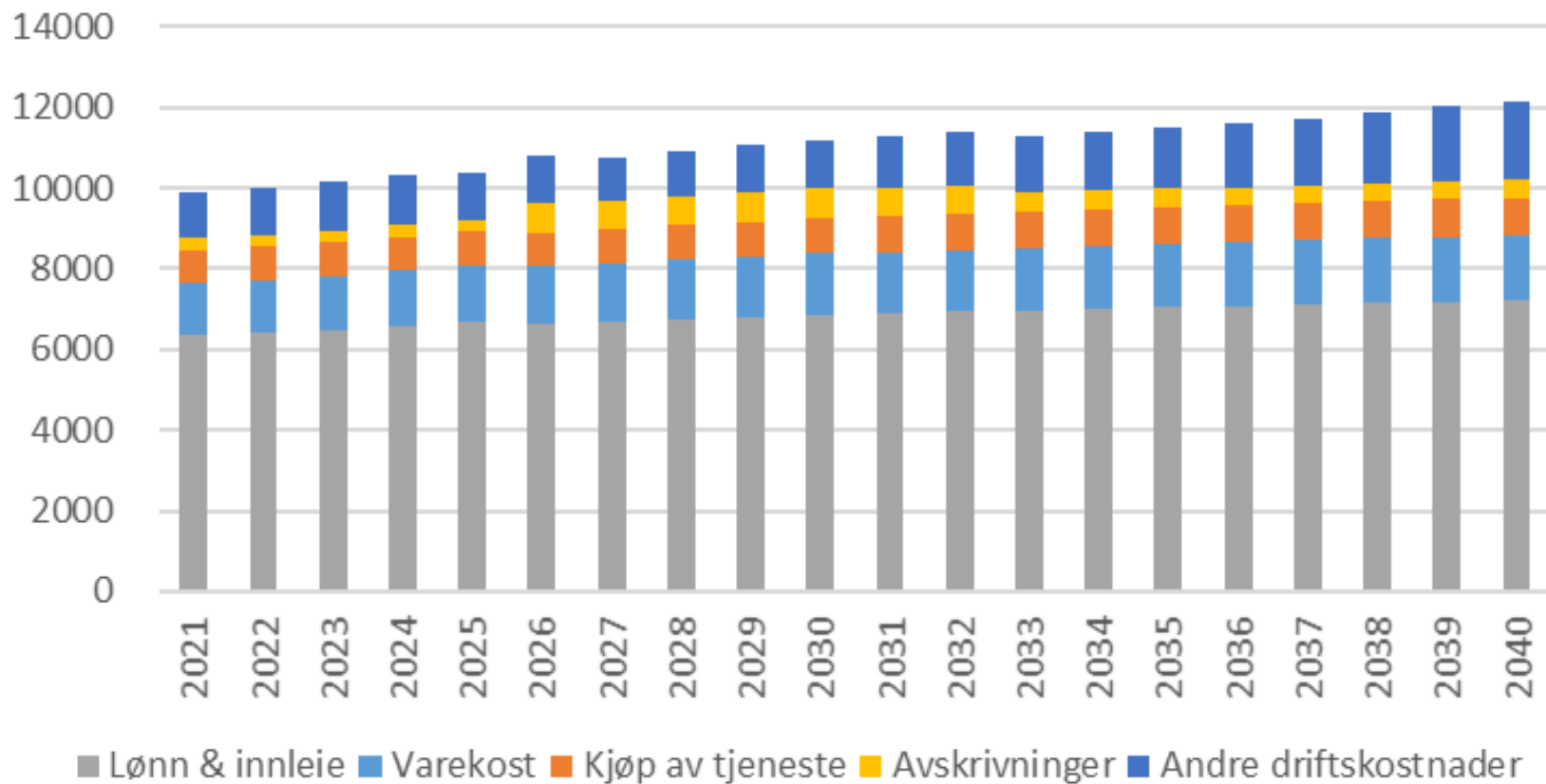


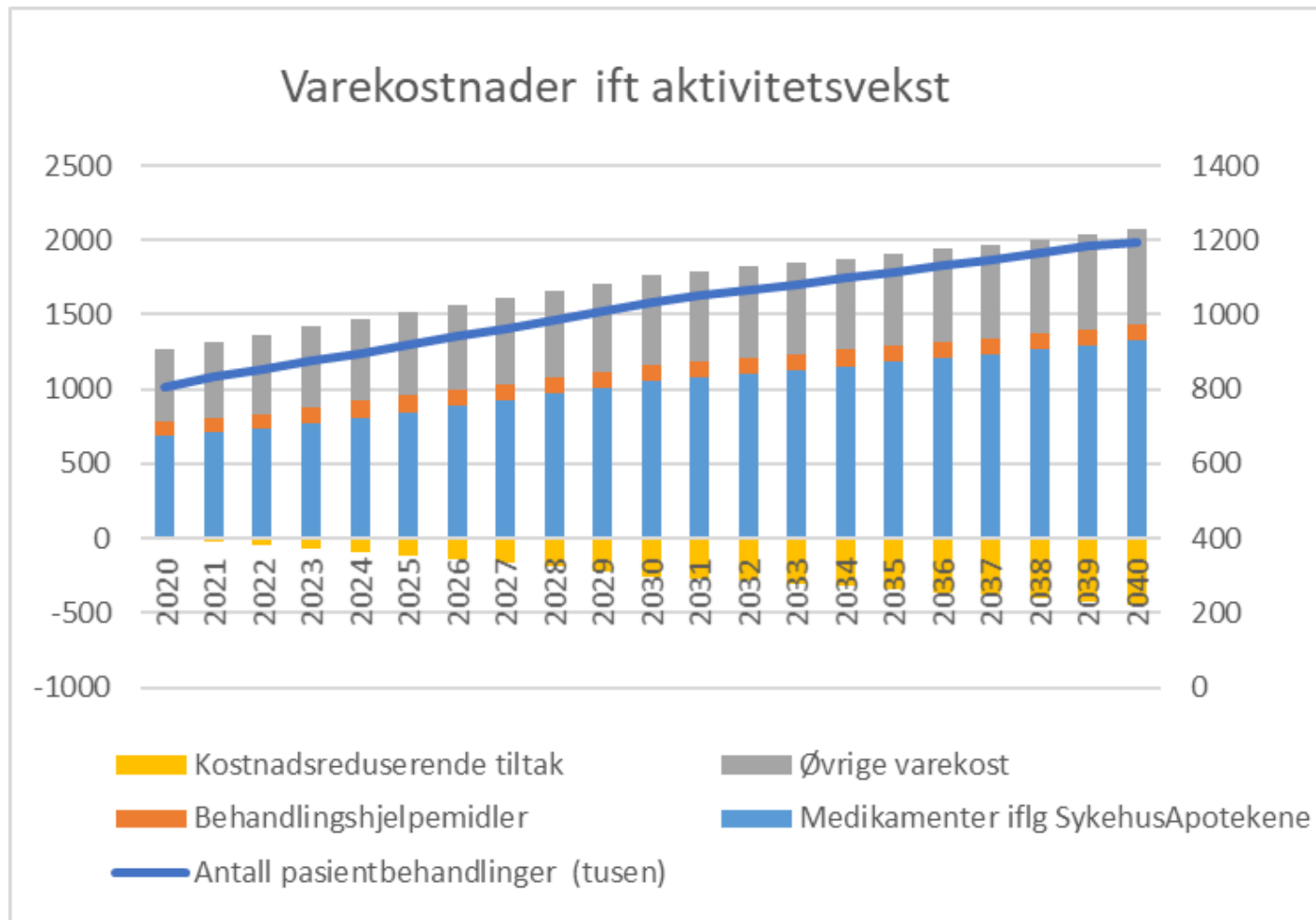
Driftsmargin på 4,5 % ved slutten av perioden



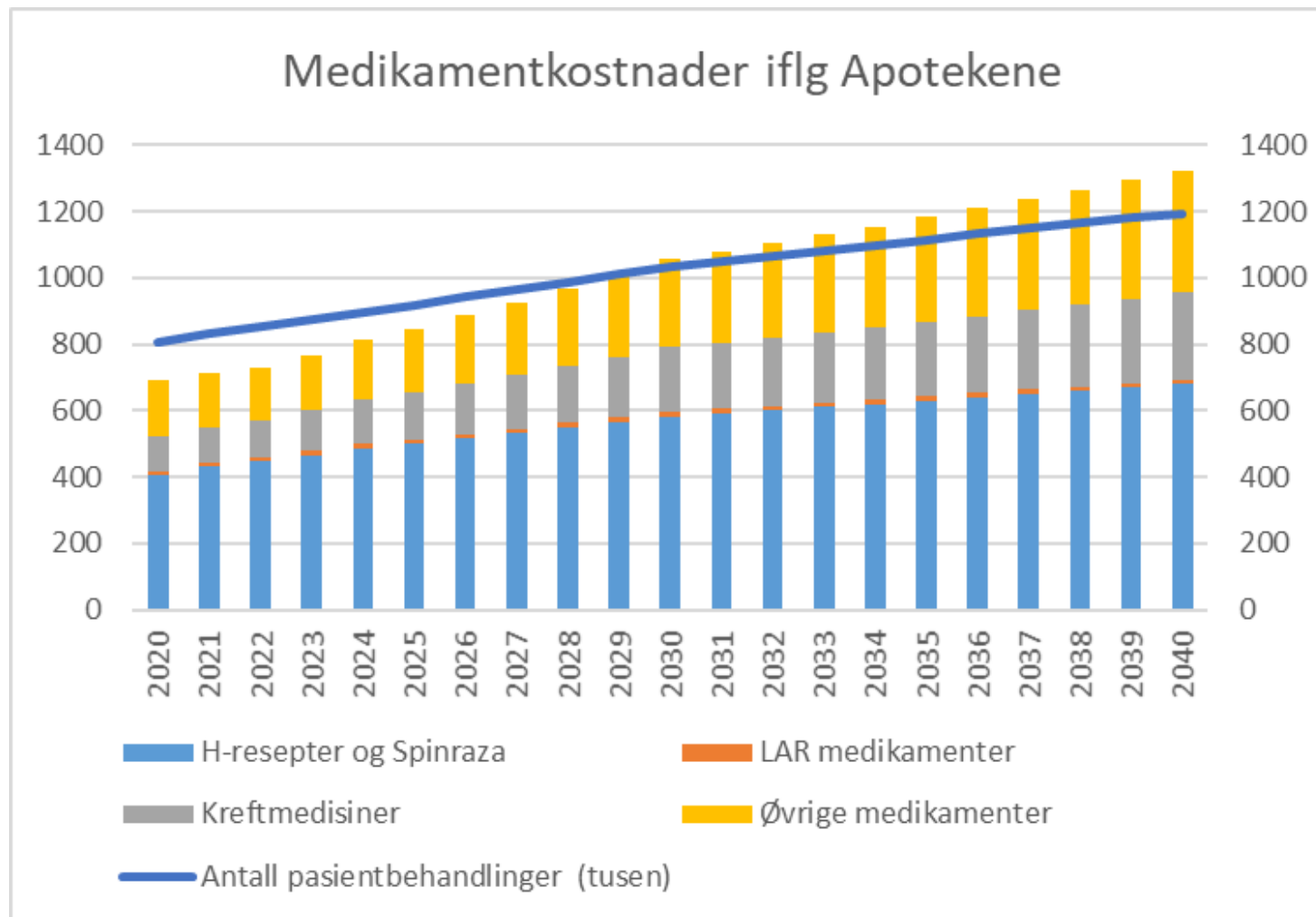
God sammenheng mellom aktivitetsvekst og årsverksutvikling
 Lavere vekst i planperioden og frem til nytt sykehus sfa gevinstplan, ARP osv.

Kostnadsutvikling - NOK tusen

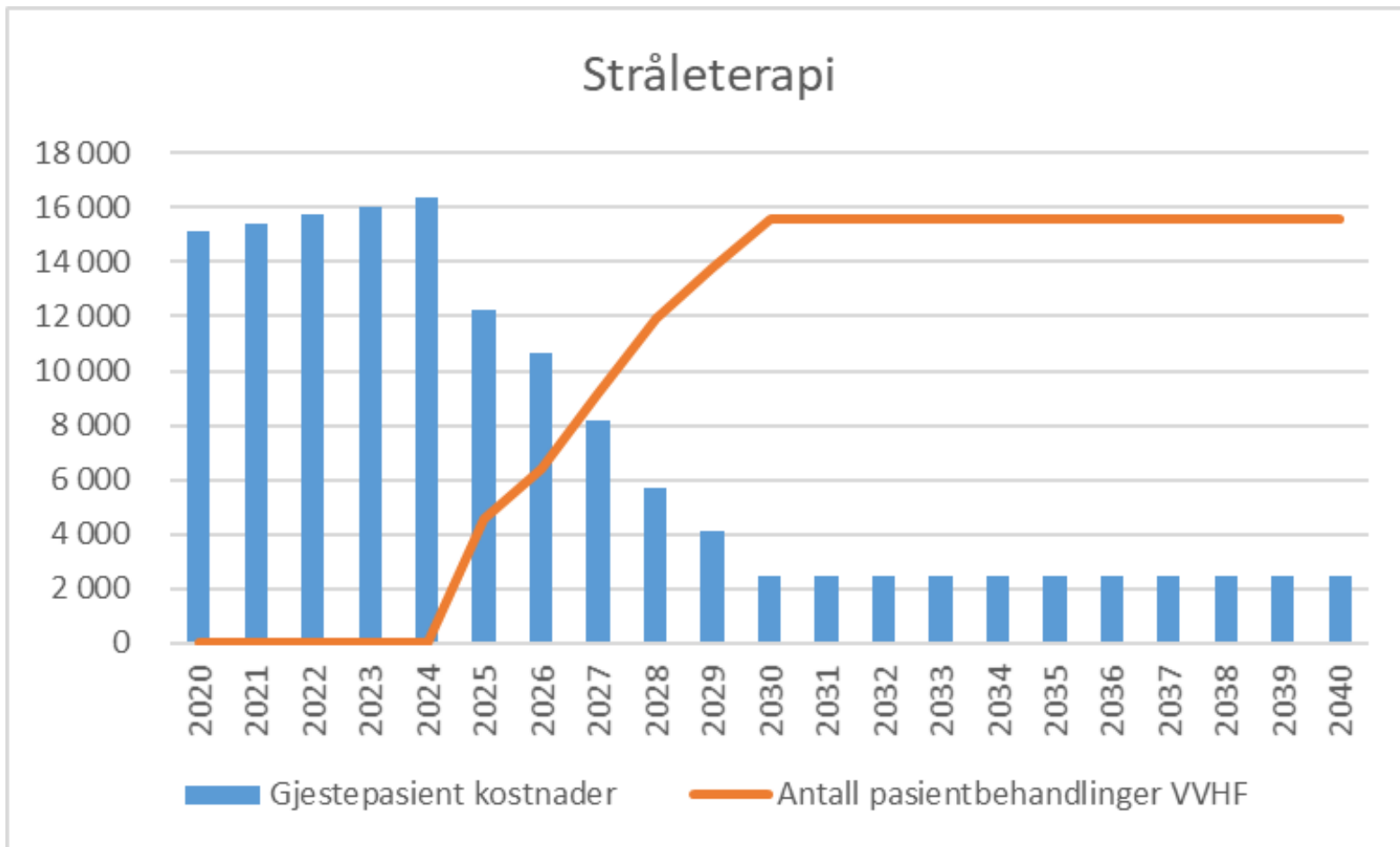




Forutsetter kostnadsreduserende tiltak for å holde varekostnader stabilt i forhold til aktivitetsutvikling

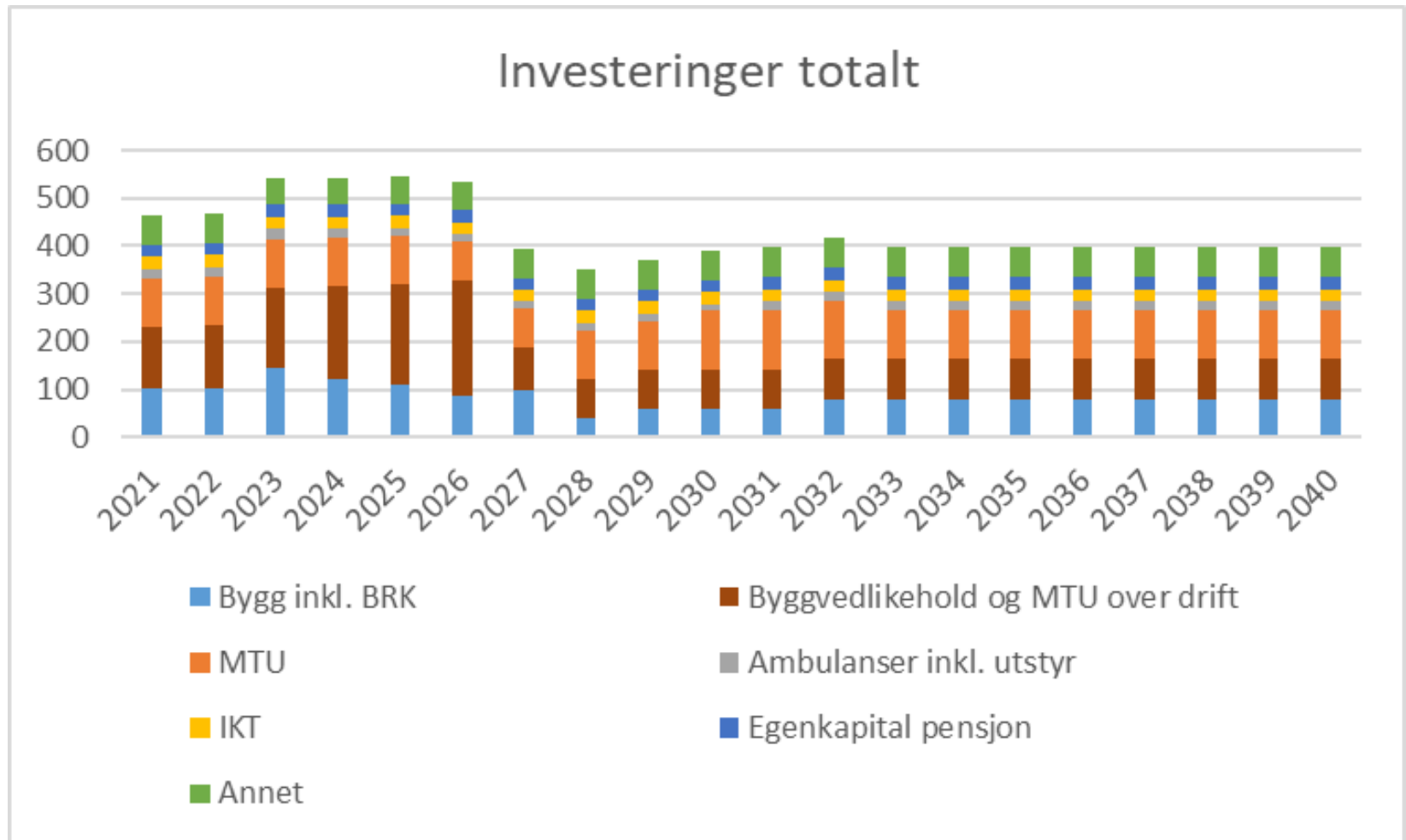


Vekst i medikamentkostnader er større enn forventet vekst i pasientbehandling
 Tallene før evt. kostnadsbesparende tiltak



Oppbygging av strålekompetanse starter i planperioden.
 ØLP tar høyde for 2 linacre

Investeringer inkl. vedlikehold over drift



Dato: 21.04. 2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Orienteringer

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	22/2020	27.04. 2020

Forslag til vedtak

Styret for Vestre Viken HF tar de fremlagte sakene til orientering.

Drammen, 21. april 2020

Halfdan Aass

Fungerende administrerende direktør

Bakgrunn

I saken er det gitt en samlet fremstilling av korte orienteringer om forhold som styret bør kjenne til.

Saksutredning

1. Hovedarbeidsmiljøutvalg i VVHF – referat fra 31. mars 2020
Viser til vedlegg 1
2. Foreløpig styreprotokoll fra styremøte i HSØ 15. april 2020
Viser til vedlegg 2
3. Styrets arbeid 2020 (oversikt planlagte saker)
Viser til vedlegg 3

Administrerende direktørs vurderinger

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

- Vedlegg:
1. Hovedarbeidsmiljøutvalg i VVHF – referat fra 31. mars 2020
 2. Foreløpig styreprotokoll fra styremøte i HSØ 15. april 2020
 3. Styrets arbeid 2020 pr april (oversikt planlagte saker)

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Lisbeth Sommervoll, Eli Årnot, Inger Lise Hallgren (for Stein-Are Agledal), Finn Egil Holm, Kirsten Hørthe, Narve Furnes, John Egil Kvamsøe, Gry L Christoffersen, Anita Gommæs, Joan Nygard, Toril Morken, Henning Brueland, Roald Brekkhus, Sine Kari Braanaas, Hanne Juritzen
Møtedato:	31.mars 2020		
Tidspunkt:	0900 - 1000		
Sted:	Skype		
Møteleder:	Lisbeth Sommervoll		
Referent:	Cecilie Søfting Monsen	Forfall:	Stein-Are Agledal

Agenda:
Se utsendt saksliste

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Godkjenning av innkalling og agenda Godkjent
	Godkjenning av referat fra 4.februar 2020 Godkjent uten kommentarer
	Orienteringer
	Status Vestre Viken og koronasituasjonen Lisbeth Sommervoll gikk gjennom presentasjon – vedlagt referatet. Vedr ARES (egenregistrering av fravær) – det er litt vanskelig å finne link til dette på intra/internett, ber om at det blir mer synlig. Følges opp av kommunikasjonsavdelingen.
	HMS, Risiko og korona - Hvordan ivareta HMS krav Presentasjon ved Henning Hanevold – vedlagt referatet. Hvordan løse kravene til HMS i den situasjonen vi har? 3 hovedpunkter berørt: <ol style="list-style-type: none"> 1. Skjerming av utsatte grupper 2. Kartlegging, risikovurdering og tiltak 3. Psykososial bistand og støtte <u>Skjerming av utsatte ansatte</u> Retningslinjer fra Helsedirektoratet om skjerming av ansatte i risikogrupper og gravide mot smitte. <ul style="list-style-type: none"> • Personell som er i risikogrupper eller er gravide bør så langt som mulig arbeide med andre pasientgrupper enn pasienter med covid-19. • Sette utsatte grupper til andre oppgaver. • Sykemelding er ikke anbefalt med mindre omplassering eller tilrettelegging for hjemmekontor ikke er mulig Det vises for øvrig til FHI sine nettsider for detaljer.

	<p><u>Kartlegging/risikovurdering og tiltak</u> Bakgrunnen er leders, medarbeiders plikt samt vernetjenestens rett og plikt til å vurdere risikoforholdene for eget ansvarsområde.</p> <p>2 sjekklister utarbeidet – 1 lang og 1 kort. Disse sendes ut på høring senere i dag.</p> <p>Konklusjon: Det utarbeides en metode for kartlegging og risikovurdering bygget opp som en sjekkliste versjon. Baseres på risikovurderingsmetodikken SJA (Sikker jobb analyse). Sjekklisten er en erfarings basert liste med kjente risikoer.</p> <p><u>Psykososial bistand og støtte</u> VVHF bruker BHT sine ressurser. I tillegg er det lederstøtte via arbeidslivssenteret NAV, OU og HR.</p> <p>Det psykososiale arbeidsmiljøet og ivaretagelse av de ansatte må stå i fokus. Støtte bør også gis til ansatte som ikke nødvendigvis er smittet eller i karantene.</p> <p>VVHF har 2 ulike systemer: BHT og interne ressurser ute i DPSene. HSØ har et system fra før om at DPS skal yte støtte til de somatiske klinikkene.</p> <p>Klinikkdirektør PHR opplyser at det er mobilisert psykososial støtte på DPSene. Det er navnfestet hvem de somatiske klinikkene skal kontakte. Dialog er opprettet. Det arbeides videre med å se tilgjengelighet for påsken og helligdagene. En samlet oversikt vil bli oversendt til HR for å få samlet opplysningene på nett.</p>
	<p>Orientering fra foretakshovedverneombudet FHVO redegjorde kort for verneombudenes rolle i forhold til koronapandemien – se vedlegg (utkast)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvidet arbeidstid –hviletid • Bruk av verneutstyr • Vernebestemmelser • HMS runder • Informasjon <p>KHVO har egen oppfølging av egne verneombud. KHVO er nå godt involvert i taktiske ledergrupper.</p> <p>FHVO minner om at ved endring av prosedyrer/rutiner: Smittevern må ha tett dialog med HMS i forhold til ansattes smittevern fortløpende.</p> <p>FHVO ønsker at HMS får en mer aktiv rolle inn i utvalg for å sikre ansattes HMS rettigheter.</p>
	<p>AML brudd og fravær – se vedlagte presentasjon Legger opp til ukentlig rapportering til strategisk ledelse. I henhold til de nye avtale som er inngått skal også de TV få anledning til å følge med på AML brudd.</p>

	<p>NB! Skille ml koronafravær og annet sykefravær.</p> <p>Det påpekes at AML brudd det refereres til er brudd som dreier seg om AML-brudd <u>arbeidstid</u>.</p>
	<p>ARES</p> <p>Er foreløpig basert på at den enkelte ansatte selv rapporterer. Bør inntil videre meldes inn via leder slik det er gjort hittil inntil man ser at tallene er like. Vanlig sykefravær – ikke koronarelatert – skal ikke meldes i ARES.</p>
	<p>Sykepenger for vikarer</p> <p>Vikarer som er blitt utsatt for smitte og settes i karantene må få sykepenger for de vaktene som var satt opp i karantenetiden.</p>

Møteprotokoll

Styre: Ekstraordinært styremøte Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Skype-møte
Dato: 15. april 2020
Tidspunkt: Kl 20:00-21:00

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Olaf Qvale Dobloug	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Lasse Sølvsberg	
Sigrun E. Vågeng	

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stensdal

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Eierdirektør Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, avdelingsdirektør Lars Eikvar og avdelingsdirektør Siv Cathrine Høymork

Saker som ble behandlet:

026-2020	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

027-2020	Strategi for økt behandlingsskapasitet i forbindelse med koronaepidemien
-----------------	---

Oppsummering

Det vises til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 25. mars 2020 der Helse Sør-Øst RHF og de øvrige regionale helseforetakene ble gitt i oppdrag å legge konkrete planer for å møte en forventet økning av innlagte pasienter med covid-19 i helseforetakene.

Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF ba om foreløpig rapportering på status og mulige tiltak innen 2. april 2020 og endelig rapportering innen 15. april 2020.

Helse Sør-Øst RHF har levert foreløpig rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet den 2. april 2020. Endelig rapportering er basert på leveranser fra helseforetakene og de private ideelle sykehusene med opptaksområder den 14. april, samt behandlingen i styremøtet i Helse Sør-Øst RHF 15. april.

Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til forslag til vedtak i saken.

Styret var godt fornøyd med planarbeidet og leveransene fra helseforetakene / sykehusene. Styret pekte på at det er viktig at helseforetakene i den videre planlegging etablerer faste team rundt intensivsykepleierne og at personalet får øvd seg. Dette vil bidra til trygghet for ansatte i krevende situasjoner.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

1. Styret tar foreløpig rapportering på status og mulig tiltak for økt behandlingsskapasitet i forbindelse med koronaepidemien, oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i henhold til fristen 2. april 2020, til etterretning.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre endelig rapportering for økt behandlingsskapasitet i forbindelse med koronaepidemien med bakgrunn i leveranser fra helseforetakene og de private ideelle sykehusene med opptaksområder den 14. april, samt diskusjon i møtet. Endelig rapportering oversendes Helse- og omsorgsdepartementet i henhold til fristen 15. april 2020.

028-2020	Status for arbeidet med koronautbruddet og ansvar lagt til Helse Sør-Øst RHF
----------	--

Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF etablerte beredskapsledelse 9. mars 2020 for å håndtere situasjonen med koronautbruddet.

Styret er gitt løpende statusoppdateringer i egne oversendelser per e-post angående arbeidet med koronaepidemien. Styret er også informert per e-post om fullmaktene Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har gitt Helse Sør-Øst RHF for anskaffelser av smittevernutstyr til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt legemidler til spesialisthelsetjenesten.

For å sikre god samordning mellom regionene og for å kunne ta raske nok beslutninger har de administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene fordelt koordineringsansvaret mellom seg innen en rekke områder.

Styresaken gir informasjon om status for arbeidet med koronaepidemien i regionen, om koordinering mellom de regionale helseforetakene og om de ansvarsoppgaver som er lagt til Helse Sør-Øst RHF, inkludert fullmakter.

Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til forslaget til vedtak.

Styret uttrykte sterk støtte til det arbeidet som er gjennomført og gjennomføres og ga anerkjennelse til administrasjonen for den innsatsen som er lagt ned. Videre viste styret til at styresaken ga en god oversikt over Helse Sør-Øst RHF's oppgaver og ansvar.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar status for arbeidet med koronautbruddet til orientering og ber om å bli holdt løpende orientert om utviklingen videre.
2. Styret tar til etterretning fullmaktene Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har gitt Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med koronautbruddet angående anskaffelse av smittevernutstyr til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt legemidler til spesialisthelsetjenesten.
3. Styret tar informasjon om øvrige ansvarsoppgaver lagt til Helse Sør-Øst RHF og koordineringen mellom de fire regionale helseforetakene til orientering.

Møtet hevet kl 21:10

Hamar, 15. april 2020

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Olaf Qvale Dobloug

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Lasse Sølvsberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær

Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
*Mandag 27. januar (ved behov)			
Mandag 24. februar Møtested: Drammen	- Årlig melding 2019 - Virksomhetsrapport pr 31. januar – <ul style="list-style-type: none"> o Økonomi o Bemanning o Pakkeforløp o Utsiktede hendelser o Korridorpasienter o AML-brudd - Økonomisk bærekraft i Vestre Viken HF og plan for gevinstrealisering nytt sykehus i Drammen - Fullmakter i Vestre Viken HF – signaturrett og prokura	- Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 19. desember og 5. februar - HAMU 4. februar - SKU 11. februar - Brukerutvalg 22. januar og 11. februar - Styrets arbeid 2020	Tema: <ul style="list-style-type: none"> • Pasientsikkerhet og kvalitet Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Orientering Nytt sykehus Drammen • Foreløpig årsresultat 2019
Onsdag 26. feb Gardermoen	-	-	Foretaksmøte – februar Styresamling i regi av HSØ OBD 2020
Mandag 30. mars Møtested: Bærum	- Virksomhetsrapport februar kort/PPT vedlegg - Oppdrag og bestilling 2020 - Årsberetning/årsregnskap 2019 - Økonomisk bærekraft i VVHF og gevinstrealiseringsplan -	- Foretaksprotokoller 26. februar - Drammen sykehus og Sande kommunepolitisk tilhørighet 5. mars 2020 - Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 12. mars - Brukerutvalg 16. mars - Styrets arbeid 2020	Tema: <ul style="list-style-type: none"> • Rammeverk for virksomhetsstyring - utgår • ØLP 2021 -2024 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • ADs møte med venneforeningene – tilbakemelde til styret -utgår • Orientering Nytt sykehus Drammen

Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
Mandag 27. april Møtested: Ringerike	- Virksomhetsrapport mars - Gevinstrealiseringsplan - Rullering av strategisk plan - ØLP 2021 -2024	- Styrets arbeid 2020	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Orientering Nytt sykehus Drammen • Kortfattet orientering om pandemiplan
*Mandag 25. mai (ved behov)		-	
Onsdag 15. juni Møtested: Drammen	Virksomhetsrapport mai - kort PPT Virksomhetsrapport 1. tertial Eksterne tilsyn pr 1. tertial Ledernes ansettelsesvilkår 2020 Ledelsens gjennomgang Styrets møteplan 2020 Virksomhetsstyring Arealplan PHR Øyeavdeling NSD?	- Foreløpig styreprotokoll I HSØ 29.-30 april - Foretaksprotokoll VV? - Vedtekter Vestre Viken? - Brukerutvalg, april? 8. juni - HAMU 2. juni - SKU 9. juni - Styrets arbeid 2020	Tema: <ul style="list-style-type: none"> • Sykehus i nettverk • Kompetanseplanlegging/kartlegging Andre orienteringer: Orientering fra Drammen sykehus Orientering Nytt sykehus Drammen
*Mandag 31. august (ved behov)			
Mandag 21. september Møtested: Kongsberg	Virksomhetsrapport 2. tertial	- Protokoll fra styremøte i HSØ 25. juni og 20. august - Tilleggsdokument for Oppdrag og bestilling 2020? - Brukerutvalg 7. september - HAMU 1. september og SKU 8. september - Styrets arbeid 2020	Tema: <ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsmiljø/sommerferieavviklingen • Dialog med brukerutvalget • Mulig budsjettseminar: Budsjett 2021 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Orientering fra Kongsberg sykehus • Orientering Nytt sykehus Drammen

Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
Mandag 26. oktober Møtested: Blakstad	Virksomhetsrapport september kort/PPT vedlegg	<ul style="list-style-type: none"> - Brukerutvalg 12. oktober - Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 22. oktober - Styrets arbeid 2020 	Tema: <ul style="list-style-type: none"> • Samhandling med kommunene/primærhelsetjenesten Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Orientering fra PHR • Orientering Nytt sykehus Drammen
Mandag 16. november Møtested: Drammen	<ul style="list-style-type: none"> - Virksomhetsrapport oktober 	Brukerutvalg 9. november SKU 10. nov og HAMU 3. november - Styrets arbeid 2020	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Orientering fra KIS • Orientering Nytt sykehus Drammen • Budsjett 2021 • Styreevaluering 2020
Mandag 14. desember Møtested: Drammen	<ul style="list-style-type: none"> - Virksomhetsrapport november kort/PPT vedlegg - Budsjett og mål 2021 - Oppnevning av nye representanter og leder i Brukerutvalget? 	Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 25. -26. nov Brukerutvalg 9. desember - HAMU og SKU 3. desember - Styrets arbeid 2020/2021	Tema: <ul style="list-style-type: none"> • ? Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Orientering Nytt sykehus Drammen Julemiddag
	-		Utsatt i 2020 pga pandemi Orienteringer: Bærum sykehus Ringerike sykehus Pasientombudene i Viken/Oslo Temaer: Forskning Innovasjon
	-		Dialogmøte med kommunene 2020 30. november

Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
2021	-	- Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 17. desember	