

Til: Styret ved Vestre Viken HF

Dato utsendt: 15. mai

Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 22. mai 2025
Møtetid: Kl. 15.30 – 19.00

Styreseminaret er unntatt offentlighet jf. Helseforetaksloven § 26a punkt 2.

Møtested: Brakerøya, Jacob Borchs gate 6, Drammen

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, bes melde fra om dette til styresekretær innen tirsdag 21. mai (vvhfpbsekretariat@vestreviken.no).

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

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

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Hilde Enget

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
	Internt styreseminar	
	10.00 – 15.00	Se eget program
42/2025	15.30 0 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 22. mai
43/2025	15.30 5 min	Godkjenning av møteprotokoll 31. mars 2025 Vedlegg: Foreløpig protokoll 31. mars 2025
44/2025	15.35 30 min	Virksomhetsrapportering pr 1. tertial 2025 Vedlegg: 1. Virksomhetsrapport 1. tertial 2025 2. Bærekraftsplan statusrapport per 1. tertial 2025
45/2025	16.05 20 min	Måloppnåelse pakkeforløp kreft i VVHF
46/2025	16.25 45 min	Økonomisk langtidsplan 2026 – 2029 - ettersendes Vedlegg: 1. Foretakets innspill til økonomisk langtidsplan (ØLP) 2026 – 2029 2. Søknad om ekstraordinær inntektsstøtte 3. Svar på søknad fra HSØ
	17.10 15 min	Pause
47/2025	17.25 15 min	Klinisk ibruktakelse for Nytt sykehus i Drammen Vedlegg: 1. Notat status leveranser fra PNSD 2. Utkast til plan for oppstartsstøtte 3. Samlet planrapport april - ettersendes
48/2025	17.40 15 min	Parkeringsordning for ansatte i VVHF
49/2025	17.55 5 min	Styrets møteplan 2026
50/2025	18.00 0 min	Referatsaker 1. Årsplan for styret per mai inkl. Pendingliste 2. Høringssvar PHT Asker og Bærum 12.05.25 3. Referat Brukerutvalget 25. 03.25 4. Referat HAMU 08.04.25 5. Referat HAMU 30.04.25 6. Henvendelse forløpstider brystkreft 04.05.25 7. Svar henvendelse forløpstider brystkreft 16.05.25 - ettersendes
51/2025	18.00 5 min	Eventuelt
	18.05 10 min	Pause

52/2025	18.15	Fremtidig organisering av Basal Eksponeringsterapi (BET) i Klinikk psykisk helse og rus Vedlegg: 1. Tidligere styresak 31.03.25– Fremtidig organisering av BET-seksjonen (Basal eksponeringsterapi), Klinikk for psykisk helse og rus 2. Fremdriftsplan BET 3. Mandat driftskonsept BET 4. 250423 Referat_videre utv. av BET-konsept 5. Innspill fra BET-seksjonen, utsvar på mandat 6. 250428 Notat etter arbeidsmøte BET 7. 250429 Referat status fremtidig konsept BET 8. 250505 Arbeidsmøte BET_risikovurdering 9. Drøftingsnotat BET 10. 250507 Referat gjennomgang drøftingsnotat og prosjektskisse BET 11. Innspill fra BET-seksjonen på forutsetninger for drift 12. 250512 Drøftingsreferat BET - ettersendes
	30 min	
53/2025	18.45 15 min	Driftsorientering fra administrerende direktør
	19.00	Møteslutt

Dato: 15. mai 2025
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	42/2025	22.05.25

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 15. mai 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Innkalling og saksliste til styremøte 22. mai 2025

Dato: 15. mai 2025
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	43/2025	22. 05.25

Forslag til vedtak

Styret godkjenner møteprotokoll datert 31. mars 2025

Drammen, 15. mai 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 31. mars 2025

Saksbehandler: Hilde Enget

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Bærum sykehus, møterom styrerommet**Dato:** 31. mars 2025**Tidspunkt:** Kl. 10.00 – 14.30

Følgende medlemmer deltok:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Hans Tore Frydnes	Nestleder
George Harold Fulford	Styremedlem
Kari Fjelldal	Styremedlem
Robert Bjerknes	Styremedlem - forfall
Kristin Vinje	Styremedlem - forfall
Hege Mørk	Styremedlem
Harald Baardseth	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
Maria Josefsen Gundersen	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem

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

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

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

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

Protokollfører: Hilde Enget.

Styret gjennomførte sitt årlige møte med revisjonen ihht. Helseforetaksloven § 26 a nr. 4 jf. Aksjeloven § 7-5a. Hans Christian Berger fra PwC la frem presentasjon i møtet. Presentasjonen er tilgjengelig i admincontrol.

Sak 25/2025 Godkjenning av innkalling og sakliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 26/2025 Godkjenning av styreprotokoll fra 24. februar 2025

Styrets enstemmige

Vedtak:

Møteprotokoll fra styremøtet 24. februar 2025 godkjennes.

Sak /27 2025 Styrets årsberetning og årsregnskap for VVHF 2024

Oppsummering av innhold

I denne saken fremlegges den endelige årsregnskapsrapporteringen pr. 31. desember 2024. Årsrapport består av styrets årsberetning, resultat, balanse, noter og kontantstrømoppstilling. Det regnskapsmessige årsresultatet viser et overskudd på 173 MNOK. De innspill som er mottatt fra styret til årsberetningen etter den foreløpige behandlingen i styremøte 24. februar 2025 er innarbeidet i endelig forslag og endringer fremkommer i eget vedlegg som er gjort tilgjengelig i Admincontrol. I eget vedlegg fremlegges også lederlønnsrapport for 2024. Styret skal gi sin anbefaling om at foretaksmøtet fastsetter årsresultatet for 2024 og godkjenne lederlønnsrapporten.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god gjennomgang. Styret kommenterer at kategorien psykososialt arbeidsmiljø utgjør en stor andel av meldte avvik i Synergi i 2024. Det utarbeides avdelingsvise handlingsplaner for oppfølging av avvikene, i tillegg til tiltak i bærekraftsplanen. Styret merker seg at belastningene på rentekost og pensjoner øker, og at finanskostnadene opptar mye av inntektene.

Styret får opplyst at andre tjenester utenfor revisjon i note 5 i hovedsak omhandler kostnader knyttet til prosjektet «Fremtidens kontortjeneste» i nytt sykehus Drammen.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret for Vestre Viken HF anbefaler at den fremlagte årsrapport for 2024, bestående av styrets årsberetning, resultat- og balanseoppstilling, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger vedtas.
2. Styret vedtar vedlagt lederlønnsrapport for 2024.
3. Styret foreslår at resultatet for 2024, et overskudd på 173 MNOK, føres slik: Overføring til annen egenkapital: 173 MNOK.
4. Styret ber administrerende direktør om å oversende vedtaket med nødvendige vedlegg for videre behandling i foretaksmøte og sende årsrapporten til det nasjonale regnskapsregisteret i Brønnøysund.
5. Styret gir administrerende direktør fullmakt til eventuelt å gjøre mindre tekstredigeringer dersom det er påkrevd fra ekstern revisor eller lignende.

Sak 28/2025 Virksomhetsrapportering pr. 28. februar 2025

Oppsummering av innhold

Foretaket har to primære mål for 2025. Disse er en fortsatt reduksjon av ventetider og en forbedring i de økonomiske resultater. Lederavtalene med klinikker og staber fastsetter utvalgte indikatorer og konkrete tiltak som understøtter dette. Målområdene i bærekraftsplanen ligger til grunn. Oppdrag og bestilling for 2025 gir konkrete føringer og mål for foretaket. Det vises til sak 35/2025. Målsettinger i lederavtaler vil bli justert i tråd med dette. Sykefraværet er omtalt som et område der det forventes intensivt innsats for å komme ned på 2019-nivå. Resultatet per februar viser et overskudd på 8,0 MNOK, som er 1,4 MNOK bedre enn budsjett. Dette inkluderer et merforbruk på vedlikehold over drift på 1,0 MNOK. Dette forventes å bli utjevnet utover året. Resultat uten dette merforbruket er derfor 2,4 MNOK bedre enn budsjett.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god presentasjon og gode saksfremlegg til saken. Styret uttaler at det er positivt med høyere aktivitet i helseforetaket og at brutto månedsverk ligger noe under budsjett. Det synes også at arbeidet med redusering av ventetidene går riktig vei. Styret retter oppmerksomhet mot utviklingen innen pakkeforløp kreft og ønsker å få mer informasjon om dette på styremøtet 22. mai. Styret merker seg at budsjettrett utvikling av brutto bemanning mot slutten av året krever tett oppfølging underveis. Dette vil spesielt gjelde ved innflytting i nytt sykehus i Drammen og utrulling av nye bemanningskonsepter i den forbindelse.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar virksomhetsrapporteringen pr. februar 2025 til orientering.

Sak 29/ 2025 Evaluering av langvakter

Oppsummering av innhold

Evalueringen indikerer at det er interesse for å prøve ut andre arbeidstidsordninger enn dagens tradisjonelle tredelte turnus. I perioden er det allikevel en liten andel av vaktene som har vært langvakter. Dette gjør det vanskelig å trekke konklusjoner når det gjelder effekten på sykefravær og driftsøkonomi. Erfaringene vil brukes i det videre arbeidet med å legge til rette for fleksible arbeidstidsordninger, profesjonalisere turnusplanlegging og ta i bruk teknologi som kan effektivisere turnusarbeidet

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god gjennomgang i møtet og kommenterer at evalueringsrapporten peker på flere positive effekter knyttet til utprøving av langvakter. Styret imøteser at arbeidet videreføres og videreutvikles sammen med tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerrepresentanter.

Ansattrepresentantene trekker frem at det var stor usikkerhet i starten, men at det har vært en utvikling av organisering og struktur som har vært positiv. Gode løsninger på pauser og tydelig ledelse er viktige momenter for å lykkes. Dette, sammen med et helhetsperspektiv på fordeling av oppgaver og ansattes medvirkning gjør at langvakter vil kunne være et alternativ for de som ønsker det. For pasientene blir økt kontinuitet og færre å forholde seg til, trukket frem som en fordel.

Styreleder informerte om artikkel fra Dagens medisin om VVHF's pilot med langvakter. Denne ble distribuert styret per epost.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

1. Styret tar saken til orientering.

Sak 30/ 2025 Status nytt sykehus Drammen**Oppsummering av innhold**

For å sikre arbeidet i slutfasen av prosjekt nytt sykehus er det besluttet at byggeprosjektet og mottaksprosjektet skal utarbeide en felles månedlig rapport som legges frem for Prosjektstyret NSD og Styret i Vestre Viken.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god rapport. Styret informeres om at opplæring av personell gjennomføres som planlagt og at det på nåværende tidspunkt ikke er noen aktiviteter eller milepæler som truer ibruktakelse i henhold til plan.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret tar statusrapport om nytt sykehus i Drammen til orientering.

Sak 31/ 2025 Plan for ibrukstakelse nytt sykehus Drammen**Oppsummering av innhold**

Vestre Viken planlegger pasientflytting og klinisk ibruktakelse (KIB) i det nye sykehuset på Brakerøya i to adskilte prosesser. KIB 1 for Psykisk Helse og Rus (PHR) er planlagt fra 24. august 2025, mens KIB 2 for Drammen Sykehus (DS) er satt til 5. oktober 2025. Omstillingen som pågår i PHR forutsetter bruk av lokaler i nytt sykehus for å ivareta planlagt pasientbehandling i hele helseforetaket. Det anses som hensiktsmessig å se disse to klinisk ibruktakelsene som løsrevet fra hverandre og at Klinikk for psykisk helse og rus kan gjennomføre klinisk ibruktakelse uavhengig av status for somatikken.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god og oversiktlig presentasjon.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret støtter at Klinikk for psykisk helse og rus gjennomfører klinisk ibruktakelse uavhengig av status for somatikken.

Sak 32/ 2025 ØLP forutsetninger**Oppsummering av innhold**

I tråd med budsjettskriv 3 fra Helse Sør-Øst skal helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan (ØLP) for perioden 2026 – 2029 fremlegges for Helse Sør-Øst RHF (HSØ), og være styrebehandlet i helseforetakene innen utgangen av mai 2025. Denne saken beskriver

forutsetninger for utarbeidelse av ØLP. Styret får fremlagt ØLP til behandling i styremøtet i mai 2025.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god gjennomgang. Beslutning i HSØ om at helseforetakene selv må være ansvarlig for byggekostnaden for nytt sykehus i Drammen til P85 medfører endrede forutsetninger for foretakets vurdering av økonomisk bærekraft ved investeringen. Beslutningen om å igangsette prosjektet i 2019 var basert på at foretaket ville bære investeringskostnaden til P50. Dette medfører en økt investeringskostnad på 1,9 MRD. HSØ har innvilget inntektsstøtte for den delen som overstiger P85, og som er knyttet til eksogene forhold som har rammet byggeprosjektet. Det konstateres at foretaket ikke vil være i stand til å gjennomføre nødvendige investeringer uten ekstraordinær inntektsstøtte fra HSØ. Det vises i den anledning til vedtak i HSØ styret i juni 2023, sak 008-2023, der styret presiserte at økt styringsramme for Nytt sykehus i Drammen ikke må bli til hinder for at Vestre Viken HF kan fortsette å levere gode og likeverdige helsetjenester. Det vil av den grunn fremlegges en søknad til HSØ om økonomisk støtte for å sikre en forsvarlig drift, samtidig som investeringer i utstyr og bygg og nødvendig vedlikehold kan gjennomføres.

Styret ønsker at nødvendige avklaringer med HSØ foreligger før styret skal fastsette økonomisk langtidsplan i mai 2025. Administrerende direktør følger opp saken i oppfølgingsmøte med HSØ den 4. april 2025.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar fremlagte forutsetninger for utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør innlede dialog med HSØ om ekstra inntektsstøtte for å kunne foreta nødvendige investeringer i planperioden og sikre langsiktig bærekraft i VVHF.

Sak 33/2025 Fremtidig organisering av Basal Eksponeringsterapi (BET) i klinikk psykisk helse og rus

Oppsummering av innhold

Klinikk PHR gjennomfører i 2025 en omfattende omstilling (ref. Styresak 76/2024 Strukturendringer i klinikk psykisk helse og rus). Klinikken ønsker å videreutvikle det særegne kompetansemiljøet BET representerer. Samtidig er det viktig å sørge for at BET tilbudet passer med behovet i klinikken og pasientene i opptaksområdet til Vestre Viken. Dagens BET tilbud har svært lang ventetid da en tar imot pasienter fra hele landet. Tilbudet oppleves som vanskelig tilgjengelig for pasienter i vår egen klinikk, og vi ser behov for nye rutiner for vurdering av henvisninger og ventelister. I tillegg understøtter dagens organisering i liten grad mulighet for å fange opp pasienter på tidlige stadier, og er i liten grad integrert med klinikkens og foretakets øvrige tilbud.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en informativ og grundig presentasjon i en viktig sak. Styret erkjenner at BET-tilbudet er et viktig pasienttilbud som bør videreutvikles innenfor de rammer som VVHF har. Det er viktig å fortsette tett involvering av ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten i de videre prosesser, slik at fagmiljøet og BET-kompetansen kan videreføres i ny organisering.

Ansattrepresentanten kommenterer at bakgrunnen for alternativt forslag til vedtak er at ordet «retning» i administrerende direktørs forslag kan forstås på flere måter og dermed fremstå som uklart.

Ansattrepresentantene v/Tom Frost fremmet alternativt forslag til vedtak, dette ble vedtatt med et tilleggspunkt 3.

Opprinnelig forslag til vedtak:

1. Styret støtter anbefalt retning for utvikling av nytt driftskonsept og endret organisering for Basal Eksponeringsterapi (BET) i Klinikk for psykisk helse og rus.

Forslaget fikk ingen stemmer og falt.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret støtter videre arbeid for utvikling av nytt driftskonsept og endret organisering for Basal Eksponeringsterapi (BET) i Klinikk for psykisk helse og rus.
2. For å sikre et helhetlig BET- behandlingstilbud som inkluderer korte og lengre døgnopphold, forutsetter styret tett samarbeid med partene i det videre arbeidet med å tydeliggjøre prosjektorganiseringens mål og mandat, slik at en samlet og robust BET-kompetanse kan videreutvikles.
3. Styret får en oppfølgende sak til styremøtet den 22. mai 2025.

Sak 34/ 2025 Status oppfølging av bærekraftsplan 2.0 på Bærum sykehus

Presentasjon v/klinikkdirektør Trine Olsen.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god presentasjon og gir tilbakemeldinger på at det pågår mye godt arbeid i klinikken. Styret kommenterer at det er positivt å se at ventetidene reduseres og flere tiltak i tråd med bærekraftsplanen gir resultater. Sammenslåingen av avdelingene K2-K3 vil bli evaluert. Imidlertid vil de store effektene ligge i de helhetlige løsningene som finnes i samarbeidet med de øvrige somatiske klinikkene. Styret ser frem til å få mer informasjon om hvordan klinikkene jobber frem innsiktsgrunnlag og løsninger basert på beste praksis, i styreseminaret 22. mai.

Ansattrepresentanten kommenterer at evaluering av sammenslåingen av avdelinger imøteses.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Sak 35/ 2025 Protokoll fra foretaksmøte 28. februar og Oppdrag og bestilling 2025 for VVHF

Oppsummering av innhold

Helse- og omsorgsdepartementets styring av Helse Sør-Øst RHF gjøres gjennom årlig oppdragsdokument og vedtak i foretaksmøter. Helse Sør-Øst RHF gir videre styringsbudskap til underliggende helseforetak gjennom Oppdrag og bestilling ble overlevert VVHF i foretaksmøte 28. februar 2025.

Kommentarer i møtet

Ingen kommentarer.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret tar protokoll fra foretaksmøte i Vestre Viken HF 28. februar og Oppdrag og bestilling 2025 til etterretning.

Sak 36/ 2025 Styrende dokumenter i VVHF**Oppsummering av innhold**

Saken beskriver de sentrale dokumenter som er førende for hvordan Vestre Viken HF styres og drives.

Kommentarer i møtet

Ingen kommentarer.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret tar oversikten over styrende dokumenter til etterretning

Sak 37/ 2025 Instruks for styret i VVHF**Oppsummering av innhold**

I protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 er det presisert at styrene for helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Instruksene bygger på maler fra Helse Sør-Øst RHF.

Styret har lagt til grunn at instruksen legges fram for styret for en årlig gjennomgang og godkjenning, og at dette skjer på styremøtet i mars.

Kommentarer i møtet

Ingen kommentarer.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Instruks for styret i Vestre Viken HF regodkjennes.

Sak 38/2025 Instruks for administrerende direktør**Oppsummering av innhold**

I protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 er det presisert at styrene for helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Instruksene bygger på maler fra Helse Sør-Øst RHF.

Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF ble sist regodkjent i styremøte 19. mars 2024, sak 35/2024. Styret har lagt til grunn at instruksen legges fram for styret for en årlig gjennomgang og godkjenning.

Kommentarer i møtet

Ingen kommentarer.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF regodkjennes.

Sak /2025 Referatsaker

Ingen kommentarer.

Sak /2025 Eventuelt

Ingen saker.

Sak /2025 Driftsorientering fra administrerende direktør**Oppsummering av innhold**

Administrerende direktør informerte om at VVHF har etablert rutine for varsler som gjelder administrerende direktør og at denne vil suppleres med at Konsernrevisjonen bistår styreleder i håndteringen av varselet. Drammen kommune gir dispensasjon til midlertidige parkeringsplasser ved NSD (Hovedutvalget for tekniske tjenester 27. mars 2025). Det er kommet 120 søknader til «Min jordmor» som er et samarbeidsprosjekt mellom Drammen kommune og Drammen sykehus. Det er tatt i bruk ny regional multimedieløsning ved fødeklubben på Drammen sykehus. LUNA Føde ved Bærum sykehus holder høy faglig kvalitet og har ingen flere komplikasjoner enn ordinært tilbud. Forskere fra Bærum sykehus har bidratt til to av de største genetiske studiene på atrieflimmer i verden. Det er forskerne Ingrid Christophersen og Arnljot Tveit ved Bærum sykehus som har bidratt. Ny nasjonal studieapp er utviklet sammen med Drammen sykehus og skal gjøre kliniske behandlingsstudier mer tilgjengelige for alle pasienter i Norge. Vestre Viken er først ute nasjonalt med å teste kunstig intelligens (KI) ved røntgen av lunger (thorax). Administrerende direktør har hospitert ved Bærum sykehus og KMD. På Divisjonssamling hos Helsedirektoratet har AD foreslått «Innovasjon» som et 5. mål i spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver. VVHF får stor medieoppmerksomhet for arbeidet med langvakter. AD informerte om hovedmålene for Samhandlingsarena Kongsberg og deltakelse på årsmøtet Venner av Bærum sykehus.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en fin presentasjon. gjennomgang.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

Bærum sykehus 2025

Siri Hatlen
styreleder

George Harold Fulford

Hans Tore Frydnes
nestleder

Robert Bjerknes (sett)

Kristin Vinje (sett)

Kari Fjelldal

Hege Mørk

Tom Roger H Frost

Toril A K Morken

Maria Josefsen Gundersen

Harald Baardseth

Dato: 14. mai 2025
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering pr. 1. tertial 2025

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	44/2025	22.5.2025

Forslag til vedtak

Styret tar virksomhetsrapporteringen pr. 1. tertial 2025 til etterretning.

Drammen, 15. mai 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I tråd med instruks for administrerende direktør fremlegges rapport for virksomheten og resultater pr 1. tertial 2025. I hht. administrerende direktørs instruks skal tertialrapporteringen være en utvidet rapportering fra virksomheten og inneholde risikovurdering vedrørende måloppnåelse. I tillegg skal styret tertialvis få fremlagt status for tilsynssaker og redegjørelser for kvalitet og pasientsikkerhet.

Fra 2025 er det lagt opp til at status i tilsynssaker løftes ut av tertialrapporteringen og fremlegges for styret i egne saker. Foretaket vil til 2. tertial fremlegge egen sak som oppsummerer status for tilsyn og revisjoner i helseforetaket. Rapporteringen er viktige underlag for å fastsette foretakets mål, vurdere risiko og planlegge tiltak.

Redegjørelser for kvalitet og pasientsikkerhet fremlegges for styret i egne saker da tilgangen på disse dataene ikke passer overens med tertialrapporteringen, jf. siste behandling i sak 5/2025, Status kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet – Rapport utvalgte kvalitetsindikatorer for 2024.

Foretaket har tre primære mål for 2025, reduksjon av ventetider, forbedring av det økonomiske resultatet og reduksjon av sykefraværet. Lederavtalene med klinikker og staber fastsetter utvalgte indikatorer og konkrete tiltak som understøtter dette. Målområdene i bærekraftsplanen ligger til grunn. Oppdrag og bestilling for 2025 gir konkrete føringer og mål for foretaket. Det vises til sak 33/2025.

I tillegg til rapportering på fastsatte mål for 2025, inneholder tertialrapporten en vurdering av risiko for måloppnåelse, status på realisering bærekraftsplan, status i foretakets kritiske portefølje, samt en status og vurdering av tiltak knyttet til IKT-området for nytt sykehus i Drammen.

I vedlegget presenteres vurdering av risiko, status og tiltak per målområde for 2025.

Saksutredning

Måloppnåelse pr. 1. tertial 2025 – status, prognose, risiko og tiltak

Økonomi – aktivitet og bemanning

Resultatet per april viser et overskudd på 12,0 MNOK, som er 1,3 MNOK bak budsjett. Det er 8,4 MNOK i høyere kostnader til vedlikehold over drift per april. Dette forventes utjevnet utover året, eller møtes av tilsvarende lavere investeringer avhengig av klassifisering som investering eller drift. Resultat uten høyere vedlikehold over drift viser et positivt avvik på 7,1 MNOK. Det er også høyere investeringer i MTU under 200' på 4,5 MNOK som er forventet å utjevnes gjennom året. Aktiviteten er høyere enn plan både innen somatikk og psykiatri både i april og hittil i år. Dette til tross for utbrudd av Norovirus ved Drammen sykehus både i januar og mars. Samlet er inntektene 35,7 MNOK over budsjett i april. På kostnadssiden er det noe merforbruk på varekost, i hovedsak knyttet til legemidler, implantater og instrumenter, som til en viss grad henger sammen med høy aktivitet. Gjestepasientkostnader og kjøp av tjenester er 5,2 MNOK over budsjett i april, og er i hovedsak knyttet til kjøp fra private. Lønnsområdet viser i april et negativt avvik mot budsjett på 13,8 MNOK. Det er registrert kostnader på ventetidsløftet på ca. 8 MNOK i april, og ca. 19 MNOK pr april.

De tverrgående klinikkene viser resultatforbedringer i tråd med bærekraftsplanen per april. De somatiske klinikkene ligger fortsatt bak resultatmålene, men de viser tegn til forbedring.

Resultatprognosen for året er opprettholdt på budsjettert nivå med et overskudd på 40 MNOK for året. De somatiske klinikkene har så langt et negativt avvik mot budsjett på 35 MNOK. Dette er delvis dekket inn av merinntekter i KMD på 25 MNOK. Det er ikke forventet at merinntektene

vil fortsette siden dette er knyttet til influensasessongen. Utviklingen i de somatiske klinikkene er følgelig avgjørende for om resultatmålet oppnås. Det er spesielt risiko knyttet til sommerferieavviklingen og effekter ved innflytting i NSD. Risikovurderingen på økonomiområdet er vurdert å være betydelig selv om foretaket er tett på mål for året. Vurderingen bygger på konsekvenser av at det ikke er tilstrekkelige midler til å foreta investeringer som bidrar til løft i tilstandsgrader for bygg, løpende vedlikehold for verdibevaring og investeringer som understøtter utvikling av virksomheten.

Bærekraftsplanen er førende i alt tiltaksarbeid og følges opp med klinikkene. De somatiske klinikkene, med støtte fra ressursteamet, er godt i gang med utredning av standardisert modell for drift av sengeposter. Modellen er ferdig drøftet og vil danne grunnlag for bemanningsplaner for sengepostene fra høsten av. Klinikken jobber videre med vurdering av funksjonsfordelinger.

Brutto månedsverk i mai er 8 284, som er 69 brutto månedsverk høyere enn budsjett. Akkumulert har vi et negativt avvik på 32 månedsverk i snitt målt mot budsjett. Sykefraværet påvirker tallene. Sykefraværet er vesentlig bedret i april og forventes å gi bedre resultater de neste månedene. Samtidig er det noe merforbruk som følge av ventetidsløftet og Norovirus-utbruddet på DS i januar og særskilt i mars. Sykelønnsrefusjonene er høyere enn budsjett.

Økonomi – investeringsområdet

Det er bokført investeringer på 91,8 MNOK ved utgangen av april. Dette er 25,5 MNOK lavere enn budsjettet for investeringer per april. I tillegg kommer investeringer til vedlikehold som føres over driften som driftskostnader, jfr kommentarer over.

Det er påløpt 10,5 MNOK i kostnader til tomt til nytt sykehus i Drammen, dette er ikke budsjettet i VVHF. Det er også bokført 2,25 MRD ved overtagelse av deler av NSD, i tråd med budsjettet overtagelse.

Det er god fremdrift i planlagt investering og vedlikehold av bygg. Internrapporteringen viser at 82 % av planlagte investeringer, inklusiv midler overført fra i fjor, er forpliktet og bundet opp i de ulike prosjektene som pågår og påstartes utover året. Det er inntruffet behov for utbedringer av bygg som ikke var omfattet av budsjettet. Likviditetsmessig er det dekning for dette inneværende år, men det kan medføre utsettelse av investeringer som er planlagt i 2026. Investeringer i byggnær IKT og grunnutrustning er i stor grad planlagt knyttet opp mot prosjektene i BRK.

For MTU er investeringene i tråd med den prioriterte anskaffelseslisten. Avsatt budsjett til havarier er nær ved brukt opp ved utgangen av 1. tertial. Det er følgelig en risiko for overskridelser, samtidig forventes det vesentlig reduksjon i havarier etter innflytting og oppstart i NSD.

Ambulanser anskaffes ved bruk av finansiell leasing. Totalt 14 biler er bestilt i 2025. Det har vært store forsinkelser på leveranser av ambulanser i 2024. Totalt fikk vi 5 ambulanser i 2024. Resterende ambulanser er bestilt og vil bli levert i 2025. Hittil i 2025 er det levert en bil.

Leveransene fra Sykehuspartner er viktig for nytt sykehus i Drammen, samt for å sikre en sikker og stabil drift, bedre behandling, raskere pasientforløp og en mer effektiv og tilfredsstillende arbeidshverdag. Det er 28,2 MNOK overført fra 2024 budsjettet og budsjettet med nye 20 MNOK til IKT investeringer i 2025. Hittil i år er det påløpt ca 4,7 MNOK på prosjekter med totalverdi på 30 MNOK, hvorav 10 MNOK er innføring av Helselogistikk NSD.

Ventetider

Samlet for foretaket er det en positiv utvikling i ventetidene. Det er en klar nedgang i antall ventende og gjennomsnittlig ventetid for ventende. For psykisk helsevern har vi nådd det langsiktige målet. Med forsterket innsats (ekstraordinær poliklinikk, økt bruk av avtalespesialister, økt bruk av private leverandører med avtale) er det forventet at vi vil oppnå delmålet om ventetider på 2019-nivå innen 1. juni. Foretaket har etablert nye avtaler med alle relevante profesjonsforeninger med nye timesatser for ekstraordinær poliklinikk. I tillegg pågår flere tiltak med mål om å oppnå varig økt kapasitet. Her kan nevnes systematisk gjennomgang av behandlingsforløp i poliklinikkene, forsterket innsats med kompetanseheving og strukturelle endringer innenfor kontorlaget, pilotering av felles venteliste per fagområde på tvers i foretaket, langtidsplanlegging av aktiviteten og spredning av digitale løsninger og videreutvikling av det virtuelle sykehuset.

Sykefravær

Etter vinteren er det en markant nedgang i korttidsfravær, som er veldig positivt. Sykefraværet er likevel høyt, til tross for at det arbeides kontinuerlig med tiltak og individuell oppfølging. Dette utgjør en risiko for både arbeidsmiljøet og effektiviteten i virksomheten. Arbeid med å utvikle og etablere kollegastøtteordning og fadderordning er igangsatt. Kollegastøtteordning vil bli startet opp senest over sommeren 2025. Dette forventes å bidra til økt trygghet på jobb, gi ansatte muligheten til å støtte hverandre og føle seg tryggere i arbeidsmiljøet. I samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten sees det på fleksible arbeidstidsordninger, herunder bruk av langvakter, som bidrar til en jevnere fordeling av arbeidsbelastningen.

Opplæring av og støtte til ledere for å sikre oppfølging av ansatte som har hyppig korttidsfravær gjøres via grunnopplæring for nye ledere, webinarer mv. Å være tett på, i tidlig fase, viser god effekt. "Juristens time" er et nytt tiltak rettet mot ledere, hvor tema er oppfølging, saksbehandling og regelverk ved langvarig sykefravær. Tiltaket ble godt mottatt, og 45 ledere deltok på "første time". Tiltaket vil bli videreført.

Prognose for sykefravær i 2025 er 7,2 %. Tre klinikker er nær dette målet allerede, men systematisk arbeid med tiltak som påvirker medarbeidernes arbeidsmiljø og hvordan de har det på jobb må fortsette.

Personal og arbeidsmiljø

Risiko for brudd på arbeidstidsbestemmelsene er en konsekvens av døgnskcontinuerlig drift, akutte situasjoner, sykefravær og mangel på ressurser. For å redusere denne risikoen gjennomføres det forsvarlighetsvurderinger av arbeidsplaner.

Videre oppfordres det til at arbeidsbelastningen blir jevnt fordelt blant medarbeiderne. Dette innebærer å organisere og fordele arbeidet gjennom hele døgnet. I dette inngår også å tilpasse arbeidsoppgaver og arbeidstid for å unngå overbelastning.

Tiltak innen teamorganisering og oppgavedeling er prioriterte områder. I denne sammenheng utvikler Universitetet i Sørøst-Norge (USN) og Vestre Viken i samarbeid en kortere videreutdanning i teamledelse. Kjernen i utdanningen er daglig teamledelse, med vekt på ledelse av tverrfaglige team. Utdanningen piloteres høsten 2025, med 30 studieplasser for medarbeidere i Vestre Viken.

I tråd med tiltak i Bærekraftsplanen har en partssammensatt arbeidsgruppe foreslått tiltak for å profesjonalisere og standardisere turnusplanlegging, samt legge til rette for fleksibilitet i arbeidstidsordninger. Tiltakene følges videre opp utover i 2025 med sikte på iverksetting av bla. felles planprosess for turnusplanlegging på tvers av VVHF, og sikre helsefremmende turnuser. Økt standardisering er en forutsetning for å kunne ta i bruk KI i turnusplanlegging så snart dette blir mulig.

Aktive handlingsplaner basert på resultatene fra forbedringsundersøkelsen skal utarbeides ved alle enheter. Disse handlingsplanene vil bli fulgt opp spesielt i 2. tertial for å sikre at tiltakene implementeres effektivt og gir ønskede resultater.

Kvalitet i pasientbehandling

Det er vurdert å være liten risiko for at kvalitetsmålene ikke nås sett under ett, selv om enkelte delområder ikke når målene. Pakkeforløp for kreft har vist for lav samlet måloppnåelse over tid. Vi har nå endelig kunnet validere datakvalitet, og innsiktsarbeid bekrefter at nåværende flaskehalser samsvarer med tidligere forløpsgjennomganger. Ansvar og roller er avklart i foretaksledermøtet, og kvalitetsavdelingen skal fasilitere samarbeidsmøter med de ansvarlige aktører i to store forløp. Ny fremstilling av data fra analyseavdelingen gir bedre oversikt over mønster i flaskehalser per forløp og fase.

Vi følger opp oppdrag gitt fra Helse Sør Øst om forbruksrater og sentrale kvalitetsmål på overlevelse. Samlet er det mye som er bra, men det er to områder med gul risiko vedrørende 30 dagers overlevelse i 2024. Analyse er i gang sammen med ansvarlig avdelinger før tiltak iverksettes. Status presenteres i styremøtet i juni 2025.

Overordnet er det i Medisin og helsefag under etablering et tverrfaglig team for å sikre fortløpende oversikt og tiltak på kvalitetsmål sammen med andre tiltak innen virksomhetsstyring basert på kvalitet som hovedstrategi. Etablering av fagråd er vedtatt i foretaksledelsen og første oppstartsmøte med 4 fagråd er planlagt før sommeren. Disse vil ha som oppdrag i å følge opp faglige kvalitetsmål på tvers av klinikkene i Vestre Viken. 16 Fagråd skal (re)etableres i 2025.

Forskning og innovasjon

Det rapporteres årlig på kliniske behandlingsstudier, og rapporteringen leveres regjeringen i juni 2025. Det ser så langt ut som om det blir utfordrende å oppnå nasjonale mål om 15% økning av kliniske behandlingsstudier. Dette melder flere andre helseforetak også om. Vestre Viken har fem nye innmeldte kliniske behandlingsstudier så langt i 2025. Drammen sykehus starter få nye studier grunnet flytting. Det jobbes med flere tiltak for å øke kliniske behandlingsstudier, men ressurser og kapasitet er fortsatt en begrensning.

18 innovasjonsprosjekter er satt i drift i 2025, noe som kan forklare at det sees en reduksjon i aktive innovasjonsprosjekter. 17 nye innovasjonsprosjekter er påstartet til nå i 2025. Dette er en økning fra i fjor. Som for forskningsområdet er det risiko for å ikke nå årets mål. Årsakene er også her forberedelser til flytting inn i nytt Drammen sykehus og presset kapasitet i klinikkene. Det er videre risiko knyttet til lav kapasitet i systemforvaltning for digitale helsetjenester. Implementering av KI i bildediagnostikk er i tråd med plan. Veikart for KI i Vestre Viken vil tilrettelegge for en systematisk tilnærming og utvikling.

Klima og miljø

Som et Grønt sykehus, sertifisert etter standard NS-EN ISO 14001, måles foretaket etter tre «scopes»:

- Scope 1: F-gasser, medisinske og andre gasser, fossilt brenn- og drivstoff, bio-olje og bio-brensel
- Scope 2: Energi
- Scope 3: Antall km for transportmidler i drift, herunder tjenestereiser og pasienttransport

Det er vedtatt ambisiøse mål for spesialisthelsetjenesten. Per 2024 har Vestre Viken HF oppnådd 10 % poeng av målkravet om 40 % reduksjon av foretakets totale utslipp i perioden 2019 –

2030, og ligger vesentlig bak periodiseringen fra 2019. Nasjonalt er snittet på 11 %. Utslippsbaner (prognose) utarbeidet i 2024, viser at Vestre Viken ligger an til å oppnå 13 % poeng av målkravet for 2030.

Det er i scope 2 det vil gi størst effekt å sette inn tiltak. Den økonomiske situasjon i foretaket gjør det utfordrende å få større ENØK-tiltak finansiert. Tiltak med utskifting av lyskilder fra Halogen til LED pågår i noen år framover, og vil på sikt gi effekt. Ibruktakelse av nytt sykehus i Drammen med ny teknologi, og avhending av gamle bygg forventes å ha effekt, uten at det er mulig å tallfeste denne nå.

Ett av målene er å øke andel målbevisste medarbeidere. Det oppleves at det er stort engasjement for klima og miljø ute i organisasjonen, men det er behov for økt informasjon og synliggjøring av arbeid som pågår. Dette var også et forbedringspunkt i den periodiske revisjonen høsten 2024. Kommunikasjonsplan er under arbeid.

Målkrav om 20% andel telefon- og videokonsultasjoner for 2025 er allerede oppnådd av Psykisk helse og rus (PHR) per februar, med 21%. Det bemerkes at det vil være variasjoner gjennom året. Somatikk har et målkrav i 2025 på 15%, og ligger per april på 13%. Det er her pågående innsats på flere områder, blant annet er det ansatt en ny rådgiver som starter i mai 2025 for å understøtte dette arbeidet

I oppdrag og bestillingsdokumentet for 2025 er Vestre Viken bedt om å redusere forbruk og øke gjenbruk og materialgjenvinning, og da spesielt å redusere forbruk av sterile undersøkeshansker og lage en plan for utfasing av engangs varmekjeller. Forbruket på disse to artiklene har økt kraftig etter pandemien. Strategi og mål for arbeidet skal opp til beslutning i foretaksledelsen i nær fremtid.

IKT Status NSD

Oppfølgingen fra tertialrapport 3.tertial 2024 er overført som del av parathetsvurderingene som er gjennomført og planlagt fem mot KIB. Tempoet i prosjektet er nå svært høyt og innenfor IKT-feltet skjer utviklingen langt raskere enn det som fanges opp i en tertialrapport. Det er derfor alltid store avvik mellom det som er faktisk tilstand og tilstand ved rapporteringstidspunkt. Av den grunn blir det ikke lenger utarbeidet egen IKT tertialrapport.

Nedenfor gis en vurdering av momenter som var røde i forrige rapport. Det er ikke tilkommet nye momenter til risikovurderingen.

<i>Risiko forrige tertialrapport</i>	<i>Status mai</i>	<i>Kommentar</i>
Kompleksitet i organisasjonsendringer forsinket produksjonssetting		Organisasjonsendringer er gjennomført og godkjent av Sykehuspartner for produksjon
Manglende kapasitet hos Sykehuspartner		Under kontroll. Overvåkes av prosjektet. God dialog med SP
Tid til integrering av byggnære IKT systemer		Enkelte systemer er forsinket eller ikke testet, f.eks AGV og SD-anlegg
Forsinkelser i regionale løsninger		Regionale prosjekter (Helselogistikk og Monet) er forsinket og har påvirket fremdrift på NSD. Mye av forsinkelsen er hentet inn og NSD er gitt prioritet i regionen. Pågående diskusjon om helselogistikkavtaler i PHR.

Kvalitet på Helselogstikk område C		Gjennomføres tester, men må verifiseres i produksjonsmiljø. Positiv utvikling i kapasitetstester
Overfallsalarm blir ikke levert fra Helselogstikk		Funksjonene er stabile, Testing viser at funksjonalitet og stabilitet er i ferd med å leveres på tilfredsstillende nivå.
Stansalarm blir ikke levert fra Helselogstikk		Funksjonen er stabil, men behov for utvidet testing og verifisering

IKT-leveranser til NSD er fortsatt et kritisk område, men samlet sett vurderes dette til å være bedret siden forrige rapportering. Særlig helselogstikk har hatt stor fremgang både med tanke på funksjonalitet og stabilitet. Det er fortsatt usikkerhet knyttet til funksjoner for innsjekk/oppgjør radiologi. Prosjekter for sporingssystem sterilsentral og sanntidslokalisering har også en forbedret status og vurderes ikke lenger som røde risikoer. Det arbeides systematisk med oppfølging av økonomiske og pasientsikkerhetsmessige konsekvenser av forsinkelsene som har vært i leveranser over tid.

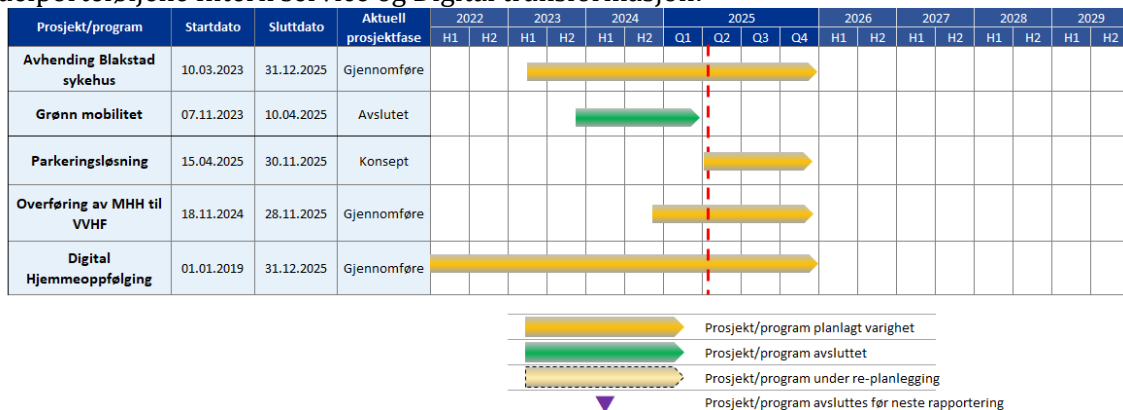
Foretakets prosjekt- og programportefølje

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

Prosjektporteføljen skal understøtte realisering av Vestre Vikens Utviklingsplan 2035. Sammensetningen av porteføljen vurderes og oppdateres fortløpende. Prosjektene favner hele virksomheten, og kommer i tillegg til oppfølgingen av bærekraftsplanen.

Delporteføljene «Digital transformasjon» og «Intern service» er etablert og rapporterte for første gang i mars 2025. Formålet med delporteføljer er å få bedre innsikt, kontroll og styring, samt å balansere innsatsen mellom strategiske, taktiske og operasjonelle initiativer der vi har flest investeringsprosjekter. Kvaliteten på rapporteringen i delporteføljene kan fortsatt forbedres. Både KIS og Stab teknologi har derfor igangsatt prosesser og satt av ressurser for gradvis å heve kvaliteten på styringsinformasjonen.

Prosjektporteføljen består av 5 initiativer. Programmer BRK og VIDT inngår i henholdsvis delporteføljene Intern service og Digital transformasjon:



Initiativenes bidrag til å nå foretakets overordnede mål er uendret i forhold til det som ble rapportert i 3. tertial 2024. Kolonnen «Total poengsum» illustrerer den totale poengverdien av effektene som hvert enkelt initiativ har på realiseringen av Vestre Vikens strategiske mål.

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

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

* Sikre bærekraftig økonomi er ikke definert som strategisk mål i den oppdaterte VVHF strategi 2035. Men en bærekraftig økonomi er en viktig forutsetning til at andre strategiske mål kan oppnås.
 ** Gjennom konkrete tiltak skal Vestre Viken sørge for å nå målene som de regionale helseforetakene har gitt i felles Klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030.

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

Matrisen under visualiserer status for de viktigste styringsparameterne pr. 30.04.2025:

Prosjekt/program	Område	Prosjekteier	Prosjektleder	Overordnet status	Kostnad / ressurser	Fremdrift	Omfang / kvalitet	Risiko	Gevinst-potensial
Avhending Blakstad sykehus	KIS	Lisbeth Sommervoll	Irene Beheim	→	→	→	→	→	→
Grønn mobilitet	KIS	Kristin Fagerhaug	Gro Sølvberg-Øien	→	→	→	→	→	→
Parkeringsløsning	KIS	Kristin Fagerhaug	Kristian Igelkjøn Opsahl	→	→	→	→	→	→
Overføring av MHH til VVHF	VVHF	Mette Lise Lindblad og Tor Kjetil Nerhus	Lukasz Sidor	→	→	→	→	→	→
Digital Hjemmeoppfølging	Fag	Anders Debes	Kristine Kleivi Sahlberg	→	→	→	→	→	→

→ Ingen endring
 ↑ Forbedring
 ↓ Forverring

Programmer BRK og VIDT inngår i henholdsvis delporteføljene Intern service og Digital transformasjon, og rapporterer i konteksten av disse delporteføljene.

Delportefølje	Ansvarlig
Intern service	Kristin Fagerhaug
Digital transformasjon	Robert Nystuen

Delportefølje Digital transformasjon

Delporteføljen for digital transformasjon utgjør en sentral del av Vestre Vikens strategiske arbeid med teknologi og tjenesteutvikling. Vi har etablert en strukturert tilnærming som omfatter både prosjekter og kontinuerlige utviklingsaktiviteter. Tradisjonelt har hovedtyngden vært regionale prosjekter i regi av Helse Sør-Øst, der Vestre Viken har gjennomført egne innførings- og breddingsløp. I økende grad ser vi nå en dreining mot aktiv utnyttelse av teknologiplattformen som er anskaffet regionalt, og som gir foretaket nye muligheter til å realisere gevinster gjennom brukernære utviklingsinitiativ. Dette markerer et viktig skifte mot mer lokal verdiskaping og gevinstrealisering i klinikk-nær tjenesteutvikling.

Regionale mottaksprosjekter

- Regional løsning for helselogistikk fase 4 rapporterer om lavere risikonivå enn tidligere. Det er restanser knyttet til innsjekk og betaling innen radiologi og stabilisering av infrastruktur og ringefunksjonalitet som følges tett opp som del av NSD mottaksprosjektet. Arbeid med forberedelse bredning til Bærum -, Ringerike - og Kongsberg sykehus 2026 er påbegynt. Gevinstrealisering og -planlegging pågår.
- RHF Multimedieløsning er tatt i bruk på ultralyd føden

VIDT programmet har moderat avvik på fremdrift som i hovedsak skyldes tilgjengelig kompetanse. Programmet er likevel godt i gang med å etablere nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi.

- Programmet leverte sitt første digitale produkt, robotmedarbeideren Vidar Viken, en RPA (Robot Prosess for Automatisering) som automatiserer overføring av medisinalister mellom to kjernesystemer (DIPS og Metavision). Dette bidrar til å kvalitetssikre og automatisere arbeidsprosessene, og sparer klinisk personell for tidsbruk i forbindelse med dobbeldokumentasjon. Vi er i en fase der vi nå planlegger ytterligere bredning og gevinstrealisering av dette produktet.
- Utprøving av Digital helsekort for Gravide – nasjonal utprøving – planlagt oppstart medio mai 2025, følger også plan.
- Vi bidrar også i det regionale initiativet Pasientens Måledata – nasjonal utprøving.

Delportefølje Intern service

BRK-programmet rapporterer moderat avvik på tid på overordnet nivå.

- 50% av prosjektene i BRK gjennomføres som planlagt
- 32% av prosjektene rapporterer mindre avvik
- 18 % rapporterer vesentlig avvik på tid.

Prosjektene vil samlet sett gjennomføres innenfor budsjett. Overordnet risiko vurderes som liten, men to prosjekter rapporterer vesentlig tidsrisiko:

- BRK B13 Radiologi (CT3 på Bærum) er i utgangspunktet forsinket på grunn av forsinket beslutning om valg av konsept. Konsept er nå avklart av styringsgruppen i BRK, men valget innebærer krav til søknad om dispensasjon fra reguleringsplanen for Bærum sykehus. Utfallet er usikkert. Konsekvens kan bli ytterligere utsettelse av slutt-milepæl.
- BRK R19 og K07 (Pasientsignal på Ringerike og Kongsberg) er forsinket på grunn av forsinkelser hos Sykehuspartner ved beskrivelse av systemløsning. Dette har blitt rapportert i tidligere porteføljerapporter. Manglende leveranser fra Sykehuspartner er imidlertid endelig på plass på Ringerike og prosjektet der kan gjennomføre resterende

aktiviteter. På Kongsberg gjenstår det noe risiko. Konsekvenser av utsettelsene er at sluttmilepæl utsettes.

Samtidig bør det nevnes at det største BRK-prosjektet, «B11 Ventilasjon på Bærum», har funnet en løsning som gjør at byggearbeidene kan ferdigstilles høsten 2025 i stedet for august 2026. Dette reduserer forstyrrelsesperioden for virksomheten og gir større trygghet for at kostnadskalkylene holder.

Grønn mobilitet

Prosjektet Grønn mobilitet ble delt i 2 delprosjekter: Grønn mobilitet og Parkeringsløsninger.

Delprosjektet Grønn mobilitet ble forankret med HAMU og Medvirk i forkant av foretaksledelsen beslutning 11. februar 202. KIS har ansvar for oppfølging av tiltak som innebærer utbedring av sykkel- og garderobefasiliteter. Forslag til tiltak er under utredning og vil spilles inn i budsjettprosess for 2026.

Delprosjektet Parkeringsløsninger har kartlagt mulighetsrommet, identifisert ulike muligheter og hensyn, og synliggjort forskjellige vurderinger og argumenter. Mulighetsbildet er presentert i informasjons- og forankringsrunder i Medvirk, HAMU og drøftet. Risiko- og sårbarhetsanalysen (ROS) ble gjennomført i mars og overordnede føringer for parkeringsprinsipper ble vedtatt i foretaksledelsen 08.04.2025. KIS har oppgaven med å konkretisere og implementere beslutningene i organisasjonen. Arbeidet pågår, og ferdigstilles høsten 2025.

Digital hjemmeoppfølging

Programmet har definert sine mål for 2025. Det er god kapasitet for støtte til utvikling og implementering av digitale helsetjenester fra Avdeling for forskning og innovasjon, men det er lav kapasitet og begrenset tilgang på ressurser i klinikkene. Det er også en risiko knyttet til ressurskapasitet for systemansvar for egenregistrering, noe som kan begrense mulighetene for skalering. Forslaget til opptrapping av ressursbruk for digital hjemmeoppfølging ble kommunisert i innspill til ØLP 2026-2027 fra Program for digital hjemmeoppfølging.

Overføring av MHH til VVHF

Prosjektets mål er å gjennomføre overføring av Martina Hansen Hospital til Vestre Viken HF innen 1. november 2025 på en smidig og kostnadseffektiv måte, med pasientens og ansattes interesser ivarettatt. Per 30. april 2025 vurderes alle styringsparameterne som grønne. Fremdriften avhenger av godkjent gjennomføringsplan for migrering og implementering av IKT-tjenester i regionalprosjektet «RHF – Overføring IKT-tjenester MHH til VVHF». Dette er en risikofaktor som kan forsinke overføringen. Prosjektleder og teknologiansvarlig følger opp BP3-beslutningen hos Sykehuspartner, planlagt 16. mai 2025. Det rapporteres om moderat risiko for at framtidig investeringsstøtte fra HSØ ikke blir avklart før overføringsdato. Det er avtalt møte med HSØ i juni for gjennomgang av økonomisk langtidsplan for MHH.

Informasjonssikkerhet og personvern

Informasjonssikkerhets- og personverntilstanden i Vestre Viken HF holder et godt og stabilt nivå gjennom 1. tertial 2025. Det er ikke fremkommet nye risikoområder knyttet til informasjonssikkerhet og personvern enn det som allerede er kjent, og i risikoarbeidet legges anerkjente rapporter til grunn, herunder «*Trusselvurdering 2025 – Det digitale trusselbildet mot spesialisthelsetjenesten*».

Av eksterne trusler som kan rettes direkte mot ansatte er det i hovedsak phishingforsøk og manipulering, og dette er et område som kan bli vanskeligere å avdekke i tiden fremover, i den grad at aktører også har begynt å ta i bruk KI for denne type operasjoner. Det er viktig for helseforetaket at Sykehuspartner, som vår databehandler, har gode sikkerhetsmekanismer i IKT-infrastrukturen med kontinuerlig overvåkning.

Flere administrative avdelinger har informasjonssikkerhet og personvern som tema på avdelingenes fagdager, hvor ressurspersoner innen fagområdene bidrar inn. Det vurderes at helsepersonell har godt kompetansenivå for ivaretagelse, herunder deling, av de registrertes opplysninger og søkelys på informasjonssikkerheten, herunder phishingforsøk. Det undervises i informasjonssikkerhet og personvern på obligatoriske nyansattdager, samt LIS-undervisning og lærlinger innen ambulansefag og helsefagarbeidere.

OBD for 2025 gir føring for at personvernombudrollen sentraliseres inn til Helse Sør-Øst RFH og fungerer som et konsernfelles ombud. Det betyr ikke at arbeidsoppgaver eller ansatte flyttes eller endres, tvert om skal helseforetaket fortsatt inneha de samme arbeidsoppgaver innen personvern som tidligere. Helse Sør-Øst RHF har en forventning om at også helseforetaket styrker arbeidet rundt personvern. For sistnevnte del er det allerede gjennomført i Vestre Viken i 2024, ved å styrke fagområde med en ytterlig ressurs.

Rapportering bærekraftsplan

Foretaket skal ha et betydelig løft i resultater fra ordinær drift de nærmeste årene. Bærekraftsplanen er det viktigste virkemiddelet for å få dette til.

Arbeidet med handlingsplaner for bærekraftig utvikling fortsetter i klinikker og staber gjennom 2025, med mål om å redusere de økonomiske utfordringene. Det er planlagt effektiviseringstiltak med en samlet verdi på 218 MNOK i 2025. Budsjettet for 2025 er basert på realisering av tiltak for 168 MNOK. Realiseringen av tiltakene følges opp månedlig via en rapport med kommentarer fra respektive klinikk- og stabsdirektører.

Kort sammendrag for hver klinikk og stab:

- Drammen Sykehus: Planlagt 31,1 MNOK i 2025, med en restutfordring på -145 MNOK. Tiltak inkluderer bedre utnyttelse av poliklinisk kapasitet og bemanning i døgnområdet.
- Bærum Sykehus: Planlagt 64 MNOK i 2025, med en restutfordring på -115 MNOK. Tiltak inkluderer optimalisering av poliklinikk og revisjon av pasientforløp.
- Ringerike Sykehus: Planlagt 10,1 MNOK i 2025, med en restutfordring på -52,5 MNOK. Tiltak inkluderer robotkirurgi og reduksjon av sykefravær.
- Kongsberg Sykehus: Planlagt 27 MNOK i 2025, med en restutfordring på -25 MNOK. Tiltak inkluderer økt operativ aktivitet og tilpasning av bemanning.
- Klinikk for Intern Service: Planlagt 9,8 MNOK i 2025. Tiltak inkluderer utskifting til LED-lys og grønn mobilitet.
- Klinikk for Psykisk Helse og Rus: Planlagt 9,3 MNOK i 2025, med en restutfordring på -40,7 MNOK. Tiltak inkluderer omstilling av DPS døgn og samling av ARA på Konnerud.
- Klinikk for Medisinsk Diagnostikk: Planlagt 10,9 MNOK i 2025. Tiltak inkluderer kunstig intelligens innen bildediagnostikk og riktig bruk av lab og bilde.
- Klinikk for Prehospitale Tjenester: Planlagt 16,5 MNOK i 2025. Tiltak inkluderer kostnadsbesparelser ved bruk av VR og endring i opplæring.
- Felles Økonomi: Planlagt 35 MNOK i 2025. Tiltak inkluderer legemidler og forbruksvarer.
- Stab Teknologi: Planlagt 4 MNOK i 2025. Tiltak inkluderer kostnadsreduserende tiltak.

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

Administrerende direktørs vurderinger

Det økonomiske resultatet så langt i år er bedre enn budsjett. De store merinntektene innenfor laboratorieområdet bidrar til det positive resultatet, men dette er sesongbetinget og ikke varig. Det er forbedringer i de somatiske klinikkene i april. Både aktivitet og sykefravær viser bedring. Underliggende drift i de somatiske klinikkene er allikevel fortsatt mer kostnadskrevende enn rammene som er til rådighet

Klinikkene arbeider med å identifisere tiltak i inneværende år, og legge konkrete planer for 2026. Det etablerte samarbeidet mellom de somatiske klinikkene understøttes av ressursteamet. Samtidig legges grunnlaget for en Bærekraftsplan 3.0.

Det pågår mange samtidige tiltak, og det er en risiko for samtidighetskonflikter. Forberedelser til innflytting i NSD, overtakelse av MHH, arbeidet med bærekraftsplanen og budsjett 2026, samt betydelig omstrukturering og omstilling i PHR, er noen store områder som krever innsats og oppmerksomhet. Ventetidsløftet har fortsatt høy prioritet. Det har over lengre tid vært gjort en betydelig innsats på å redusere ventetidene inn mot flytting. Den økte bruken av ekstraordinære poliklinikker er tidsbegrenset, og det blir viktig å finne tiltak med varig effekt og løsninger for å ha tilstrekkelig kapasitet og opprettholdelse av lave ventetider fremover.

Det er behov for en samlet plan for foretaksrevisjoner, og vi er i gang med dette arbeidet. Styret vil få rapporten fremlagt i forbindelse med 2. tertialrapportering 2025, der også tilsynssaker vil omhandles. Dette vil gi grunnlag for fastsettelse av mål, og vurdering av risiko fremover i tid.

Det ligger betydelige utfordringer foran oss. Innflyttingen i nytt sykehus vil påvirke driften. Budsjettet tar høyde for redusert aktivitet og pukkelkostnader i bemanningen. Dette vil følges tett opp før, under og etter innflytting. Det er lagt planer for å sikre rask gjenopptakelse av normal drift.

Administrerende direktør foreslår at styret tar virksomhetsrapporteringen pr. 1. tertial 2025 til etterretning.

Vedlegg:

1. Virksomhetsrapportering pr. 1. tertial 2025
2. Bærekraftsplan statusrapport per april 2025

Saksnr. 44/2025

Vedlegg 1

Virksomhetsrapportering pr 1.tertial 2025

15. mai 2025



Primære mål

- reduserte ventetider
- bærekraftig økonomi
- redusert sykefravær

Ventetidsløftet

Risikovurdering

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Moderat	Grunnet den økte innsatsen med å avvikle pasienter med lengst ventetid er det en midlertidig økning i gjennomsnittlig ventetid avviklet. Parallelt har gjennomsnittlig ventetid for ventende og andel fristbrudd gått betydelig ned. Strakstiltakene og igangsatte tiltak med forventet langsiktig effekt, har medført betydelig reduksjon i antall ventende. Det forventes at VVHF oppnår angitt delmål om gjennomsnittlig ventetid lik 2019-nivå innen juni 2025. Innenfor psykisk helsevern og rusbehandling er de langsiktige målene allerede oppnådd.
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Liten	Aktivitet knyttet til ekstraordinær poliklinikk avvikles 31. mai. Samtidig med avvikling av sommerferien forventes derfor en økning i ventetidene (slik det observeres hvert år). Prosjekt ventetidsløftet vil videre dreie innsatsen mot de tiltakene som gir varig effekt og økt kapasitet. Dette skal bidra til at vi fremover holder ventetidene på et lavere nivå.

Ventetid

VVHF		April		Hittil i år	Prognose	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet Somatikk - DAGER	Resultat	69		77	56	
	Plan	57		57	56	
	Avvik	12		20	0	
	I fjor	80		78	77	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet VOP - DAGER	Resultat	35		38	40	
	Plan	40		40	40	
	Avvik	-5		-2	0	
	I fjor	49		48	44	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet BUP - DAGER	Resultat	28		33	35	
	Plan	35		35	35	
	Avvik	-7		-2	0	
	I fjor	44		43	39	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet TSB - DAGER	Resultat	25		25	30	
	Plan	30		30	30	
	Avvik	-5		-5	0	
	I fjor	41		47	35	
KVALITET - Andel passert planlagt tid - ANDEL	Resultat	10,4		10,3	8,0	
	Plan	8,0		8,0	8,0	
	Avvik	2,4		2,3	0,0	
	I fjor	0,0		11,9	11,9	
KVALITET - Andel fristbrudd - ANDEL	Resultat	2,3		3,4	0,0	
	Plan	0,0		0,0	0,0	
	Avvik	2,3		3,4	0,0	
	I fjor	7,0		6,3	6,6	

Farge= status akkumulert mot mål
Pil opp = forbedring siste tre måneder
Pil ned= forverring siste tre måneder

Status

Somatikk: Gj.snittlig ventetid for oppstart helsehjelp (avviklet) april 2025 er redusert med 6 dager sammenlignet med april 2024. Stor reduksjon i antallet ventende. Antall ventende > 365 dager (langtidsventende) er redusert fra 571 i mai 2024 til 32. Det forventes at vi når delmålet om ventetider i juni 2025.

PHR: PHR er ikke langt unna målet som er satt med frist 1. juni, og vurderer at målet vil oppnås.

Tiltak

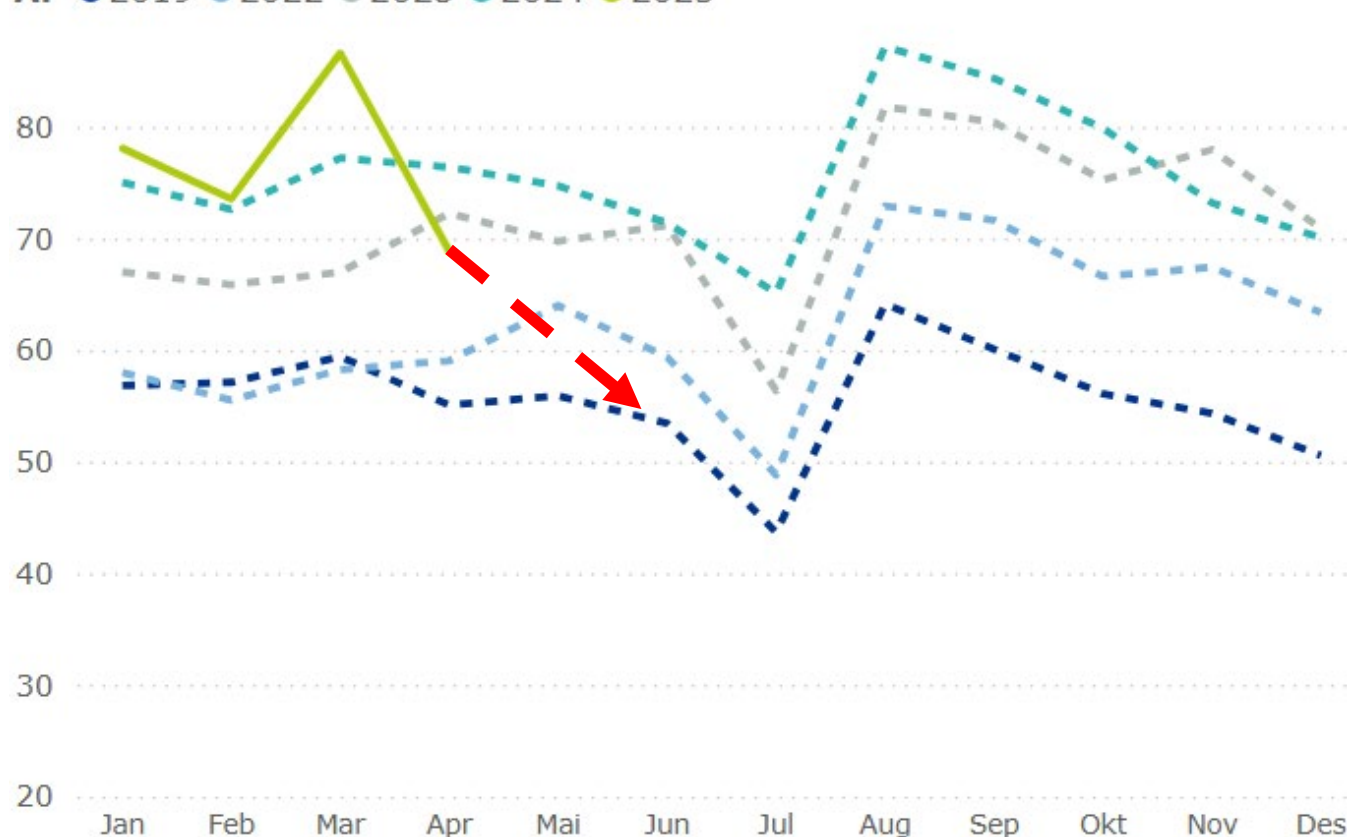
Somatikk: Har til nå hatt størst innsats på tiltak som gir rask effekt; som rydding i lister, ekstraordinær poliklinikk og bruk av kapasitet hos avtalespesialister og private leverandører med avtale. Siden oktober 2024 har det vært stor oppmerksomhet på ventende > 90 dager. Parallelt jobbes det med en rekke tiltak som bidrar til langvarig effekt i form av økt kapasiteten, både per fagområde og på foretaksnivå.

PHR: Har hatt konkrete tiltak fra høsten 2024 slik at pasienter med ADHD, OCD og angstlidelse får time til utredning raskere enn tidligere. Ytterligere tiltak er gjennomført; rydding av ventelister i alle avdelinger og opplæring i korrekt registrering for varig endring.

Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp somatikk

Gj. snitt ventetid påbegynt helsehjelp

År ● 2019 ● 2022 ● 2023 ● 2024 ● 2025



Det har siden oktober 2024 vært stor oppmerksomhet på å avvikle de som venter lengst. Det påvirker gj.snittlig ventetid for de som har fått oppstart helsehjelp (vil midlertidig gå opp).

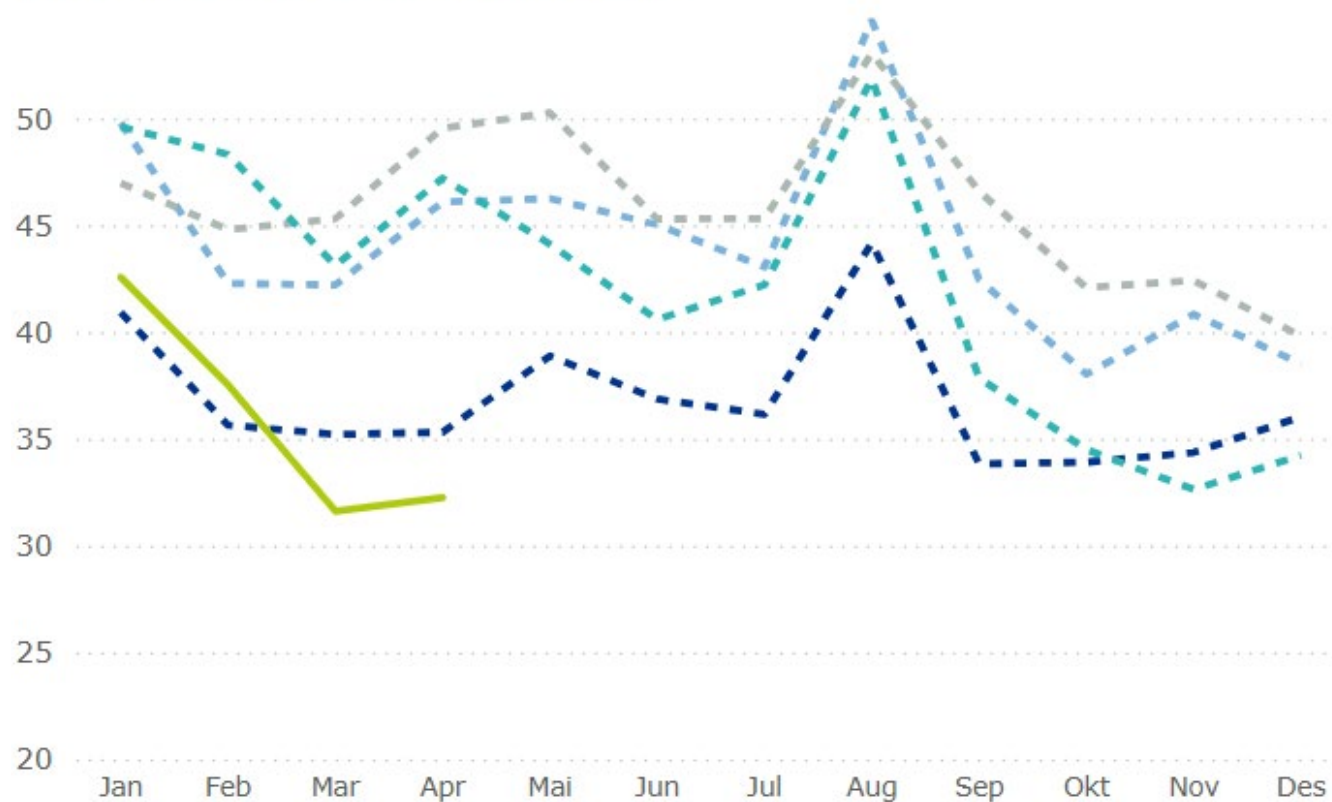
Parallelt har den gj.snittlig ventetiden for ventende vært fallende siden sommeren 2024 og var i april på 60 dager.

Det forventes at ekstraordinære tiltak vil føre til at vi reduserer antall ventende over > 90 dager og dermed følge den stiplede røde linjen og oppnår målet om 2019-nivå i juni 2025.

Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR

Gj. snitt ventetid påbegynt helsehjelp

År ● 2019 ● 2022 ● 2023 ● 2024 ● 2025



Ventetiden er redusert i forhold til de tre foregående år, og er nå lavere enn 2019-nivå. Pågående tiltak for å sikre fortsatt positiv utvikling og løsninger med varig effekt.

Bærekraftig økonomi

Risikovurdering

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Betydelig	Foretaket når så langt de økonomiske resultatmålene, men risikoen vurderes likevel som betydelig siden foretaket trenger vesentlig bedre resultater for å kunne gjennomføre nødvendige investeringer, herunder sikre verdibevarende vedlikehold av byggene. De somatiske klinikkene har ikke tilstrekkelige tiltak i budsjettet for å sikre oppnåelse av økonomisk mål i 2025. Det er vesentlig risiko for at tiltak ikke får tilstrekkelig effekt i 2025. Ingen klinikker vurderer særlig høy risiko for at aktivitetsmålene for året ikke oppnås. For PHT er det planlagt flere tiltak som bidrar til at veksten i transporten holder seg stabilt. Risikoen her er vurdert som lav. Innen PHR pågår omstillingstiltakene. Risiko vurderes fortløpende mht oppnåelse av effekter i tråd med bærekraftsplan. Så langt går prosessene som planlagt. Siden klinikkene har planlagt med bemanning som inkluderer den uløste utfordringen i budsjett er det heller ikke flagget høy risiko for at bemanningsmålene ikke oppnås. For at budsjettmål samlet for foretaket skal oppnås kreves imidlertid tiltak som medfører redusert samlet bemanning.
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Betydelig	Tiltakene i bærekraftsplanen får ikke tilstrekkelig effekt i 2025 til å oppnå resultatforbedring utover budsjett. Bærekraftsplan 3.0 vil utvikles for å sikre ytterligere forbedringer. De somatiske klinikkene er omforent om modell for bemanning av sengeposter. Implementering av standard modell vil iverksettes utover høsten. Beløpsmessig effekt er ikke ferdig estimert. Nye tiltak for økt samordning av tjenestene i somatikken er under utredning. Når dette blir mer konkretisert vil beløpsmessig effekt innregnes i prognosen for året. Det er mest sannsynlig at effekter først oppnås i 2026 og senere. Det er følgelig fortsatt vesentlig risiko for at det tar lenger tid før resultatforbedringer oppnås, med tilhørende konsekvenser for fremtidig investeringsnivå.

Bærekraftig økonomi

VVHF		April		Hittil i år		Prognose		
ØKONOMI - Driftsresultat - TNOK	Resultat	5 972		12 016		40 000		↑
	Plan	3 333		13 333		40 000		
	Avvik	2 639		-1 317		0		
	I fjor	-1 821		7 664		172 671		
ØKONOMI - Andel avdelinger som drifter utenfor ramme - ANDEL	Resultat	41		43		0		↑
	Plan	0		0		0		
	Avvik	41		43		0		
	I fjor	54		51		50		
HR - Brutto Månedswerk - ANTALL (Mai)	Resultat	8 284		8 249		8 324		↓
	Plan	8 215		8 217		8 307		
	Avvik	-69		-32		-17		
	I fjor	8 095		8 092		8 231		
AKTIVITET - ISF-Poeng Somatikk - ANTALL	Resultat	10 413		43 266		125 138		↑
	Plan	9 893		42 538		124 610		
	Avvik	520		727		528		
	I fjor	10 625		42 045		122 505		
AKTIVITET - ISF-poeng PHR poliklinisk behandling - ANTALL	Resultat	6 388		26 687		72 318		↑
	Plan	4 712		23 299		67 833		
	Avvik	1 676		3 387		4 485		
	I fjor	6 611		22 785		67 242		

Farge= status akkumulert mot mål
 Pil opp = forbedring siste tre måneder
 Pil ned= forverring siste tre måneder

Status

Resultat eks vedlikehold over drift er 8,3 MNOK høyere enn budsjett i april, 7,1 MNOK høyere enn budsjett hittil i år. De tverrgående klinikkene viser resultatforbedringer i tråd med bærekraftsplanen pr april. De somatiske klinikkene ligger fortsatt bak resultatmålene, men de viser tegn til forbedring.

Inntekter: Positivt budsjettavvik på ISF-inntekter på 19 MNOK i april på grunn av god aktivitet. Andre pasientrelaterte inntekter er 33,8 MNOK over plan hittil i år, i hovedsak på gjestepasienter private ideelle i april, og laboratorie- og radiologinntekter fra HELFO grunnet høy aktivitet på lab tidligere i år.

Varekostnader: Negativt avvik på 10,2 MNOK mot budsjett i april. De største avvikene er på legemidler og H-resepter, men også noe på implantater og instrumenter som henger sammen med aktivitet.

Lønn: Negativt avvik mot budsjett per april på 17,2 MNOK. Brutto månedswerk pr mai er 32 månedswerk over budsjett.

Finans: Kostnader er 8,1 MNOK høyere enn budsjettet pr april både som følge av rentenivået og høyere trekk på driftskreditt.

Tiltak

Bærekraftsplanen er førende i alt tiltaksarbeid og følges opp med klinikkene. De somatiske klinikkene, med støtte fra ressursteamet, har utredet standardisert modell for drift av sengeposter og modell er drøftet med tillitsvalgte og vernetjeneste. Det jobbes videre med vurdering av fag- og funksjonsfordelinger. Flere av de somatiske klinikkene har resultatavvik som krever nye tiltak.

Aktivitet

VVHF		April		Hittil i år		Prognose	
AKTIVITET Somatikk - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	43 580		183 704		524 713	
	Plan	39 726		179 455		520 465	
	Avvik	3 854		4 249		4 248	
	I fjor	46 421		172 182		505 455	
AKTIVITET - Polikliniske konsultasjoner VOP - ANTALL	Resultat	12 431		52 516		147 650	
	Plan	9 876		48 468		141 305	
	Avvik	2 555		4 048		6 345	
	I fjor	13 721		49 382		139 347	
AKTIVITET - Polikliniske konsultasjoner BUP - ANTALL	Resultat	9 022		38 020		102 191	
	Plan	7 082		34 968		102 191	
	Avvik	1 940		3 052		0	
	I fjor	9 668		33 897		98 318	
AKTIVITET - Polikliniske konsultasjoner TSB - ANTALL	Resultat	1 963		8 545		25 415	
	Plan	1 767		8 900		25 415	
	Avvik	196		-355		0	
	I fjor	2 507		9 036		24 590	
AKTIVITET - Antall operasjoner døgnet og dag - ANTALL	Resultat	2 628		14 454		38 340	
	Plan	4 014		14 235		38 340	
	Avvik	-1 386		219		0	
	I fjor	4 122		14 616		39 402	

pr april	Hittil i år	Avvik mot budsjett	% avvik	Hittil i fjor	% ift i fjor
Antall utskrevne pasienter døgnet somatikk	23 136	14	0,1 %	22 837	1,3 %
Antall liggedøgnet - døgnetbehandling somatikk	73 044	-883	-1,2 %	74 361	-1,8 %
Antall dagopphold somatikk	12 788	-328	-2,5 %	12 491	2,4 %
Antall utskrevne pasienter VOP og TSB	1 160	-209	-15,3 %	1 358	-14,6 %
Antall utskrevne pasienter BUP	59	4	7,3 %	62	-4,8 %

Status

Somatikk: Det er høy aktivitet mot plan i april, og døgnaktiviteten er over plan samlet hittil i år. Aktiviteten samlet er høyere enn samme periode i fjor for alle klinikker. Drammen sykehus har vært rammet av utbrudd av Norovirus, noe som har påvirket aktiviteten negativt tidligere måneder.

PHR: Samlet aktivitet for PHR er over plan per april. Antall polikliniske konsultasjoner innen BUP er 12 % høyere per april enn samme periode i fjor, og 5 % høyere innen VOP og TSB.

Tiltak

Ingen særskilte tiltak pt. Det påses at varige avvik følges opp med tiltak.

Farge= status akkumulert mot mål
Pil opp = forbedring siste tre måneder
Pil ned= forverring siste tre måneder

Brutto månedsverk



Det er noe høyere brutto månedsverk enn budsjett. Ekstraordinær poliklinikk er en del av årsaken. I tillegg har det vært høyt sykefravær første del av året som påvirker utbetaling av variabel lønn i mars og april.

HR

Risikovurdering

Sykefravær

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Moderat	Vedvarende høyt sykefravær til tross for kontinuerlige tiltak og individuell oppfølging
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Moderat	Fleksible arbeidstidsordninger og tiltak for bedre arbeidsmiljø ("Bedre dager på jobb") Det utvikles kollegastøtteordning som skal bidra til økt trygghet på jobb Ledere oppfordres å være tett på medarbeidere med hyppig fravær, da dette viser god effekt.

Personal og HMS

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Moderat	Det oppstår brudd på arbeidstidsbestemmelene som en konsekvens av døgntkontinuerlig drift, akutte situasjoner, sykefravær og mangel på ressurser.
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Moderat	Forsvarlighetsvurdering av arbeidsplaner for å unngå alvorlige konsekvenser og AML-brudd Vurdere at belastningen blir jevnt fordelt blant medarbeiderne Aktive handlingsplaner etter forbedringsundersøkelsen skal utarbeides ved alle enheter og følge opp i 2. tertial.

HR

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

Status

Sykefravær:

Korttidsfraværet er i april på 2,1%. Det er også en liten nedgang i langtidsfraværet, som er på 5,2% i april.

AML-brudd:

AML-brudd skyldes sykefravær, redusert tilgang på kvalifisert personell og vakante stillinger.

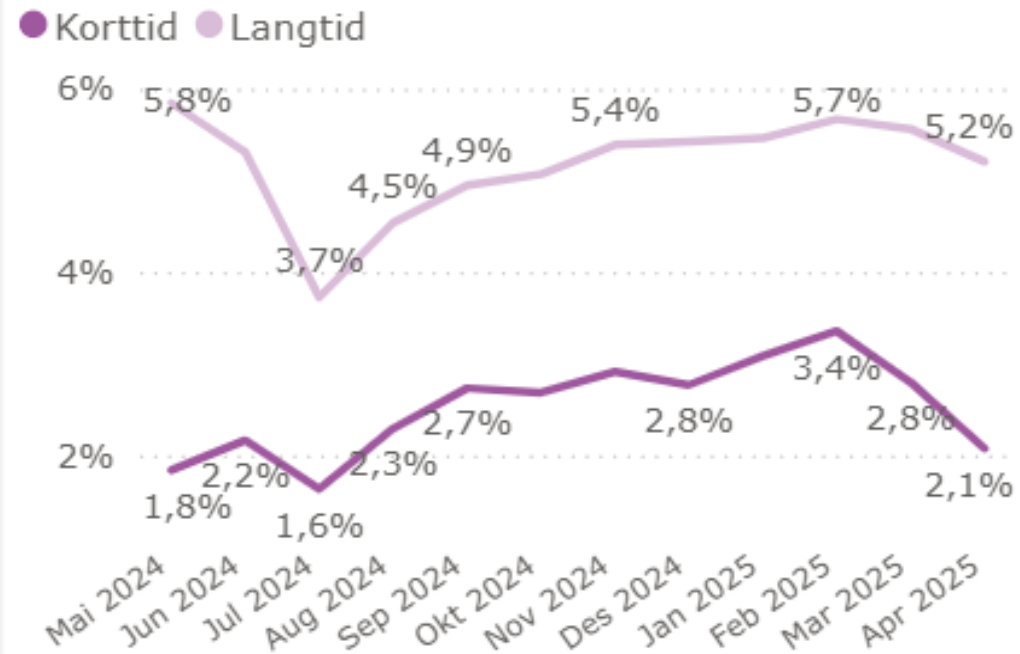
Tiltak

- Ledere oppfordres til å følge opp ansatte med hyppig og gjentakende korttidsfravær. Dette gir resultater, både på kort og lang sikt.
- Det gjennomføres kontinuerlig kurs og webinar i IA-arbeid og sykefraværsoppfølging. Videre tilbyr HR utstrakt lederveiledning og arbeidsmiljøarbeid i enkelte seksjoner.
- Ledere må kartlegge årsaken til sine AML-brudd, og sørge for at avtaler og dispensasjoner er oppdatert og registrert i GAT. HR/Ressursstyring (RAPS) tilbyr kurs og opplæring i GAT og arbeidstidsplanlegging

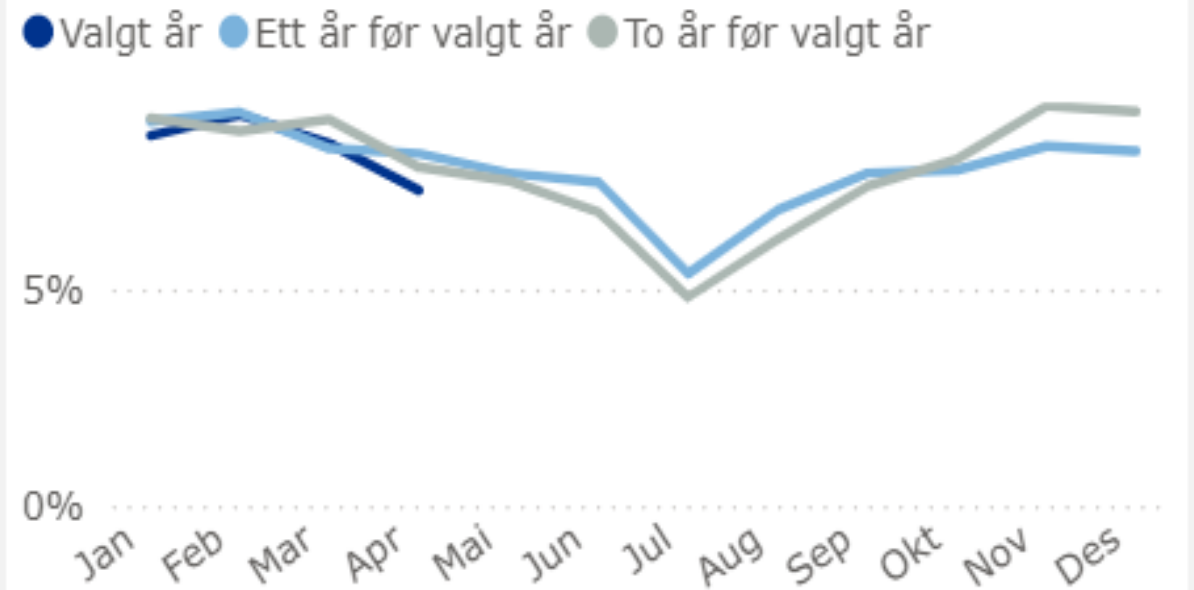
Farge= status akkumulert mot mål
Pil opp = forbedring siste tre måneder
Pil ned= forverring siste tre måneder

Sykefravær

Utvikling i kort- og langtidssykefravær



Utvikling i sykefraværsprosent 2023 til 2025



Sykefravær fra RDAP (Regional data og analyseplattform) per 9. mai

Sekundære mål

Risikovurdering – kvalitet i pasientbehandling

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Liten	Det er vurdert å være liten risiko for at kvalitetsmålene ikke nås sett under ett, selv om enkelte delområder ikke oppnår målene. Pakkeforløp for kreft har vist for lav samlet måloppnåelse over tid.
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Liten	Flere tiltak i gang både spesifikke områder og strukturelt for å sikre en bedret kvalitetskontroll og styring som del av virksomhetsstyringen. <u>Pakkeforløp:</u> Ansvar og roller er avklart i foretaksledermøtet, og kvalitetsavdelingen skal fasilitere samarbeidsmøter med de ansvarlige aktører i to store forløp. Ny fremstilling av data fra analyseavdelingen gir bedre oversikt over mønster i flaskehalser per forløp og fase. Fagråd er under etablering.

Kvalitet i pasientbehandlingen (Kreftbehandling: Pakkeforløp gjennomført innen definert standard forløpstid)

Mål	Status april	Status pr. 1. tertial	Prognose	Utvikling
75%	50%	53%	70%	→

Status

For lav måloppnåelse

Tiltak:

Sikret datakvalitet. Ansvar og roller avklart. Videre fasilitering av møter i to store forløp

Kvalitet i pasientbehandlingen (avslag BUPA)

Mål	Status april	Status pr. 1. tertial	Prognose	Utvikling
10 %	12,5%	13,1%	10 %	↑

Status

Stabil og innenfor ønsket område. Dialogbasert inntak, "avslagsknappen" benyttes.

Tiltak

Ingen

Farge= status akkumulert mot mål
Pil opp = forbedring siste tre måneder
Pil ned= forverring siste tre måneder

Risikovurdering – forskning og innovasjon

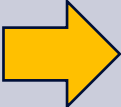
Kliniske behandlingsstudier

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Moderat	Kliniske behandlingsstudier ligger under måltall, dette er nasjonal trend. Det var 53 ved utgangen av 2024 og 5 nye er meldt inn i 2025. Dette er færre sammenlignet med samme tid i fjor. Drammen sykehus har starter opp få nye studier grunnet flytteprosjekt, og har vært den klinikken som har hatt flest kliniske behandlingsstudier. Det anses som utfordrende å nå årets måltall grunnet kapasitet og tilgjengelige ressurser.
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Moderat	Flere tiltak gjennomføres, se utdypende informasjon.

Innovasjon

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Moderat	Det er noe nedgang i antall aktive innovasjonsprosjekter (64 første tertial i 2025 mot 78 i 2024), en stor andel innovasjonsprosjekter ble driftsatt første kvartal 2025. Det er forøvrig en god økning i antall nye innovasjonsprosjekter sammenlignet med fjoråret. Det er risiko knyttet til lav kapasitet i systemforvaltning for digitale helsetjenester og fagressurser i klinikkene vil kunne hemme skalering og bredding av eksisterende forløp, og utvikling av nye forløp og innovasjoner.
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Moderat	KI veikart for Vestre Viken vil tilrettelegge for systematisk utvikling innenfor prosjekter som benytter KI. Implementering av KI på KMD bildediagnostikk følger plan.

Forskning og innovasjon (Antall kliniske behandlingsstudier)

Mål	Status april	Status pr. 1. tertial	Prognose	Utvikling
15% økning fra 2024	Ca 55 (5 nye i 2025)	Ca 55 (5 nye i 2025)	61	

Status

Kliniske behandlingsstudier ligger under måltall, dette er nasjonal trend. Det var 53 ved utgangen av 2024 og 5 nye er meldt inn i 2025. Dette er færre sammenlignet med samme tid i fjor. Det anses som utfordrende å nå årets måltall.

Tiltak

- Utlysning av nye 20% postdok stillinger for kliniske behandlingsstudier
- Prioritering av midler til studiepersonell i klinikkene
- Videreutvikling av tiltaksplan for kliniske behandlingsstudier
- Oppfølging av industrisamarbeid gjennom Testbed, økt synlighet
- Forskningsgruppelederseminar i juni med fokus på kliniske studier

Forskning og innovasjon (Andel pasienter som inkluderes i behandlingsstudier)

Mål	Status april	Status pr. 1. tertial	Prognose	Utvikling
4 %	-	-	-	-

Status

Måles årlig nasjonalt. Nasjonale tall for 2024 blir tilgjengelig først i juni 2025.

Tiltak

- Samme som over
- Oppfølging av informasjon om studier på HelseNorge
- Oppfølging av inklusjon av pasienter i alle industristudier halvårlig

Farge= status akkumulert mot mål
Pil opp = forbedring siste tre måneder
Pil ned= forverring siste tre måneder

Forskning og innovasjon (Antall innovasjonsprosjekter)

Mål	Status april	Status pr. 1. tertial	Prognose	Utvikling
30% økning fra 2024	64	64	101	↓

Status

64 aktive innovasjonsprosjekter (2024;78 aktive). 18 innovasjoner er driftsatt i første tertial 2025. 17 nye innovasjonsprosjekter så langt i 2025 (2024;24 nye).
God kapasitet på prosjektstøtte i utvikling og implementering
Lav kapasitet på systemforvaltning digitale helsetjenester
Lav kapasitet og begrenset tilgang på fagressurser i klinikkene

Tiltak

Økt ressursbehov systemforvaltning digitale helsetjenester spilt inn i ØLP 2026-2027
Prioritere bredding av eksisterende forløp og innovasjoner for raskere skalering
KI veikart for strategisk arbeid på KI besluttet i foretaksledelsen

Forskning og innovasjon (KMD: Bilde Tatt i bruk KI-applikasjoner)

Mål	Status april	Status pr. 1. tertial	Prognose	Utvikling
4	1	1	4	→

Status

Etter plan. Har 4 applikasjoner i test

Tiltak

Farge= status akkumulert mot mål
Pil opp = forbedring siste tre måneder
Pil ned= forverring siste tre måneder

Risikovurdering – klima og miljø

Risikovurdering	Beskrivelse av risiko
Betydelig	VV har kun 10% reduksjon i de totale utslippene per 2024 ift 2019. Nasjonalt er resultatet 11%. Utslippsbaner (prognose) utarbeidet i 2024 viser at med planlagte tiltak pt, så oppnår foretaket kun 13%-poeng av målet på 40%. VV har 10% redusering av de totale utslippene ift 2019. Nasjonalt er tallet 11%. Mål per 2030 er 40% reduksjon. Det er i scope 2 (energiforbruk) det er mest å hente ved å gjøre effektiviseringer, men pt er finansiering av slike tiltak utfordrende. Utslippsbaner utarbeidet i 2024 viser at VV oppnår ca 13% i reduksjon per 2030 med de planlagte tiltak som foreligger pt. Når det gjelder måloppnåelse ift mål i lederavtalene er det risikoen satt til moderat. Innenfor energi vil det forventes noe effekt i kWt per m2 ved ibruktakelse av nytt sykehus i Drammen og avhending av nåværende Drammen sykehus og Blakstad. Usikkert på hvilket nivå. I OBD 2025 er det satt inn et krav om å redusere forbruk, øke gjenbruk og materialgjenvinning, spesielt å redusere antall undersøkelseshansker og lage plan for utfasing av engangs varmekjeller i løpet av 2026. Usikkerheten rundt sistnevnte går på vaner, holdninger, lojalitet, og om utfasing av engangsvarmekjeller 100% , er mulig. Alternativet er flergangskjeller, men da må det være plass for lagring av disse. Foretaket litt noe under måltallet for telefon- og videokonsultasjoner.
Risikovurdering etter tiltak	Beskrivelse av tiltak
Moderat	Redusere forbruk, øke materialgjenvinning , utskifting fra halogen til LED-belysning, øke kommunikasjon ut til ansatte vedr. pågående klima og miljøarbeid i foretaket, fastsetting av mål for reduksjon undersøkelseshansker og plan for utfasing av engangsvarmekjeller, og sette inn aksjonspunkt ift dette, øke andel telefon og videokonsultasjoner.

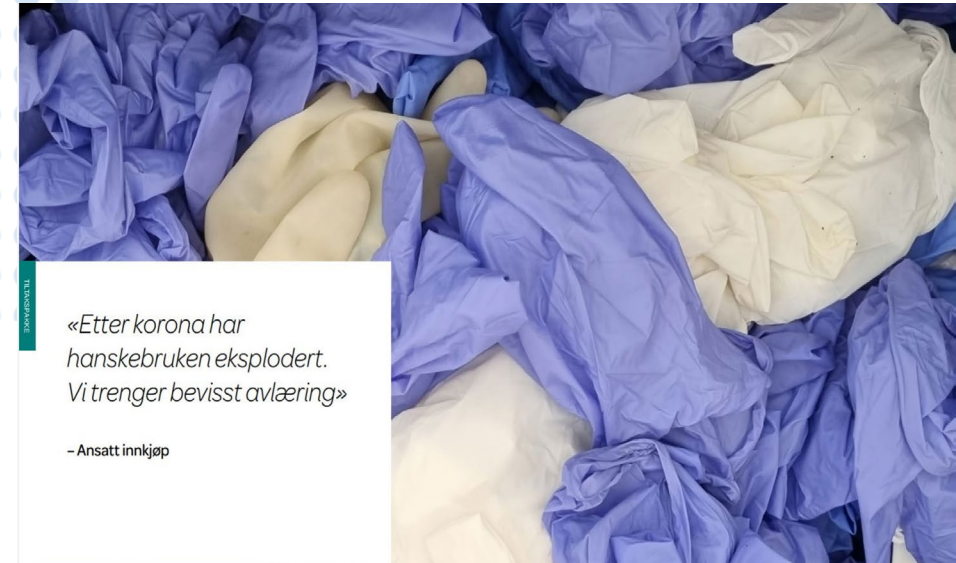
Klima og miljø - Oppdrag og bestillingsdokument(OBD)

- Utklipp fra kapittel 5.2 *Samfunnsansvar – klima og miljø*:

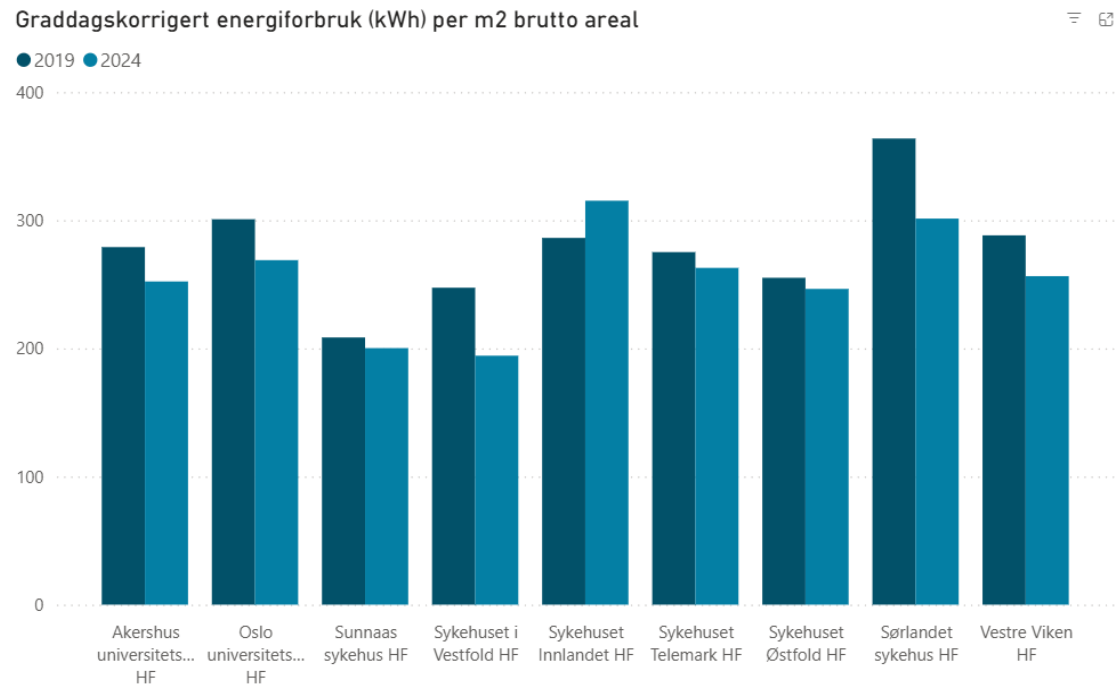
Arbeidet med samfunnsansvar, herunder klima- og miljø, er en viktig del av virksomheten til helseforetakene. De regionale helseforetakene har vedtatt ambisiøse klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten. Arbeid med å redusere forbruk og øke ombruk og materialgjenvinning er viktig for å nå disse målene.

- Spesielt gjelder dette oppdraget å redusere unødvendig forbruk av sterile undersøkelseshansker, og å lage en plan for utfasing i bruk av engangs varmejakker.
- Forbruk av begge artikler har økt kraftig etter pandemien.
- **Risiko** er moderat, da beslutning om mål og strategi vedtas sent på året.
- I tillegg vil det kreve en større endringsprosess for å kartlegge alternative løsninger og endre vaner.

OPPDRA OG BESTILLING 2025 FOR VESTRE VIKEN HF



Klima og miljø



Graddagskorrigert energiforbruk per m2 brutto areal (BTA)

Region	2019	2024	Endring 2019-2024
Helse Sør-Øst			
Vestre Viken HF	288	256	-11,0 %

Status

VV har kun oppnådd 11%-poeng av målet om 20% reduksjon i energiforbruket 2019 – 2030. Det er på dette området det er størst potensiale for effektivisering.

Å øke informasjon ut til ansatte om miljøarbeidet i foretaket, ble satt som et forbedringspunkt i den periodiske revisjonen (NS-EN ISO 14001) høsten 2024.

Det jobbes godt med å redusere unødvendig forbruk, og øke gjenbruk og materialgjenvinning i foretaket. Blant annet ligger VV over målet for 2025 (Resultat pt 31,9% mot mål 2025: 31,3%)

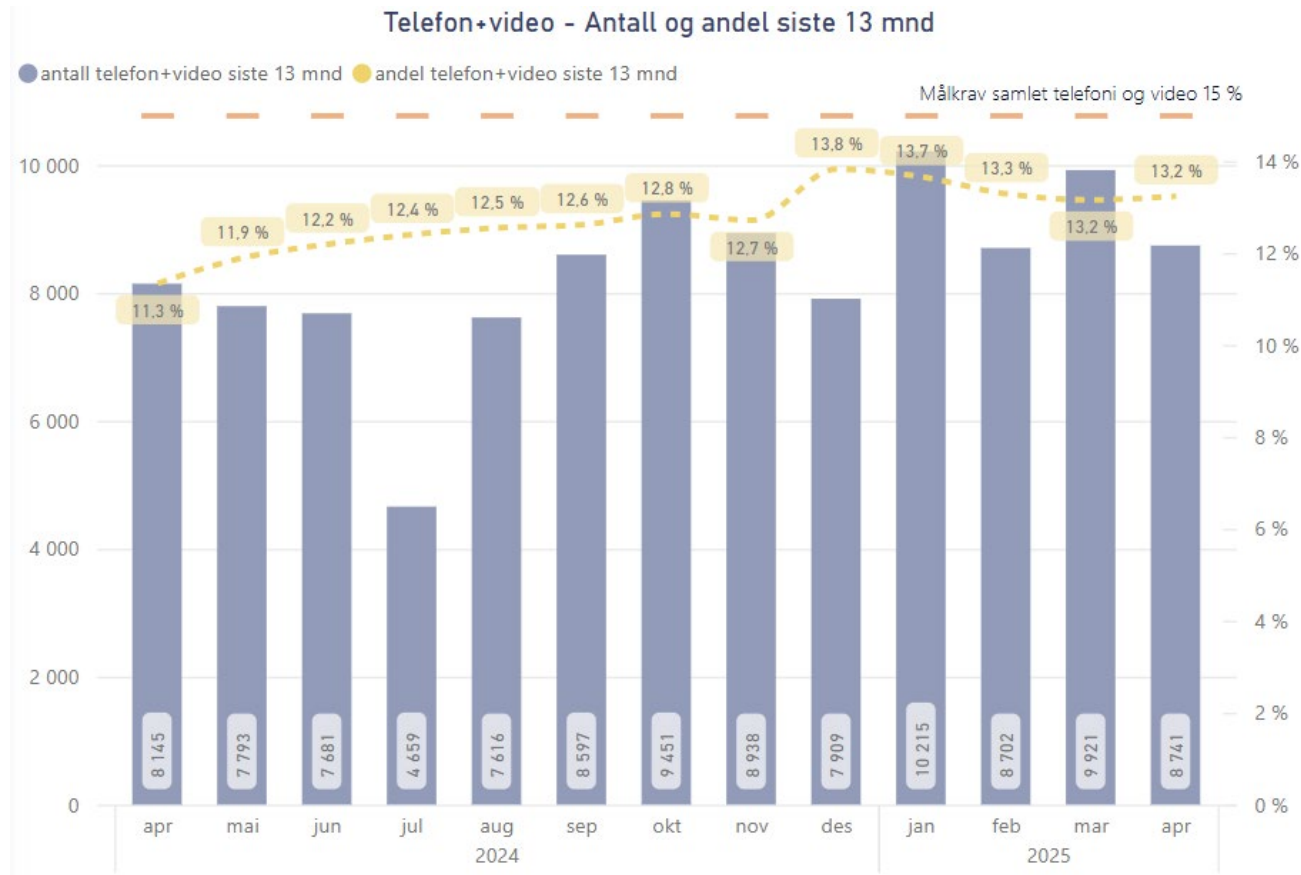
- Fra 2019 til 2024 har forbruket av undersøkelseshansker og engangs varmekjaker i Vestre Viken hatt følgende utvikling:
- 66% økning i bruk av sterile undersøkelseshansker
 - 252% økning i bruk av engangs varmekjaker

Tiltak

Utskifting fra Halogen til LED belysning som startet i 2024 og vil pågå framover og forventes å ha noe effekt. Ibruktakelse av nytt sykehus med ny teknologi og avhending av gammel bygningsmasse vil også gi noe effekt.

Kommunikasjonsplan for å øke engasjement blant medarbeidere i foretaket
Vedta mål og strategi for arbeidet med å redusere unødvendig forbruk av undersøkelseshansker og utfasing av engangs varmekjaker.

Telefon- og videokonsultasjoner



Status

Somatikk: Relativt stabilt nivå, men trend mot økt andel gjennom året, fortsatt under mål om 15%. Andel per april er 9,5%. Økning i alle somatiske klinikker.

PHR: Andel telefon og videokonsultasjoner i PHR er 20,2 % per april. Klinikken har et mål om minimum 20 % og er dermed på plan.

Tiltak

Somatikk:

Pågående innsats fra flere hold. Som følge av Ventetidsløftet leid inn rådgiver (starter medio mai) for økt innsats ut mot klinikkene.



Statusrapport

Handlingsplan for bærekraftig utvikling

April 2025



Alle monetære verdier i denne rapporten er oppgitt i MNOK.

Planlagt i 2025 (MNOK)

217,8

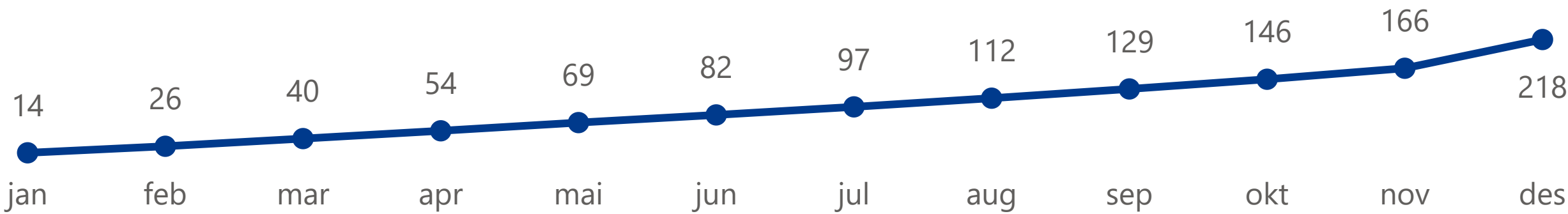
Planlagt i 2026 (MNOK)

118,4

Fullført %

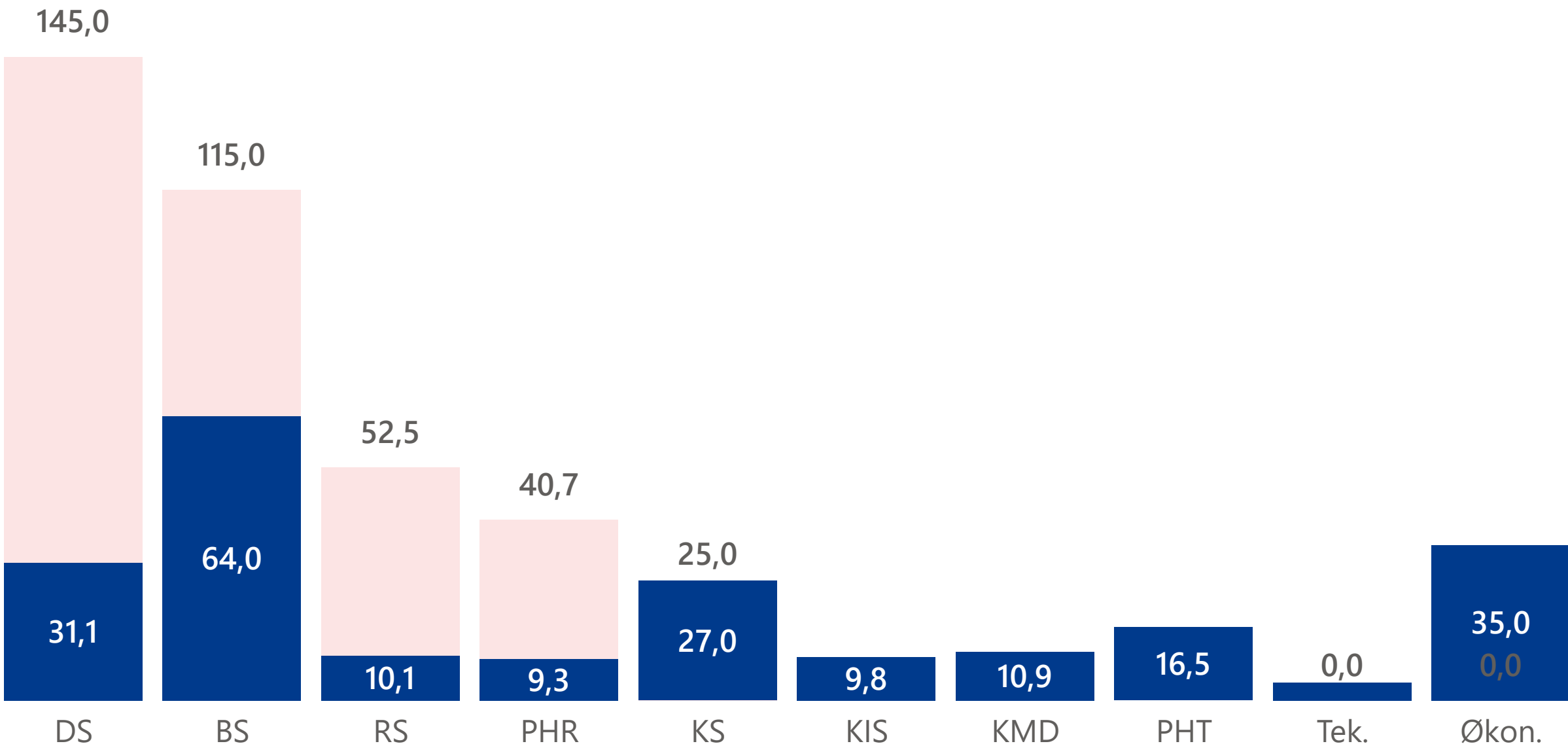
24 %

Akkumulert planlagt gevinstuttak i 2025 (MNOK)



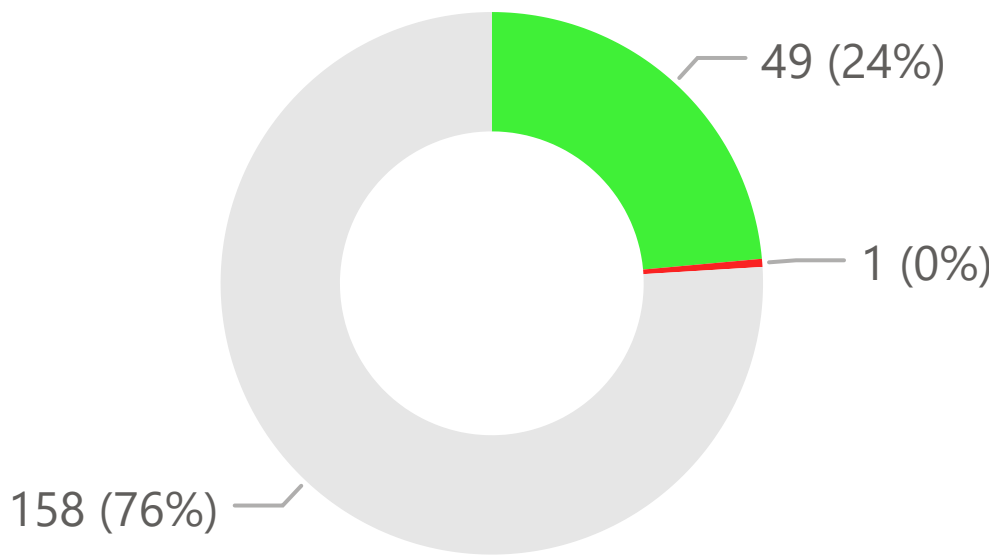
Planlagt i 2025 ift. restutfordring (MNOK)

● Plan 2025 ● Tillatt underskudd og uløst utfordring



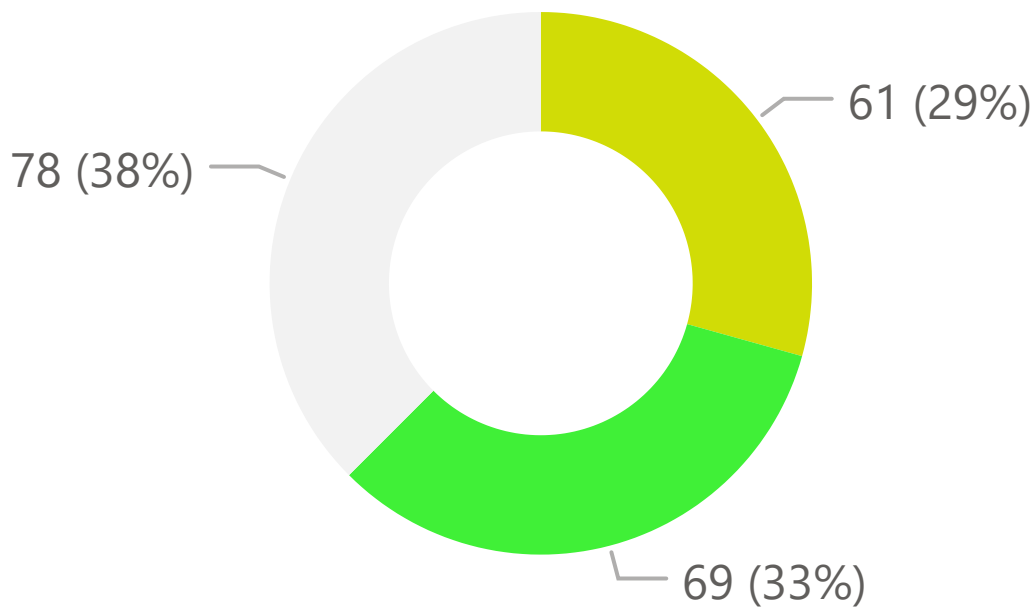
Status på gjennomføring av planen

● Fullført ● Forsinket ● Status ukjent



Risikoprofil

● Vesentlig ● Moderat ● Liten ● Ikke vurdert



Klinikk	Fullført %	Risiko	Restutfordring	Planlagt 2025	Planlagt 2026
Drammen sykehus			-145,00	31,06	46,69
Bærum sykehus	33,3 %		-115,00	64,01	
Ringerike sykehus	57,7 %		-52,48	10,14	
PHR	36,4 %		-40,70	9,32	40,80
Kongsberg sykehus	33,3 %		-25,00	26,97	
FellesØkonomi	29,6 %		0,00	35,03	10,00
KIS	8,3 %		0,00	9,84	6,10
KMD	6,5 %		0,00	10,91	14,80
PHT	25,0 %		0,00	16,50	
Teknologi			0,00	3,99	
Totalt	23,7 %			217,77	118,39

Overordnet status

Planlagt i 2025 (MNOK)

31,1

Restutfordring

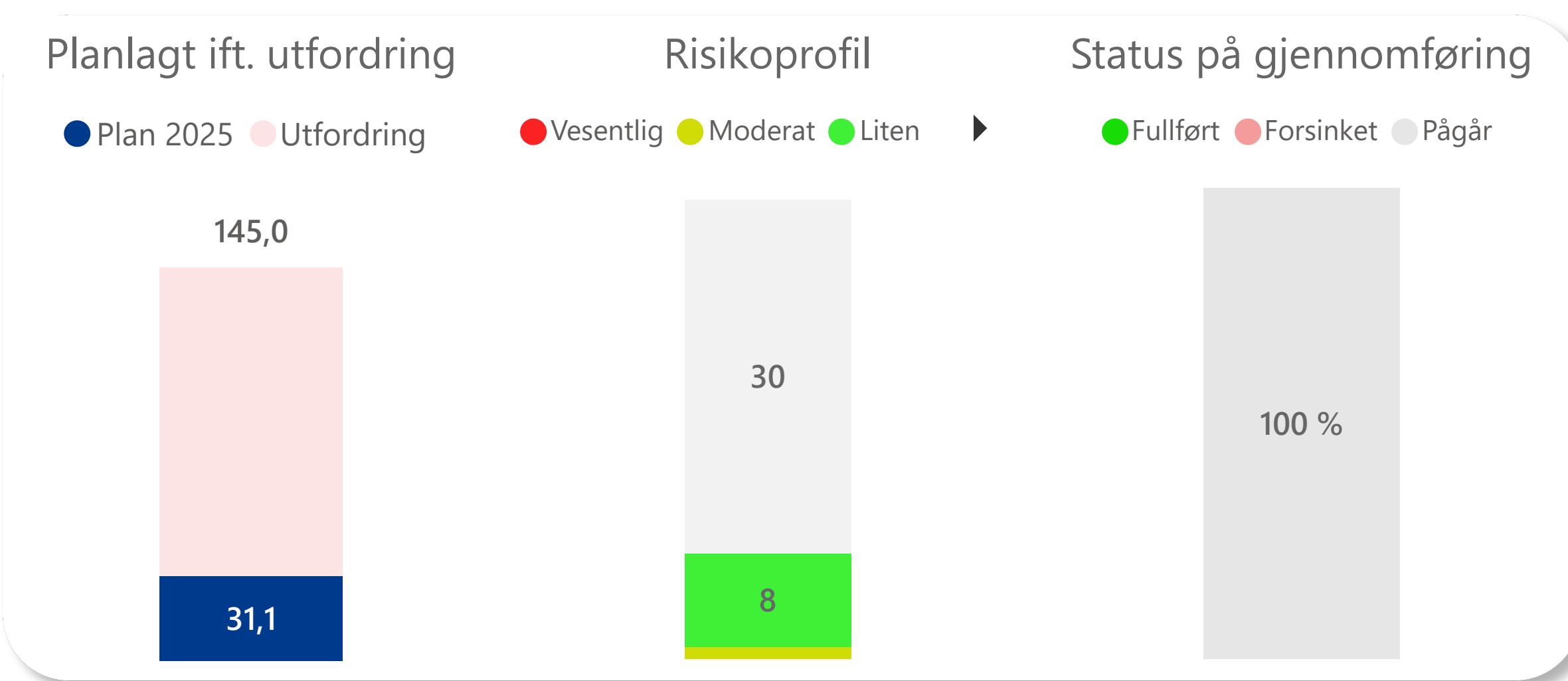
-145,0

Fullført %

--

Kommentar

Må ha spesielt fokus på å øke gjennomføring av aktivitets tiltak i Bærekrafts planen fremover.



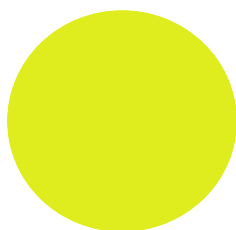
Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
DS	01.01.2025	31.12.2026			31,06	46,69
10-3 Bedre utnyttelse av poliklinisk kapasitet	01.03.2025	31.12.2026			10,18	10,40
10-8 Sommerplaner leger	01.06.2025	31.08.2025			6,29	
10-2 Bemanning døgnområdet NSD	01.03.2025	31.12.2026			5,46	26,59
10-5 Bedre kapasitet sentraloperasjon	01.01.2025	31.12.2025			4,68	4,00
10-1 Varekostnader	01.03.2025	05.10.2026			4,00	4,38
10-10 Dagkirurgisk kapasitet	05.10.2025	05.10.2026			0,44	1,32

Overordnet status

Planlagt i 2025 (MNOK)

Restutfordring

Fullført %



64,0

-115,0

33 %

Kommentar

Se kommentar vedr. lederavtale: Bra aktivitet og inntekter og nedgang i sykefravær, bruk av overtid og forskjøvet vakter. Sammenslåing av de 2 kirurgiske sengeposter er realisert. Ventetidsløftet og kostnader knyttet til det påvirker resultat i negativ retning.

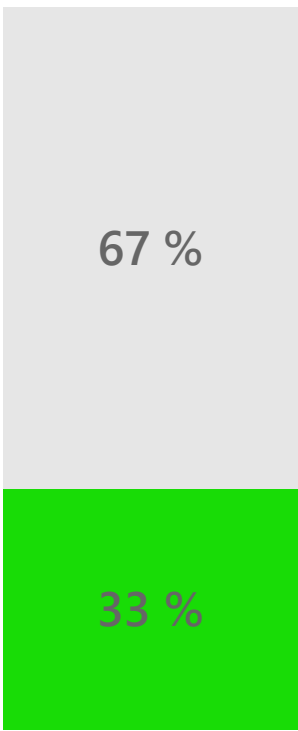
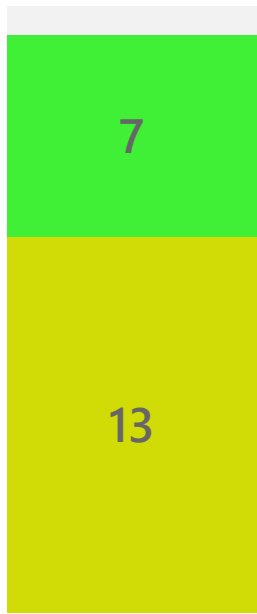
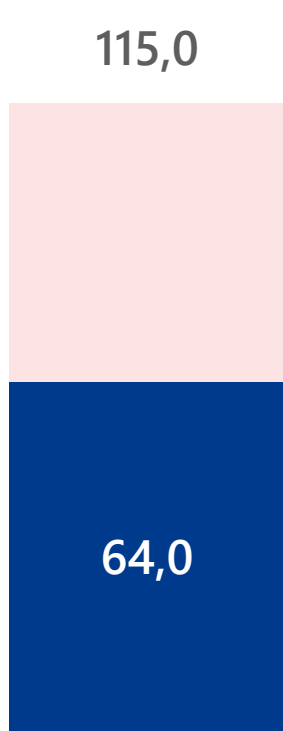
Planlagt ift. utfordring

Risikoprofil

Status på gjennomføring

Plan 2025 Utfordring Vesentlig Moderat Liten

Fullført Forsinket Pågår



Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
BS	01.01.2023	31.12.2025	✓	🚩	64,01	
Sengeposter og bemanning	01.11.2023	31.12.2025	✓	🚩	39,45	
Engangseffekter	01.10.2024	31.12.2025	✓	🚩	11,70	
Optimalisere poliklinikk, redusert ventetider og økt aktivitet der det er relevant	01.01.2023	31.12.2025	✓	🚩	4,96	
Aktivitet døgn MED	01.01.2024	31.12.2025		🚩	2,00	
AKU	01.06.2024	31.12.2025	✓	🚩	2,00	
Revisjon av pasientforløp og reduksjon liggetid	01.10.2024	30.06.2025		🚩	1,50	
Operasjonsaktivitet SOP	04.09.2023	31.12.2025		🚩	0,90	
Operasjonsaktivitet dagkirurgen	01.05.2023	31.12.2025		🚩	0,80	
Endring ferieavvikling og bemanning i lavdriftsperioder.	01.03.2025	01.06.2025		🚩	0,70	

Overordnet status

Planlagt i 2025 (MNOK)

10,1

Restutfordring

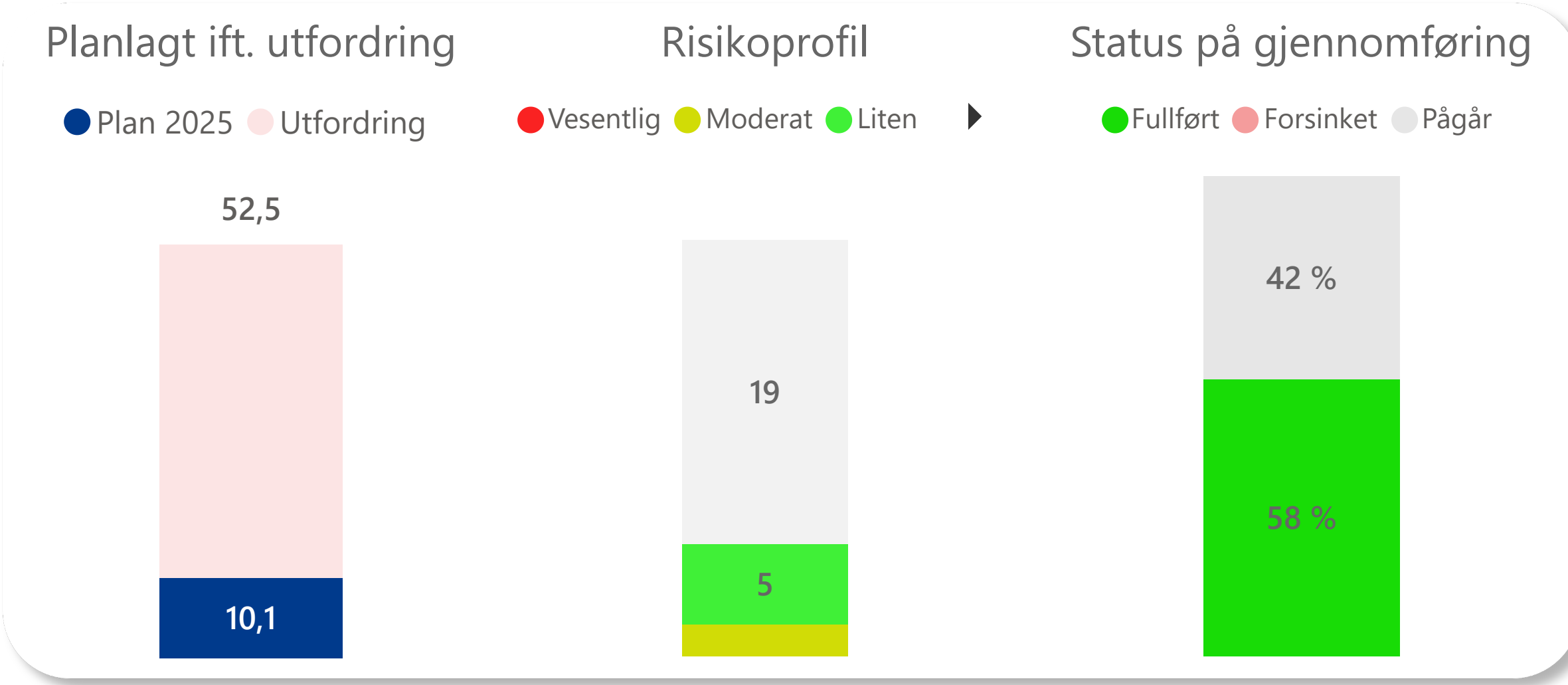
-52,5

Fullført %

58 %

Kommentar

Tiltak i Bærekraftsplanen knyttet til aktivitet går som planlagt. Det er høy aktivitet på roboten og man opprettholder antallet operasjoner som er lagt i budsjett. Det samme gjelder tiltak knyttet til antall kneproteser og LUNA fødetilbud.
Man er i gang med tiltak knyttet til reduksjon av sykefravær, men man har ikke kommet så langt at man ser effekt av dette enda. Risiko knyttet til realisering av dette tiltaket er endret fra grønt til gult.



Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
RS	01.01.2025	31.12.2025	✓	🚩	10,14	
Endringer i drift fra P24	01.02.2025	31.12.2025		🚩	4,00	
Robotkirurgi KIR	01.01.2025	31.12.2025	✓	🚩	2,98	
Redusere sykefravær med 1%	01.01.2025	31.12.2025	✓	🚩	2,00	
Øke antall kneproteser	01.01.2025	31.12.2025	✓	🚩	0,44	
Robotkirurgi GYN	01.02.2025	31.12.2025	✓	🚩	0,40	
LUNA fødetilbud	01.01.2025	31.12.2025	✓	🚩	0,32	

Overordnet status

Planlagt i 2025 (MNOK)

27,0

Restutfordring

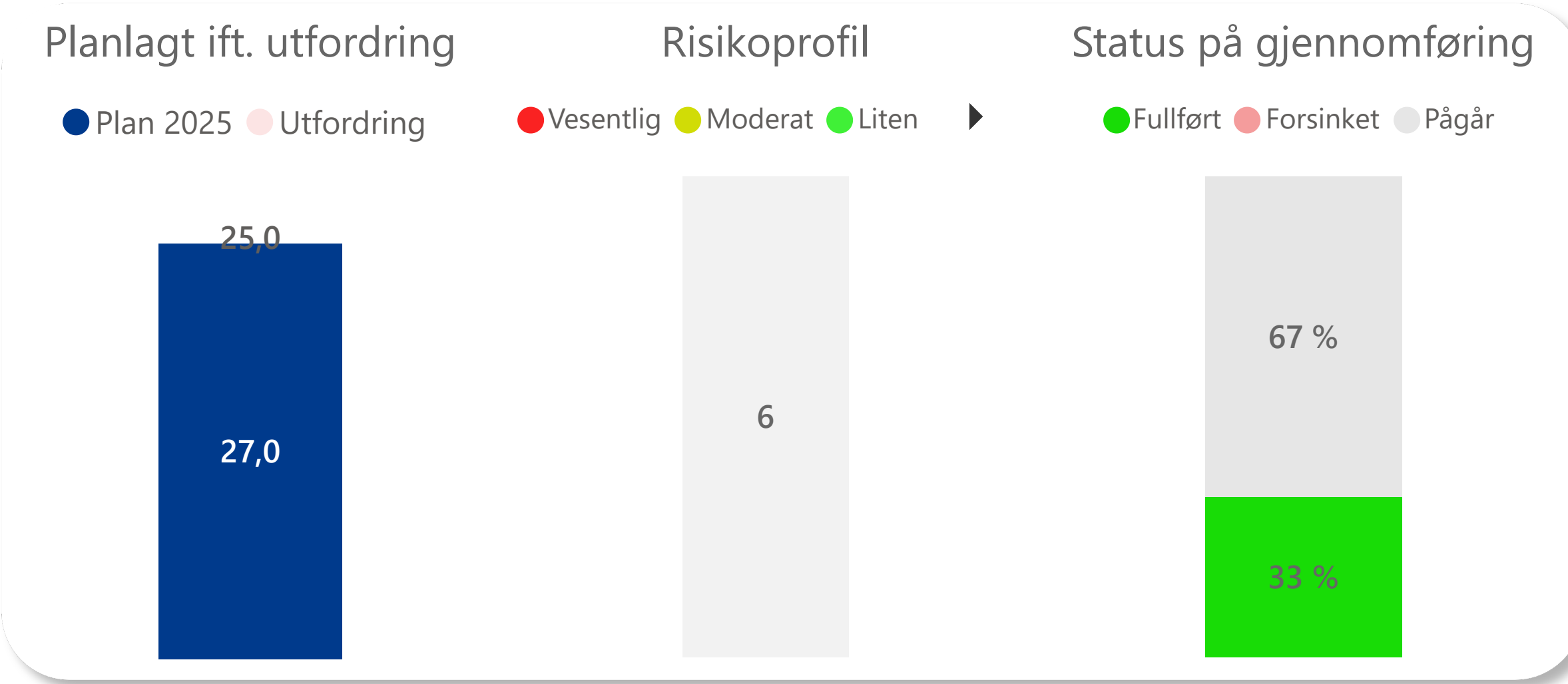
-25,0

Fullført %

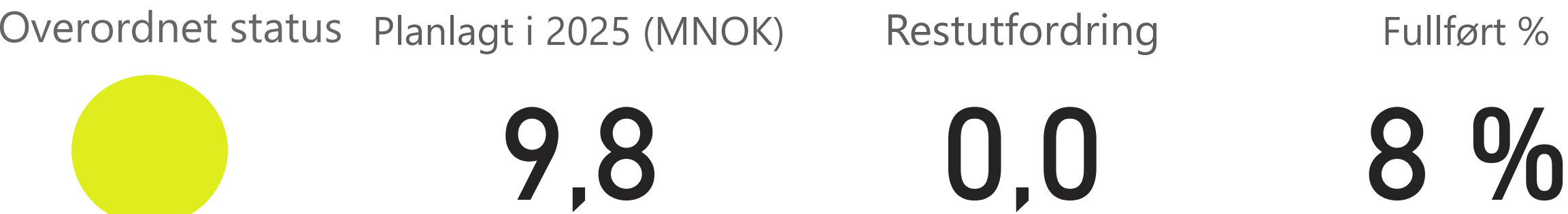
33 %

Kommentar

Bærekrafts planen gjennomføres som planlagt. Samtidig som der erkjennes store utfordringer med å styre utviklingen som virker som større bevegelser i samfunnet, snarere enn lokale utfordringer på Klinikk Kongsberg Sykehus.



Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
KS	31.12.2024	01.01.2026	✓		26,97	
Økt operativ aktivitet					10,03	
Tilpasning bemanning pleie					9,48	
Ledigholde stilling i stab/klinikkledelsen	07.03.2025	07.03.2025	✓		0,49	
Felles scope-vakt Intensiv VVHF	01.01.2026	01.01.2026			6,00	
Endre pasientflyt øhjelp	31.12.2024	31.12.2024	✓		0,97	



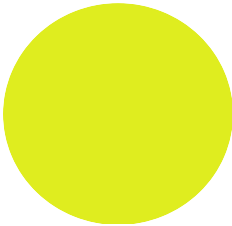
Kommentar

Det jobbes godt med utskifting til LED-lys. Innføring av nye parkeringsavgifter vil for NSD skje ila høsten, mens det mest sannsynligvis innføres for resten av VVHF pr. 1.1.26. Målet forventes oppnådd. Det er tillegg lagt inn en hel del nye tiltak som forventes innfridd.



Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
KIS	01.10.2023	31.12.2026			9,84	6,10
10637-KIS EFU korr. prosjektføring av lønn (EFU)	01.01.2025	31.12.2025			3,85	
10657 KIS LOG overført kost ved omorganisering (LOG)	01.01.2025	31.12.2025			0,61	
Avvikle leieavtale Rosenkrantzgata 11					0,80	
Gjennomføre tiltak, utskifting av 60% av lyskilder, herunder nød og ledelys, til LED lyskilder, trinnvis 2024 - 2026. EU-krav om utskifting av alle lyskilder som ikke er LED lyskilder (lysstoffrør og halogen). Innføring av LED-belysning forventes å medføre energibesparelser.	01.01.2024	31.12.2026			2,28	2,00
Grønn mobilitet. Hensikt er å redusere CO2-utslipp ved å øke kollektivbruk og sykkel/gange ,minke bilbruk til/fra jobb, øke tilgj.het til p-plasser for pasienter, besøkende og ansatte som trenger det.	01.10.2023	31.12.2025			1,00	1,00
Krav knyttet til Gevinsrealiseringsplan NSD fom 2017, dvs defienrt i årsverk. KIS har tatt ut gevinster i årsverk før 2024, som må synliggjøres. Det er gjennomført nedtak av bemanning i renhold som tilvarer mer enn 6,5 MNOK før 2025. Dette er foreløpig ikke hensyntatt i gevinstplanen					0,00	3,10

Overordnet status



Kommentar

Omstilling av DPS døgn, ARA og akuttpsykiatrien er gjennomført etter plan. Fordi vi ikke sier opp overtallige er det en risiko ved å ha medarbeidere på topp utover budsjett. Dette følges tett slik at overtallige settes inn i stillinger som blir ledige fortløpende. Risiko i forhold til forsinkelser av effekt.

Planlagt i 2025 (MNOK)

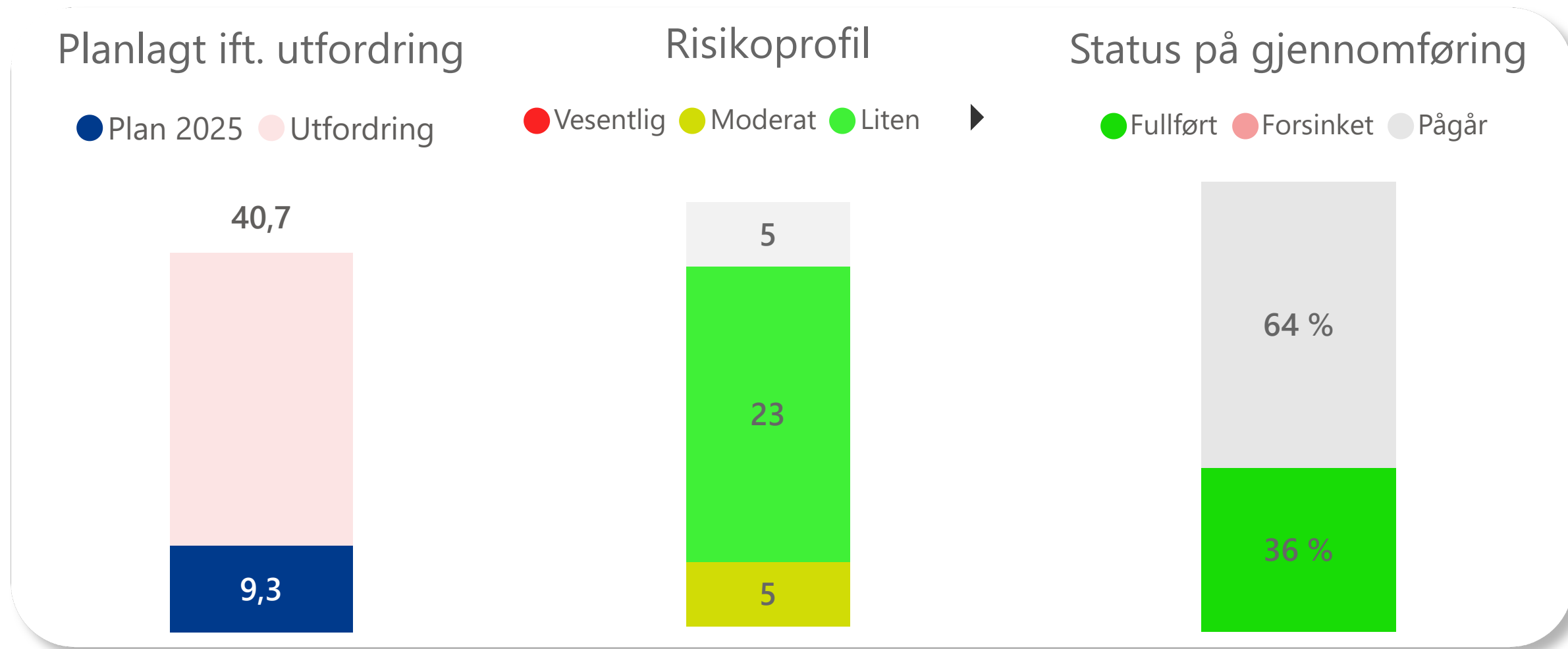
9,3

Restutfordring

-40,7

Fullført %

36 %



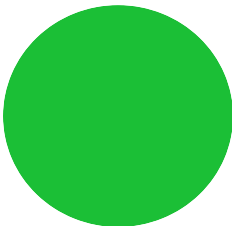
Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
PHR		01.02.2026	✓		9,32	40,80
Nye bemanningsplaner sykehuspsykiatrien i NSD		01.11.2024	✓		2,32	4,70
Sluttføre omstilling BUPA i NSD		01.01.2025	✓		15,00	
Omstilling DPS døgn fra 5 til 3 lokasjoner		25.04.2025	✓		7,30	35,70
Samling av ARA på Konnerud		09.06.2025	✓		1,83	8,20
Fremtidens kontortjeneste/ helselogistikk-løsninger		24.08.2025			0,00	3,00
Ny driftsmodell BET		24.08.2025	✓		1,25	3,80
Opprette seksjon Akutt 4 NSD		24.08.2025	✓		-16,30	-20,70
Opprette seksjon Rusakutt NSD		26.08.2025	✓		-2,08	-2,90
Ny driftsmodell SUA		01.01.2026			0,00	7,00
Styrke poliklinikk DPS		01.01.2026			0,00	-20,00
Digitalisering		01.02.2026			0,00	5,00
Forventet inntektsvekst ved styrking av poliklinikk DPS		01.02.2026			0,00	7,00
Utvikling av teammodeller etter innflytting NSD		01.02.2026			0,00	5,00
Videre arbeid med oppgaveglidning		01.02.2026			0,00	5,00

Overordnet status

Planlagt i 2025 (MNOK)

Restutfordring

Fullført %



10,9

0,0

6 %

Kommentar

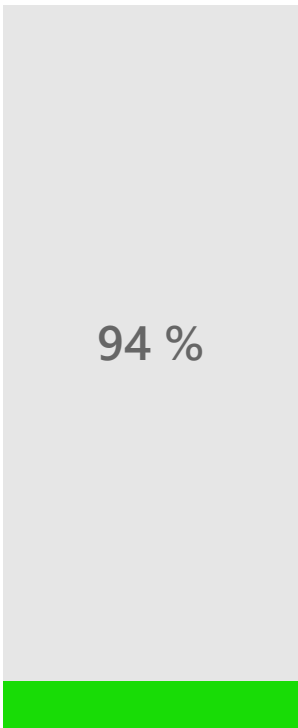
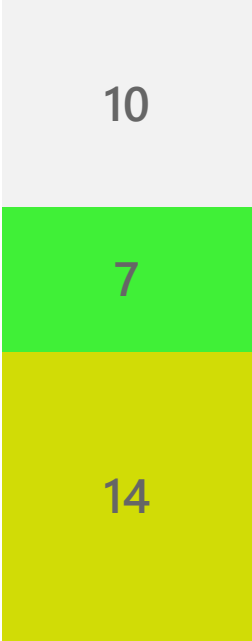
Det meste går ifht planen. Fortsatt Riktig Bruk / Kloke Valg tiltak som trengs enda mer fokus fra somatikken.

Planlagt ift. utfordring

Risikoprofil

Status på gjennomføring

Plan 2025 Utfordring Vesentlig Moderat Liten Fullført Forsinket Pågår



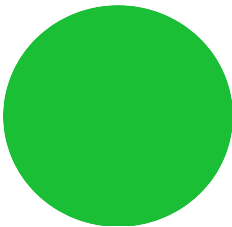
Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
KMD	01.03.2024	31.12.2026	✓	🚩	10,91	14,80
Felles analysehall	01.10.2024	31.12.2026	✓	🚩	6,14	6,50
Riktig Bruk Lab og Bilde	01.03.2024	30.12.2026		🚩	2,64	2,00
Kunstig intelligens innen bildediagnostikk	01.08.2024	28.11.2025		🚩	1,73	3,20
Sammen om pasienten					0,30	1,30
PAT KI				🚩	0,10	0,30
Endre arkivering av restmateriale fra makroskopisk undersøkelse				🚩	0,00	0,60
Kontortjeneste Bilde				🚩	0,00	0,90

Overordnet status

Planlagt i 2025 (MNOK)

Restutfordring

Fullført %



16,5

0,0

25 %

Kommentar

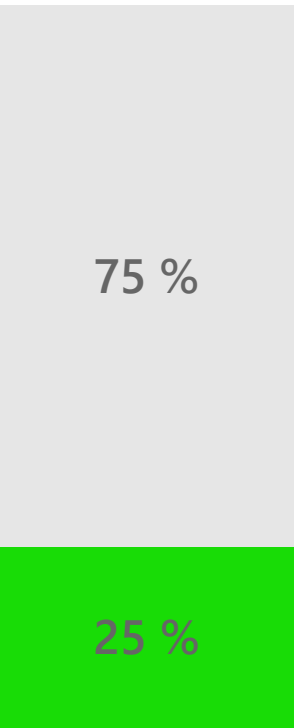
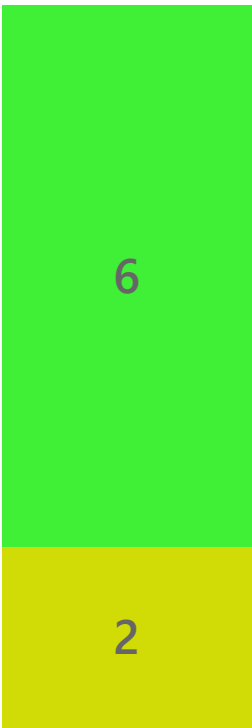
Så lenge det er nedgang i ambulanseoppdrag og den holdes på et stabilt nivå, vil klinikken levere på tiltak iht. Bærekraftsplanen.

Planlagt ift. utfordring

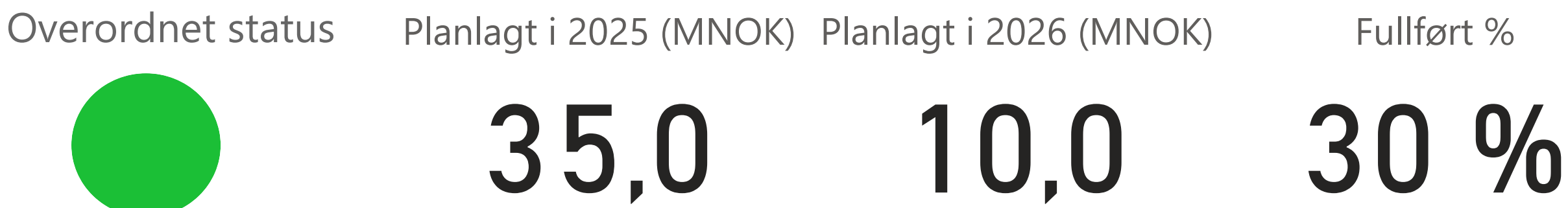
Risikoprofil

Status på gjennomføring

Plan 2025 Utfordring Vesentlig Moderat Liten Fullført Forsinket Pågår

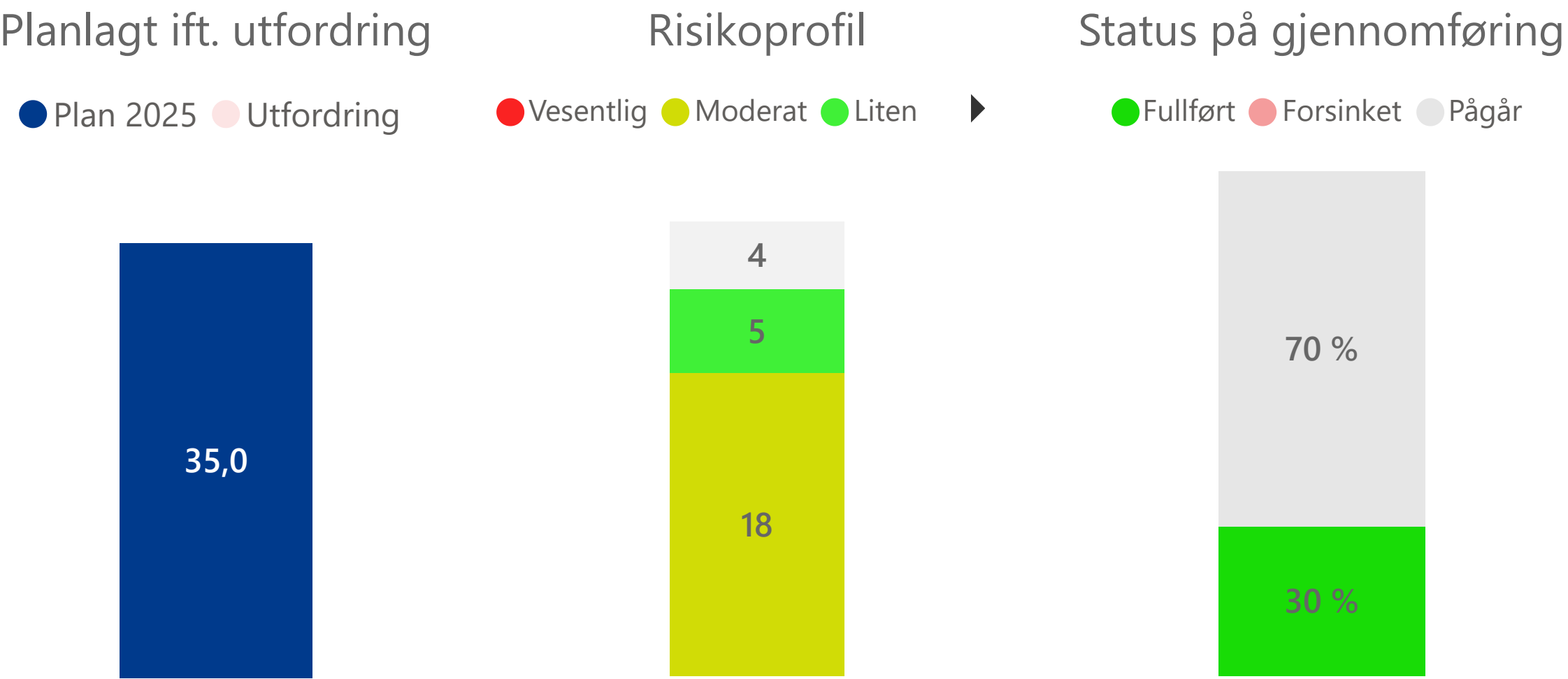


Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
PHT	01.04.2015	31.12.2026	✓	🚩	16,50	
720 Ambulansetjenessten	01.04.2015	31.12.2026	✓	🚩	4,50	
Kostnadsbesparelse endring i opplæring ved bruk av VR	01.05.2025	31.12.2026		🚩	1,13	
Kostnadsbesparelse endring seksjonene og redusert frikjøp	01.05.2025	31.12.2025		🚩	1,38	
Kostnadsbesparelse endring stillingskategori v/ turnover	01.04.2015	31.12.2025	✓	🚩	0,20	
Kostnadsbesparelse håndtere VR utvikling uten frikjøp	01.04.2015	31.12.2025	✓	🚩	0,35	
Kostnadsbesparelse innstille 1 ambulanse i sommerferieperioden	01.08.2025	30.09.2025		🚩	0,50	
Kostnadsbesparelse redusert øvelse PLiVO / CBRNE	01.05.2025	31.12.2025		🚩	0,44	
Kostnadsbesparelse tilpasning i Pasientreiser og AMK	01.05.2025	31.12.2025		🚩	0,50	
PHT Bærekraftsplan				🚩	12,00	
Kostnadsunngåelse. Antall ambulanser økes ikke				🚩	12,00	



Kommentar

På legemiddelområdet har høykostgruppen rapportert realisert gevinst på 12,17 MNOK ved utganger av april. Dette er litt over budsjett som er 11,66. Årsaken er hovedsakelig det kraftige prisfallet på legemiddelet Stelara fra årsskifte, samt startet bytte fra Mavenclad til Rituksimab på rheuma avdelingen.



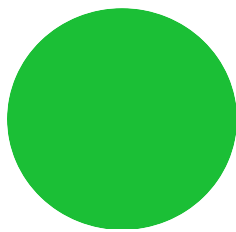
Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
FellesØkonomi	01.01.2023	31.12.2026	✓	■	35,03	10,00
2.12 Forbruksvarer	14.08.2023	31.12.2025	✓	■	0,00	
2.13 Legemidler	01.01.2023	31.12.2026	✓	■	35,03	10,00
Samfunnsansvar	20.06.2023	31.12.2025		■	0,00	

Overordnet status

Planlagt i 2025 (MNOK)

Planlagt i 2026 (MNOK)

Fullført %



4,0

--

--

Kommentar

Ligger på mål for BHM varekostnader. Reduserende tiltak ved sanering av utgåtte IKT tjenester; noe bak plan og vurderes nå til å kunne hente inn etterslep til høsten august/september.

Planlagt ift. utfordring

Risikoprofil

Status på gjennomføring

Plan 2025

Utfordring

Vesentlig

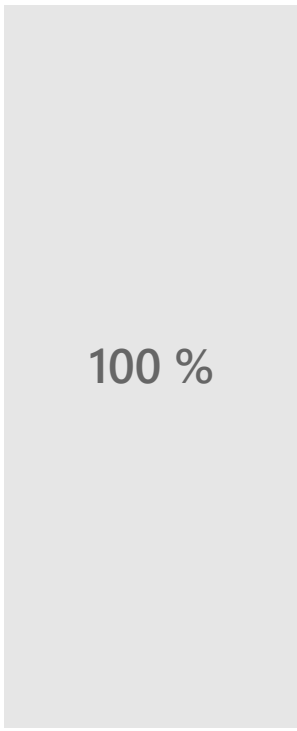
Moderat

Liten

Fullført

Forsinket

Pågår

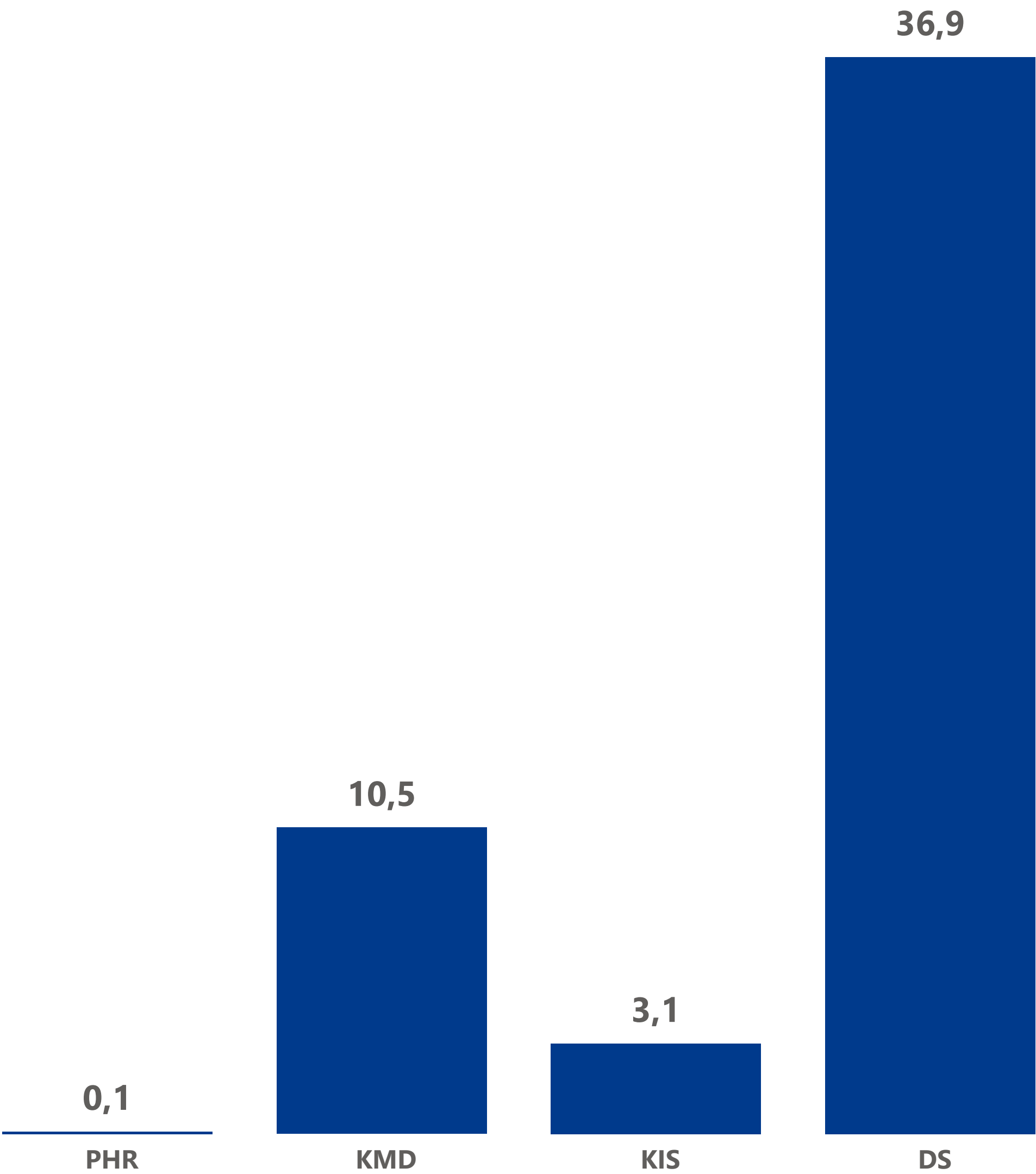


Tiltak/Aktivitet	Planlagt start	Planlagt slutt	Status	Risiko	Planlagt 2025	Planlagt 2026
Teknologi	06.01.2025	31.12.2025			3,99	
Kostnadsreduserende tiltak	06.01.2025	31.12.2025			3,99	
Avtalelojalitet VVHF, risikoreduserende tiltak, unngåelse av bot	06.01.2025	31.12.2025			0,00	
IKT kostnader, reduserende tiltak	06.01.2025	31.12.2025			2,00	
MTU Serviceavtale	06.01.2025	31.12.2025			0,00	
Varekostnader, reduserende tiltak	06.01.2025	31.12.2025			2,00	

Planlagt 2025 - 2027 (Periodisert)

Klinikk ▼	Planlagt i 2025	Planlagt i 2026	Planlagt i 2027
PHR	0,2	-0,1	
Utvikling av teammodeller etter innflytting NSD		5,0	
Slutføre omstilling BUPA i NSD	15,0		
Opprette seksjon Rusakutt NSD	-2,1	-2,9	
Opprette seksjon Akutt 4 NSD	-16,3	-20,7	
Nye bemanningsplaner sykehuspsykiatrien i NSD	2,3	4,7	
Ny driftsmodell SUA		7,0	
Ny driftsmodell BET	1,2	3,8	
Fremtidens kontortjeneste/ helselogistikk-løsninger		3,0	
KMD	1,9	7,3	1,3
Kontortjeneste Bilde		0,9	1,3
Felles analysehall	1,9	5,8	
Endre arkivering av restmateriale fra makroskopisk undersøkelse		0,6	
KIS	0,0	3,1	
Krav knyttet til Gevinsrealiseringsplan NSD fom 2017, dvs defienrt i årsverk. KIS har tatt ut gevinster i årsverk før 2024, som må synliggjøres. Det er gjennomført nedtak av bemanning i renhold som tilvarer mer enn 6,5 MNOK før 2025. Dette er foreløpig ikke hensyntatt i gevinstplanen.		3,1	
DS	16,1	20,8	
10-3 Bedre utnyttelse av poliklinisk kapasitet	10,2	5,9	
10-2 Bemanning døgnområdet NSD	5,5	13,6	
10-10 Dagkirurgisk kapasitet	0,4	1,3	
Totalt	18,2	31,1	1,3

Planlagt 2025 - 2027 (Totalt)



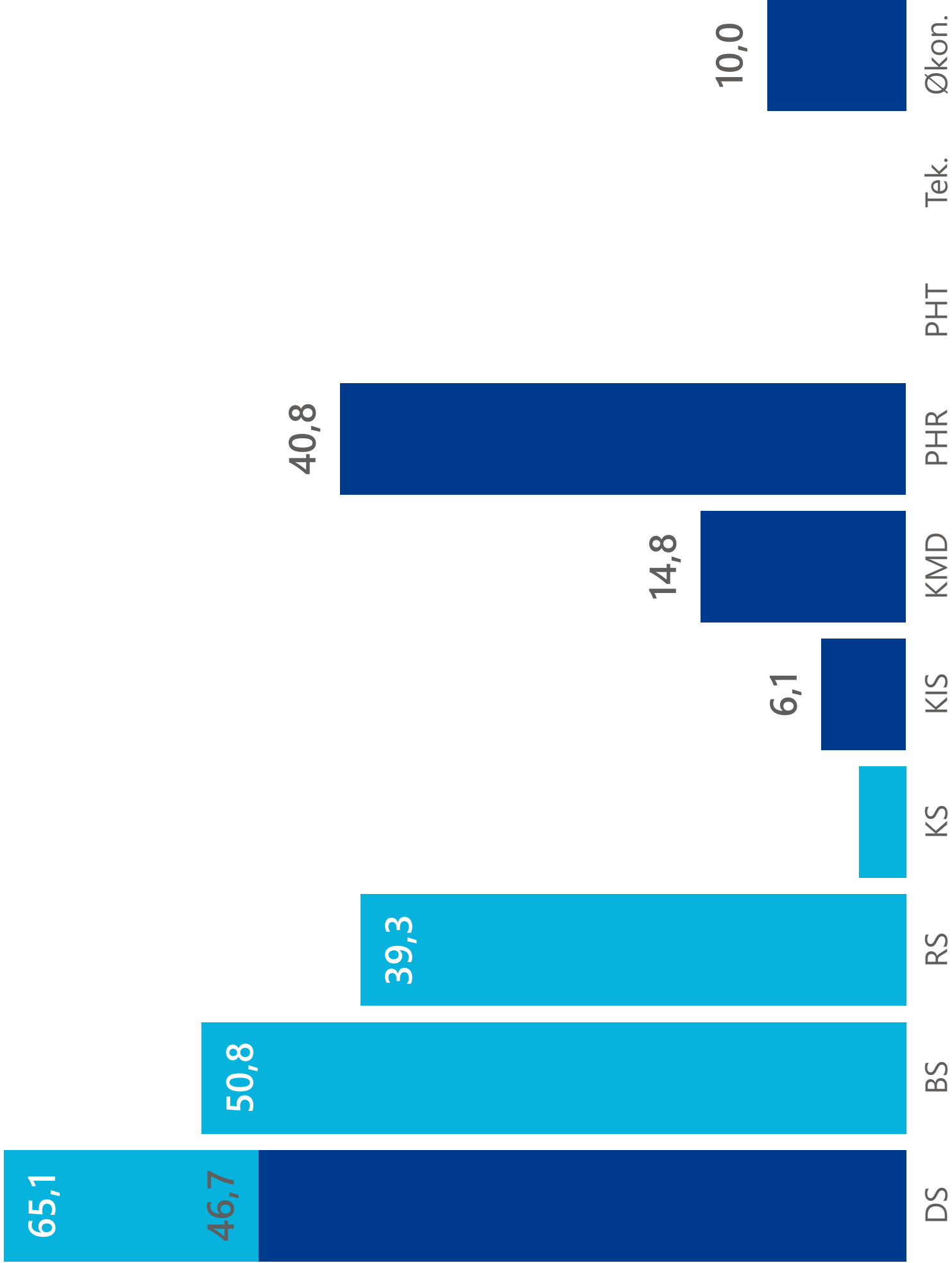
Planlagt i 2026 (MNOK)

Fullført %

118,424 %

Planlagt i 2026 ift. restutfordring (MNOK)

● Planlagt i 2026 ● Restutfordring 2027



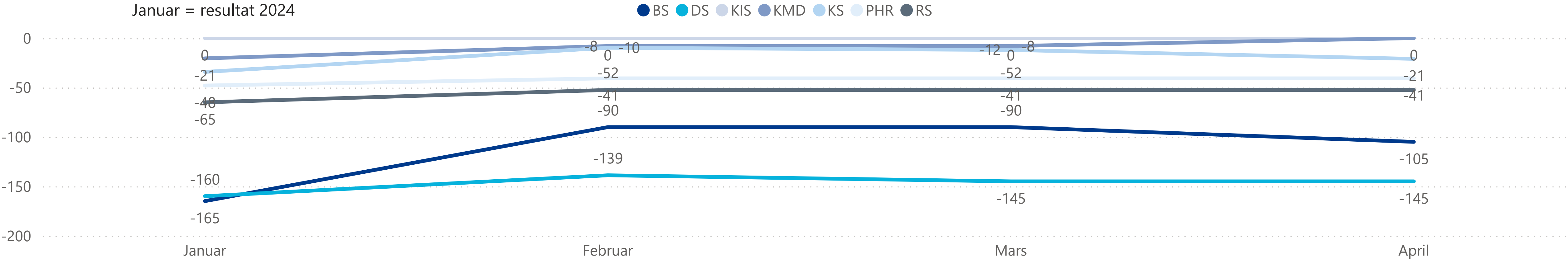
Klinikk

Fullført % Risiko Planlagt 2026

DS				
10-1 Varekostnader				46,69
10-10 Dagkirurgisk kapasitet				4,38
10-2 Bemanning døgnområdet NSD				1,32
10-3 Bedre utnyttelse av poliklinisk kapasitet				26,59
10-5 Bedre kapasitet sentraloperasjon				10,40
FellesØkonomi				4,00
2.13 Legemidler				10,00
KIS				6,10
Gjennomføre tiltak, utskifting av 60% av lyskilder, herunder nød og ledelys, til LED lyskilder, trinnvis 2024 - 2025				2,00
Grønn mobilitet. Hensikt er å redusere CO2-utslipp ved å øke kollektivbruk og sykkel/gange ,minke bilbruk til/fra				1,00
Krav knyttet til Gevinsrealiseringsplan NSD fom 2017, dvs defienrt i årsverk. KIS har tatt ut gevinster i årsverk				3,10
KMD				14,80
Endre arkivering av restmateriale fra makroskopisk undersøkelse				0,60
Felles analysehall				6,50
Kontortjeneste Bilde				0,90
Kunstig intelligens innen bildediagnostikk				3,20
PAT KI				0,30
Riktig Bruk Lab og Bilde				2,00
Sammen om pasienten				1,30
PHR				40,80
Digitalisering				5,00
Forventet inntektsvekst ved styrking av poliklinikk DPS				7,00
Fremtidens kontortjeneste/ helselogistikk-løsninger				3,00
Ny driftsmodell BET				3,80
Ny driftsmodell SUA				7,00
Nye bemanningsplaner sykehuspsykiatrien i NSD				4,70
Omstilling DPS døgn fra 5 til 3 lokasjoner				35,70
Opprette seksjon Akutt 4 NSD				-20,70
Opprette seksjon Rusakutt NSD				-2,90
Samling av ARA på Konnerud				8,20
Styrke poliklinikk DPS				-20,00
Utvikling av teammodeller etter innflytting NSD				5,00
Videre arbeid med oppgaveglidning				5,00

Klinikk	Opprinnelig mål 2024	Opprinnelig mål 2025	Opprinnelig mål 2026	Opprinnelig TOTALT	Resultatmål 2024	Resultatmål 2025	Resultatmål 2026	Prognose 2025	Revidert mål 2025	Revidert mål 2026	Estimert restuttfordring 2026	Estimert restuttfordring 2027	Avvik fra mål 2025	Avvik fra mål 2026
Drammen sykehus	0,00	0,00	35,70	35,70	0,00	0,00	-21,20	-145,00	31,06	46,69	-113,94	-67,25	-113,94	-46,05
Bærum sykehus	0,00	0,00	16,00	16,00	0,00	0,00	-24,10	-115,00	64,01		-50,99	-50,99	-50,99	-26,89
Ringerike sykehus	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-22,40	-52,48	10,14		-42,34	-42,34	-42,34	-19,94
PHR	0,00	0,00	40,70	40,70	0,00	0,00	0,00	-40,70	9,32	40,80	-31,38	9,42	-31,38	9,42
Kongsberg sykehus	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,90	-25,00	26,97		1,97	1,97	1,97	-9,93
Teknologi	1,90	5,30	3,40	10,60	0,00	5,30	8,70	0,00	3,99		3,99	3,99	-1,31	-4,71
KIS	0,00	0,00	5,10	5,10	0,00	0,00	11,20	0,00	9,84	6,10	9,84	15,94	9,84	4,74
KMD	0,00	0,00	30,10	30,10	0,00	0,00	25,30	0,00	10,91	14,80	10,91	25,71	10,91	0,41
PHT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-9,00	0,00	16,50		16,50	16,50	16,50	25,50
FellesØkonomi	15,00	6,00		21,00		6,00	6,00	0,00	35,03	10,00	35,03	45,03	29,03	39,03
Totalt	16,90	11,30	131,00	159,20	0,00	11,30	-13,60		217,77	118,39	-160,41	-42,02	-171,71	-28,42

Prognose - utvikling





Dato: 15.05.2025

Saksbehandler:
Joachim
Thorkildsen/
Anders Debes

Saksfremlegg

Måloppnåelse pakkeforløp kreft i VVHF

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i VVHF	45/2025	22.05.2025

Forslag til vedtak

Styret tar informasjonen om måloppnåelse pakkeforløp til orientering.

Drammen, 15. mai 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Formålet med pakkeforløp kreft er at kreftpasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse. Et pakkeforløp er et standard pasientforløp som beskriver organisering av utredning, behandling, kommunikasjon med pasient og pårørende. I tillegg angis ansvars plassering og det anbefales konkrete forløpstider. Pakkeforløpet starter i de aller fleste tilfellene når et helseforetak/sykehus mottar en henvisning med begrunnet mistanke om kreft.

Nasjonalt er det et krav om måloppnåelse på 70 prosent på andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid. I Vestre Viken er det satt måloppnåelse på 75 prosent i lederavtalene for 2025.

Vestre Viken hadde en måloppnåelse på andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid på 62% i 2024. Det er betydelig variasjon mellom forløpene.

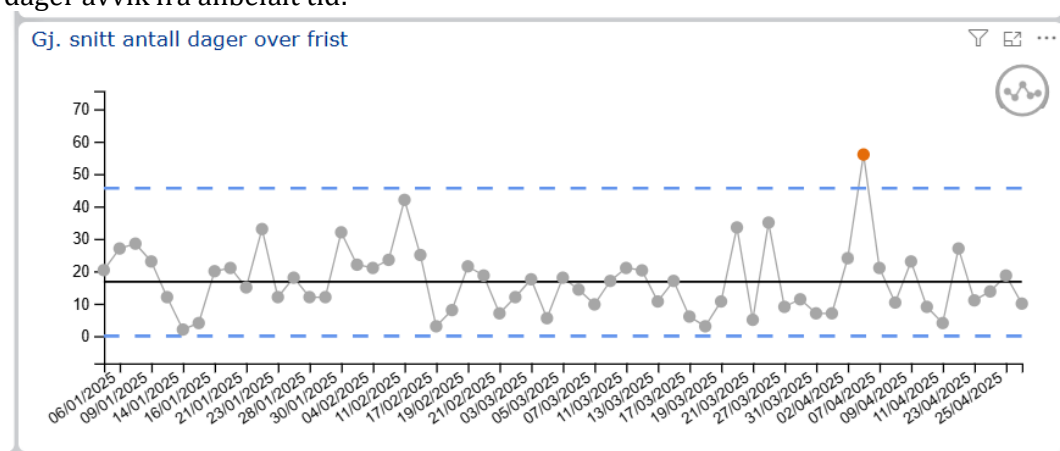
Saksutredning

Vestre Viken er et av flere foretak i Helse Sør-Øst med for lav måloppnåelse for dette området over tid.

Sted	AHUS	OUS	SIV	SI	ST	SØ	SS	VV	HSØ
% PF oppfylt	61	57	61	70	65	48	68	54	59

Medisin og helsefag (MOH) har ansvar som overordnet koordinator. Etter innføring av DIPS Arena i februar 2024 fulgte en periode hvor forløpsdata ikke var tilgjengelige, og deretter en periode hvor datakvaliteten var svært usikker. MOH har gjort et grundig arbeid i samarbeid med analyseavdelingen for å kvalitetssikre data forløpende. Konklusjonen er at vi nå har pålitelige data, og at mindre avvik i kodepraksis i liten grad påvirker dem. Tilgjengelig analyseverktøy har til nå kun vist andel forløp som overholder fristen i hver fase (OF1, OF2, OF3) og samlet (OF4), dvs. en binær fremstilling. En bestilt videreutvikling av verktøyet ble levert denne uken og viser antall dager per kasus og gjennomsnittlig antall dager som overstiger standard tid i hver fase, per forløp og totalt.

Et eksempel på statistisk prosesskontroll for målet OF4 innenfor brystkreftforløpet viser antall dager avvik fra anbefalt tid:



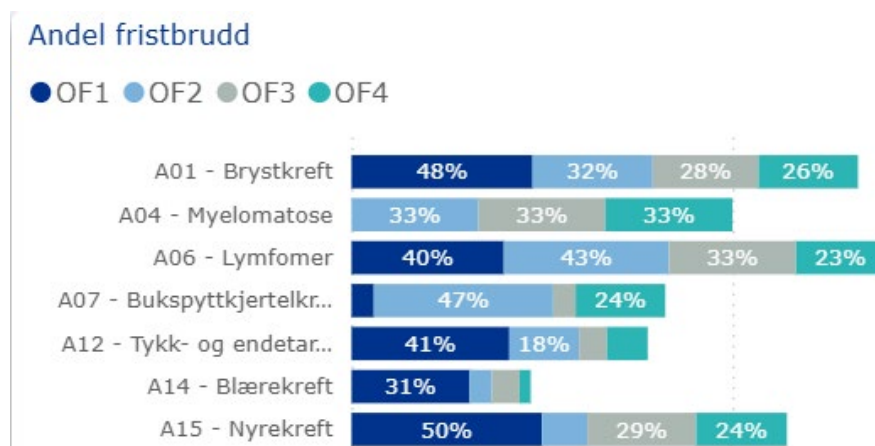
Verktøyet vil sette oss i bedre stand til å følge prosessen og identifisere flaskehalser og “tidstyver”.

Roller og ansvar i pakkeforløpene er gjennomgått på nytt og bekreftet i foretaksledelsen. Det er gjennomført en oppdatering av hvem som per nå er forløpskontakter ved avdeling for bilde- og patologitjenester (Klinikk for medisinsk diagnostikk), hvem som er forløpseier per forløp, per sykehus og hvem som er kontaktpunkt overordnet per sykehus.

Gjennomført innsiktsarbeid bekrefter flaskehalser og hindringer som er kjent fra tidligere forløpsgjennomganger. Samlet inntrykk er at det oppstår mindre forsinkelser i flere deler av prosessen i mange forløp, som til sammen gjør at man ikke når det samlede målet. Tidsforsinkelser kan oppstå som uttrykk for underkapasitet og/eller dårlig planlegging og gjennomføring. Det er samtidig viktig å understreke at det nå er økende kompleksitet i flere forløp grunnet økt diagnostisk innsats (f.eks persontilpasset medisin) i forkant av, eller i forbindelse med behandling. Eksempler på dette er:

- Tid til radiologiske tjenester- MR, økt bruk av PET-CT i flere forløp
- Tid til ferdigstilt patologisk undersøkelse, inklusive nødvendige spesialundersøkelser
- Tid til poliklinikk
- Tid til operasjon
- Kodekompetanse
- Ventetider og kodepraksis med samarbeidspartnere (i praksis OUS HF).

Fremstillingen nedenfor illustrerer fristbrudd per fase av forløpet for noen utvalgte kreftformer. Det er flere utfordringer i disse forløpene, men mønsteret og fordelingen varierer for hvert forløp, noe som indikerer ulike utfordringer.



Det er i denne sammenheng viktig å understreke at data fra Kreftregisteret for 2024 for VVHF samlet viser svært gode resultater for kreftområdet generelt. Innenfor brystkreft har vi god måloppnåelse innenfor meldingsrutiner og prosessindikatorer, inkludert god status på flere områder hvor Helse Sør-Øst og det norske gjennomsnittet ligger dårligere enn nasjonal måloppnåelse. Innenfor resultatindikatorer har Vestre Viken HF en 5 år relativ overlevelse på 92,9% for perioden 2020-2024. Dette er tilsvarende gjennomsnittet for alle helseforetak i Norge og bedre enn det nasjonale målet som er satt til 88%. Ett annet eksempel er at kvalitetsregisteret for prostatakreft viser 100% dekning på meldinger og frie kirurgiske marginer betydelig bedre enn nasjonal anbefaling og over gjennomsnittet i Helse Sør-Øst og nasjonalt.

Videre tiltak

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

Stab Medisin og Helsefag har tatt initiativ til en møteserie med fokus på forbedring av to store forløp. Lunge- og brystkreft er blant de fem største forløpene, og begge har utilfredsstillende måloppnåelse, og har hatt det over tid. Disse er derfor adressert først. I første omgang vil arbeidet være rettet mot tiltak som går på prioritering, samhandling, organisering/forløpsdesign og flyt/logistikk/kapasitet. Flere av forløpene avsluttes med behandling ved OUS, og da er vi avhengige av tilstrekkelig kapasitet til behandling, ellers forlenges forløpstidene. Ved forløp som i all hovedsak foregår ved OUS, eller som avsluttes med behandling ved OUS har vi således mindre kontroll over de samlede forløpstidene. Samtidig er det nødvendig å adressere konkrete ressursutfordringer internt, slik at virksomme tiltak kan iverksettes.

Administrerende direktørs vurderinger

Vestre Viken HF har over tid hatt en utfordring med å oppfylle anbefalte forløpstider for flere kreftpakkeforløp. Det har vært variasjon over tid, og innenfor hvert enkelt forløp. Vi har ikke klart å etablere en praksis som sikrer at vi for alle våre kreftpakkeforløp stabilt oppnår målet om at minst 70% av pasientene gjennomfører pakkeforløpet innenfor anbefalt tidsramme. Samtidig er det viktig å understreke at Vestre Viken HF samlet sett har gode behandlingsresultater innenfor kreftområdet.

Som det fremgår av saken, er det flere mulige årsaker til manglende måloppnåelse. Gjennomføring av kreftpakkeforløp krever høy grad av systematikk, planlegging og samarbeid. Det er samtidig flere ulike aktører som bidrar i ulike faser av forløpene, og i noen tilfeller gjennomføres deler av forløpene ved Oslo universitetssykehus. For flere av forløpene er diagnostikk og behandling i økende grad blitt mer avansert og krever dermed mer tid. Det er derfor på nasjonalt nivå påstartet en total revisjon av forløpstidene som følge av dette.

Det er pågående tiltak for å forbedre måloppnåelsen. Vi prioriterer i første omgang de forløpene som omfatter store pasientgrupper, men alle forløpene med for lav måloppnåelse vil følges opp innen rimelig tid. Styret vil kunne følge utviklingen i forbindelse med de månedlige virksomhetsrapportene.

Saksfremlegg

Dato: 16. mai 2025
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Økonomisk Langtidsplan (ØLP) 2026 – 2029

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i Vestre Viken HF	46/2025	22.5.2025

Forslag til vedtak

Styret konstaterer at foretaket ikke er innvilget ekstra inntektsstøtt, og av den grunn må nedjustere sitt investeringsnivå i økonomisk langtidsplan. Saken tas til orientering, og økonomisk langtidsplan behandles i ekstraordinært styremøte 30. mai 2025.

Drammen, 16. mai 2025

Lisbeth Sommervoll
Administrerende direktør

Bakgrunn

Styret skulle etter planen behandlet Økonomisk langtidsplan 2026 – 2029 (ØLP) i styremøtet 22. mai. Foretaket har utarbeidet ØLP innspill, og oversendt dette til administrasjonen i HSØ i tråd med faste prosedyrer. ØLP-innspillet følger som vedlegg 1 som utkast til styresak i VVHF.

Fra styrets behandling av sak 32/2025 har vi følgende fra protokoll og vedtak:

Beslutning i HSØ om at helseforetakene selv må være ansvarlig for byggekostnaden for nytt sykehus i Drammen til P85 medfører endrede forutsetninger for foretakets vurdering av økonomisk bærekraft ved investeringen. Beslutningen om å igangsette prosjektet i 2019 var basert på at foretaket ville bære investeringskostnaden til P50. Dette medfører en økt investeringskostnad på 1,9 MRD. HSØ har innvilget inntektsstøtte for den delen som overstiger P85, og som er knyttet til eksogene forhold som har rammet byggeprosjektet.

Det konstateres at foretaket ikke vil være i stand til å gjennomføre nødvendige investeringer uten ekstraordinær inntektsstøtte fra HSØ. Det vises i den anledning til vedtak i HSØ styret i juni 2023, sak 008-2023, der styret presiserte at økt styringsramme for Nytt sykehus i Drammen ikke må bli til hinder for at Vestre Viken HF kan fortsette å levere gode og likeverdige helsetjenester. Det vil av den grunn fremlegges en søknad til HSØ om økonomisk støtte for å sikre en forsvarlig drift, samtidig som investeringer i utstyr og bygg og nødvendig vedlikehold kan gjennomføres.

Styret ønsker at nødvendige avklaringer med HSØ foreligger før styret skal fastsette økonomisk langtidsplan i mai 2025. Administrerende direktør følger opp saken i oppfølgingsmøte med HSØ den 4. april 2025.

Styrets enstemmige vedtak:

- 1. Styret tar fremlagte forutsetninger for utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan til orientering.*
- 2. Styret ber administrerende direktør innlede dialog med HSØ om ekstra inntektsstøtte for å kunne foreta nødvendige investeringer i planperioden og sikre langsiktig bærekraft i VVHF.*

Foretaket oversendte brev til HSØ med søknad om inntektsstøtte 6. mai 2025, vedlegg 2. Svar fra HSØ ble mottatt 14. mai 2025, og følger som vedlegg 3. HSØ innvilger ikke ekstra inntektsstøtte, og derav må foretakets investeringsplaner i ØLP endres.

HSØ har i dialog med økonomidirektør anmodet om at foretakets ØLP omarbeides i samsvar med de føringer som er gitt i brevet, og at styret i VVHF behandler ny ØLP innen utgangen av mai 2025. Det er derfor behov for et ekstraordinært styremøte for behandling av revidert sak.

Saksutredning

Foretakets ØLP innspill var basert på en fremskrivning av den ØLP som ble behandlet i fjor. Som følge av endrede rentebetingelser og endret klassifisering av deler av investeringen i NSD vil foretaket få et forverret økonomisk resultat sammenlignet med fjorårets ØLP. I tillegg er resultatkravet for 2025 redusert fra fjorårets ØLP, noe som også gir en svakere resultatutvikling i planperioden.

Det var i 2023 utarbeidet to versjoner av ØLP. Den ene tok utgangspunkt i en forutsetning om at foretaket skulle bære investeringen i NSD til P50 estimatet, som var grunnlag for vurdering av økonomisk bærekraft ved behandling av forprosjektrapporten for NSD i 2019. Den andre la til grunn at investeringen ble belastet foretaket med P85, i tråd med beslutning i HSØ i sak 67-2023. Investeringsnivået i ØLP versjonen til P50 kunne selvsagt ligge høyere enn investeringsnivået i den ØLP som tok høyde for at foretaket skulle bære investeringen til P85. Differansen mellom P50 og P85 utgjør vel 1,9 MRD i anskaffelseskostnad for NSD. I tillegg kommer finanskostnader som følge av en høyere lånefinansiering. Samlet betyr det en ekstra belastning på om lag 2,6 MRD.

Fjorårets ØLP la til grunn at foretaket kunne ha et investeringsnivå tilsvarende den ØLP som tok høyde for P50 estimatet, med forutsetning om lånefinansiering. Investeringsnivået var følgelig høyere enn forutsetningene i finansstrategien til HSØ. Som styret bemerket ved behandlingen av saken i april 2024, var dette ikke bærekraftig. Det ble derfor lagt til grunn en videre dialog med HSØ om ekstra finansiell støtte.

Når det nå er klart at foretaket ikke får ekstra inntektsstøtte, så må investeringsnivået reduseres og ØLP omarbeides før styret kan ha sin sluttbehandling.

Administrerende direktørs vurdering

Det er nå avklart at foretaket ikke får inntektsstøtte ut over det som er gitt for kostnader som overskrider P85. ØLP må derfor omarbeides i tråd med det. Det berammes et ekstraordinært styremøte 30. mai for behandling av ØLP for årene 2026 til 2029. I første omgang er det investeringene som må nedjusteres i tråd med de rammene som er gitt. Det blir viktig å realisere effekter av tiltakene som ligger i bærekraftsplanen, og som vil detaljeres og beskrives videre i Bærekraftsplanen 3.0.

Administrerende direktør foreslår på dette grunnlag at styret tar saken til orientering.

Vedlegg:

1. Foretakets innspill til ØLP 2026 – 2029 (utkast styresak som vil omarbeides i tråd med føringene)
2. Søknad om inntektsstøtte
3. Svar fra HSØ på søknad om inntektsstøtte

Vedlegg 1

Dato: 14. mai 2025
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Økonomisk Langtidsplan (ØLP) 2026 – 2029

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i Vestre Viken HF	46/2025	22.5.2025

Forslag til vedtak

1. Styret legger til grunn følgende resultatomål i planperioden, basert på de forutsetninger som er beskrevet i saksfremlegget:

MNOK	2026	2027	2028	2029
Resultatomål fra ordinær drift	-659	-474	-458	-442
Gevinst ved salg av eiendom	725	-	-	-
Resultatomål ØLP 2026-2029	66	-474	-458	-442

2. Styret legger til grunn følgende investeringsrammer for planperioden 2026-2029:

MNOK	2026	2027	2028	2029	Sum
Investeringer	383	365	377	345	1 469

3. Styret konstaterer at planlagt investeringsnivå ligger høyere enn de økonomiske rammer foretaket har til rådighet i hht. finansstrategien i Helse Sør-Øst RHF. Styret må følgelig ta forbehold om godkjenning av planlagt resultatomål og investeringsnivå ved behandlingen i styret i Helse Sør-Øst RHF, jf. vedtakspunkt 6.
4. Planforutsetninger ØLP 2026 - 2029 legges til grunn for det videre arbeidet med budsjett 2026.
5. Styret tar til orientering at overdragelsen av Martina Hansens Hospital ikke er innarbeidet i økonomisk langtidsplan, og at de økonomiske konsekvensene av overtakelsen må håndteres i forbindelse med budsjett 2026. Det vises til godkjenning av avtale om overtakelse, vedtak i sak 99/2024, pkt. 3, samt vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF, sak 125-2024.
6. Styret tar forbehold om eventuelle justeringer som måtte tilkomme etter behandlingen i Helse Sør Øst RHF, herunder behandling av økonomisk langtidsplan i styret i Helse Sør-Øst RHF 22. juni 2025.

Drammen, 15. mai 2025

Lisbeth Sommervoll
Administrerende direktør

Bakgrunn

Økonomisk langtidsplan (ØLP) er første trinn i budsjettprosessen for 2026, og beskriver foretakets forventede rammer knyttet til kapasitet, aktivitet, driftsøkonomi og investeringer de neste fire årene. I denne saken redegjøres det for forventet overordnet økonomisk utvikling for Vestre Viken HF (VVHF) i perioden 2026-29, basert på rammer gitt fra Helse Sør-Øst 6. mars 2025 (styresak 024-2024 Økonomisk Langtidsplan 2026-2029 - planforutsetninger) og overordnede framskrivninger av foretakets rammebetingelser og økonomi. Det vises til VVHF styresak 32-2025 – Økonomisk langtidsplan (ØLP) forutsetninger.

Styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF (HSØ) skal årlig vedta økonomisk langtidsplan for helseforetaket oppdatert med nye forhold samt endrede planforutsetninger. Saken redegjør for de viktigste forutsetningene som er lagt til grunn, samt hovedaktivitetene for å oppnå resultatkravene.

Som følge av økt styringsramme for NSD utarbeidet VVHF to versjoner av ØLP 2024–2027 i 2023. En versjon som inkluderte økt styringsramme, og en versjon som fastholdt styringsrammen til P50 rammen for prosjektet. Det har vært viktig for foretaket, og foretakets styre, at vi holder fast i målene for utvikling av EBITDA for å sikre fremtidig økonomisk bærekraft til å håndtere NSD og samtidig sikre et forsvarlig investeringsnivå for øvrige deler av foretaket. Vurdering av økonomisk bærekraft var basert på investeringsrammen til P50 for byggeprosjektet. Investeringsnivået i ØLP 2026-2029 baserer seg på den ØLP som ikke inkluderte økt styringsramme for NSD, og er på tilnærmet samme nivå som fjorårets ØLP.

Det vises til fjorårets behandling av ØLP, sak 56/2024 i VVHFs styre, vedtak pkt. 2:
Styret konstaterer at fremlagte økonomiske langtidsplan ikke er bærekraftig. Planforutsetningen fra Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at Vestre Viken HF skal bære en investeringskostnad tilsvarende P85. Dette er en endret forutsetning fra da beslutningen om bygging av nytt sykehus i Drammen ble tatt i 2019. Premissene for vurdering av økonomiske bærekraft var da basert på styringsrammen for prosjektet tilsvarende P50.

Fra styrets behandling av sak 32/2025 har vi følgende fra protokoll og vedtak:
Beslutning i HSØ om at helseforetakene selv må være ansvarlig for byggekostnaden for nytt sykehus i Drammen til P85 medfører endrede forutsetninger for foretakets vurdering av økonomisk bærekraft ved investeringen. Beslutningen om å igangsette prosjektet i 2019 var basert på at foretaket ville bære investeringskostnaden til P50. Dette medfører en økt investeringskostnad på 1,9 MRD. HSØ har innvilget inntektsstøtte for den delen som overstiger P85, og som er knyttet til eksogene forhold som har rammet byggeprosjektet.
Det konstateres at foretaket ikke vil være i stand til å gjennomføre nødvendige investeringer uten ekstraordinær inntektsstøtte fra HSØ. Det vises i den anledning til vedtak i HSØ styret i juni 2023, sak 008-2023, der styret presiserte at økt styringsramme for Nytt sykehus i Drammen ikke må bli til hinder for at Vestre Viken HF kan fortsette å levere gode og likeverdige helsetjenester. Det vil av den grunn fremlegges en søknad til HSØ om økonomisk støtte for å sikre en forsvarlig drift, samtidig som investeringer i utstyr og bygg og nødvendig vedlikehold kan gjennomføres.

Styret ønsker at nødvendige avklaringer med HSØ foreligger før styret skal fastsette økonomisk langtidsplan i mai 2025. Administrerende direktør følger opp saken i oppfølgingsmøte med HSØ den 4. april 2025.

Styrets enstemmige vedtak:

- 1. Styret tar fremlagte forutsetninger for utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan til orientering.*

2. Styret ber administrerende direktør innlede dialog med HSØ om ekstra inntektsstøtte for å kunne foreta nødvendige investeringer i planperioden og sikre langsiktig bærekraft i VVHF.

Overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital og Vestre Viken HF vil etter avtale med HSØ ikke innarbeides i Vestre Vikens ØLP for 2026-2029.

Saksutredning

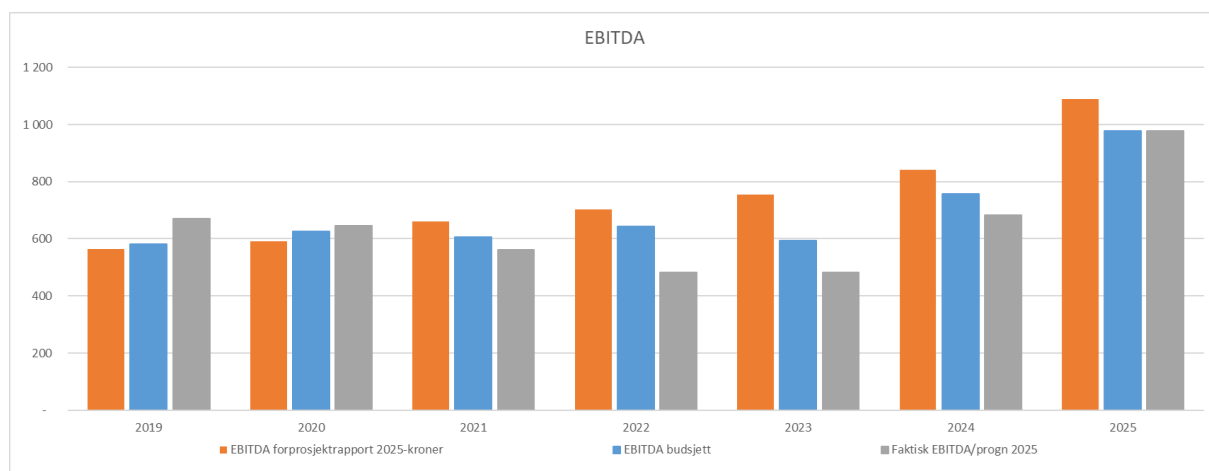
ØLP utarbeides på foretaksnivå. Den tar utgangspunkt i prognosen for 2025 og fjorårets ØLP korrigert for endrede rammebetingelser og forutsetninger. ØLP utarbeides for planperioden 2026 – 2029, men viderefører en forventet økonomisk utvikling også etter 2029.

Det er innhentet innspill fra klinikkene med hensyn til endringer i aktivitet, investeringsbehov, kostnadsutvikling på særskilte områder og bemanning. ØLP fremlegges ikke for drøfting med tillitsvalgte og vernetjeneste, men gruppen orienteres gjennom administrerende direktørs faste medvirkningsmøter. ØLP er kun et estimat for den økonomiske utviklingen de kommende årene og gir grunnlag for fastsettelse av resultatkrav og investeringsnivå som behandles i forbindelse med de årlige budsjettene som er underlagt drøfting.

Økonomisk styringsmål

Da styret vedtok forprosjektrapporten for NSD i 2019 ble det samtidig lagt til grunn en forutsetning om utvikling i EBITDA. Krav til EBITDA er ikke fullt ut oppnådd i årene 2021-2024.

Ved utgangen av 2025 har foretaket estimert et avvik på 696 MNOK i EBITDA for de foregående årene, inkl. 2025, sammenlignet med målsatt krav til EBITDA ved godkjenning av forprosjektrapporten for NSD.

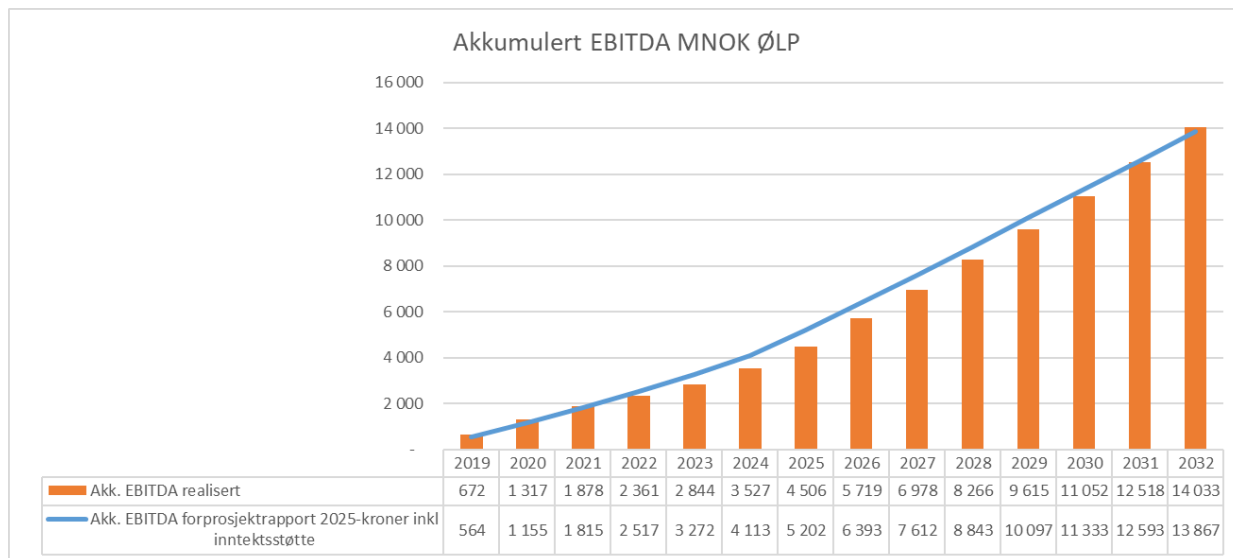


Manglende oppnåelse av EBITDA målene er relatert til pandemien og etterdønningene av denne, som høyt sykefravær, lavere produktivitet og sterk prisstigning. Tiltaksarbeid og realisering av effekter er tidkrevende prosesser, og krever tett oppfølging.

I planperioden for ØLP er det lagt til grunn at EBITDA målet oppnås fra 2026. Det er da gjort justering for inntektsstøtte fra HSØ (resultateffekter av styringsramme for NSD utover P85), flyttekostnader NSD, endret tjenestepriis Sykehuspartner som følge av endret klassifisering O-IKT i NSD, samt byggvedlikehold over drift. Det er også lagt opp til at deler av etterslepet i resultatkravet tidligere år hentes inn. EBITDA målet basert på styrets vedtak i sak 47/2023, og er fastsatt som EBITDA i kroner, prisregulert til 2025, da EBITDA i % påvirkes av forhold på inntektssiden som ikke gir endret EBITDA-margin.

MNOK	2026	2027	2028	2029
EBITDA forprosjektrapport prisjustert	1 092	1 131	1 143	1 166
HSØ planmessig inntektsstøtte	99	89	88	87
EBITDA krav	1 191	1 220	1 231	1 254
EBITDA ØLP 2026-2029	1 214	1 259	1 287	1 350
Avvik	23	39	57	96

Grafen nedenfor viser akkumulert EBITDA realisert pr. 2025 og ØLP for perioden fremover. Det fremkommer her at tidligere manglende måloppnåelse er innhentet i 2032, forutsatt at prognosen for 2025 inntreffer.



Økonomisk resultat og resultatmål

Tabellen nedenfor viser forventet økonomisk utvikling på hovedpostene i regnskapet og resultatmål i planperioden:

MNOK	2025	2026	2027	2028	2029	Gj.snittlig årlig vekst
Basisramme (eks RBF)	10 455	10 587	10 715	10 847	10 979	1,3 %
Aktivitetsbaserte inntekter somatikk	2 609	2 660	2 701	2 732	2 762	1,5 %
Aktivitetsbaserte inntekter PHR	278	282	287	291	296	1,7 %
ISF-inntekter H-resepter	125	127	131	134	137	2,4 %
Gevinst ved salg	0	725	-	-	-	
Øvrige inntekter (inkl. RBF)	830	950	973	999	1 023	5,8 %
SUM inntekter	14 297	15 331	14 807	15 003	15 197	1,6 %
Varekost	1 747	1 772	1 823	1 862	1 902	2,2 %
Kjøp av tjeneste	1 299	1 290	1 289	1 297	1 305	0,1 %
Lønn	8 614	8 522	8 602	8 700	8 813	0,6 %
Innleie	25	25	25	25	25	0,0 %
Avskrivninger	426	858	835	844	868	25,9 %
Andre driftskostnader	1 882	2 087	2 108	2 125	2 091	2,8 %
Finans	264	711	599	608	635	35,1 %
SUM kostnader	14 257	15 265	15 281	15 461	15 639	2,4 %
Resultat	40	66	-474	-458	-442	
herav gevinst ved salg av eiendom	0	725	-	-	-	
Resultat fra ordinær drift	40	-659	-474	-458	-442	
Resultatgrad	0,3 %	-4,3 %	-3,2 %	-3,1 %	-2,9 %	

*RBF = resultatbasert finansiering

Fra 2026 er det underskudd fra ordinær drift i flere år, som følge av avskrivninger og finanskostnader knyttet til NSD.

Beslutningen om at foretaket må bære investeringsrammen opp til P85, og ikke P50 som forutsatt ved beslutningen om investering i 2019, utgjør 520 MNOK i planperioden, 2,6 MRD samlet på investeringen inklusive renteeffekten. I tillegg er prisregulering av bygg gitt en høyere sats enn den deflator som påvirker foretakets inntektsside over statsbudsjettet. Til tross for store etterbevilgninger i statsbudsjettene for prisvekst i tidligere år utgjør dette en negativ resultateffekt med 54 MNOK i planperioden, beregnet til 319 MNOK på hele investeringsbeløpet. Rentesatsene har også økt betydelig den senere tid, og avviker dermed vesentlig fra forutsetningene som lå til grunn for den vurderingen som ble gjort av foretakets bæreevne.

Resultatet i denne planperioden er forverret med 1 213 MNOK sammenlignet med fjorårets ØLP. Årsakene til dette er:

- Forhold knyttet til NSD og rentenivå gir en resultatforverring på 613 MNOK i planperioden. Dette omfatter:
 - En større andel av NSD skal aktiveres i Sykehuspartner som O-IKT enn det som ble antatt ved fjorårets ØLP. Andelen blir da avskrevet på kortere tid enn byggene, og blir betalbare som en del av tjenestepreis til Sykehuspartner.
 - Det er lagt inn forutsetning om investering i parkeringshus på Brakerøya fra 2028.
 - Rentenivået er høyere enn forutsatt i fjorårets ØLP.
- Resultatmål i 2025 er 130 MNOK lavere enn forutsatt i fjorårets ØLP. Dette innvirker på resultatene hvert år i planperioden. Samtidig er effektene i bærekraftsplanen forskjøvet i tid. Den forutsetter 168 MNOK i høyere gevinster i perioden 2026-2028 enn fjorårets ØLP, noe som forbedrer resultatet i planperioden sammenlignet med fjorårets ØLP.
 - Ellers er det primært endring i rentesatsene, byggvedlikehold over drift, samt økte kostnader knyttet til mobile arbeidsflater.

Planforutsetningene fra HSØ tilsier at foretakene skal oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid. Som følge av betydelig økte avskrivninger og finanskostnader knyttet nytt sykehus i Drammen vil vi ikke oppnå det i denne planperioden.

Aktivitetsutvikling

Aktivitetsutviklingen i ØLP er i stor grad en videreføring av forutsetninger fra tidligere år, og historiske trender. Vekst innenfor somatikk viser en fortsatt vridning fra døgn til dag/poliklinikk. Dette gir en større vekst i antall behandlinger enn i ISF-inntekter. I 2025 er det en forbigående reduksjon i aktiviteten på grunn av innflytting i Nytt sykehus i Drammen. Dette forventes innhentet i 2026. Det er derfor forutsatt en større aktivitetsvekst i 2026. Samlet årlig vekst er omtrent 1,5 prosent. Strålebehandlingsaktivitet i nytt sykehus iverksettes fra og med 2026, med gradvis økning i perioden fram til 2029. Dette medfører samtidig reduksjon i gjestepasientkostnader. Det legges opp til vekst i poliklinisk aktivitet innenfor alle områder innenfor psykisk helse og rus i planperioden, samt vekst i døgnbehandling innenfor alle områder.

Inntekter

Foretakets inntekter øker med totalt 900 MNOK i planperioden. Inntektsrammene som legges til grunn for ØLP er angitt av Helse Sør-Øst.

Tabellen nedenfor viser endring i faste inntekter for Vestre Viken HF:

Foreløpig inntektsrammer MNOK	2026	2027	2028	2029
Basisramme forrige periode	10 446	10 578	10 706	10 838
Inntektsmodellelementer	-6	-9	-6	-6
Finansiering av økt aktivitet	157	157	157	157
Effektivisering	-20	-20	-20	-20
Ordinær basis eks KBF	10 578	10 706	10 838	10 970
Resultatbasert finansiering	53	53	53	53
Forskning Basis	9	9	9	9
Statlig tilskudd	21	21	21	21
Sum faste inntekter	10 660	10 788	10 920	11 052
Endring i faste inntekter ØLP 2026-2029	131	128	132	132
Endring i faste inntekter ØLP 2025-2028	132	135	136	153
Økning (reduksjon) ift ØLP i fjor	-0	-7	-4	-21

Endringer i basisrammen fra 2025 til 2026:

- Inntektsmodellelementer gir reduksjon på 6 MNOK
- Midler til økt aktivitet 157 MNOK
- Rammetrekk for effektiviseringskrav på 20 MNOK

Samlet medfører vedtatte planforutsetninger ingen vesentlig endring i inntektsrammene til Vestre Viken sammenlignet med fjorårets ØLP.

Det er lagt til grunn at gevinst ved salg av Drammen sykehus og Blakstad sykehus treffer resultatet i 2026. Stor-Oslo Eiendom Holding (SOEH) og VVHF har blitt enige om å åpne for en justering av den opprinnelige betalingsplanen for hovedoppgjøret av Drammen sykehus. Partene har blitt enige om å tilpasse betalingsplanen slik at denne sammenfaller bedre med den videre fremdriften i plansaken. Den endelige betalingen er blant annet basert på regulering og oppnådd utnyttelsesgrad. Det innebærer at hovedoppgjøret kan skyves fra 2026 til midten av 2027. Kostnader Vestre Viken HF får ved å drifte den eksisterende eiendomsmassen videre, samt renteeffekten av utsatt oppgjør, vil dekkes av SOEH. En eventuell forskyvning av oppgjørstidspunkt vil dermed ikke ha innvirkning på foretakets resultater i ØLP perioden.

Kostnader

Det forutsettes at aktivitetsveksten gir tilsvarende vekst i bemanning og varekostnader, redusert for krav til effektivisering basert på bærekraftsplanen. Vekst innen pasientbehandling påvirker også ambulansevirksomheten, 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.

Det avsettes midler til årlig mottak av regionale og eventuelle lokale IKT-systemer. Prioritering foretas i de årlige budsjettbehandlingene. Erfaringen tilsier at det å ta i bruk ny teknologi medfører behov for økte ressurser til forvaltning. Samtidig skal det i de aller fleste tilfeller kunne realiseres gevinster i drift ved ny teknologi. Det vil stilles økte krav til gevinstrealisering i alle nye IKT-prosjekter, og driftsgevinster skal finansiere eventuelle økte forvaltningskostnader.

Mottaksprosjekt Nytt sykehus i Drammen (NSD) er redusert i 2026 som planlagt, med unntak av noen kostnader til selve prosjektorganisasjonen og noe pukkelbemanning. Det forventes at inntektene knyttet til lavere aktivitet i flytteperioden hentes inn igjen i 2026. Det er i tillegg tatt høyde for etablering av stråleterapi i det nye sykehuset i Drammen.

Midler til forskning, innovasjon og kompetansebygging er økt fra fjorårets ØLP. Som følge av økt samlet driftsbudsjett kreves en større vekst i tilskuddet til forskning for å nå 1% målet.

Konsekvensen av dette er en ytterligere forskyvning til 2028 før 1% målet nås. Erfaring viser at økt egenfinansiert forskning også gir økning av eksterne inntekter. Endelig vurdering av styrket budsjett for forskning må vurderes i forbindelse med budsjett 2026.

Kostnader til forskning	Budsjett		ØLP	
	2025	2026	2027	2028
Andel av totale kostnader	0,95 %	0,97 %	0,99 %	1,00 %

Kostnader fra Sykehuspartner innarbeides i foretakets ØLP basert på Sykehuspartners ØLP-innspill. Økning i planperioden er høyere enn fjorårets ØLP. Økningen er i hovedsak knyttet til vesentlig høyere avskrivninger på IKT i NSD. En større andel av byggeprosjektet har blitt klassifisert som IKT hos Sykehuspartner enn tidligere forutsatt. Dette medfører at avskrivningstiden blir betydelig kortere, og resultatet blir forverret de første 8 årene. Totalt er det 604 MNOK som er flyttet over fra bygg til IKT/SP. Resultateffekten av dette er 387 MNOK i planperioden. 27 MNOK treffer 2025-resultatet.

MNOK	2026	2027	2028	2029	SUM
Økte kostnader SP O-IKT	113	106	98	91	436
Reduserte kostnader avskr NSD	-12	-12	-12	-12	-49
SUM	101	94	86	79	387

Finans

Netto finanskostnader øker med 463 MNOK i planperioden, sammenlignet med ØLP 2025-2028. Årsakene til vekst fra fjorårets ØLP er økte rentesatser, lavere resultat og økte kostnader til IKT NSD som medfører høyere trekk på driftskrediten.

Foretaket betaler sin forholdsmessige andel på 30 % av investeringen i NSD fortløpende. Denne betalingen påvirker også netto finanskostnad. For årene 2021-2023 er dette 173 MNOK pr år. For 2024 og 2025 er beløpet hhv. 205 og 215 MNOK.

Årsverk

Det er lagt til grunn en vekst i bemanningen knyttet til årlig aktivitetsvekst. I 2026 er det en reduksjon i årsverk som følge av bærekraftsplanen og avvikling av mottaksprosjekt for Nytt sykehus i Drammen. Samlet innebærer dette en vekst i årsverk på 192 i hele fireårsperioden for ØLP.

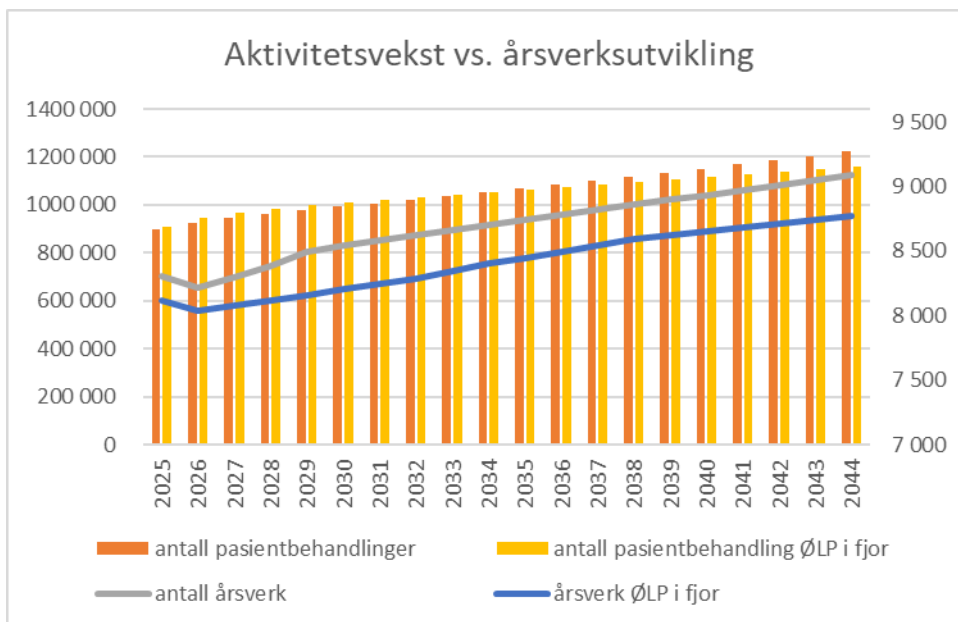
	2025	2026	2027	2028	2029
Årverk pr tjenesteområde					
Somatikk	5 800	5 714	5 760	5 813	5 877
Voksenpsykiatri	1 355	1 343	1 357	1 379	1 404
Barne- og ungdomspsykiatri	475	475	481	488	497
Tverrfaglig rusbehandling	233	233	235	239	243
Prehospitaltjenester	445	453	462	470	478
Sum VVHF	8 307	8 218	8 295	8 389	8 498
Endring		-1,1 %	0,9 %	1,1 %	1,3 %

ØLP leveransen til HSØ inneholder fordeling av årsverk pr. stillingskategori. Det er ikke gjort vesentlige endringer i dette fra fjorårets ØLP. Foretaket ønsker å få til en vridning mellom personalgrupper for å dempe vekstbehov på områder med begrenset kompetansetilgang. Det forventes økt digitalisering innen flere områder, og at personell i noen grad blir erstattet med digitale løsninger. Etablering av stråleterapi i nytt sykehus medfører en økning i diagnostisk personell. Det legges opp til en fortsatt økning pr år i antall lærlinger i planperioden.

Produktivitetsutvikling

Resultatmålet skal oppnås blant annet gjennom aktivitets- og produktivitsvekst basert på bærekraftsplanens innsatsområder. Arbeidsproduktivitet innenfor somatikk øker i planperioden, men er lavere enn i fjorårets ØLP. Dette henger sammen med inngangsfarten fra 2025.

	2025	2026	2027	2028	2029
Somatikk produktivitet					
DRG/årsverk	21,6	22,3	22,4	22,4	22,4
DRG/årsverk ØLP i fjor	22,2	23,2	23,4	23,5	23,4



Omstillingsbehov og bærekraftsplan

Realisering av plan for bærekraftig utvikling er foretakets viktigste tiltak for å bedre de økonomiske resultatene. Det vil kreves en noe høyere gevinstrealisering i 2026 som følge av etterslep fra tidligere.

Følgende gevinster er lagt inn pr år:

MNOK	2025	2026	2027	2028	2029
Teamarbeid og oppgavedeling	-	91	10	4	-
Standardisering	34	85	19	8	-
Organisering og struktur	2	56	19	8	-
Digital transformasjon	40	9	-	-	-
Gevinstrealisering nytt sykehus i Drammen	-13	12	1	-	-
SUM	153	194	50	20	-

I budsjett 2025 er det planlagt for gevinster på 153 MNOK, og i ØLP 2026-2029 er det planlagt med gevinster på 264 MNOK. I sum utgjør dette gevinster på 418 MNOK i årene 2025-2028. Det er planlagt for flere nye konsepter i Nytt sykehus i Drammen. Kostnader og gevinster er innarbeidet i ØLP og gevinstplanen. Kostnader til oppbygging av kapasitet i akuttpsykiatrien er inkludert i gevinstplanen for NSD i 2026. Nivået for de varige driftsforbedringer er med dette på ca. 587 MNOK fra opprinnelig gevinstplan fra 2020, som ble erstattet av bærekraftsplanen i 2023.

Det er forventet gevinster knyttet til implementering av Helselogistikk og mobile arbeidsflater for DIPS Arena. Dette er foreløpig ikke konkretisert, men er til dels omfattet av gevinster knyttet til digital transformasjon, standardisering og organisering og struktur. Det bør forventes noe økte gevinster knyttet til dette i fremtiden.

Tiltakene som er identifisert så langt i Bærekraftsplanen vil allikevel ikke være tilstrekkelig til å møte de økonomiske utfordringene foretaket står overfor. Investeringsnivået er allerede redusert til et minimum. Foretaket vil ikke evne å bedre tilstandsgrader for bygg eller sikre et verdibevarende vedlikehold av bygg og utstyr. Det vil være behov for å søke om ekstraordinær inntektsstøtte de nærmeste årene for å sikre nødvendige investeringer og forsvarlig drift.

Investeringsplaner og behov

For å oppnå langsiktig økonomisk bærekraft er det viktig å opprettholde et visst nivå på investeringene. Investeringer i eiendom, medisinteknisk utstyr og IKT skal støtte opp under ønsket utvikling av driften, samtidig som eiendelene skiftes ut i takt med slit og elde. Investeringsrammene er de siste årene blitt redusert. Slike kutt i investeringsrammene er ikke bærekraftig på sikt, og bidrar til en forringelse av realkapitalverdiene. Dette fremkommer ved forverret tilstandsgrad på bygningsmassen og økt teknisk levetid på MTU.

Investeringsnivået i denne ØLP bygger i hovedsak på fjorårets ØLP, med noen mindre justeringer. Nivået på investeringsrammen baserer seg på den ØLP som ble utarbeidet uten økt styringsramme for NSD for ØLP perioden 2024-2027.

Det foreslås følgende investeringsrammer for planperioden 2026-2029:

Investeringer	2026	2027	2028	2029	SUM
Eiendom	140	140	140	100	520
MTU	128	124	119	121	492
Ambulanser	23	29	29	33	113
IKT	38	20	37	38	133
Annet	53	53	53	53	211
SUM	383	365	377	345	1 469
ØLP i fjor	358	343	314	243	1 258
Endring fra i fjor	25	22	63	102	211

IKT investeringene er økt som følge av planlagt utrulling av IKT systemer i NSD til de øvrige sykehusene i foretaket. Dette omfatter i hovedsak mobile arbeidsflater.

Investering i eiendom øker med prisregulering BRK, i tillegg til at BRK investeringene er noe forsinket som følge av tidligere nedtak av investeringsrammene. BRK planen trekkes nå ut til 2029. Det er noen mindre justeringer av MTU. Punktet «annet» omfatter avsetning til EK innskudd pensjon som har økt i de senere årene.

Det er i tillegg satt av midler til byggvedlikehold over driftsbudsjettet:

MNOK	2026	2027	2028	2029	SUM
Sum vedlikehold over drift	103	103	103	54	363

Medisinsk teknisk utstyr

Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) i VVHF har en samlet anskaffelsesverdi på 1,5 milliarder kroner. VVHF har godt oppdaterte utstysregistre, og jobber planmessig og langsiktig for å tilby en standardisert utstyrspark som letter helsepersonellens arbeid på tvers av avdelinger og lokasjoner. ØLP 2026-2029 legger opp til investeringer på MTU for 123 millioner kroner per år, mot et behov på ca. 153 millioner kroner for planperioden. Behovene omfatter i hovedsak re-

investeringer, da det kun er planlagt mindre nyanskaffelser for å følge med teknologisk utvikling og gi økt kapasitet.

Kontinuerlig utskiftning i henhold til levetidsbetraktninger legger grunnlag for en god driftsøkonomi. Det gjelder MTU generelt, store modaliteter og flåteutskiftninger. Risikoen for akutte utskiftninger og ikke planlagt driftsstans grunnet havari på MTU har direkte konsekvens for pasientbehandlingen, og medfører ofte større uforutsette driftskostnader. Driftsstans (havari) på utstyr bør så langt som mulig unngås, også fordi leveransetiden for deler og erstatningsutstyr kan strekke seg opp mot 6 måneder, og vil ha negativ påvirkning på aktiviteten.

Alder på utstyrsparken har de siste tre år økt, men ventes å få en positiv effekt ved overtagelse ny og utvidet utstyrspark for NSD i oktober. Omtrent 70% av utstyrsverdien fra gamle Drammen Sykehus medflyttes inn i NSD. Grunnet høy alder på MTU som medflyttes vil det være et behov for å øremerke 60 millioner kroner til re-investeringer av MTU tidlig i ØLP-planperioden til NSD. Tilsvarende re-investeringsbehov på øvrige klinikker beløper seg til 295 MNOK. Samlet gir dette et årlig investeringsbehov på gjennomsnittlig 88 MNOK (295+60) for MTU i planperioden.

For store modaliteter og flåteutskiftninger er re-investeringsbehovet omtrent 64 MNOK årlig, med store variasjoner fra år til år. Behovet for utskiftning og oppgraderinger prioriteres i henhold til en sikker og effektiv pasientbehandling, driftsstabile løsninger og teknologisk utvikling.

Aktivitetsvekst, effektivisering av arbeidsprosesser gjennom teknologisk utvikling og nye behandlingsmetoder medfører behov for utvidelse eller oppgradering av MTU. Utvidelse av MTU-parken kan i noen tilfeller være mer lønnsomt enn f.eks. kveldspoliklinikk. MTU er i rask utvikling, og investering i ny og moderne teknologi vil kunne gi umiddelbare økonomiske gevinster.

Behovene overskrider det som er innarbeidet som investering i ØLP. Prioriteringer de enkelte år må vurderes nøye.

Eiendom

Bygningsmassen i Vestre Viken er fullverdiforsikret for 20,6 milliarder kroner. Byggene bærer preg av stort vedlikeholdsetterslep. Tilstandsgraden for bygningsmassen er forverret de siste par årene som følge av reduserte midler til investeringer. BRK er en plan for å innhente vedlikeholdsetterslep ved sykehusene i Bærum, Ringerike og Kongsberg, men uten ekstra midler til løpende vedlikehold klarer vi ikke å oppnå dette. Dette øker igjen risikoen for havarier og uforutsette store kostnader.

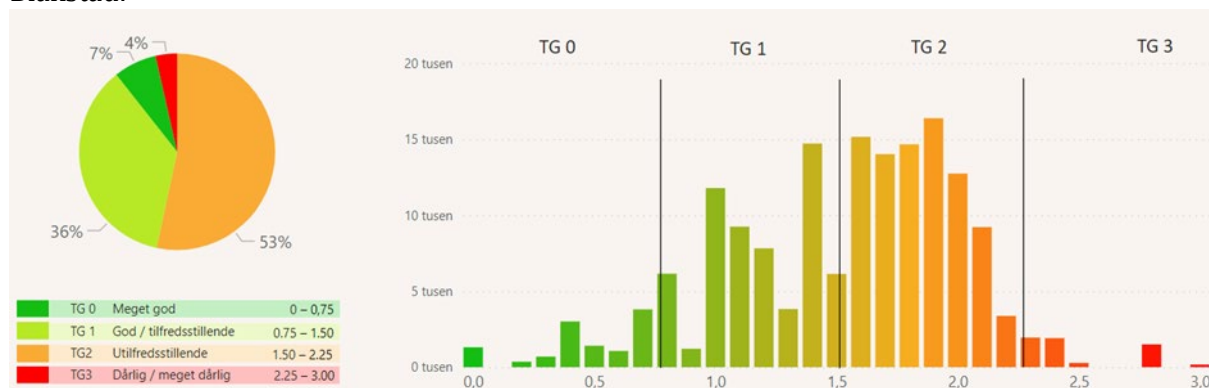
BRK-programmet omfatter innhenting av vedlikeholdsetterslep, men også utvikling av arealer i tråd med nye tjenestekonsepser. BRK tok utgangspunkt i den tekniske tilstanden, behandlingskonsepser og areal/romkapasitet i 2015, og programmet dekker ikke mer enn ca. 2/3 av arealene på Bærum, Kongsberg og Ringerike sykehus. Programmet har klart å holde vedlikeholdsetterslepet i sjakk til rundt 2022. De siste årene har etterslepet igjen økt som følge av lavere resultatoppnåelse, og derav mindre midler til investering.

I tillegg har foretaket en gammel bygningsmasse knyttet til psykiatrien. Denne gir både uhensiktsmessig drift og dårlige arbeidsforhold for de ansatte.

Tilstandskartlegging viser at 57 % av VVHF's bygningsmasse ikke fyller den overordnede målsetningen om at lokaler skal skape gode arbeidsforhold og sikre god driftsøkonomi. Dette er arealer som har dårligere tilstandsgrad (TG) enn 1,2. Blakstad og gamle Drammen sykehus er ikke medregnet, heller ikke nye Drammen sykehus. Når Blakstad og gamle Drammen sykehus

går ut av porteføljen, vil gjennomsnittlig TG bli 0,88. Dette betyr imidlertid ikke at vedlikeholdsbehovet for Bærum, Ringerike og Kongsberg blir mindre. Disse vedlikeholdes ikke tilstrekkelig til å forhindre ytterligere økning i etterslep, og dette vil fortsette gitt det planlagte investeringsnivået i ØLP-perioden.

Fordeling på de ulike tilstandsgradene følger nedenfor. Øyeblikksbilde fra 2024 uten DS og Blakstad:



Foretakets samlede vedlikeholdsetterslep for å sikre gode arbeidsarealer er beregnet til 2,3 milliarder kroner. Det vil kreve investeringer nærmere 500 MNOK per år fram mot 2040 for å hente inn igjen dette.

OBD for 2025 ber foretakene planlegge for å redusere tilstandsgradene. Investeringsnivået i ØLP burde økes med ytterligere 200 – 350 MNOK om foretaket skal levere på kravene i OBD.

Investeringer for å fullføre BRK-prosjektet er lagt i ØLP 2026-2029 som følger:

BRK prosjektet - inkl. prisstigning	2026	2027	2028	2029	SUM
BRK bygg investeringer	120	120	120	70	430
BRK bygg vedlikehold over drift	100	100	100	51	351
Oppgradering BRK totalt	220	220	220	121	781

BRK-planen videreføres med de justeringer som er omtalt tidligere år mht. prisregulering og reklassifisering mellom vedlikehold og investering. Total prisregulert ramme for BRK inkl. Bærum BUP er nå totalt 2,0 MRD.

Øvrige bygg

Det er tatt høyde for investering i overflateparkering ved nytt sykehus i Drammen og leiekostnader i årene fram mot 2030. Det er også tatt høyde for en større investering i parkeringshus som bygges i hhv 2028 og 2029. Begge byggene er tatt inn, og forutsatt finansiert med HOD-lån som løper med renter og avdrag fra slutten av 2029 og med full effekt fra 2030.

Investeringsmidlene i ØLP er ikke tilstrekkelig til å utvikle eiendom og utstyr i tråd med virksomhetens behov. I arbeidet med eiendomsplanene for blant annet PHR og PHT vil det utredes driftsmessige gevinster som kan bidra til å finansiere ytterligere utbedringer av eiendommene.

Ambulanser

Det forutsettes at investeringer i ambulanser kjøpes ved finansiell leasing. Erstatning av ambulanser følger oppdatert flåteplan, og det er i snitt lagt inn 10 nye biler til utskifting hvert år. I tillegg er det lagt inn utskifting av pasientreisebusser over en femårsperiode fra 2028.

IKT

Det er behov for ulike integrasjoner i forbindelse med oppgraderinger av gamle systemer, utskiftning til nye systemer, samt utstyr for tilpasning ved ibruktakelse av nye systemer, endrede lokaler og økt bruk av løsninger som tilbyr forbedringer f.eks. ved bruk av kunstig intelligens. Det er også et økt behov for tilpasning av app'er fra ulike aktører, utover de app'er som blir levert gjennom de regionale prosjektene. Dette vil trolig inntreffe i perioden 2026-2029, og inngår i de ordinære rutinene for prioritering innenfor eksisterende rammer.

Av nye kartlagte behov for IKT-investeringer kan nevnes kravet til "håndholdte mobile arbeidsflater" i form av rollemobiler og nettbrett med systemapp'er. For DIPS Arena, Helselogistikk og Ambulanse EPJ vil det være behov for innkjøp til ca. 8 000 samtidige brukere, noe som betyr en investeringskostnad på ca. 80 MNOK i perioden 2026-2029 slik planen ligger i dag. I tillegg ventes kostnader på ca. 110 MNOK knyttet opp mot ulike behov for lokale tilpasninger for områder som 5G, Sterilforsyning, Pasientsignalanlegg, Mobilplattform, sporing og lokalisering samt billedstyring på våre sykehus i planperioden.

Finansiering av investeringene

I hht. finansstrategien i HSØ består helseforetakenes handlingsrom for investeringer av den årlige likviditetstildelingen fra regionen og foretakets egne positive økonomiske resultater. I tillegg kommer eventuelle eiendomssalg og låneopptak fra HOD (finansstrategien pkt. 3.3). Negative økonomiske resultater kommer ikke til fratrekk, men svekker likevel foretakets bæreevne som følge av økt trekk på driftskreditt med påfølgende rentekostnader.

I hht. Finansstrategien vil VVHF ha følgende rammer for investeringer i planperioden:

Finansiering investeringer (MNOK)	2026	2027	2028	2029	SUM
Ordinære tilskudd	165	165	166	166	662
Regional likviditet til ekstraord. vedlikehold	26	0	0	0	26
Overførte midler fra tidligere år	24	0	0	0	24
Tilgjengelig likviditet	216	165	166	166	713

De faktiske investeringsbehovene overstiger investeringsforslaget i ØLP med betydelige beløp. Det foreslåtte investeringsnivået er følgelig et absolutt minimum, og innebærer likevel høy risiko for havarier med påfølgende driftsstans. Forslaget innebærer overskridelse av investeringsrammene i hht. finansstrategien som følger:

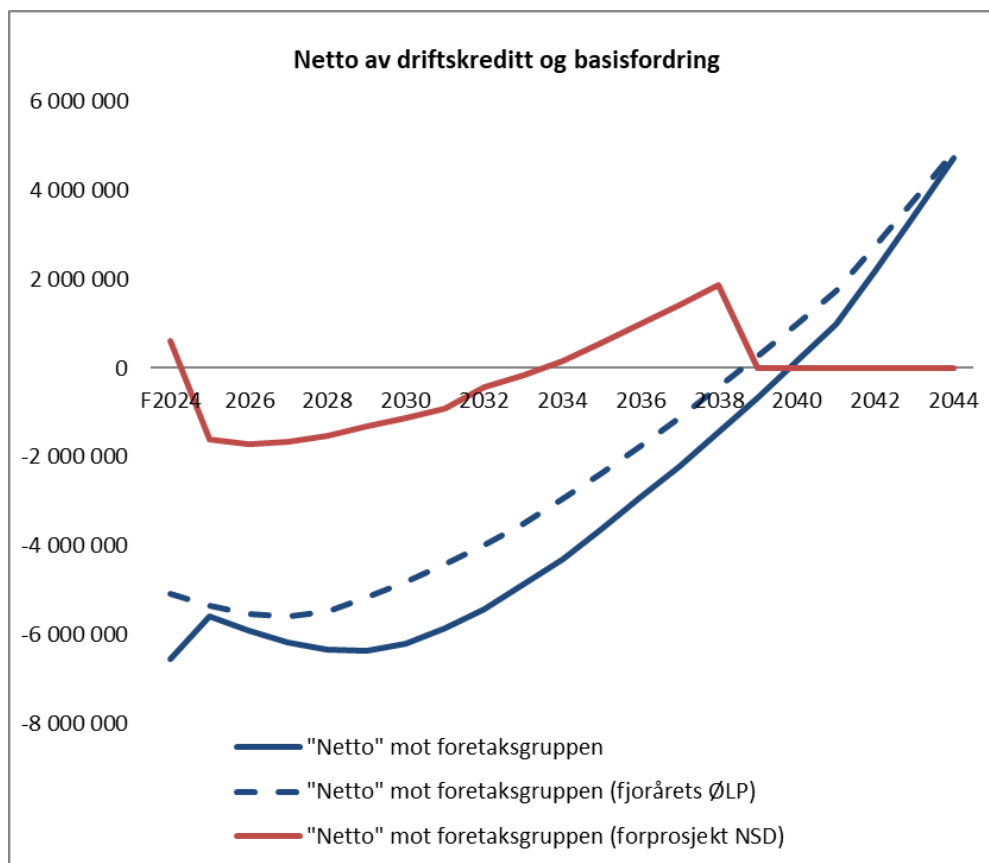
MNOK	2026	2027	2028	2029	SUM
Investeringer	383	365	377	345	1 469
Tilgjengelige midler	216	165	166	166	713
Investeringer utover "ramme"	167	199	211	179	756

Foreslått overskridelse av investeringsrammene ligger godt innenfor de beløp som relateres til endrede forutsetninger for egenfinansiering av nytt sykehus i Drammen. Dette omfatter følgende forhold:

MNOK	2025	2026	2027	2028	2029	Totalt
Økte kostnader SP O-IKT	27	113	106	98	91	436
Reduserte kostnader avskr NSD	-	-12	-12	-12	-12	-49
Økt renteforutsetning (satser)	-	80	26	35	46	187
Parkeringshus (avskrivning og finans)	-	-	-	-	39	39
Utfordring P50 vs P85 (netto uten økt rentesats)	72	119	118	116	102	527
Utfordring ex ord prisstigning	8	15	13	13	13	62
SUM	107	315	251	250	279	1 202

Likviditet

Likviditeten forverres i planperioden.

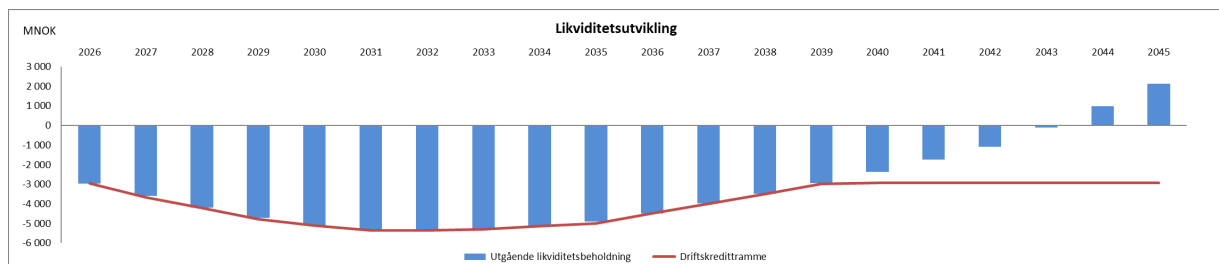


Det trekkes betydelig mer på driftskreditten i denne planperioden enn forrige. Endringen fra fjorårets ØLP henger sammen med de endringer som er redegjort for i resultatet omtalt ovenfor. I tillegg har vi også i 2024 en høyere premiebetaling på pensjon enn hva som kostnadsføres som belaster likviditeten med ca. 300 MNOK sammenlignet med forutsetningen i fjorårets ØLP. Det er videre innarbeidet investering i parkeringshus ved NSD i denne ØLP.

Den negative likviditetsutviklingen eskalerer som følge av rentekostnadene. Fra 2031 begynner kurven å snu som følge av nedbetalinger på lån og effekter av resultatforbedringer som følge av bærekraftsplanen. Først i 2041 forventer foretaket å bygge opp overskuddslikviditet.

Kravet om å dekke investeringsrammen opp til P85, medfører en økt belastning med lån på vel 1,96 MRD utover P50. I tillegg kommer renter på lånebeløpet, og den totale merbelastningen på investeringen utgjør 2,6 MRD. Årlig effekt på betalbare rentekostnader er på 86 MNOK i 2026 for deretter å falle i takt med nedbetaling på lån.

Likviditetsutviklingen i ØLP:



Inngående driftskreditramme for år 2026 (MNOK 2 923) følger av oppdatert ramme meddelt fra Helse Sør-Øst RHF per 1. mars 2025. Driftskreditrammen utvides som følge av endret pensjonskostnad- og premie i henhold til rapportert desember 2024. Likviditeten forverrer seg med driftsunderskudd og investeringer i perioden. Det er dermed behov for utvidelse av kreditrammen med 45 MNOK i 2026 og videre med hele 2,4 MRD i påfølgende år til vi når bunnen i 2032.

Det er forventet at driftskreditrammen vil endre seg i løpet av 2025 som følge av kommende planendring (ref. AFP og særaldersgrense) innenfor offentlig tjenstepensjon. På grunn av usikkerhet rundt faktisk konsekvens er det vanskelig, per nå, å si i hvilken retning dette vil gå.

Risiko

- ØLP fremlegges med et vesentlig høyere investeringsnivå enn de økonomiske resultatene gir grunnlag for. Dette innebærer et betydelig økt trekk på driftskrediten, og fremstår ikke som bærekraftig. Dersom foretaket ikke får inntektsstøtte utover den andel av investeringskostnaden i NSD som overstiger P85 vil det enten kreve nedtak av investeringene eller betydelige omstillinger utover det bærekraftsplanen legger opp til. I planperioden utgjør denne utfordringen om lag 800 MNOK, over halvparten av planlagte investeringer som allerede er vurdert som et minimumsnivå. En realisering av ytterligere besparelser vil innebære en risiko for at kvaliteten og likeverdigheten i tjenestene blir påvirket.
- Investeringer
Manglende planmessighet i investeringene og midler til investeringer øker risikoen for havarier og reduserer muligheter for utvikling.
- Tilgang på kvalifisert personell
Det er begrenset tilgang på kvalifisert personell innen enkelte personellgrupper. Behovet for helsepersonell med generalistkompetanse forventes å øke fremover, i takt med den demografiske utviklingen.
- Fremdrift og investeringer på IKT-området
Fremdrift og risiko på IKT-området rapporteres tertialvis til foretaksledelsen og styret. Risikobildet for IKT gjelder i hele Helse Sør-Øst, men blir spesielt aktualisert for VVHF på grunn av nytt sykehus i Drammen.
- Vekst innen psykiske lidelser
Det har vært en sterk vekst innenfor dette tjenesteområdet de siste årene, spesielt gjelder det barn og unge. Dersom denne veksten fortsetter vil det kunne medføre ytterligere press på økonomien, i tillegg til utfordring med tilgang på kompetanse. Veksten i ØLP er lagt på samme nivå som den generelle aktivitetsveksten. Manglende investeringsmidler til gjennomføring av PHR eiendomsplan øker risikoen.
- Vekst i bruk av bilde og lab
Det er en økende vekst i forbruket av disse tjenestene. Effektivisering og en mer riktig

bruk er en forutsetning for å håndtere dette. Manglende investeringsmidler medfører risiko for at effektiviseringen ikke skjer i takt med veksten.

- Vekst i ambulansetjenestene og pasientreiser

Veksten i ambulansetjenester og pasientreiser har tidligere år vært sterkere enn beregnet. Veksten i ambulanseoppdragene har imidlertid stabilisert seg og hatt en nedgang siste året. Tidligere politiske meldte forskriftsfesting av krav til responstider har heller ikke blitt vedtatt. For 2025 leveres fortsatt prehospitale tjenester for Asker og Bærum av OUS. Saken forventes ferdigbehandlet i HSØ høsten 2025. Dagens organisering hindrer effektiv drift og påvirker forsvarlighet som følge av redusert koordineringsmulighet på tvers av foretakets sykehus.

Overføring av virksomhet ved Martina Hansens Hospital AS til Vestre Viken HF

Overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital og Vestre Viken HF vil etter avtale med HSØ ikke innarbeides i Vestre Vikens ØLP-innspill for 2026-2029.

Fra HSØ-styresak 024-2025 Økonomisk langtidsplan 2026-2029 – planforutsetninger: *Styret godkjente i styresak 125-2024 Avtale om overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital, Martina Hansens Hospital AS, Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF, avtale om overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital, Martina Hansens Hospital AS, Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF. Partene er i avtalen enige om at overføringen tentativt finner sted 1. november 2025, og senest 1. januar 2026. Det er lagt til grunn at Vestre Viken HF ikke skal få forbigående, forsterkede økonomiske utfordringer som følge av overføringen. Det innebærer blant annet at finansieringen av virksomheten ved Martina Hansens Hospital AS videreføres i 2026, slik den er i dag. Den samlede virksomheten i Vestre Viken HF vil fra 2027 bli finansiert etter gjeldende inntektsmodell og finansieringsprinsipper i Helse Sør-Øst. Dette vil legges til grunn som en del av planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2027-2030. Eventuelle økonomiske utfordringer i forbindelse med overføringen, og behov for inntektsstøtte til Vestre Viken HF i 2026 og påfølgende år, vil bli vurdert i forbindelse med budsjett 2026 i dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF.*

MHH har i samarbeid med VVHF utarbeidet en prognose for forventet resultatutvikling og behov for investeringer de kommende årene. Basert på de kartlegginger som er foretatt har MHH et betydelig etterslep på investeringssiden både på IKT og MTU. Dersom MHH skal over på de samme IKT løsninger som VVHF, vil det være behov for større oppgraderinger de nærmeste årene. Arbeidet er påbegynt med hjelp fra Sykehuspartner, og styres i et prosjekt ledet av HSØ ved Rune Simensen. VVHF har pt. ikke tilstrekkelig innsikt i omfang. Når dette foreligger, må investeringsbehovene justeres.

Prognosen for driftsresultat for årene 2026 – 2029 forutsetter en viss oppgradering av IKT og MTU. I tillegg er det lagt til grunn at virksomheten får investeringsstøtte i 2025 for å utvikle arealene slik at leie av kontorbygninger fra stiftelsen ikke blir nødvendig. Likeledes at det heller ikke blir nødvendig å erstatte brakkeriggen som per i dag ikke er godkjent for bruk.

Prognosen for driftsresultat legger til grunn at virksomheten kan gå i balanse ved utgangen av 2029, fra et underskudd i 2025 på 20 MNOK. Dette forutsetter realisering av synergier som følge av sammenslåingen. Videre er det lagt til grunn en produktivitetsforbedring, ved at driftspersonell ikke økes i takt med vekst i pasientbehandlinger. Det er forventet besparelser på varekostnader som følge av overgang til regionale avtaler. Bortfall av rentekostnader på lån utgjør 7 MNOK av resultatforbedringen. Bortfall av revisjons-, regnskaps- og eierkostnader til SMHH utgjør om lag 2,5 MNOK i besparelser.

Det er ikke tatt høyde for økte kostnader til Sykehuspartner som følge av nye IKT løsninger, men dette er estimert i investeringsbehovene.

På investeringsområdet er det forventet betydelige behov de nærmeste årene som følge av IKT og oppgraderinger av dagens utstyrspark. I tillegg kommer ønsket om å utvikle kontorarealene for å unngå fremtidige leiekostnader, og erstatning av paviljongen. Samlet er det estimert investeringsbehov på 150 MNOK i planperioden. Det er i dette ikke lagt inn forutsetning om utbygging av skallarealene.

Det presiseres at utvikling på bemanningssiden forutsetter at årsverk kan fristilles ved naturlig avgang. Det er forventet effekter av samordning av ortopedi- og revmatologiområdet. Dette er foreløpig ikke utredet.

Det vil være nødvendig med ekstraordinær inntektsstøtte fra HSØ for å møte negative årsresultater inntil gevinster er realisert, samt støtte til investeringer for å sikre at overtakelsen ikke påfører VVHF økonomiske utfordringer.

Administrerende direktørs vurdering

Økonomisk langtidsplan (ØLP) er utarbeidet som en videreføring av dagens virksomhet, og bygger på fjorårets ØLP, kun justert for kjente endringer. Som i fjor er det lagt frem en ØLP som har et investeringsnivå som overstiger den likviditet foretaket ifølge finansstrategien i HSØ har til rådighet. Investeringsnivået som foreslås er allikevel et absolutt minimum av det som er forsvarlig for å kunne levere gode helsetjenester ved alle våre sykehus. Det vil fortsatt være risiko for ustabil drift som følge av uforutsette havarier. Vi vil ikke kunne utføre vedlikehold av bygg i tråd med målsetningen i OBD, men vi planlegger for en videreføring av de mest kritiske prosjektene i BRK-planen

Handlingsplan for bærekraftig utvikling (Bærekraftsplanen) ble vedtatt i august 2023 for årene 2024, 2025 og 2026. Den ble oppdatert og revidert i desember 2024, og er foretakets viktigste planverk for å styre utviklingen i ønsket retning. Det jobbes nå med en 3.0-versjon. Planen skisserer en driftsforbedring på 587 MNOK i perioden 2024 – 2029.

I sitt vedtak i sak 008-2023, Vestre Viken – Revidert styringsramme for Nytt Sykehus i Drammen, sier HSØ at Vestre Viken HF skal sikres evne til å levere gode og likeverdige helsetjenester også fremover i tid.

VVHF vil ha behov for økonomisk støtte for å kompensere for de betydelige ekstra kostnadene som byggeprosjektet har medført. Det er tidligere redegjort for at dette skyldes forhold utenfor VVHF sin kontroll.

Overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital og Vestre Viken HF vil etter avtale med HSØ ikke innarbeides i Vestre Vikens ØLP for 2026-2029.

Det vil være nødvendig med støtte fra HSØ for å møte negative årsresultater i en periode inntil gevinster er realisert, samt til investeringer for å sikre at overtakelsen ikke påfører VVHF ytterligere økonomiske utfordringer.

Administrerende direktør tilrår styret å vedta resultatmålene og investeringsrammene for planperioden, med forbehold om behandling og vedtak i HSØ sitt styremøte 22. juni 2025.

Helse Sør-Øst RHF
Postmottak

Dato: 06.05.2025
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad
Direkte telefon: 95760383
Vår referanse:

Søknad om ekstraordinær inntektsstøtte til investeringer

Bakgrunn

Bærekraftsanalysen som ble foretatt i 2019 da beslutningen om å bygge nytt sykehus i Drammen ble fattet, viste at investeringen krevde at hele foretaket samlet måtte stille seg bak byggingen av et nytt Drammen sykehus. Vurdering av økonomisk bærekraft la til grunn en investering tilsvarende P50 estimatet for byggeprosjektet. Det ble konstatert at foretaket samlet, med knapp margin, ville evne å bære investeringen. Det ble laget en plan som også omfattet vedlikehold og utvikling av sykehusene i Bærum, Ringerike og Kongsberg. Dette innebar betydelige resultatkrav for Vestre Viken HF, noe som ble påpekt i vedtaket om å starte byggingen, jf. sak 2/2019 i VVHF og sak 017-2019 i HSØ. Byggeprosjektet styres av HSØ og gjennomføres av Sykehusbygg.

Kostnadsrammen for nytt sykehus i Drammen er betydelig økt i forhold til 2019, hovedsakelig på grunn av omstendigheter som ligger utenfor Vestre Vikens kontroll. Dette er gjort rede for i styresak 067-2023 i HSØ. Den samme styresaken beskriver prinsippene for risikodeling. Det ble besluttet at HSØ ville yte en inntektsstøtte for den delen av investeringskostnaden som overstiger P85-estimatet. Konsekvensen av dette er at VVHF er forutsatt å bære en investering som er vesentlig høyere enn det bærekraftsanalysen la til grunn.

Resultatutviklingen i foretaket er etter dette ikke i samsvar med forutsetningene den gangen. Pandemien og følgene av denne har medført behov for betydelige resultatforbedringer. VVHF utarbeidet derfor i 2023 en langsiktig plan for bærekraftig utvikling. Over perioden 2024 – 2029 er denne forutsatt å gi en driftsforbedring på nesten 600 MNOK. Dette er allikevel ikke tilstrekkelig for å sikre foretaket økonomi til nødvendige investeringer. HSØ har også gjennom årets OBD bedt foretakene om å utarbeide planer for å redusere tilstandsgradene ved bygningsmassene. For VVHF innebærer dette et vesentlig løft på investeringsrammene.

I sitt vedtak i sak 008-2023, Vestre Viken – Revidert styringsramme for Nytt Sykehus i Drammen, sier HSØ at Vestre Viken HF skal sikres evne til å levere gode og likeverdige helsetjenester også fremover i tid.

Det vises til fjorårets behandling av ØLP, sak 56/2024 i VVHFs styre, vedtak pkt. 2: *Styret konstaterer at fremlagte økonomiske langtidsplan ikke er bærekraftig. Planforutsetningen fra Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at Vestre Viken HF skal bære en investeringskostnad tilsvarende P85. Dette er en endret forutsetning fra da beslutningen om bygging av nytt sykehus i Drammen ble tatt i 2019. Premissene for vurdering av økonomiske bærekraft var da basert på styringsrammen for prosjektet tilsvarende P50.*

Styret viser til vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 008-2023, pkt. 4: «Styret vil gjennom økonomisk langtidsplan og de årlige budsjettene, følge opp slik at de økonomiske konsekvensene av økt styringsramme for Nytt sykehus i Drammen ikke blir til hinder for at Vestre Viken HF kan fortsette å levere gode helsetjenester.» Styret ber administrerende direktør, sammen med styrets leder og nestleder, ta initiativ til en

videre dialog med Helse Sør-Øst RHF om en forutsigbar og langsiktig inntektsstøtte også for den del av investeringen som er mellom P85 og P50. Dette vil sikre at foretaket kan levere forsvarlige og likeverdige helsetjenester til befolkningen i vårt opptaksområde.

Fra styrets behandling av sak 32/2025 har vi følgende fra protokoll og vedtak:

Beslutning i HSØ om at helseforetakene selv må være ansvarlig for byggekostnaden for nytt sykehus i Drammen til P85 medfører endrede forutsetninger for foretakets vurdering av økonomisk bærekraft ved investeringen. Beslutningen om å igangsette prosjektet i 2019 var basert på at foretaket ville bære investeringskostnaden til P50. Dette medfører en økt investeringskostnad på 1,9 MRD. HSØ har innvilget inntektsstøtte for den delen som overstiger P85, og som er knyttet til eksogene forhold som har rammet byggeprosjektet.

Det konstateres at foretaket ikke vil være i stand til å gjennomføre nødvendige investeringer uten ekstraordinær inntektsstøtte fra HSØ. Det vises i den anledning til vedtak i HSØ styret i juni 2023, sak 008-2023, der styret presiserte at økt styringsramme for Nytt sykehus i Drammen ikke må bli til hinder for at Vestre Viken HF kan fortsette å levere gode og likeverdige helsetjenester. Det vil av den grunn fremlegges en søknad til HSØ om økonomisk støtte for å sikre en forsvarlig drift, samtidig som investeringer i utstyr og bygg og nødvendig vedlikehold kan gjennomføres.

Styret ønsker at nødvendige avklaringer med HSØ foreligger før styret skal fastsette økonomisk langtidsplan i mai 2025. Administrerende direktør følger opp saken i oppfølgingsmøte med HSØ den 4. april 2025.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar fremlagte forutsetninger for utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør innlede dialog med HSØ om ekstra inntektsstøtte for å kunne foreta nødvendige investeringer i planperioden og sikre langsiktig bærekraft i VVHF.

Søknadsgrunnlag

HSØ har i sin finansstrategi gitt føringer om at foretakenes investeringer skal tilpasses årlig rammetildeling og eventuelt suppleres med foretakets oppbygging av positive resultater. VVHF går etter innflytting i nytt sykehus inn en periode med negative resultater som følge av avskrivninger og finanskostnader knyttet til investeringer.

Foretaket har hatt oppsparte midler fra tidligere års resultater til å dekke investeringsbehov i 2025 og en mindre del også i 2026. Deretter tilføres ingen midler som følge av negative resultater over en lengre periode.

I hht. Finansstrategien vil VVHF ha følgende rammer for investeringer i planperioden:

Finansiering investeringer	2026	2027	2028	2029	Total
Ordinære tilskudd	165 184	165 314	165 721	166 127	662 345
Regional likviditet til ekstraord. Vedlikehold	26 316	0	0	0	26 316
Overførte midler fra tidligere år	24 211	0	0	0	24 211
Tilgjengelig likviditet	215 710	165 314	165 721	166 127	712 871

Det er foreslått følgende investeringsrammer for ØLP for perioden 2026 – 2029:

Investeringer	2026	2027	2028	2029	SUM
Eiendom	140	140	140	100	520
MTU	128	124	119	121	492
Ambulanser	23	29	29	33	113
IKT	38	20	37	38	133
Annet	53	53	53	53	211
Investeringer	383	365	377	345	1 469
ØLP i fjor	358	343	314	243	1 258
Endring fra i fjor	25	22	63	102	211

Investeringer er justert med nye kjente forhold. IKT er i hovedsak mobile flater som kommer inn sammen med nytt sykehus i Drammen, og rulles ut videre til de andre sykehusene.

Bygg justeres hovedsakelig på BRK. BRK er delvis forsinket og øker noe med årlig prisjustering, og dette drar seg da inn i 2029. MTU har noen mindre justeringer, men som omtalt nedenfor er det ikke tilstrekkelig for å dekke reelle behov. Punktet «annet» omfatter avsetning til EK innskudd pensjon som har økt i de senere årene.

Innholdet i investeringsplanen og redegjørelse for dette følger av oversendte kommentarer til Økonomisk langtidsplan, sendt HSØ per epost fra Merete Bjørkenes 22.4.2025, og oppdatert i forsendelser hhv. 30.4.2025 og 6.5.2025. Begrunnelsen for investeringsbehovene gjengis derfor ikke her.

De faktiske investeringsbehovene overstiger investeringsforslaget i ØLP med betydelige beløp. Om foretaket skal evne å redusere tilstandsgradene på bygg, og i tillegg kunne utvikle bygningsmassen i tråd med utviklingsbehovene i driften, burde investeringsnivået lagt vesentlig høyere, anslagsvis med 250-300 MNOK pr. år.

Det foreslåtte investeringsnivået er følgelig et absolutt minimum og innebærer høy risiko for havarier med påfølgende driftsstans.

Foretaket anbefaler følgelig å iverksette investeringer i planperioden som overstiger investeringsrammene i hht. finansstrategien:

ØLP 2026-2029	2026	2027	2028	2029	SUM
Investeringer	383	365	377	345	1 469
Tilgjengelige midler	216	165	166	166	713
Investeringer utover "ramme"	167	199	211	179	756

VVHF er innforstått med at vi ikke er i en unik situasjon. De fleste helseforetak har strevd med resultatutviklingen under og etter pandemien og nærmest ingen HF klarer å opprettholde verdiene på byggmassene. VVHF mener likevel at vi er utsatt for høyst uforutsette endringer i forutsetningen om egen finansiering av nytt sykehus. Dette omfatter følgende forhold som samlet overstiger investeringsplanene utover "rammen":

	2025	2026	2027	2028	2029	Totalt
Økte kostnader SP O-IKT	27 332	113 280	105 863	98 447	91 030	435 953
Reduserte kostnader avskr NSD		-12 349	-12 349	-12 349	-12 349	-49 395
Økt renteforutsetning (satser)		80 192	26 068	34 729	46 036	187 025
Parkeringshus (avskrivning og finans)					39 223	39 223
Utfordring P50 vs P85 (netto uten økt rentesats)	72 320	118 820	117 655	115 960	102 085	526 840
Utfordring ex ord prisstigning	7 824	14 834	13 408	13 185	13 005	62 255
SUM	107 476	314 777	250 645	249 973	279 030	1 201 901

VVHF søker derfor om ekstraordinær investeringsstøtte for å unngå store økte belastninger på driftskreditten med påfølgende økte rentekostnader.

For å sikre forutsigbarhet og mulighet til langtidsplanlegging er det svært ønskelig at HSØ behandler søknaden for hele planperioden og ikke kun det enkelte budsjettår. VVHF vil parallelt jobbe videre med bærekraftsplanen for å sikre videre resultatforbedringer og er innforstått med at eventuelle mergevinster ved salg av Drammen og Blakstad sykehus skal gå til finansiering av NSD. Det åpnes derfor for justering av fremtidig inntektsstøtte om forutsetningene endrer seg.

Vennlig hilsen
Vestre Viken HF

Lisbeth Sommervoll
Administrerende direktør

VESTRE VIKEN HF
Postboks 800
3004 DRAMMENVår referanse:
13/00182-133Deres referanse:
24/12747Dato:
14.05.2025Saksbehandler:
Line Alfarrustad

Søknad om ekstraordinær inntektsstøtte til investeringer

Det vises til henvendelse fra Vestre Viken HF av 6. mai, og dialog i oppfølgingsmøtet påfølgende dag. Vurderingene nedenfor er diskutert med styreleder i Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn styrets vedtak i sak 062-2024 om at «..... ikke skal bli til hinder for at helseforetaket kan fortsette å levere gode og likeverdig helsetjenester.» Helseforetaket er tidligere tildelt planmessig inntektsstøtte for den delen av forventet sluttkostnad for nytt sykehus i Drammen som går utover kostnadsrammen og skyldes eksogene sjokk, og i tillegg til dekning av uforutsette kostnader som er håndtert utenfor styringsrammen. Det vises i den sammenheng til sak 062-2024. Den planmessige inntektsstøtten har en verdi på om lag 1,8 milliarder kroner slik den er beregnet som forutsetning i planforutsetningene til årets økonomiske langtidsplan, sak 024-2025.

Vestre Viken HF må bære kapitalkostnadene som følge av endelig sluttkostnad for nytt sykehus i Drammen. Dette vil kreve omstilling av driften, og streng prioritering av investeringer.

Nytt sykehus i Drammen tas etter planen i bruk høsten 2025. Helse Sør-Øst RHF vil vurdere eventuelt behov for ytterligere, ekstraordinær inntektsstøtte inn mot budsjett 2026. I arbeidet med økonomisk langtidsplan kan det imidlertid ikke forutsettes slik inntektsstøtte. Likviditetseffekten av et budsjettert negativt resultat i 2026 og kommende år vil bli finansiert ved utvidelse av helseforetakets driftskreditt. Trekk på driftskreditt må påregnes nedbetalt på et senere tidspunkt. Dette vil avtales nærmere med helseforetaket.

Med nytt sykehus i Drammen følger en betydelig mengde nytt medisinskteknisk utstyr (MTU), og om lag 50 prosent av helseforetakets tilstandsgrad 2 og 3 for eiendom bortfaller. Dette reduserer behovet for nye investeringer de nærmeste årene. Vestre

Viken HF har allerede i dag en av de laveste snittaldrene for MTU i Helse Sør-Øst. Det vil likevel fortsatt være behov for investeringer i virksomheten, og da spesielt ved øvrige somatiske lokasjoner. Bæreevne for nytt sykehus i Drammen krever også streng prioritering av investeringer. Investeringer finansieres gjennom den konserninterne lånemodellen, hvor Vestre Viken HF etter at nytt sykehus tas i bruk vil ha en forventet saldo på om lag 2,7 milliarder kroner i basisgjeld til Helse Sør-Øst RHF. Som planforutsetning for økonomisk langtidsplan skal Vestre Viken HF legge til grunn at nødvendige investeringer må prioriteres innenfor årlig tildeling av lokal investeringslikviditet. Tilsvarende skal helseforetaket legge samme tilførsel av investeringslikviditet til grunn for arbeid med budsjett 2026, om lag 192 millioner kroner. I forbindelse med budsjett 2026 vil det være dialog med det regionale helseforetaket om det endelige investeringsnivået. Helse Sør-Øst RHF har ikke tidligere slik vi kjenner til, gitt inntektsstøtte direkte til investeringer, og det vurderes som lite aktuelt.

Avslutningsvis viser Helse Sør-Øst RHF for ordens skyld til vedtak i sak 096-2022 *Vestre Viken HF – Avhending av Blakstad sykehus*, hvor det fremgår at eventuelle økte salgsinntekter fra avhending av Blakstad utover forutsetningene på det tidspunktet skal gå til finansiering av nytt sykehus i Drammen. Dette vil dermed bidra til redusert behov for kostnadstilpasning fra endelig sluttkostnad.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Terje Rootwelt
administrerende direktør

Line Alfarrustad
økonomi og finansdirektør

Dato: 15. mai 2025
Saksbehandler: Morten Asker
Støldal

Saksfremlegg

Klinisk ibruktakelse av nytt sykehus i Drammen

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i VVHF	47/2025	22.5.25

Forslag til vedtak

1. Styret vedtar klinisk ibruktakelse for psykisk helse og rus 24. august 2025
2. Styret vedtar å holde plan om full klinisk ibruktakelse av nytt sykehus i Drammen 5. oktober.
3. Styret bes om å få en gjennomgang av fremdrift og risiko i alle møter frem til full klinisk ibruktakelse

Drammen 15. mai 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Styret i HSØ godkjente i sak 017-2019 forprosjektrapporten for nytt sykehus i Drammen og forutsatte åpning før sommeren 2025. På grunn av fremdriftsutfordringer godkjente det samme styret i sak 008-2023 den replanlagte fremdriftsplanen som innebar trinnvis ibruktakelse av det nye sykehuset i perioden mai til oktober 2025.

I styresak 32/2024 besluttet styret i Vestre Viken å redusere til to kliniske ibruktakelser for å redusere økonomiske konsekvenser og risiko forbundet med pasientsikkerhet ved klinisk ibruktakelse av nytt sykehus i Drammen. I styresak 31/2025 støttet styret at Klinikken for psykisk helse og rus gjennomfører klinisk ibruktakelse uavhengig av status for somatikken. I saken er de to KIBene derfor vurdert hver for seg.

Mottaksprosjektet i Vestre Viken har gjort en samlet vurdering av parathet (i hvilken grad vi er klare for innflytting og sikker drift) for KIB 1 og KIB 2. Til grunn for denne vurderingen ligger følgende dokumentasjon:

- Parathetsvurderinger med alle klinikker
- Gjennomgang av status og risiko fra alle fagområder i prosjektorganisasjonen
- Helhetlig vurdering av byggeprosjektets status og risiko (vedlegg)
- Samlet plan rapport for april 2025 (vedlegg)
- Klinikkenes statusrapportering for april 2025
- Statusgjennomgang etter eierskifter
- Befaringer og romsjekker av områder som ikke er overtatt
- Parathetslogg fra parathetsmøter med alle aktører

Saksutredning

KIB 1

Bygg, utstyr og IKT

Det er Prosjekt Nytt Sykehus i Drammen (PNSD) som har ansvar for at bygget leveres med all funksjonalitet til planlagt dato. PNSD har gjennomført en helhetlig vurdering av bygg, IKT og utstyr som de har ansvar for. PNSD har pr 14. mai ikke identifisert kritiske feil som gjør at Vestre Viken ikke kan ta i bruk bygget som planlagt for KIB 1. Det er lagt plan for å lukke restanser og avvik. PNSD vurderer videre at alle oppgaver de har ansvar for, vil bli utført i henhold til plan. Utstyrsleveranser som Vestre Viken har ansvar for er i henhold til plan.

Det er fortsatt noe feil i helselogistikk-løsningen. For KIB 1 er det særlig overfallsalarm som er kritisk. Det gjennomføres kontinuerlig testing og feilretting og det anses som svært sannsynlig at denne løsningen vil fungere som planlagt ved KIB.

Klinikk for psykisk helse og rus

Alle avdelinger og seksjoner rapporterer at de pr i 13.5 er parate til klinisk ibruktakelse som planlagt. Seksjon for rusakutt har noen uavklarte momenter knyttet til organisering og drift, men PHR har lagt gode planer for å ivareta dette.

Klinikk for Intern service

Alle seksjoner og avdelinger rapporterer at de er parate til å ivareta sine områder og levere tjenester til KIB 1. Det er områder som pr i dag avviker fra plan. Dersom ikke alle driftstekniske løsninger leveres som forventet, vil likevel KIS kunne levere alle tjenester og sikre drift, men det vil få konsekvenser i form av økte personalkostnader og mindre effektiv drift. Det er noe usikkerhet rundt matlogistikk (fra produksjon til utlevering til pasient) som må testes for å gi trygghet før oppstart.

Prosjektdirektørs samlede vurdering KIB 1

Mottaksprosjektet jobber etter fire overordnede målsetninger. Tabellen under viser prosjektdirektørs vurdering av status pr i dag for disse.

Trygg og sikker innflytting 24.8. 2025	
God pasientsikkerhet før, under og etter flytting	
Gjenoppretting av full drift innen 14 dager	
Ansatte som er trygge og godt forberedt på jobb første dag i nytt sykehus	

Prosjektdirektør mener det overordnet sett er fremdrift og kontroll frem mot KIB 1. Det er fortsatt gjenstående arbeid i perioden frem til august, men det er gode planer for dette. Klinikken rapporterer at det er krevende å gjennomføre opplæring parallelt med drift. Det er viktig at dette prioriteres i tiden fremover slik at vi ikke får et etterslep på dette området. Det er lagt til rette for ekstra opplæringsdager etter ønske fra PHR.

Helselogistikk er fortsatt under utvikling. For KIB 1 er det særlig overfallsalarm som er kritisk og som skal leveres via dette systemet. Tester den siste perioden har avdekket feil som har blitt rettet. Det er i uke 20 gjennomført test av ytelse og kapasitet for helselogistikk. Etter feilretting og justeringer, viser disse testene at funksjonalitet og ytelse er på vei til å stabiliseres på et nivå som gir trygghet for klinisk drift. Det er noe funksjonalitet som i dag mangler i pasienttavlene fra helselogistikk. Dette er informasjon knyttet til pasienter som er viktige for PHR. Dersom funksjonaliteten ikke kommer på plass, kan dette skape mer tungvinte prosesser for å ivareta pasientsikkerhet. Det er det regionale prosjektet for helselogistikk som beslutter dette.

Det er mange nye systemer og funksjoner i nytt sykehus som tas i bruk ved KIB 1. Det gjelder for eksempel AGV, rørpost og matproduksjon. Klinikken gjennomfører opplæring og deltar i testing for å forberede seg på dette, men det må forventes at det kan oppstå utfordringer. Imidlertid anses dette ikke å være en risiko for innflytting og drift.

KIB 2

Bygg, utstyr og IKT

Prosjekt Nytt Sykehus i Drammen (PNSD) har gjennomført en helhetlig vurdering av bygg, IKT og utstyr som de har ansvar for. PNSD har pr d.d. ikke identifisert kritiske feil som gjør at Vestre Viken ikke kan ta i bruk bygget som planlagt for KIB 1. De vurderer videre at alle oppgaver de har ansvar for, vil bli utført i henhold til plan. Vestre Viken har vært særlig oppmerksomme på restanser og avvik frem mot siste eierskifte. PNSD rapporterer at de har gode planer for dette. Utstyrsleveranser som Vestre Viken har ansvar for er i henhold til plan.

Det har vært byggetekniske utfordringer på flere områder i arealer som inngår i KIB 2. Dette er knyttet til f.eks. ventilasjon, rørpost, RO-vann (kritisk for drift av sterilsentral og analysehall), AGV og dører. Det har vært forsinkelser på flere av disse områdene som har medført utsatte tester. Vestre Viken opplever at byggeprosjektet jobber effektivt og systematisk for å lukke avvik og rette feil.

IKT-området er svært omfattende og komplekst for den somatiske delen av driften i nytt sykehus. Det er særlig viktig at nettverksløsninger er stabile slik at pasientovervåking og telemetri fungerer uten opphold. Det er også avgjørende at kritiske alarmer og varslinger fungerer. Det gjennomføres svært hyppige og omfattende tester for å verifisere både funksjonalitet og ytelse på disse tjenestene. Det ble den 14. mai gjennomført kapasitetstest av

helselogistikk-løsningen med positivt resultat. Likevel er det viktig at det gjøres ytterligere tester og at løsninger også verifiseres i produksjonsmiljø

Klinikk Drammen sykehus

Alle avdelinger rapporterer at de er klare for innflytting. Klinikken rapporterer bekymringer for tilstrekkelig tid til opplæring, særskilt i kritiske funksjoner som sterilsentral og akuttsløyfe. Det er derfor utarbeidet en plan for å gi ansatte innenfor disse områdene mer trening og simulering. Det meldes også bekymring for helselogistikk og bruk av tjenestetelefon. Det settes opp flere arenaer og muligheter for opplæring i tjenestetelefon.

Klinikk for medisinsk diagnostikk

Alle avdelinger rapporterer at de er klare for innflytting.

Klinikken skal ta i bruk en ny løsning for innsjekk og betaling for pasienter. Denne løsningen er forsinket og fortsatt ikke levert. Hvis den ikke leveres i tide til KIB, må det gjøres midlertidige endringer i bygget og driften vil bli, mer kostbar og mindre effektiv. Avd for laboratoriemedisin melder bekymring for belastning på egne ansatte. Avdelingen bistår PNSD med validering av utstyr, de har mye nytt utstyr som krever mye opplæring samtidig som de skal opprettholde drift.

Status klinikk for Intern service

Alle avdelinger rapporterer at de er klare for KIB 2. For portørtjenesten og renhold skal det tas i bruk nye systemer (via helselogistikk) for å motta oppdrag. Fordi disse systemene er forsinket, skaper dette forsinkelser i opplæringsløp for ansatte.

Prosjektdirektørs samlede vurdering KIB 2

Sett opp mot målsetning om trygg og sikker innflytting 5.8.2025	
God pasientsikkerhet før, under og etter flytting	
Gjenoppretting av full drift innen 14 dager	
Ansatte som er trygge og godt forberedt på jobb første dag i nytt sykehus	

Prosjektdirektør mener det overordnet sett er fremdrift og kontroll som gjør at det er tilrådelig å planlegge for klinisk ibruktakelse 5. oktober 2025. Vestre Vikens målsetning om gjenoppretting av full drift innen 14 dager er ambisiøs, men erfaring fra andre byggeprosjekter viser viktigheten av å komme opp i normal drift med normal bemanning så raskt som mulig. Klinikken har derfor planlagt for rask gjenoppretting. Imidlertid er det summen av alt som skal gjennomføres i den første tiden etter innflytting svært omfattende. Selv om ansatte har fått nødvendig opplæring og alle systemer fungerer som de skal, så må det forventes at det inntreffer hendelser som påvirker og hemmer driften i den første tiden. Det er også for Drammen sykehus krevende å sikre tilstrekkelig tid til opplæring parallelt med daglig drift. Dette er særlig viktig innenfor kritiske områder som sterilsentral, operasjon og akutt. Det legges egne planer for å sikre dette. Den nevnte usikkerheten med løsning for innsjekk av pasienter til bilde, er også medvirkende til at denne vurderes til gul.

I likhet med KIB 1, er det også for KIB 2, størst usikkerhet knyttet til IKT. Dette fordi IKT griper inn i, eller har grensesnitt til nesten alle områder som er kritiske for drift og pasientbehandling. IKT er dermed også en faktor som må hensyntas i alle andre områder. NSD er «rammet» av manglende ferdigstilling av regionale IKT-prosjekter, f.eks. Helselogistikk og modernisert nett (MONET). Dette har endret store deler av NSD fra å være et prosjekt som mottar ferdigutviklede regionale løsninger til et utviklingsprosjekt, noe som skaper større usikkerhet enn opprinnelig planlagt. Vestre Viken opplever at situasjonen tas på alvor av Helse Sør-Øst og Sykehuspartner

og at NSD gis prioritet. Det er viktig at dette fortsetter helt frem til driften i nytt sykehus er stabil.

Flytting av pasienter og utstyr

Flytting av pasienter og utstyr er et område der prosjektet mener det er god kontroll og oversikt. Flytting av kritisk MTU er svært godt planlagt i samarbeid med klinikker, HCR og leverandører. Det samme gjelder flytting av pasienter som planlegges i samarbeid med klinikker, HCR, politi og andre. Det utarbeides en egen plan for oppstartsstøtte for begge KIBene. Dette er en midlertidig organisasjon som skal støtte klinikkene i ukene før, under og etter innflytting med spisskompetanse på alle områder i prosjektet. Dette skal bidra til å redusere risiko ved at det skal være kort vei fra opplevd problem til løsning. Denne organisasjonen vil være i drift 24/7 i ukene før og etter KIB.

Restrisiko

Prosjekt nytt sykehus i Drammen er svært omfattende og komplekst og har derfor også en omfattende risikoprofil. Deler av risikoen skyldes avhengigheter mellom områder og leveranser, andre deler skyldes forsinkelser som skaper eller kan skape dominoeffekter. Det er også slik at store deler av prosjektet har planlagt aktivitet i tiden frem mot innflytting som det kan hefte risiko ved. Til tross for omfattende planer, koordinering mellom områder og risikoreduserende tiltak, så vil det alltid være en restrisiko tilstede. Prosjektdirektør mener planverket, fremdriften som vises og klinikkens parathet, gjør at restrisikoen er akseptabel.

Stor stå-på vilje, men høy belastning

Avslutningsvis vil prosjektdirektør bemerke at det er imponerende å se hvilken innsats som legges ned av alle involverte parter for at prosjektet skal lykkes, både fra Vestre Viken og byggherresiden. Klinikken skal samtidig sikre at driften ivaretas hele døgnet hele uken. Dette krever mye av både ledere og medarbeidere. Det er viktig å være bevisst den risikoen det kan utgjøre.

Anbefaling

Prosjektdirektør anbefaler at det planlegges for å gjennomføre klinisk ibruktakelse for PHR og KIS den 24.8.2025.

Prosjektdirektør anbefaler at det planlegges for å gjennomføre klinisk ibruktakelse for DS og KMD den 5.10.2025.

Administrerende direktørs vurderinger

Det er gjort en grundig jobb for å vurdere parathet for å gjennomføre klinisk ibruktakelse av nytt sykehus i Drammen som planlagt. Fremdeles er det gjenstående arbeid som kan påvirke fremdriften, og utgjøre en risiko for de klinisk ibruktakelsene. Dette gjelder i særlig grad IKT-området og nødvendigheten av å sikre en mer robust og stabil nettverksinfrastruktur og plattformer for kritiske tjenester og utstyr. Det viktig at prosjektet fortsatt har høy prioritet hos Sykehuspartner både for å ferdigstille leveranser, men også for å sikre en trygg innflytting.

Basert på tilgjengelig informasjon og prosjektorganisasjonens vurdering anbefaler administrerende direktør å opprettholde gjeldende plan. Begge prosjektorganisasjonene må bidra til fremdrift og god samhandling. Det er særlig viktig å ha oppmerksomhet på forhold som kan true klinisk ibruktakelse.

Vedlegg:	1. Oppsummerende notat fra PNSD 2. Utkast til plan for oppstartsstøtte 3. Samlet planrapport april (ettersendes)
----------	--

Vedlegg til Saksframlegg

Styre:	Styret i Vestre Viken HF
Møte dato:	22.05.2025
Dok. nr.	NSD-0000-25-0019

NOTAT Status leveranser fra PNSD

Konklusjon

1. Prosjekt Nytt Sykehus i Drammen (PNSD) anbefaler styret i Vestre Viken HF å fortsette arbeidet med utgangspunkt i at klinisk ibruktakelse 1 og 2 gjennomføres den 24.08.2025 og 05.10.2025. Det er pr. d.d. ikke identifisert kritiske feil som innebærer fare for liv og helse, hverken for pasienter eller ansatte ved en ibruktakelse av bygget. Omfanget av restarbeider og avvik er moderat for de områdene som er overlevert. Det gjenstår arbeid frem til siste eierskifte den 12.08.25. Oppgavene som byggeprosjektet har ansvaret for vil bli utført i henhold til plan. PNSD vil være til stede for å sikre nødvendige tilpasninger og bistå i forbindelse med klinisk ibruktakelse 2.

Drammen, 14.05.2025

Arnstein Hodne
Prosjektdirektør

1 Bakgrunn

Bygging av nytt sykehus i Drammen (NSD) gjennomføres som et byggeprosjekt med Helse Sør-Øst RHF (HSØ) som byggherre. Det er oppnevnt et eget prosjektstyre med mandat til å gjennomføre utbyggingen og sikre trygg ibruktakelse av det nye sykehuset.

Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvaret for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 11 datterselskap. I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av privateide sykehus, etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.

Det er definert en samhandlingsstruktur, hvor Vestre Viken HF (VVHF) har ansvar for organisasjonsutvikling, opplæring, planlegging av flytting, og sikker ibruktakelse. Byggeprosjektet (PNSD) har ansvar for å bygge og utruste nytt bygg, inklusive IKT-systemer og uteområder.

2 Beskrivelse av sak

Det er i samarbeidsstrukturen for byggeprosjektet beskrevet en plan for gradvis ferdigstilling og ibruktakelse, ref. dok. *NSD-0000-Z-AA-0015 Slutfase - prioritering av funksjonsområder for tidlig klinisk drift*. I denne planen ble det avtalt flere kliniske ibruktakelser (KIB) for å redusere risiko i forbindelse med overgangen fra test til pasientbehandling. I tillegg ble noen områder definert som særlig kritiske for å sikre akutfunksjonene fra første minutt.

I henhold til avtalt fremdriftsplan er det gjennomført eierskifter for adkomstbygg, servicebygg og de tre byggene for psykisk helse og rus (PHR). Dette er areal som omfattes av klinisk ibruktakelse 1 (KIB1).

Eierskiftene ble gjennomført uten alvorlige mangler og avvik på bygningsmasse og tekniske leveranser. Etter eierskiftene har det blitt gjennomført integrerte systemtester (IST) for IKT systemer og virksomhetstester (VIT).

Tilsvarende vil det bli gjennomført eierskifte for de to poliklinikkene og halve behandlingsbygget den 26.05.25. Siste eierskifte som omfatter andre halvdel av behandlingsbygget og sengebyggene vil finne sted 12.08.25. Disse arealene omfattes av KIB2.

3 Nødvendige støttefunksjoner for å kunne starte klinisk behandling i KIB1:

Beskrivelse	Ansvar	Status
tilgang til personaltøy og garderobefasiliteter	PNSD/VVHF	OK
driftstekniske løsninger som ivaretar det nye byggets funksjoner	PNSD	OK
brannsikringsfunksjoner	PNSD	OK
arbeidsplasser og møterom	PNSD	OK
informasjons og kommunikasjonsløsninger i bygget	PNSD	OK

4 Risikovurdering relatert til KIB1

I løpet av byggeperioden er noen av de opprinnelige rammebetingelsene endret. Det var forutsatt at regionale IKT-leveranser skulle være implementert og i normal produksjon på andre sykehus med tilsvarende størrelse og kompleksitet.

Dette har ikke vært tilfelle for modernisert nettverksstruktur (MONET). Installasjonen på NSD er fullført, men det har underveis vært behov for en rekke avklaringer, som i utgangspunktet skulle vært håndtert på regionalt nivå og blitt automatisert for påfølgende installasjoner. Dette har ført til feil konfigurering i henhold til ny regional standard, med økt arbeidsmengde som resultat. Tilsvarende har det vært begrenset kapasitet i leveransekedene til sykehuspartner. Dette har gitt forsinkelser i ferdigstillelse av konfigurering av nettverket.

Byggeprosjektet er gitt fullmakt til å gjennomføre restkonfigurering av nettverkselementer. Disse feilene er rett opp og alle nødvendige oppsett for KIB1 er fullført.

En annen konsekvens av at NSD er den første fullskala installasjonen av modernisert nett, er at det stilles spørsmål ved kapasiteten i nettverket. PNSD har i samarbeid med Sykehuspartner og leverandørene gjennomført kapasitetstest av nettverket på NSD. Denne testen er todelt; agenter som overvåker trafikken i alle deler av nettverket for å avdekke om det oppstår treget eller køer i trafikken og i tillegg volumbelastning av nettverket for å simulere høy belastning.

Disse testene har pågått i en drøy uke, med en samlet kapasitetstest 12.05.25. Resultatet av testingen viser at nettverket har forventet kapasitet og ingen avvik er identifisert.

Trådløst nettverk er installert og dekningsmåling for alle områder som omhandler KIB1 er gjennomført. Erfaringene fra prøvedrift etter SAT er at trådløst nettverk er stabilt.

Tilsvarende er det installert et innendørs mobilt nettverk. Foreløpig er det kun aktivert for Telenor abonnenter. Dette vil aktiveres for Telia/ICE abonnenter i løpet av kort tid og dekning vil da bli dokumentert.

I tillegg til at MONET var forsinket, var også Helselogistikk delleveranse C (HL-C) forutsatt ibruktatt på Nye Radiumhospitalet våren 2024. Av forskjellige grunner ble ikke denne leveransen klar i tide og Nye Radiumhospitalet måtte gå for en plan B for kritiske varsler. Som følge av dette ble det i desember 2024 besluttet å overføre ansvaret for HL-C fra regionalt porteføljekontor i Sykehuspartner til PNSD. Samlokalisering og felles organisering av leveranseprosjekt for HL-C, pilotering i eksisterende sykehus, mottaksprosjekt og leverandør har gitt god fremdrift.

Løsning for kritiske alarmer og overfallsalarm er levert i henhold til funksjonelle krav. Det er utført feilretting på både leveranser fra Ascom (pasientsignal og meldingssserver) og fra Avaia (toveis talekommunikasjon) i perioden. Det er gjennomført integrerte systemtester (IST) og virksomhetstester (VIT) for områdene som omfatter PHR. Disse er godkjent. Kapasitetstest for HL-C ble gjennomført 14.05.25 med positivt resultat. Ut fra testresultatene er det ingen indikasjoner på at systemet ikke skal kunne håndtere den meldingstrafikken som et stort akuttstusykehus vil produsere.

Den andre hoveddelen av KIB1 omfatter arealer for Klinik for intern Service (KIS). Adkomstbygget ble overlevert i november 2024 og vaktsentral, resepsjonsområde og kontorarealer er ferdigstilt og tatt i bruk. De siste leveransene av audiovisuelt utstyr er gjennomført og møteromsdefinisjoner er opprettet i Outlook, slik at møterom er satt opp for fysiske og digitale møter. Møterom med tilkobling til Norsk Helsenett leveres fortløpende og

er levert for plenumssalen. I tillegg vil fire multidsiplinære rom bli utstyrt med oppkobling mot Norsk Helsenett.

Servicebygget ble overlevert i eierskifte 1, 07.04.25. Teknisk vaktsentral er konfigurert, men foreløpig ikke operativ. Sentralkjøkken er levert og prøveproduksjon av mat planlegges gjennomført i mai.

Vareforsyning for PHR er planlagt gjennomført med bruk av AGV. SAT for AGV er gjennomført for arealer som inngår i KIB1. Det var restanser knyttet til App for bestilling av oppdrag. Denne er levert til Sykehuspartner for implementering i mobil arbeidsflate og vil inngå i IST for vareforsyning, planlagt gjennomført 19.05.25.

Kjeller mellom Servicebygg og adkomstbygg og PHR er overlevert. Denne fungerer i all hovedsak som logistikkakse, men inneholder også personalgarderober. Disse er ferdigstilt. I tillegg er system for tøyutlevering levert, SAT er godkjent og IST er planlagt 21.05.25.

Restanseliste over arbeider etter eierskifte 0 og 1 er redusert til ca. 200 mindre kritisk saker. Det pågår forbedring og optimalisering av enkelte dører i byggene for PHR. Dette arbeidet vil bli fulgt opp i prøvedriftsperioden frem til KIB1.

Sykehusapoteket forutsettes å levere tjenester fra eksisterende sykehus til KIB1.

KIB1						
Forrige periode	Risiko nummer	Beskrivelse	Konsekvens	Tiltak	Frist	Vurdering
	11989	Risiko for ferdigstilling av restarbeider iht. prioriteringsplan Risiko redusert på bakgrunn av at antallet røde restanser er betydelig redusert i perioden Antall resterende oppgaver er så lavt at dette ikke representerer noen utfordring hverken for byggeprosjektet eller for mottaksorganisasjonen	Kan påvirke test og idriftsettelse negativt	Prioritere aktiviteter som kan påvirke gjennomføring av test og igangkjøring. Avtale med WHF at ikke kritiske restarbeider kan utsettes til etter eierskifte	19.05.2025	
	11990	Vestentlig ikke-utprøvd helselogistikk/mobilitetsfunksjonalitet til NSD	Sen ferdigstilling av løsningen begrenser mulighet for pilotering i eksisterende sykehus. Svært mye av funksjonaliteten styres av konfigurasjon	Gjennomføre pilotering på Drammen sykehus Prioritere omfattende opplæring av sluttbrukere Volumtest gjennomføres uke 20 for å avklare at overfallsalarm også håndterer ekstremsituasjoner.	20.05.2025	Funksjonalitet levert. Kapasitetstesting pågår.
	12477	Samtidighet mellom SAT, IST BTU og IST IKT	Høy intensitet kan føre til at ikke alle IST er ferdigstilt til eierskifte	Testing har høyeste prioritet Bistand fra RI for raskere problemløsning Koordinering av testaktiviteter på tvers av fag	26.05.2025	Alle IST BTU for KIB1 er fullført.
	11535	Manglende kvalitet og leveranser/tjenester i modernisert nett vil kunne påvirke kritiske tjenester og leveranser nødvendig for åpning av sykehuset	Forsinkelser i regional leveranse innebærer at NSD er første store installasjon med ny nettverksarkitektur Ustabilitet i leveransene kan være kritisk for liv og helse Kan true åpning av sykehuset	Etablere tett koordinering mellom byggeprosjektet, nettverksleverandør og forvaltningsorganisasjon i Sykehuspartner Utnytte prøvedriftsperioden fra eierskifte til KIB for å dokumentere stabilitet i nettverksleveransen Omfattende testing av ytelse og stabilitet, inklusive provokasjons/utfallstester av nettverket.	20.05.2025	
	11549	Manglende sammenheng i leveranser knyttet til helselogistikk, telekom og mobilitet. Økt risiko knyttet til feil på talekommunikasjonsplattform	Mindre effektive arbeidsprosesser	HL-C prosjektet er underlagt PNSD Både leveranseprosjekt, mottaksprosjekt og mobilitetsleveransen organiseres under en prosjektleder i PNSD Feilretting levert av Aways	20.05.2025	Kun leveranse av App for AGV gjenstår for KIB1. Vil bli testet 19.05.25
	12839	Dersom feil ved Checkware behandlerportal app for Skiftenheter ikke er løst innen 30.05.25 forsinkes SAT for KIB1	Manglende verktøy for oppfølging av polikliniske pasienter	Feilretting er bestilt hos leverandør. Ingen tidsplan foreligger	12.08.2025	
	12693	Få DIPS ressurser fører til manglende fremdrift testingen	Redusert fremdrift på testaktiviteter	Sette opp beredskapsplan for å erstatte personer ved sykefravær	24.08.2025	
	11844	Regional PHR leverer godkjent ROS for Hogref etter KIB1.	Tjenesten kan ikke inngå i leveransen av nytt sykehus	Det er avklart med WHF at tilgang sikres via XP PC inntil ROS er godkjent	20.05.2025	
	12270	Levering av glass til gangbro	Forsinket åpning av gangbro	Tett oppfølging av leverandør. Ny glassleverandør er kontrahert.	12.07.2025	Glassmontasje gjennomført i påskebrudd. Montasje av heis startet 12.05.25 i henhold til revidert fremdriftsplan

Tabell: Status risikoregister PNSD for KIB1

5 Kritiske funksjoner som må etableres før KIB 2

I dok. NSD-0000-Z-AA-0015 *Sluttfase - prioritering av funksjonsområder for tidlig klinisk drift* ble det identifisert kritiske funksjoner som må etableres i forkant av selve flyttingen.

De viktigste er:

Aktivitet	Dato		
	Igangkjøring og testfase U6	Gjennomføringsfase tilpasningsprosjekter U7	Klinisk prøvedrift
Ansvar	PNSD	PNSD	VVHF
Område			
Analysehall (Behandlingsbygg B)	02.01.2025	31.10.2024	01.08.2025
Farmakologi (Behandlingsbygg A)	02.01.2025	15.12.2024	19.05.2025-
Automatisert bakteriologi (Behandlingsbygg B)	06.01.2025	16.12.2024	01.08.2025
Mikrobiologi (Behandlingsbygg B)	16.12.2024	15.12.2025	12.08.2025
Genteknologi (Behandlingsbygg B)	06.01.2025	06.01.2025	12.08.2025-
Stråleterapi (Poliklinikk D)	07.10.2024	01.02.2025	19.05.2025-

Tabell: Avtalt dato for klinisk prøvedrift for spesialfunksjoner i NSD (fra DOK NSD-0000-Z-ZZ-0012-06 Rammeverk for planlegging g forberedelse til drift og Samlet Plan)

Analysehall er ferdigstilt, og innkjøringsaktiviteter har pågått siden i november. Mekanisk grensesnitt mot rørpost er testet og godkjent. IKT-grensesnitt mot rørpost vil bli testet 23.05.25. VVHF planlegger å starte analyse av pasientprøver fra primærhelsetjenesten fra 01.08.25. Dette gir en periode på to måneder med volumproduksjon som gir tilstrekkelig trygghet for at laboratorietjenester som kreves av et akutt sykehus er operative og kan levere med nødvendig kapasitet.

Ferdigstillelse av HotLab ble forsinket og først i uke 18 ble SAT for ventilasjon av rommene godkjent. Validering av rommene pågår og er planlagt ferdigstilt 23.05.25.

Ferdigstillelse av sterilsentral er forsinket. Alle instrumenter er installert og igangkjørt og testet. Verifisering av renhet i steriliseringsprosess er fullført og godkjent. Det har vært utfordringer med kommunikasjonen mellom instrumenter og sporingssystem (T-Doc). Dette har ført til at IST for operasjon er utsatt til 02.06.25. Påfølgende VIT for operasjon er planlagt til 05.06.25. Prøveproduksjon i sterilsentral med kjemikalier pågår. Dette krever ukentlig oppfølging av VVHF.

Laboratorium for farmakologi er planlagt ferdigstilt 19.05.25. Lokalene og utstyrsleveransene ble ferdigstilt i tide, men det var utfordringer med å oppfylle krav til ventilasjon av spesiallaboratoriene. SAT for ventilasjon ble godkjent 13.05.25. Arealene inngår i IST BTU som gjennomføres 15.05.25.

Analyselinje for automatisert bakteriologi ble levert i henhold til plan. Det er gjennomført SAT og volumtest med 3000 pasientprøver. Denne testen ble godkjent 19.03.25. Leveransen er på plan og sykehuset vil starte analyse av pasientprøver 01.08.25.

Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvaret for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 11 datterselskap. I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av privateide sykehus, etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.

Blodbank er ferdigstilt. Test av temperaturstabilitet på kjølerom pågår. Skade på blodplateinkubator medfører behov for utskifting av ett instrument. Leveransedato er ikke mottatt.

Oppstart patologi er planlagt til 01.08.25. Test av laboratorieventilasjon er ikke utført. Dette omfattes av eierskifte 3, med frist 12.08.25.

Utstysleveranser til KIB2-områder pågår fortsatt og vil fortsette frem til sommerferien. Dette arbeidet går etter planen og anses ikke som noen vesentlig risikofaktor.

Risikovurdering del 2

Helselogistikk:

Utplassering av utstyr pågår. Rolletelefoner er bestilt og vil utplasseres i takt med økende behov knyttet til opplæring og produksjonssetting. Konfigurasjon av testmiljø er etablert i et omfang som er nødvendig for å kunne verifisere avtalt funksjonalitet. Løsningen vil installeres i produksjonsmiljø 14.05.25 før full konfigurering legges inn.

Montasje av ladebokser er planlagt og vil gjennomføres fortløpende i samarbeid med VVHF. Volumtest pågår for å avklare at meldingsvarsler vil håndtere nødvendig kapasitet

Rørpost:

Integrasjon mot analysehall inkl. varsel til rolletelefon testes 14.05.25

Volumtest forutsetter et stort antall patroner. Disse er ikke tilgjengelig før i juni. Da vil kapasitet på rørpostsentral og tømmestasjon analysehall testes.

Probetest som sjekker for vibrasjoner og G-krefter gjennomføres i uke 22. Deretter vil testkjøring av patroner med blodprøver gjennomføres for å sikre at det ikke oppstår hemolyse.

Grensesnitt for tilgangsstyring på rørpoststasjoner er under konfigurasjon.

Radiologi:

Leveranser av radiologisk utstyr følger avtalt plan og vil fortsette til ut i juni.

Som vedlagte risikoregister viser, er det forsinkelser i leveranse av løsning for adkomstregistrering for polikliniske pasienter til radiolog. Denne løsningen vil bli levert 06.06.25.

Restanser bygg?

Adkomstbygg:

Det er avdekket behov for supplerende tiltak for å ivareta behov for konfidensielle samtaler. Dette vil bli levert innen KIB2.

Sykehusapotek:

Leveranser av innredning og utstyr er fullført, men det har vært forsinkelser i oppkobling av VLAN og tilgang for ekstern oppkobling fra leverandør. Dette er gitt høy prioritet og forventes løst i løpet av kort tid.

Oppfylling lagerrobot

Status godkjenning

Plan for midlertidig medisinforsyning pga. at medisinforsyning ikke er klar til KIB2.

Nettverk:

Det er gjennomført kapasitetstest av IKT-nettverk i uke 19 og 20. Testene har ikke avdekket noen indikasjoner på kapasitetsproblemer eller tregheter.

Det er gjennomført måling av dekning for trådløst nettverk. Dekningskart viser god dekning for områder omfattet av KIB1. Målinger pågår for å dokumentere dekning i øvrige områder. Poliklinikker og behandlingsbygg vil være ferdig dokumentert i løpet av uke 20. Sengebygg blir dokumentert i løpet av uke 22.

Infrastruktur:

Elektroforsyning: Primærforsyning er sikret fra Fjellheim. Sekundærforsyning er etablert fra Spikkestad. Test på overføring mellom primær- og sekundærforsyning er gjennomført.

Nødstrøm: Nødstrømsforsyning er etablert, utfallstester er gjennomført og Glitre Nett og Å Energi har overtatt driftsansvar.

Vannforsyning: Toveis vannforsyning er etablert og driftes av Glitre Vannverk. Prøvedrift har pågått siden overlevering.

Avløp: Ny avløpsledning er etablert og overlevert til Drammen kommune fra Brakerøya over Drammensfjorden til renseanlegget på Solumstrand.

Tilførselsveier: Tilførselsvei fra Nedre Strandgate er overlevert til Drammen kommune. Siste lag med asfalt legges 13.05.25.

Flomsikker vei er etablert over Terminalen og over Strandbrua. Denne er overlevert til Lier kommune.

Gangbro fra Brakerøya stasjon vil bli ferdigstilt 12.07.25 og sikrer kort vei fra jernbanestasjonen til NSD.

Helikopterdekk: Montasje er ferdigstilt og SAT er godkjent. Det er bestilt en mindre modifikasjon av rekkverk som vil bli levert før KIB2.

Gang- og sykkelveier: Gang- og sykkelvei på Brakerøya er etablert i henhold til krav i reguleringsplan. I tillegg er fylkeskommunal gang- og sykkelvei langs Nedre Strandgate oppgradert, blant annet med en bro over firefelts kulvert i Jacob Borchs vei.

Kulvert for gang- og sykkelvei mellom Jacob Borchs torg og Tomtegata er ikke realisert på grunn av forhøyet risiko for setninger på motorveibro. Denne sakne ligger hos Drammen kommune for videre behandling.

Sykkelparkering: Utvendige sykkelstativer er plassert foran hovedinngang. I tillegg pågår bygging av tre sykkelgarasjer langs nordfasaden.

Utearealer: Alle utearealer som kreves for å sikre trygg adkomst til NSD vil være ferdigstilt til KIB2. Det vil gjenstå noe arbeid på sydsiden av bygget, på grunn av at noen får brakker ikke blir fjernet før i oktober.

KIB2						
Forrige per	Risiko nummer	Beskrivelse	Konsekvens	Tiltak	Frist	
	11989	Risiko for ferdigstilling av restarbeider iht. prioriteringsplan Risiko redusert på bakgrunn av at antallet røde restanser er betydelig redusert i	Kan påvirke test og idriftsettelse negativt	Prioritere aktiviteter som kan påvirke gjennomføring av test og igangkjøring. Avtale med VVHF at ikke kritiske restarbeider kan utsettes til etter	12.08.2025	
	11990	Vestentlig ikke-utprøvd helselogistikk/mobilitetsfunksjonalitet til NSD Redusert risiko knyttet til at pilotering på akuttmottak er i gang	Sen ferdigstilling av løsningen begrenser mulighet for pilotering i eksisterende sykehus. Svært mye av funksjonaliteten styres av konfigurasjon	Gjennomføre pilotering på Drammen sykehus Prioritere omfattende opplæring av sluttbrukere	05.10.25	Funksjonalitet levert. Kapasitetstesting pågår.
	12477	Samtidighet mellom SAT, IST BTU og IST IKT	Høy intensitet kan føre til at ikke alle IST er ferdigstilt til eierskifte	Testing har høyeste prioritet Bistand fra RIL for raskere problemløsning Koordinering av testaktiviteter på tvers av fag	12.08.2025	Risiko reduseres på grunn av at det har vært en positiv utvikling i gjennomføring av IST, med moderat omfang av feil og hyppig retesting, men fremdeles et betydelig antall IST
	10357	Dersom det regionale helselogistikkprosjektet ikke leverer forventet funksjonalitet for NSD vil radiologi ikke ha full systemstøtte	Mer tungvindt fakturering av polikliniske undersøkelser Økt bemanningsbehov for å følge opp betaling Kødannelse ved poliklinikk	"Løfte" problemstilling hos leverandør slik at leveranse fremskyndes	01.06.2025	Betalingsløsning er testet ok. Adkomstregistrering testes 06.06.25
	11535	Manglende kvalitet og leveransertjenester i modernisert nett vil kunne påvirke kritiske tjenester og leveranser nødvendig for åpning av sykehuset	Forsinkelser i regional leveranse innebærer at NSD er første store installasjon med ny nettverksarkitektur Ustabilitet i leveransene kan være kritisk for liv og helse Kan true åpning av sykehuset	Etablere tett koordinering mellom byggeprosjektet, nettverksleverandør og forvaltningsorganisasjon i Sykehuspartner Utnytte prøvedriftsperioden fra eierskifte til KIB for å dokumentere stabilitet i nettverksleveransen Omfattende testing av ytelse og stabilitet, inklusive	12.08.2025	Leveransekjeden har kommet opp og leverer nødvendige tjenester
	11549	Manglende sammenheng i leveranser knyttet til helselogistikk, telekom og mobilitet. Økt risiko knyttet til feil på talekommunikasjonsplattform	Mindre effektive arbeidsprosesser	HL-C prosjektet er underlagt PNSD Både leveranseprosjekt, mottaksprosjekt og mobilitetsleveransen organiseres under en prosjektleder i PNSD Feilretting levert av Avaya	12.08.2025	Kun leveranse av App for AGV gjenstår for KIB1. Vil bli testet 19.05.25
	12572	Det er utfordringer med leveranse av laboratorieventilasjon fra K3601.	Kan føre til utsatt ibruktakelse av sykehuset.	Endring i design. Ombygging pågår Samlokalisering BHEntreprenør Engasjere tredjepart rådgiver	19.05.2025	SAT for Apotek og HotLab godkjent. Løpende testing

	12770	VVHF mottaksprosjekt og HL har ikke koordinert bestillingsunderlag for skjermer	Kan føre til forsinket montasje av skjermer for arbeidsflyt	Purre på leveranse av bestillingsunderlag		
	12690	Risiko for manglende nettverk for bildestyring	Kan føre til forsinkelse i gjennomføring av IST for operasjon	Purre på leveransr fra Løsningsfabrikken	12.05.2025	Leveret
	12810	Manglende integrasjon av utstyr	Kan føre til forsinket oppstart av Sterilsentral	Purre på leveransr fra Løsningsfabrikken	20.05.2025	Task force opprettet for sterilsentral
	12597	Frist i Mobil arbeidsflateprosjekt kan medføre at Identity/Digistat Mobile app ikke blir klar tidnok til KIB2	Påvirker tilgjengelighet til oppkobling av MTU mot E-kurve ved hjelp av PoCGW.	VVHF har signalisert at denne ikke vil bli tatt i bruk ved oppstart	12.08.2025	
	12453	Manglende og/eller begrenset tilgang til testmiljø for pasientsignal gir risiko for uønskede hendelser mellom KIB1 og KIB2	Avvik mellom oppgradert DIPS i testmiljø og produksjonsmiljø gir usikkerhet knyttet til validitet på	Eskalert problemstilling på regionalt nivå	15.05.2025	
	12437	Ikke prodlikt testmiljø på prodsettingsdato	Avvik mellom oppgradert DIPS i testmiljø og produksjonsmiljø gir usikkerhet knyttet til validitet på	Eskalert problemstilling på regionalt nivå	15.05.2025	
	12650	Det er risiko for at innsjekkingsnettbrett ikke kan benyttes på grunn av manglende VLAN	Fare for forsinket gjennomføring av IST og VIT somatikk	Etablere tett koordinering mellom byggeprosjektet, nettverksleverandør og forvaltningsorganisasjon i Sykehuspartner Utnytte prøvedriftsperioden fra eierskifte til KIB for å dokumentere stabilitet i nettverksleveransen Omfattende testing av ytelse og stabilitet, inklusive		Leveransekjeden har kommet opp og leverer nødvendige tjenester

Tabell: Status risikoregister PNSD for KIB2

6 Administrasjonens vurdering

Anbefaling om å gå i produksjon med KIB1 den 26.08.25:

Byggeprosjektet har levert de arealer og funksjoner som kreves for å kunne gjennomføre en sikker klinisk ibruktakelse i henhold til plan.

Anbefaling om å gå i produksjon med KIB2 den 05.10.25:

Byggeprosjektet vil i løpet av tiden frem til siste eierskifte sikre leveranse av arealer og funksjoner nødvendige for å ta i bruk Nytt sykehus i Drammen for somatiske pasienter i henhold til plan for KIB2.

Byggeprosjektet vil fortsette med full intensitet for å rette opp mindre restanser og avvik frem mot KIB 1 og KIB2. Prioritering av utbedring foregår i tett dialog med mottaksprosjektet. Etter hvert som arealer er overtatt, vil koordinering av arbeidene være basert på at dette ikke skal hindre aktiviteter planlagt av VVHF (opplæring, oppfylling av varer og lignende).

NSD oppstartstøtte

1. Innledning

Klinisk ibruktakelse i Nytt sykehus i Drammen (NSD) markerer overgangen fra planleggings- og byggefase til et komplekst driftsregime. I denne fasen vil vi oppdage feil og mangler ved bygninger og utstyr som må håndteres raskt og effektivt. Samtidig vil de som flytter inn ha behov for støtte til å ta i bruk nye lokaler, prosesser, verktøy og systemer.

For å sikre en trygg, koordinert og effektiv ibruktakelse etableres det en oppstartstøtteorganisasjon, "NSD oppstartstøtte" (NSD-OS), med ressurser fra Vestre Viken HF (VVHF), Prosjekt nytt sykehus i Drammen (PNSD), og Sykehuspartner (SP). Ved å samle ressursene under en felles ledelse vil vi sikre god støtte til enhetene som flytter inn, rask og effektiv håndtering av vesentlige avvik, bedre ressursbruk og bedre koordinering på tvers av relevante fagområder og organisasjoner.

2. Formål og rammer

Hovedformålet med oppstartstøtten er å sikre stabil drift i det nye sykehuset fra dag én, samtidig som pasientsikkerheten ivaretas gjennom systematisk håndtering av uforutsette hendelser. Løsningen bygger på tverrfaglig kompetanse innen blant annet bygg- og eiendomsdrift, logistikk, IKT, medisinsk teknologi og kommunikasjon, med fokus på både forebygging og problemløsning.

Ved å samle ansvarslinjene for avviksmottak, prioritering, korrigerende tiltak og rapportering i én organisasjon, unngås dobbeltarbeid og overlapp mellom linje- og prosjektfunksjoner. NSD oppstartstøtte fungerer som en felles koordineringsarena, der alle involverte deler oppdatert informasjon om pågående og forventede utfordringer.

For å sikre en smidig overgang til drift er det avgjørende med tydelige ansvarsområder, rask kommunikasjonsflyt og strukturerte prioriteringsrutiner. **NSD oppstartstøtte** vil være sentral for rask eskalering av beslutninger og effektiv tverrfaglig problemløsning.

Det vil utarbeides en bemanningsplan i dialog med relevante aktører, med prinsippet om at hver organisasjon dekker egne ressurser.

3. Organisering

NSD-OS ledes av ressurs fra VV-NSD, og består av tverrfaglige ressurser fra PNSD, SP og øvrige støttefunksjoner fra VV. Gruppen har myndighet til å fatte operative beslutninger om

prioriteringer av saker og disponering av tilgjengelige ressurser til feilrettinger. Dette inkluderer også eventuelle omprioriteringer i påvente av flere ressurser.

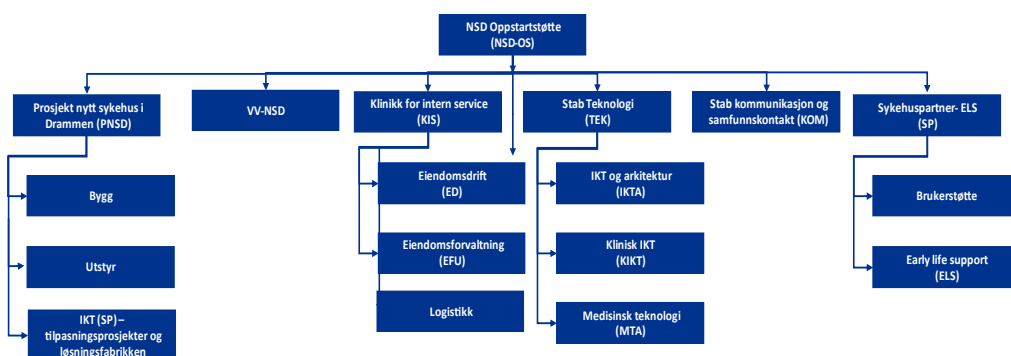
Leder av NSD-OS har ansvar for å varsle beredskapsvakt ved NSD, dersom gruppens tilgjengelige ressurser ikke evner å dekke det samlede behovet for utbedringer uten å gå utover pasientsikkerheten. Beredskapsledelsen ved NSD fatter evt. beslutninger om økte ressurser.

I normalsituasjon rapporterer NSD-OS til VV-NSD. Dersom det oppstår feil eller mangler, alene eller i sum som skaper en beredskapssituasjon, dvs en akutt alvorlig situasjon som kan true pasientsikkerhet og/eller true flytteplanene, rapporterer NSD-OS til beredskapsledelsen ved NSD.

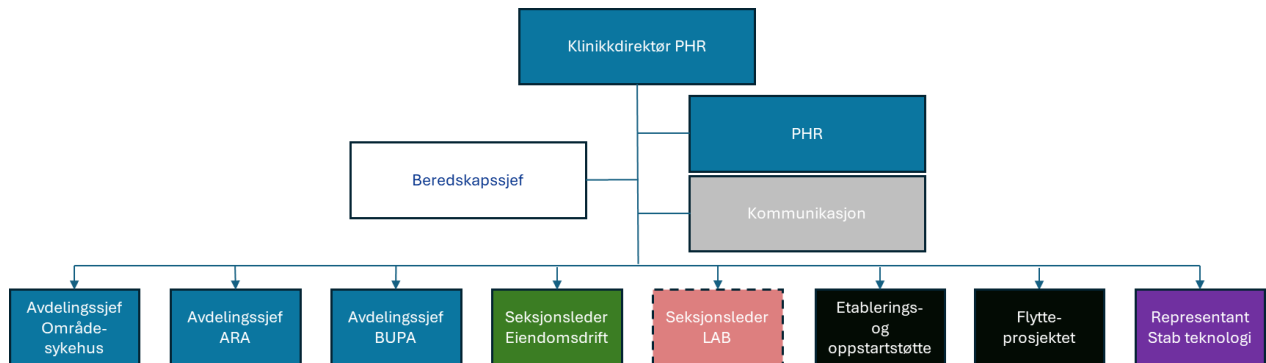
Kontaktmøtet, møtearena mellom ledelsen i PNSD og VVHF, er tenkt til, særlig mellom KIB 1 og 2 og i etterkant av KIB 2, å være et organ som også kan håndtere spørsmål som er av stor betydning for effektiv drift og som vil kreve betydelig innsats fra PNSD. Kontaktmøte skal svare ut ressursforespørsler fra beredskapsledelsen ved NSD. Mobilisering av ressurser fra tilpasningsprosjektene og løsningsfabrikken lokalt styres av PNSD, men snarest mulig etter oppstart (3-14 dager) skal henvendelser kanaliseres via normal brukerstøtte i SP

Teknisk driftsråd er etablert og har som hovedfokus å håndtere overgangen fra byggeprosjekt til normal drift. Byggeprosjektets hovedoppgave i denne fasen er å ferdigstille restanser registrert i eierskifteprotokoll. Saker som oppstår i perioden som oppstartstøtte er aktivert og har lav prioritet, kan tildeles teknisk driftsråd for oppfølging.

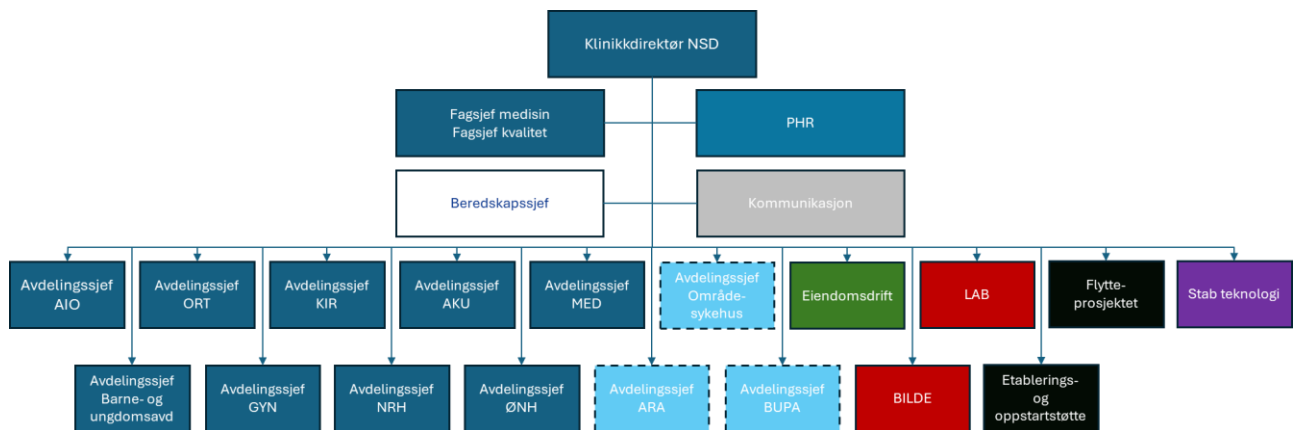
NSD Oppstartstøtte



Figur 1 – NSD-OS



Figur 2 - Beredskapsledelse KIB 1



Figur 3 - Beredskapsledelse KIB 2/3

For at oppstartstøtten skal fungere effektivt, skal det gjennomføres regelmessige statusmøter i perioden før og etter pasientflyttingen. Hensikten med statusmøtene er å sikre koordinert ressurssetting og prioriteringer gjennom at alle relevante aktører har et oppdatert situasjonsbilde og en felles situasjonsforståelse.

I tillegg planlegges det for at det skal gjennomføres hastemøter ved tidskritiske uønskede hendelser som krever ressurssetting og koordinering på tvers av fagområder.

Rammebetingelser:

- NSD-OS disponerer et eget møterom i den perioden organisasjonen er operativ.
- Det skal etableres en vakttelefon som er betjent tilsvarende tilgjengeligheten for oppstartstøtten.
- Ressursutfordringer og -konflikter som ikke løses, fremmes til VV-NSD (påvirker ikke pasientsikkerheten) eller NSD beredskapsledelse (påvirker pasientsikkerheten) for beslutning.
- De første 48 timene avholdes to statusmøter daglig (kl 08 og kl 16). Deretter etter behov, dog minst en gang daglig (kl 08).

4. Gjennomføring og faser

NSD-OS skal:

- NSD-OS vakttelefon skal motta og prioritere meldinger om vesentlige feil og mangler ved bygg, tekniske systemer, infrastruktur, IKT, annet utstyr og innredning.
- prioritere og koordinere bruk av ressurser på tvers der det er nødvendig.
- identifisere og iverksette nødvendige korrigerende tiltak.
- sikre god informasjon til berørte brukere, systemansvarlig og systemeiere og eksterne aktører.
- varsle beredskapsledelsen ved NSD og i egen linje dersom det oppstår hendelser eller hendelser i sum, som er av en slik karakter at de fører eller kan føre til at flyttingen forsinkes eller må stanses.
- Det enkelte medlem rapporterer i tillegg i egen linje.

En overordnet faseplan for NSD-OS:

- en planleggingsfase
- en etableringsfase,
- en intensiv gjennomføringsfase

Planleggingsfasen starter når mandatet er godkjent og organisasjonene har utnevnt sine representanter i ledelsen i NSD-OS.

Etableringsfasen starter en uke før pasientoverføringen i psykiatrien, og to uker før pasientoverføringen i somatikken. Bemanningen økes gradvis til full kapasitet pasientoverføringsdagen.

Gjennomføringsfasen gjelder fra flytteperioden, dvs

- en uke før pasientflyttingen til en uke etter pasientoverføringsdagen for psykiatrien.
- To uker før pasientflyttingen til to uker etter pasientoverføringsdagen for somatikken.

I tiden frem til pasientoverføringsdagen skal NSD-OS være bemannet på dagtid. Fra pasientoverføringsdagen skal det planlegges med døgnskategorisk bemanning i inntil en uke for psykiatrien, og inntil to uker for somatikken. Bemanningen tilpasses den faktiske aktiviteten i sykehuset gjennom døgnet, dvs høy på dagen, noe middels på kvelden og lav på natten.

Når gjennomføringsfasen avsluttes, går man fra en situasjon med ekstraordinært høyt ressurspådrag til normal drift. Gjenstående feil og mangler følges opp i den ordinære vedlikeholds- og driftsprosessen, og det gjennomføres en strukturert evaluering for å dokumentere erfaringer som kan deles på tvers av organisasjonen og inn i fremtidige prosjekter.

5. Risikostyring og eskalering

Et sentralt prinsipp er en tydelig prosedyre for risikostyring. Det innebærer at organisasjonen fortløpende identifiserer og vurderer avvik etter både alvorlighetsgrad og konsekvens. Det vil utarbeides en «vurderingsveileder» med relevante eksempler som tilgjengeliggjøres for klinikkene og som danner grunnlaget for kritikalitetsvurderinger.

Alle feil og mangler skal registreres på vanlig måte gjennom vanlige kanaler. Omega365, Medusa eller HPSM / SP).

Vesentlige og akutte tidskritiske hendelser som kan påvirke pasient- og ansattssikkerhet – for eksempel bortfall av kritiske IKT-systemer, alarmer, tilganger eller driftsstans i viktig medisinsk utstyr – skal i tillegg umiddelbart varsles til NSD-OS på egen vakttelefon.

Kontinuerlig kommunikasjon med Flytteprosjektet er også en del av risikostyringen. Dersom avvik truer fremdriften i pasientflyttingen, må leder for NSD-OS kunne justere planer eller allokere ekstra ressurser for å unngå forsinkelser i logistikk, pasientbehandling eller andre kritiske områder.

6. Anbefalinger for best praksis

For å optimalisere effekten av NSD-OS, forutsettes det rutiner for god og hensiktsmessig informasjonsdeling og beslutningsstøtte. Dette innebærer i praksis at alle involverte parter før statusmøter, gjør en filtrering av innmeldte saker hvor det er eller kan være behov for koordinert innsats. I tillegg vil det etableres en vakttelefon hvor alle henvendelser kan rettes.

Det er også viktig å gjennomføre scenarioøvelser eller simulerte tester i forkant av oppstarten, slik at man får avklart usikkerheter og kjent problematikk før reelle pasientforflytninger settes i gang.

Videre er det avgjørende at både ledere og ansatte kjenner mandatet for oppstartstøtten, slik at konflikter om prioriteringer og støtte unngås. Dersom en hendelse krever ledelsens involvering, bør eskaleringsveiene allerede være tydelig definert, og det skal ikke herske tvil om hvem som har beslutningsmyndighet i en gitt situasjon.

Bemanningsbehov for NSD oppstartstøtte

Bemanningsbehovet beskrevet nedenfor gjelder kun NSD oppstartstøtte. Faktisk bemanning må avklares i dialog med aktørene. Aktørene følger egne bemanningsplaner utover dette.

1. Planleggingsfase

Hensikt:

- Sikre rasjonell og effektiv organisasjon
- Sikre effektiv og koordinert håndtering

Varighet

- Fra utnevning til start oppsettingsfase

Oppgaver

- Kartlegge potensielle avvik og uønskede hendelser
- Definere arbeids- og samhandlingsprosesser
- Vurdere bemanningsbehov og identifisere ressurser

Bemanning

- Ledere og ressurspersoner fra berørte organisasjoner

2. Etableringsfase

Hensikt

- Sette opp og organisere oppstartstøtten

Varighet:

- Psykiatrien: innen 1 uke før pasientflytting
- Somatikken: innen 2 uker før pasientflytting

Oppgaver:

- Bemanne opp i samsvar med planer og behov
- Sikre effektiv informasjonsflyt

Bemanning:

- Dagbemanning (08:00 - 16:00)

3. Gjennomføringsfase (Flytteperiode)

Hensikt:

- Sikre rettidig, effektiv og koordinert håndtering av avvik og uønskede hendelser.

Varighet:

- Psykiatrien: Bemanning på dagtid 1 uke før pasientflyttedagen og deretter døgnkontinuerlig bemanning i inntil 1 uke etter pasientflyttedagen
- Somatikken: Bemanning på dagtid to uker før pasientflyttedagen og deretter døgnkontinuerlig bemanning i inntil 2 uker etter pasientflyttedagen

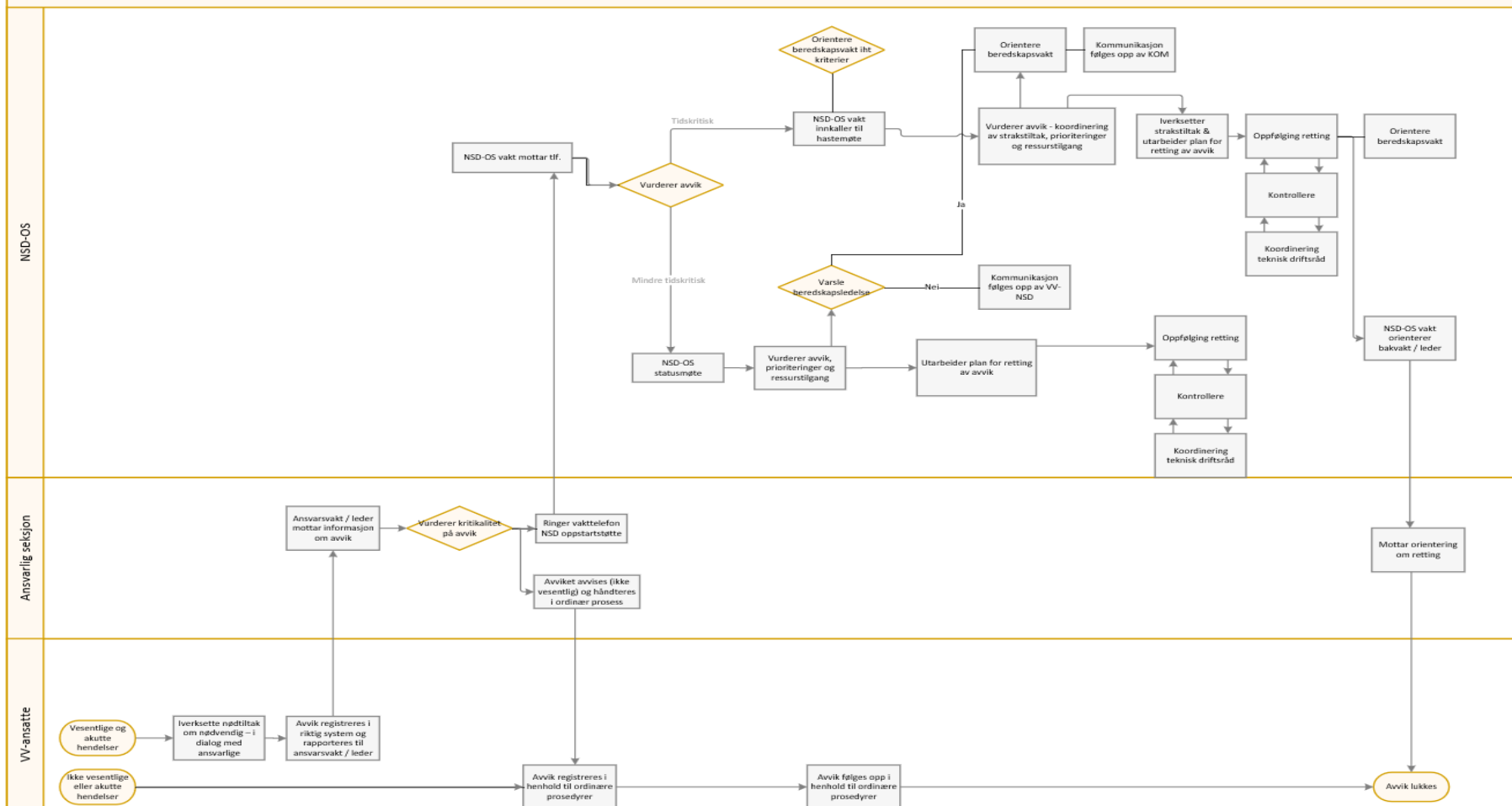
Oppgaver:

- Løpende håndtering av vesentlige avvik
- Koordinering mellom ulike faggrupper
- Sikre funksjonalitet av kritiske systemer (IKT, medisinsk utstyr, byggteknikk)
- Fortløpende kommunikasjon og eskalering til ledelse ved alvorlige hendelser

Bemanning:

- Dagtid (08:00 - 16:00)
 - VV-NSD
 - VVHF
 - PNSD
 - SP
- Ettermiddag/kveld (16:00 - 23:00)
 - VV-NSD
 - VVHF
 - PNSD
 - SP
- Natt (23:00 - 08:00)
 - VV-NSD
 - VVHF
 - PNSD
 - SP

Saksflyt vesentlige avvik i oppstartsperioden for KIB 1 og KIB 2/3



Figur 4 – saksflyt avvik i oppstartsperioden

Prosjekt:

Nytt sykehus i Drammen

Tittel

STATUSRAPPORT

April 2025

(cut-off 27.04.2025)

Samlet plan

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	3
2	Sammendrag.....	3
3	Viktige milepæler	3
4	Status aktiviteter	3
4.1	Status tester	5
5	Eierskifte:.....	7
5.1	Myndighetsforhold	7
6	Status aktiviteter for VVHF	7
6.2	Opplæring.....	8
6.3	Test	8
6.4	Flytting.....	8
6.5	Ibruktakelse	8
6.5.1	Klinikker.....	8
6.5.2	Oppstartstøtte	8
6.5.3	Spesialområder	8
6.5.4	Klinisk prøvedrift	9
6.6	Parkering.....	9
7	Status aktiviteter for Sykehuspartner	9
8	Status Sykehusapoteket	10
9	Risikoforhold	10

1 Innledning

PNSD, VV-NSD, VVHF, SA og SP har organisert slutfasen gjennom etablering av en felles "Samlet plan". Dette er en omforent beskrivelse av prosjektets slutfase og den inneholder en felles styringsplan. Dette er beskrevet i dokumentet "Samlet plan – forberedelse til drift og klinisk ibruktakelse NSD-0000-Z-AA-0012". I sammenheng med baselinerevisjon ble det utført en oppdatering av manglende aktiviteter i selve planen. Datoer for tidlig ibruktakelse og hovedmilepæler er oppdatert i forhold til de som er beskrevet i overnevnte dokument. Oppdaterte datoer legges i samlet plan (se vedlegg).

Hensikten med denne rapporten er å gi en status på aktiviteter i Samlet plan, samt angi sentrale risikopunkter knyttet til gjennomføringen av planen fram mot full klinisk ibruktakelse 05.10.2025.

Det gjennomføres møter i Samlet plan forum hver mnd. I tillegg er det etablert et mer overordnet møte; parathetsmøte der alle parter rapporterer status for kritiske aktiviteter for ibruktakelse av nytt sykehus.

2 Sammendrag

I denne perioden er Samlet Plan komplettert, se forøvrig vedlegg 1. Planer for kritiske områder som krever myndighetsgodkjenning før ibruktakelse er utarbeidet. Ned- og opptrappingsplan for klinisk virksomhet, ferdigstilles medio mai. Midlertidig brukstillatelse er mottatt for eierskifte 2, poliklinikkbyggene og behandlingsbygg A.

Det er på nåværende tidspunkt ingen aktiviteter eller milepæler som truer ibruktakelse i henhold til plan.

3 Viktige milepæler

I slutfasen er det definert følgende hovedmilepæler:

Milepæl	Planlagt	Status
Eierskifte 1: Psykiatri bygg, Servicebygg, kjeller etg.	01.04.25	
Eierskifte 2: poliklinikkbygg E og D og Behandlingsbygg A	26.05.25	
Eierskifte 3: Behandlingsbygg B og Sengebygg A og B	12.08.25	
KIB 1: Alle områder tilhørende psykisk helse og rus, med tilhørende servicetjenester	24.08.25	
KIB 2: Full klinisk drift og reetablering av akuttstøyle	05.10.25	

4 Status aktiviteter

Byggeprosjektet er inne i en hektisk uttestingsfase hvor det slutføres gjennomføring av integrerte systemtester (IST). Ventilasjonssystemer er forsinket for LAB områder når det gjelder IST. Vi nå har fått

gjennomført SAT for flere av systemene og re-planlegging er satt for de som er forsinket. Det er noen få Site aksept tester (SAT) som er planlagt gjenstående.

Innsamling av FDV data (til Omega365) er i hovedsak nå tilnærmet 100 % for eierskifte 2. Det er i hovedsak testprotokoller og diverse instruksjoner som gjenstår også for eierskifte 3.

Etter eierskifte 2 den 26.05, vil det bli overlevert nøkkelsystem fra PNSD til VVHF.

Prøvedrift (tekniske anlegg, infrastruktur):

Prøvedrift er pågående for eierskifte 0 og 1. Etter eierskifte 2 vil prøvedrift inkludere tilnærmet hele prosjektet. Fra og med 01.06.25 er det avtalt at VVHF ivaretar skallsikring, adgangskontroll m.m. for komplett prosjekt (inkl. omfang eierskifte 3). Det vil således bli mulig å prøvedrive også systemer i sengebygg og behandlingsbygg B.

IKT:

Fremdriftsmessige avvik og utfordringer betinget i forsinkelser i foregående leveranser:

- Nettverk
 - o Oppkobling/produksjon av VLAN: Ressurs- og prioriteringsutfordringer i SP MONET skaper fortsatt forsinkelser som rammer en rekke tilpasningsprosjekters planlagte testløp. Primært ved at funksjonsutstyr ikke blir tilgjengeliggjort oppkoblet. Det har vært gjennomført flere tiltak med utgangspunkt i 5003 for å avhjelpe dette, men uten mer enn en delvis effekt. Det har i perioden vært utfordringer med leveranser innenfor dette området. Dette er bedret i siste uke og resterende VLAN vil bli levert fortløpende i prioritert rekkefølge.
 - o Cisco spaces er en nettverksleveranse som gir grunnlag for funksjon for aktiv sporing. Denne er ikke ferdig levert/SAT-testet, noe som videre påvirker fremdriften til etablering og testing av aktiv sporing gjennom 7514. VVHF har gitt tilbakemelding om at dette ikke er funksjonalitet som er kritisk for oppstart (KIB2).
- Sterilsentral
 - o Det arbeides fortsatt med å få maskinene fra Gettinge og Olympus på nett, og feilsøking pågår. Medfører akkumulerte følgeforsinkelser for SAT- og IST-testing, og er tidskritisk for virksomhetstest til VVHF, som er planlagt 05.06.25. Det gjennomføres daglig oppfølging av leveransene til sterilsentral for å sikre at ferdigstilling kan gjennomføres på denne dato,
- Telefoni/mobil arbeidsflate
 - o Løsningen er i seg selv i et testløp, og ikke ferdig SAT-testet. Det gjør at andre leveransers tester som baserer seg på mobil arbeidsflate må forholde seg til en ikke verifisert plattform. Tiltak er utvidet testing og opplæring
- AGV
 - o Fortsatt store forsinkelser knyttet til implementering av varsling til meldingstjener fra AGV-system forårsaker forsinkelser av SAT- og IST-tester. Plan for IST og overlevering er satt til uke 21.
- Avhengigheter til leveranser fra regionale IKT-prosjekter:
 - o Digistat mobile app (Identity) muliggjør pasienttilknytning og datahøsting fra mobilt pasientovervåkningsutstyr, som del av PoCG-løsningen.

- o Forsinkelse av leveranse av funksjon for både innsjekk og oppgjør for radiologi fra regionalt Helselogistikk-prosjekt. Dersom løsningen ikke kommer på plass i tide, vil dette medføre behov for midlertidige bygningsmessige løsninger og mindre effektiv drift i avdeling for bildediagnostikk. Det er avtalt leveranse 06.06.25 for nødvendig funksjonalitet.
- o Ny løsning for medikamentell kreftbehandling (Cytodose) har feilrettingsbehov som gjør at tidslinjen for innføring i tide til KIB for NSD ikke holder. Tilpasningsprosjektet vil derfor falle tilbake på alternativplan som er verifisering av eksisterende løsning, som i utgangspunktet er EOL. Dette er en regional leveranse og overordnet konsekvensvurdering håndteres sentralt.

Fremdriftsmessige avvik og utfordringer betinget i andre forhold:

- Ressursutfordringer
 - o Risiko spesielt knyttet til DIPS og forvaltning, spesielt påvirker dette fremgang av testing i kontekst av Helselogistikk. Det planlegges med et felles arrangement med alle aktører for å sikre felles forståelse for betydningen av en sikker produksjonssetting.
- Konfigurasjonsunderlag
 - o Mangelfull prosess for utarbeidelse og koordinering av konfigurasjonsunderlag for fysisk utstyr knyttet til Helselogistikk (skjermer) har medført at det ikke foreligger en definitiv plan for dette. Medfører forsinkende ekstraarbeid. Det opprettes møteserie for daglig oppfølging av restarbeid innenfor dette området.

4.1 Status tester

Gjennomføring av tester og leveranser av MTU utstyr har høy prioritet. Det er nå et fåtall antall SAT tester for tekniske anlegg som gjenstår. SAT tester for IKT er pågående og ligger etter plan. Det er tester som må re-testes da vi avdekker mangler og feil (ref. Kapittel 4 IKT).

IST (integreerte system tester) Status 13.05.25:

Integerte systemtester NSD



ID	Beskrivelse	Start	Slutt	Ansvar	Planlagt	Faktisk
IST	☐ Integerte systemtester	18.11.24	27.06.25		93.1	83.4
IST.1...	☐ Kjeller (M) (Fellesystemer)	06.03.25	20.06.25		29.4	56.5
IST.1...	☐ Adkomstbygg (K)	18.11.24	31.01.25		100	100
IST.1...	☐ Behandling øst (A)	27.01.25	11.04.25		100	96.5
IST.1...	☐ Brann & Sikkerhet	03.03.25	04.04.25		100	95
IST.1...	☐ Elektroteknisk	10.03.25	28.03.25		100	100
IST.1...	☐ Operasjon	27.01.25	21.02.25		100	100
IST.1...	☐ LAB og Spesialrom	24.02.25	11.04.25		100	67.2
IST.1...	☐ Termisk	24.03.25	28.03.25		100	100
IST.1...	☐ Behandling vest (B)	27.01.25	20.06.25		93.5	67.4
IST.1...	☐ Psykiatribygg 1 (F)	27.01.25	21.03.25		100	100
IST.1...	☐ Psykiatribygg 2 (G)	27.01.25	31.01.25		100	100
IST.1...	☐ Psykiatribygg 3 (H)	27.01.25	31.01.25		100	100
IST.1...	☐ Servicebygg (C)	27.01.25	21.03.25		100	82.6
IST.1...	☐ Brann & Sikkerhet	27.01.25	21.03.25		100	100
IST.1...	☐ Elektroteknisk	27.01.25	26.02.25		100	100
IST.1...	☐ LAB og Spesialrom	21.02.25	27.02.25		100	0
IST.1...	☐ Termisk	27.01.25	31.01.25		100	100
IST.1...	☐ Poliklinikkbygg (E)	25.11.24	21.03.25		100	100
IST.1...	☐ Poliklinikkbygg (D)	10.02.25	28.04.25		100	100
IST.1...	☐ Sengebygg øst (A)	30.04.25	06.06.25		50	50
IST.1...	☐ Sengebygg vest (B)	10.04.25	27.06.25		55	20

Avvik i:

- Poliklinikk fullføring: "retesting" av romkontroll (5601) er nå utført

- LAB./ sikkerhetsbenker:

Løsningen er nå på plass og mikrobiologi ble godkjent 12.05.25

-IST for bakteriologi lab, LAB IN3, Patologi, Luftsmiteisolater, Traumerom og obduksjon gjenstår. Vil bli fullført i løpet av uke 23.

- Forsinkelse på Servicebygg skyldes obduksjon, som er avtalt utført sammen med behandlingsbygg B og inngår i eierskifte 3.

- Kjeller, her er det systemer som har sammenhenger med behandlingsbyggene (eierskifte 2,3).

SAT for tekniske systemer:

Igangkjøringsplan alle systemer alle bygg



ID	Beskrivelse	Start	Slutt	Ansvar	Planlagt	Faktisk
100	☐ Kjeller (M) (Fellesystemer)	29.05.23	05.06.25		99.9	99.4
121	☐ Behandling øst (A)	29.05.23	29.04.25		100	99.3
122	☐ Behandling vest (B)	29.05.23	11.08.25		99.8	97
131	☐ Psykiatribygg 1 (F)	29.04.24	31.03.25		100	92.7
140	☐ Servicebygg (C)	28.08.23	07.04.25		100	99.5
151	☐ Poliklinikkbygg (E)	27.06.22	11.08.25		99.8	99.8
152	☐ Poliklinikkbygg (D)	29.05.23	17.06.25		99.2	99.1
161	☐ Sengebygg øst (A)	29.01.24	02.06.25		99.8	94.3
162	☐ Sengebygg vest (B)	29.01.24	09.06.25		99.2	90.3

Alle SAT tester som er ferdig er godkjente. De tester som innehar avvik er således medårsak til ovennevnte avvik. Vi er fortsatt forsinket med LAB ventilasjon m.t.p. regulering og tilbakemelding fra entreprenør/ SAT tester. Omfang i eierskifte 2 er nå løst.

Pasientsignalanlegget ferdigstilles nå i sengebygg.

AGV er ferdig testet mot heiser.

4001 Elektro er nå 100 %.

5401 Sikkerhet og dørmiljø gjenstår med noen få SAT- tester.

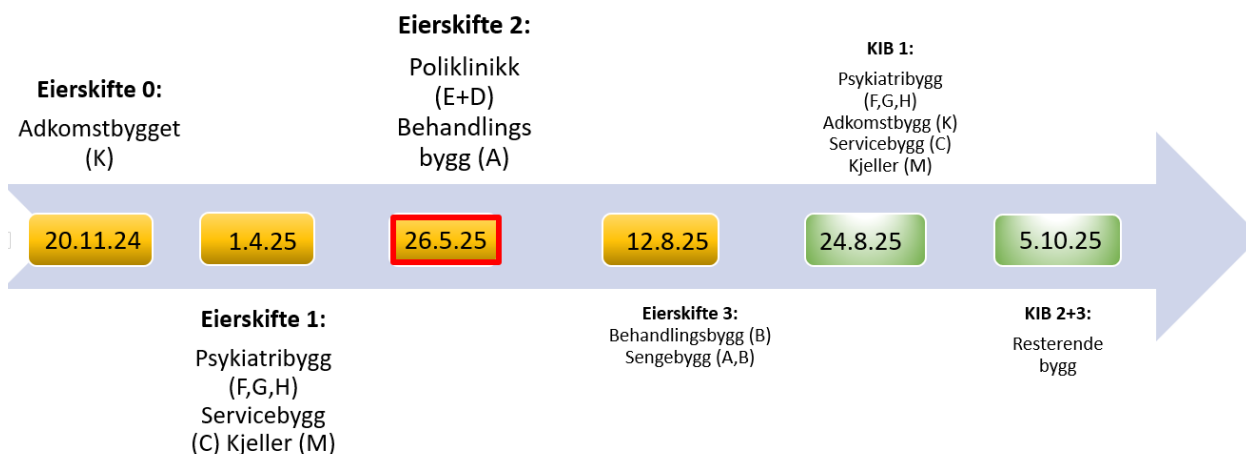
5 Eierskifte:

26.05.25 vil eierskifte 2 bli gjennomført, med behørig markering.

Pr. 13.05.25 er det for samtlige fagdisipliner registrert 1.250 avvik. Disse avvik er i hovedsak flikk, manglende merkeskilt og øvrige ukritiske forhold. Avvikene er i stor utstrekning kommet i forbindelse med overtagelsesbefaringer, sammen med VVHF og entreprenører.

Det er opprettet et eget team hos byggherre og entreprenører, som suksessivt skal lukke samtlige feil og mangler (restanser i eierskifte 1) som er avdekket ifm. overtagelsesbefaringer og tester. Pr. 13.05.25 har vi kommet ned fra 1.150 til 241. Av disse er 60 stk. utbedret og mangler kun utkvittering. Byggeprosjektet forventer å lukke resterende avvik frem mot eierskifte 2. Det vil da kun være spesielle avvik/ fåtall som har bestillingstid, som er gjenstående.

PNSD har startet med utbedringer i Behandlingsbygg B og sengebyggene. Eierskifter er tilrettelagt og planlagt som følger:



5.1 Myndighetsforhold

Midlertidig brukstillatelse for eierskifte 2 er mottatt. Søknad for eierskifte 3 sendes kommende mnd.

6 Status aktiviteter for VVHF

Det er høyt aktivitetsnivå og god fremdrift i klinikkene for å gjøre seg klare til klinisk ibruktakelse. Dette arbeidet krever mye av både ledere og medarbeidere, i tillegg til daglig drift, men det oppleves at det er stort engasjement.

6.2 Opplæring

Opplæringen for klinikkene som er en del av KIB 1 har kommet langt og over 50 % av de ansatte har gjennomført fysisk opplæringsdag i sykehuset. De fysiske opplæringsdagene for de resterende klinikkene for KIB 2 starter etter 19.5, opplæringen forbli kjent-ansvarlige for denne er gjennomført.

Totalt sett har mer enn 70 % av totalt 4.500 ansatte gjennomført fase 1 av opplæringen.

Det er fortsatt noe opplæringsmateriell som ikke er utarbeidet pga. avklaring for byggtekniske- og IKT-løsninger, men det er gjort tiltak for å ferdigstille dette. Dette handler f.eks. om rørpost og prosedyrer ved brann.

6.3 Test

Det er gjennomført tre Virksomhetstester (VIT) for PHR i perioden. Det har blitt oppdaget en del feil i oppsett, som gjør at det etableres brøyetester før alle VITene for å bedre kvaliteten på testene. Klinikken opplever stor verdi av å gjennomføre disse testene.

Det er fortsatt en del forsinkelser av tester og retester i regi av byggeprosjektet som skaper bekymring for VVHF. Det kan skape utfordringer med tanke på å få gjennomført all opplæring for enkelte områder, hvis ikke dette kommer på plan. Byggeprosjektet har høyt fokus på at avtalte planer følges.

6.4 Flytting

Det er gjennomført en test av fysisk pasientflytting fra Blakstad til NSD med bistand fra politi og ambulanse. Dette var en god øvelse for å trygge pasientflyttingen for KIB 1. Det er planlagt en liknende test for Drammen sykehus.

Arbeidet med å detaljere planen for nedtak og gjenopptaking av aktivitet for alle områder er ferdigstilt

6.5 Ibruktakelse

6.5.1 Klinikker

Klinikkene rapporterer at de er på plan for klinisk ibruktakelse. Det er krevende å gjennomføre opplæring parallelt med drift. Det er satt opp ekstra opplæringsdager for å sikre at alle ansatte skal få fysisk opplæring i bygget. Det etableres også en opplæringslab på DS for Helseløgstikk, slik at ansatte skal få enklere tilgang til opplæring i dette.

6.5.2 Oppstartstøtte

Det er utarbeidet en mer detaljert plan og organisering for oppstartstøtte. I neste periode skal det i fellesskap kartlegges hvilke ressurser som skal tilknyttes denne organiseringen fra de ulike aktørene.

6.5.3 Spesialområder

Laboratoriet

Testing og validering i laboratoriet, inkludert analysehall pågår med mål om analyse av eksterne pasientprøver fra 01.08.25. Det er noe forsinkelser pga. utfordringer med RO-vann. Byggeprosjektet har iverksatt tiltak for å løse dette.

Blodbanken

Søknaden for sertifisering av Blodbanken er sendt til Direktoratet for medisinske produkter (DMP). Det er utarbeidet en felles plan for å sikre aktivitetene som følge av denne sertifiseringen.

Sterilsentral

Det er forsinkelser for dette området. Det er gjort tiltak for å innhente forsinkelser i plan for å sikre at ressurser i VVHF kan gjennomføre nødvendig opplæring innen KIB 2.

Medisinsk stråling

Det er gjennomført kontroll av bygningsmessig skjerming i områder hvor det skal gjennomføres medisinsk stråling. Alle rom, vegger og vindu som er målt anses å være innenfor de oppgitte verdier og er dermed tilstrekkelig. Målinger på nukleærmedisinsk seksjon utsettes til etter innflytting, ettersom det er behov for en kraftigere strålekilde.

6.5.4 Klinisk prøvedrift

Planer for klinisk prøvedrift for kritiske funksjoner er avklart.

6.6 Parkering

Samlet plan er i perioden oppdatert med nye datoer for parkeringsområdene 07 og 08.

For områdene 05 og 09 er datoene i planen ikke oppdatert. Det skal avholdes et statusmøte i månedsskiftet mai/juni med Drammen Helsepark og samlet plan blir oppdatert for parkeringsområdene 05 og 09 i etterkant av møtet.

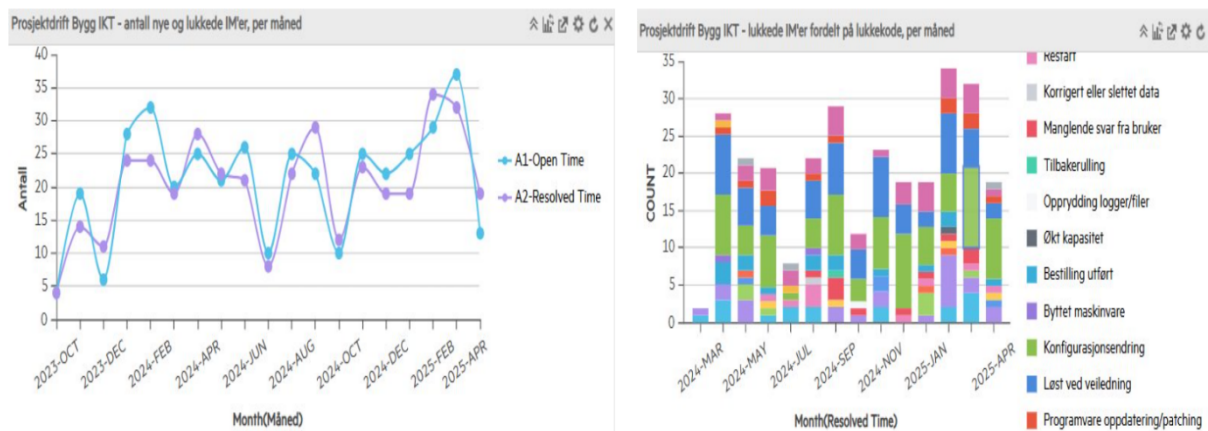
7 Status aktiviteter for Sykehuspartner

7.1 Status prosjektdrift

Det pågår arbeid med å få knyttet entreprenører ved NSD til nettverket og leverandørtilganger (fjerntilgang). Prosjektdrift bistår entreprenørene med å løse de vanligste utfordringene, som feil eller endringer i brannmursåpninger, nye leverandørbrukere og tilgangsbestillinger, samt fjernaksess og pålogging for leverandører. Entreprenørene melder saker til prosjektdrift via telefon eller e-post. I april ble det registrert 5 telefonhenvendelser og 13 IM-saker ble åpnet av brukerservice, som betjener telefon og e-post. Av disse sakene ble 19 lukket, mens 11 saker gjenstår å få løst da de er noen hengesaker fra mars samt nye i april.

Prosjektdrift opererer med en dashbordvisning fra Sykehuspartners Service manager:

PROSJEKTDRIFT BYGG IKT– DASHBOARD I SM



7.2. Status ekstra oppstartsstøtte

Eierskifte 1 sparket i gang teknisk ELS for 13 nye tjenester som ble overlevert til SP drift og forvaltning. Per slutten av april er det ikke meldt om noen ELS saker. Arbeidet med Teknisk ELS for eierskifte 2 er godt i gang. SP's bidrag til NSD OS er avklart. Det gjenstår for VVHF å sparke i gang arbeidet med detaljering av NSD OS.

7.3 Status eierskifte og overlevering til Sykehuspartner HF

Arbeidet med innholdet av IKT-leveranser til eierskifte 2 er startet på. Fjorten nye tjenester og tjue eksisterende tjenester skal overleveres til eierskifte 2. For disse tjenestene har Sykehuspartner også for dette eierskifte, et nettverksansvar (NaaS) og/eller et plattformansvar (PaaS). VVHF har applikasjonsansvaret.

8 Status Sykehusapoteket

Alt MTU-utstyr som plukk- og varelagerrobot, endosemaskin og isolatorer er levert og tilkoplest IKT løsning for sykehuset.

SAHF starter nedvask og validering av rentrom i uke 20.

Det som mangler er levering og oppkobling av IKT-utstyr som skjermer osv

9 Risikoforhold

Risiko er rapportert i månedsrapport del 1, med status ved cut off.

Oppdatert status er beskrevet i dette dokumentet.

Vedlegg:

Samlet plan, Aktivitets- og milepælsplan

Nytt Sykehus i Drammen

Dokumentnr.: NSD-0101-25-0030

Dato: 16.05.2025

Tittel: Statusrapport samlet plan 2025

Side: 11 av 11

Dato: 12. mai 2025
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Parkeringsordning for ansatte

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	48/2025	22.05.2025

Forslag til vedtak

1. Styret gir sin tilslutning til at foretaket kan bære inntil 10 MNOK av parkeringskostnaden for ansattparkering.
2. Gebyrsatser og organisering av parkering ved samtlige lokasjoner vedtas av administrerende direktør.

Drammen, 15. mai 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Styret behandlet i mai 2018 en sak om parkeringsordninger for ansatte og besøkende i Vestre Viken HF, sak 28/2018. Det ble da gjort følgende vedtak:

1. Som hovedprinsipp skal pasienter og ansatte betale for kostnader ved parkering basert på selvkost.
2. Parkeringsordningen ved Kongsberg, Drammen og Bærum videreføres.
Det innføres gebyr for ansatteparkering ved Ringerike sykehus samt gebyr for besøkende og ansatte ved Blakstad sykehus. Ved perifere lokasjoner videreføres gratis parkering.
3. Gebyrsatser og organisering av parkering vedtas av administrerende direktør.

Parkeringsordningene ved nytt sykehus i Drammen medfører at styrets vedtak må vurderes på nytt.

Saksutredning

Styret har i flere saksunderlag fått redegjørelser om de foreslåtte løsninger for parkeringsordninger ved nytt sykehus i Drammen. I sak 115/2024, styremøte 16. desember 2024, behandlet styret parkeringsløsningen for NSD. De økonomiske beregningene var unntatt offentlighet, og fulgte av vedlegg til saken. Foreslått løsning omfatter midlertidige leieavtaler i perioden frem til 2030 og etablering av egne parkeringshus, subsidiært utkjøp i Nedre Strandgate 64, som står klart til 2030. De økonomiske beregningene viser at kostnadene til parkeringsløsningen vil øke vesentlig i forhold til dagens nivå. Konsekvensen av dette vil bli betydelige prisøkninger for parkering til ansatte, hvis vedtaket fra 2018 fortsatt skal gjelde.

Dagens priser for ansatte varierer mye, fra 170 kr. pr. måned for de rimeligste plassene, til 740 kr. pr. måned for enkelte av plassene i Drammen sentrum. Dersom det forutsettes selvkost for foretaket, må prisene for parkering økes til i gjennomsnitt ca. kr. 1085 pr. måned for alle lokasjoner etter at nye parkeringshus står ferdig. Dette vil oppleves som svært urimelig for mange. Foretaket har innledet dialog med foretakets tillitsvalgte og vernetjeneste om endringer i prismodeller uten at selve prisfastsettelsen er drøftet.

Det er enighet med foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombud om at det ikke kan fastsettes selvkost pr. lokasjon. Selvkost pr. lokasjon ville ha medført at ansatte som benytter leide plasser, samt ansatte ved nytt sykehus i Drammen ville fått en vesentlig høyere pris pr. måned enn øvrige lokasjoner. Samtidig gir gruppen tydelig uttrykk for at det vil være svært krevende å øke prisene vesentlig ved øvrige lokasjoner, for å dekke inn de økte kostnadene som inntreffer når parkeringsløsningene ved NSD tas i bruk. Foretaket foreslår et kompromiss der foretaket bærer deler av de økte kostnadene som inntreffer når NSD tas i bruk. Dette krever i så fall omgjøring av styrets vedtak fra 2018. Som følge av foretakets økonomiske situasjon, vil det være krevende å bære hele kostnaden ved nye parkeringsløsninger. En viss prisøkning må derfor iverksettes.

Det har vært diskutert å øke prisene til nivået for kostnaden ved månedskort for kollektivtransport. For enkelte av foretakets lokasjoner er selvkost svært lav, som følge av at tomtene er ferdig avskrevet og foretaket ikke har noen lånefinansiering knyttet til arealene. Det er i slike tilfeller kun kostnader til løpende vedlikehold av plassene. Det er imidlertid viktig å ha med seg at alle arealer har en alternativ inntektsgivende bruk. Ved enkelte av lokasjonene tilbys det også tilnærmet gratis parkering i gatene, eller ved tilgrensende kommunale parkeringsplasser. Det er følgelig mange forhold å ta hensyn til i prisfastsettelsen.

Det er drøftet modeller for etablering av prissoner som relateres til hvor sentralt plassert arbeidsplassen er mht. tilgang til kollektivtransport, samt relatert til priser i omkringliggende arealer, altså priskonkurransen i området. Prisfastsettelsen må gjøres på grunnlag av slike vurderinger.

For å kunne tilnærme seg et prisnivå for de ulike prissonene må foretaket vurdere nivået på kostnad som kan bæres utover ansattbetalingen, opp mot risikoen for misnøye og eventuelle oppsigelser. Samtidig iverksettes ulike tiltak for grønn mobilitet for å tilrettelegge for at flere ansatte velger kollektivtransport, eller sykling/gange.

Foretaket vurderer det slik at priser bør fastsettes slik at kostnaden som bæres av foretaket ikke overstiger 10 MNOK pr. år. Dette innebærer at prisene må tilnærmes pris på månedskort for kollektivtransport. Med ulike prissoner for parkering vil noen lokasjoner få noe lavere priser, mens ansatte ved NSD og ved andre sentrumsnære lokasjoner må påregne noe høyere priser enn i dag.

I styrets vedtak fra 2018 er det også angitt i vedtak pkt. 2 at gratis parkering ved perifere lokasjoner skal videreføres. Som følge av endrede forhold omkring enkelte av disse lokasjonene er det innført månedspris ved noen av disse. Det er ønskelig at administrerende direktør har mulighet til å vurdere behov for å gebyrlegge parkering også ved slike lokasjoner, som følge av at forholdene endrer seg, eksempelvis ved at det blir færre plasser til rådighet, eller forholdet mellom antall som ønsker/ har behov for plass overstiger plasser tilgjengelig.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør foreslår at styret gir sin tilslutning til at foretaket kan bære inntil 10 MNOK av parkeringskostnaden for ansattparkering, og at gebyrsatser og organisering av parkering for foretakets ansatte ved samtlige lokasjoner vedtas av administrerende direktør.

Ansattes medvirkning i prosesser knyttet til ansattparkering vil bli ivaretatt på ordinær måte, og i henhold til Hovedavtalens bestemmelser.

Dato: 22. april 2025
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Styrets møteplan for 2026

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	49/2025	22.05.25

Forslag til vedtak

Styret godkjenner møteplan for 2026 der følgende styremøter inngår:

Mandag 26. januar (digitalt møte 09.00 – 11.00)

Onsdag 25. februar

Mandag 23. mars

Onsdag 27. mai

Mandag 15. juni (inkl. styreseminar)

Mandag 31. august (digitalt møte 09.00 – 11.00)

Mandag 28. september

Mandag 26. oktober (inkl. styreseminar)

Mandag 30. november

Mandag 14. desember

Det foreslås at styret har styreseminar i tilknytning til styremøtene i juni og oktober. Det legges derfor opp til heldagsmøte inkludert seminar 15. juni og 26. oktober.

Drammen, 15. mai 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Forslag til møteplan for styret for 2026 skal legges frem for styret til behandling.

Saksutredning

Utgangspunktet for møteplanen er norsk kalender for 2026 med helligdager.

Styremøtene i 2026 er som tidligere år lagt til mandager, med unntak av onsdag 25. februar og onsdag 27. mai.

Styremøter i Vestre Viken HF 2026	Styremøter i Helse Sør-Øst 2026
Mandag 26. januar (digitalt møte 09.00 – 11.00)	
Onsdag 25. februar	Torsdag 12. februar
Mandag 23. mars	Torsdag 5. mars
	Torsdag 23. april
Onsdag 27. mai	Torsdag 21. mai
Mandag 15. juni (inkl. styreseminar)	Torsdag 18. juni
Mandag 31. august (digitalt møte 09.00 – 11.00)	Torsdag 27. august
Mandag 28. september	Torsdag 24. september
Mandag 26. oktober (inkl. styreseminar)	Torsdag 22. oktober
Mandag 30. november	Torsdag 19. november
Mandag 14. desember	Torsdag 17. desember

Det foreslås at styret har styreseminar i tilknytning til styremøtene i mai og oktober. Det legges derfor opp til heldagsmøte inkludert seminar 15. juni og 26. oktober.

I tillegg må styret påregne en dagssamling med alle foretaksstyrene i Helse Sør-Øst i februar 2026 i forbindelse med foretaksmøte og oppdrag og bestilling for 2026. Datoen fastsettes av Helse Sør-Øst RHF på et senere tidspunkt.

Styremøtene gjennomføres i tidsrommet kl. 10.00 – 15.00, men enkelte justeringer kan forekomme. Styrets møter vil legges til ulike lokasjoner i foretaket slik det har vært tradisjon for tidligere år.

Det legges opp til at flere av styremøtene kan gjennomføres digitalt, årsplan for styret og innkallinger vil oppdateres i henhold til dette.

Møteplanen er forsøkt hensyntatt møteplan for styremøter i Helse Sør-Øst RHF og møteplan for styremøter i VVHF oversendes Helse Sør-Øst når denne er vedtatt.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør foreslår at styret godkjenner møteplan for 2026.

Årsplan for styret 2025

Ajourført pr. mai 2025

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 27. januar Digitalt / teams (09.00 – 11.00)	Kjøp av tjenesteboliger Blakstad	Andre orienteringer: - Virksomhetsrapport per 31. Desember 2024 og foreløpig årsresultat 2024 - Kvalitetsindikatorer VVHF - Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	
Torsdag 6. februar Digitalt / teams (08.00 - 09.00)	Midlertidige parkeringsplasser ved nytt sykehus Drammen		Ekstraordinært styremøte
Mandag 24. februar G 32, Drammen	- Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2024, inkludert risikovurdering og IKT - Årlig melding 2024 - Oppnevning av medlemmer i Brukerutvalget 2025 - 2027	- Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2025 - Utkast styrets årsberetning - Årsrapport 2024 Varslingsutvalget Andre orienteringer: - Nytt sykehus Drammen – flytteforberedelser Referatsaker: - Styreprotokoll fra HSØ 6. februar - Revisjonsplan 2025 for Konsernrevisjonen HSØ - SKU 28. januar - HAMU 4. februar - Styrets årsplan pr februar	

		• Brukerutvalg 21. januar	
28. februar – foretaksmøte og felles styreseminar kl. 09.00 – 16.00 i regi av HSØ (Gardermoen)			Oppdrag og bestilling (OBD) 2025. Program formidles per epost.
Mandag 31. mars Bærum sykehus	• Årsberetning/årsregnskap 2024 • Fremtidig organisering av BET/PHR • Plan for ibrukstakelse NSD • Styrende dokumenter for VVHF 2025 • Instruks for styret i VVHF • Instruks for AD i VVHF • Protokoll fra foretaksmøte og Oppdrag og bestilling for 2025	• Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2025 • ØLP forutsetninger Andre orienteringer: • Nytt sykehus Drammen • Bærum sykehus Referatsaker: • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 6. mars • Brukerutvalg 18. februar (25. mars) • SKU 11. mars • Styrets årsplan pr mars	Eget møte mellom styret og revisor.
Mandag 22. mai Brakerøya Styremøte og styreseminar	• Virksomhetsrapport pr. 1. tertial 2025 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT • ØLP 2026 – 2029 • Nytt driftskonsept og organisering BET • Parkeringsordning for ansatte VVHF • Styrets møteplan 2026	Andre orienteringer: • Nytt sykehus Drammen Eierskifte 1 og 2 Referatsaker • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 8. mai • HAMU 8. april • Brukerutvalg 20. mai • SKU 6. mai • Styrets årsplan pr mai	Program styreseminar Flytteforberedelser NSD Bærekraftsplan 2.0 Beredskap og sikkerhet
Ekstraordinært styremøte			
Mandag 16. juni Drammen, G 32	• Status sykefraværsoppfølging i VVHF • Parkeringsløsning Brakerøya	• Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2025 Andre orienteringer:	<i>Dialog med Pasient- og brukerombudet – avventer til nytt ombud er på plass</i>

		- Nytt sykehus Drammen - Etiske retningslinjer i VVHF - Status investeringsramme 2025 - Pasientombudenes årsmelding 2024 Referatsaker: - SKU 10. juni - HAMU 3. juni - Brukerutvalg 10. juni - Styrets årsplan pr juni	E-læringskurs "Etikk for alle"
20. juni - foretaksmøte kl. 13.30 – 15.00 (Grev Wedels plass 5, Oslo)			Program formidles når dette er klart
Mandag 25. august Digitalt / teams (09.00 - 11.00)		- Virksomhetsrapport pr. 31. juli - Nytt sykehus Drammen Eierskifte 3, oppsummering KIB 1	
Mandag 29. september Ringerike sykehus	- Virksomhetsrapport pr 2. tertial 2025 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT - Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2026	Andre orienteringer: - Ringerike sykehus - Status nytt sykehus Drammen Status drift PHR - Forbedringsundersøkelsen 2025 Referatsaker: - Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 28. august - HAMU 9. september - SKU 2. september - Brukerutvalg 16. september - Styrets årsplan pr september	Forskning i VVHF

Mandag 27. oktober Styremøte og styreseminar G 32, Drammen	• Lønnsoppgjør 2025 for administrerende direktør	• Virksomhetsrapport pr 30. September 2025 • Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet Andre orienteringer: • Nytt sykehus Drammen Oppsummering KIB 2 • Budsjett 2025 Referatsaker • Styreprotokoll fra HSØ 25. september • SKU 14. oktober • Brukerutvalg 14. oktober • Styrets årsplan pr oktober	Program styreseminar Bærekraftsplan 3.0 Veikart Evaluering av styrets arbeid
Mandag 17. november Nytt sykehus Drammen, Brakerøya	•	• Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2025 Andre orienteringer: • Nytt sykehus Drammen Oppsummering KIB Referatsaker: • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 23. oktober • Brukerutvalg 11. November Referatsaker:	Dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet.
Mandag 15. desember G 32, Drammen	• Budsjett og mål 2026 • Styrets årsplan 2026 • Revidering av bærekraftsplanen	• Virksomhetsrapport pr. 30. november 2024 Andre orienteringer: • Fullmakter i VVHF • Nytt sykehus Drammen	

		Referatsaker: • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 20. november • SKU 2. desember • HAMU 9. desember • Brukerutvalg 9. desember • Styrets årsplan pr desember	
--	--	--	--

Merk:

- Det tas forbehold om endringer i oversiktene basert på at aktuelle saker ikke har fastsatt møtetidspunkt eller det er oppstått forsinkelser.
- Fysisk møte kan også omgjøres til digitalt møte ved behov.
- Oppdatert årsplan for styret ligger som fast referatsak til styremøtene.

Saker til behandling på senere tidspunkt / pendingliste styremøter:

Grønt: Står på listen i grønt i det møtet det leveres på – tas deretter ut av pendinglisten.

Bestilling fra styret	Bestillings-dato	Forventet leveranse	Status
Sak 76/2024 Strukturendringer i klinikk Psykisk Helse og Rus. Styret legger til grunn at det iverksettes tiltak for å redusere ulemper, som beskrevet i saken. Styret ønsker også å få en status på arbeidet hvert halvår	23.09.24	16.06.25	
Sak 111/2024 Bærekraftsplan versjon 2.0. Styret takker for en god presentasjon fra de fire somatiske klinikkdirektører og kommenterer at det vil være sentralt at det hentes ut gevinster fra helhetlig samarbeid i forbindelse med mer optimal ressursutnyttelse og flytting til nytt sykehus i Drammen. Styret ønsker en oppdatering fra de fire klinikkene knyttet til fremlagt skisse til plan for samarbeid på døgnpastene i løpet av 1. halvår 2025.	18.12.24	22.05.24	

Sak 114/2024 Sykefraværsarbeidet i VVHF. Styret kommenterer videre at det er positivt at det vektlegges en bred og systematisk innsats for å redusere sykefraværet i helseforetaket. Styret ønsker å høre status og resultater av sykefraværssinnsatsen i et styremøte før sommeren 2025.	18.12.24	16.06.25	
Sak 4/2025 Konsernrevisjonens undersøkelse om etterlevelse og oppfølging av nasjonale faglige råd. Styret takker konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst for en god og informativ gjennomgang av revisjonsrapporten, og deres anbefalinger for det videre arbeidet. Styret imøteser at det lages en handlingsplan med tiltak, og ønsker å få en oppdatering i et styremøte i løpet av 1. halvår 2025.	27.01.25	16.06.25	
Sak 14/2025 Virksomhetsrapportering pr. 3. tertial 2024. Styret kommenterer at satsningen rundt økt samarbeid mellom Kongsberg sykehus og Kongsberg kommune er spennende og viktig, og ønsker derfor å høre mer om dette i et kommende styremøte.	24.02.25	16.06.25	
Sak 28/2025 Virksomhetsrapportering pr. 28. Februar 2025. Styret retter oppmerksomhet mot utviklingen innen pakkeforløp kreft og ønsker å få mer informasjon om dette på styremøtet 22. mai.	31.03.25	22.05.25	

Helse Sør-Øst RHF
Postboks 404
2303 Hamar

Dato: 12.05.2025
Saksbehandler: Frode Møller Olufsen

Høringssvar på organisering av de prehospitale tjenestene for Asker og Bærum

Vi viser til den begrensede høringen om organiseringen av de prehospitale tjenestene i Asker og Bærum, med deres referanse 22/00812-18.

Vestre Viken HF gir innspill til høringen om organisering av prehospitale tjenester for Asker og Bærum. Vi vurderer de ulike alternativene ut fra målsettingen om helhetlige og sammenhengende tjenester, effektiv ressursbruk, god samhandling og befolkningens trygghet.

Vi viser til Meld. St. 23 (2024–2025), der regjeringen understreker behovet for helhetlige og sammenhengende akuttmedisinske tjenester, i samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

Alternativ 2 vurderes som den eneste løsningen som fullt ut ivaretar disse hensynene. Nedenfor følger våre vurderinger av de enkelte alternativene, og våre anbefalinger.

Høringen har etter vår vurdering betydelige metodiske og innholdsmessige svakheter. Den fremstår som ubalansert og mangler et helhetlig og faktabasert grunnlag for en så viktig beslutning. Flere sentrale vurderinger og relevant dokumentasjon er utelatt, og det foreligger ikke en objektiv sammenligning av alternativene.

1. Manglende ROS-analyser:

Til tross for betydelig ressursbruk er ikke ROS-analysene inkludert i høringsdokumentet. Dette er kritisk, da risikovurderinger er essensielle for å sikre forsvarlige beslutninger.

Vi viser til Riksrevisjonens rapport 3:13 (2023–2024), der regionale helseforetak og helseforetakene får kritikk for manglende systematikk i arbeidet med risikostyring.

Viser også til Oppdrags- og bestillerdokumentet fra Helse Sør-Øst, punkt 6.1:

"Helseforetaket skal følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, vurderinger og anbefalinger i Dokument 3:13 (2023–2024) Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene."

2. Manglende brukermedvirkning:

Høringsdokumentet mangler en tydelig beskrivelse av hvordan brukermedvirkning er ivare tatt i prosessen. Dette er bekymringsfullt, særlig med tanke på at Helse Sør-Øst RHF har et etablert brukerutvalg som er definert som et rådgivende organ for styret og administrerende direktør, og som skal medvirke på overordnet og strategisk nivå. Ifølge helseforetakets egne nettsider har brukerutvalget gått fra å være et høringsorgan til å bli en reell premissleverandør i helsetjenesten. Det fremstår som et

klart avvik fra Helse Sør-Østs egne prinsipper at brukernes erfaringer og synspunkter ikke er dokumentert i det foreliggende beslutningsgrunnlaget.

3. Samarbeid i helsefellesskap – en forutsetning i Meld. St. 23 (2024–2025)

I Meld. St. 23 (2024–2025) fremheves det at utviklingen av de akuttmedisinske tjenestene skal skje gjennom samarbeid mellom helseforetak og kommuner, forankret i helsefellesskapene (kapittel 4). Dette er en tydelig forventning fra regjeringen, og innebærer at aktørene sammen skal planlegge og utvikle en helhetlig akuttmedisinsk kjede. En delt løsning vil ikke være i samsvar med føringene i meldingen, og vil svekke forutsetningene for å oppnå best kvalitet og mest hensiktsmessig ressursbruk.

4. Avgrenset høringsutvalg gir et skjevt beslutningsgrunnlag

Vi stiller oss kritiske til at kommunene i hele sykehusområdet ikke er inkludert i høringen. Dette gjelder særlig kommunene Drammen, Lier og Ringerike, som tilhører Vestre Viken HF sitt opptaksområde og vil kunne bli direkte påvirket av endringer i det prehospitale tjenestetilbudet. En beslutning av denne betydning forutsetter bred involvering og forankring hos alle berørte aktører.

• Alternativ 0+:

I dag fremstår alternativ 0(+) som verken utredet, analysert eller kostnadsberegnet. Det fremkommer ikke at 0+ alternativet vil få en økt kostnad - først etter at saken er avgjort av HSØ. Å tilbakeholde kjente og relevante økonomiske kostnader mener vi ikke er god forvaltningsskikk. Det oppfyller dermed ikke de metodiske kravene som bør stilles til et beslutningsalternativ i en høringsprosess. Vi mener derfor at alternativet ikke bør inngå i det videre vurderingsgrunnlaget.

• Alternativ 1 – Påstanden om et "samlet tilbud" for Asker er misvisende:

I beskrivelsen av alternativ 1 heter det at Oslo universitetssykehus overtar ambulansestasjonen i Sætre og får ansvar for pasientreiser, slik at Asker får et samlet tilbud. Dette mener vi er en misvisende fremstilling. Bærum sykehus er en del av Vestre Viken HF, og både Asker og Bærum er kommuner i dette helseforetakets opptaksområde. Et samlet og helhetlig prehospitalt tilbud for Asker kan derfor først realiseres når Vestre Viken har det totale prehospitale ansvaret i regionen – ikke ved å overføre ytterligere ansvar til et annet foretak.

Dette støttes også av føringene i Meld. St. 23 (2024–2025) Fornye, forsterke, forbedre, hvor det legges vekt på bedre samordning, helhetlige pasientforløp og mer sammenhengende tjenester for pasientene. Å splitte ansvar mellom ulike foretak svekker nettopp disse målsettingene.

Bærum sykehus sine utfordringer og behov er ikke tilstrekkelig inkludert, til tross for at dette er avgjørende for å levere på kravene knyttet til ventetidsløftet. Vestre Vikens bærekraftsplan forutsetter også at de fire sykehusene kan samarbeide og fordele pasienter og fag uhindret mellom seg. Dette gjelder innen intensivområdet, men også for andre fagområder.

- **Alternativ 2 – Vestre Viken overtar det prehospitale ansvaret i Asker og Bærum:**
Vestre Viken HF mener at alternativ 2 representerer den mest hensiktsmessige og helhetlige løsningen for fremtidig organisering av de prehospitale tjenestene i Asker og Bærum. Dette alternativet bør ikke bare vurderes – det må legges til grunn som den løsningen som oppfyller nasjonale og regionale mål og behov.
Vestre Viken HF vil etablere egen innsatslederfunksjon (02) for regionen ved en overtagelse.

Det vises i høringsdokumentet til at Vestre Vikens prehospitale ansvarsområde vil øke med 85 %. Selv om dette tallet er korrekt, må det samtidig presiseres at dette ikke representerer et uproporsjonalt inngrep, men en naturlig harmonisering av tjenesteansvar og geografi. Antallet ambulanseressurser, 113-samtaler og pasienter vil overhodet ikke øke tilsvarende. Asker og Bærum tilhører allerede Vestre Vikens opptaksområde, og Bærum sykehus er en del av foretaksstrukturen. Å samle det prehospitale ansvaret i samme foretak som sykehusansvaret gir økt faglig og organisatorisk sammenheng – til beste for både innbyggere, ansatte og pasientforløp.

Videre fremgår det at antall ambulanser må økes med to, og at bemanningen på AMK og pasientreiser må styrkes. Dette må ikke fremstilles som en særskilt økonomisk utfordring for Vestre Viken. Økonomiske rammer følger ansvarssted – og Vestre Viken HF har sagt at vi skal løse dette innenfor 2025-rammen som OUS får tildelt for å dekke Asker og Bærum. Dette er ikke en ny ufinansiert kostnad da ressursene følger med ansvaret – dette er en omfordeling fra Oslo universitetssykehus, ikke en ny kostnadsøkning.

Det kommer frem i høringsdokumentet at dette alternativet påvirker akutt- og beredskapssamarbeidet mellom nødetatene i Oslo, som får to prehospitale tjenester å forholde seg til. Denne formuleringen er etter vårt syn utilstrekkelig begrunnet og gir et misvisende inntrykk. Alle organisasjonsendringer vil nødvendigvis innebære justeringer i samhandlingsstrukturer, men det avgjørende er om disse endringene har vesentlige konsekvenser for innbyggernes trygghet og sikkerhet. Det foreligger ikke dokumentasjon eller analyse knyttet til påstanden i høringsdokumentet. Det mangler også viktig kontekst, da tilsvarende løsninger med samhandling mellom nødetater og flere helseforetak, er i drift ved mange AMK- og 11x-sentraller i Norge. Det er derfor ikke grunnlag for å fremstille dette som en særskilt utfordring for Oslo politidistrikt. Vi vil i tillegg understreke at Vestre Viken HF vil etablere egen innsatslederfunksjon (02) for regionen ved en overtagelse.

Et vesentlig poeng som heller ikke fremheves tilstrekkelig, er at alternativ 2 medfører sammenfall mellom helseforetakets geografiske opptaksområde og det operative ansvaret for de prehospitale tjenestene. Dette er i tråd med overordnede nasjonale føringer, slik de blant annet kommer til uttrykk i Meld. St. 23 (2024–2025) – Fornye, forsterke og forbedre. Her vektlegges det at helsetjenestene må organiseres slik at pasientene opplever helhetlige og sammenhengende forløp, at ressursene utnyttes

effektivt, og at samhandling med kommunene styrkes. Et samlet ansvar i ett foretak gir de beste forutsetningene for dette.

Bærum sykehus sine utfordringer og behov er ikke tilstrekkelig inkludert, til tross for at dette er avgjørende for å levere på kravene knyttet til ventetidsløftet. Vestre Vikens bærekraftsplan forutsetter også at de fire sykehusene kan samarbeide og fordele pasienter og fag uhindret mellom seg. Dette gjelder innen intensivområdet, men også for andre fagområder. For å kompensere for dagens begrensninger har Vestre Viken innenfor egne rammer måttet etablere en ekstra døgnbemannet intensivambulanseløsning for å sikre rask og trygg overføring av syke nyfødte fra Bærum sykehus til Drammen sykehus.

Vestre Viken HF er av den bestemte oppfatningen av at alternativ 2 er den eneste løsningen som ivaretar både faglige, organisatoriske og samfunnsmessige hensyn på en tilfredsstillende måte. Ved en helhetlig og sammenhengende drift for helseforetaket vil også pasientsikkerheten styrkes. Vi anbefaler derfor at den vedtas.

- **Alternativ 3 – Vestre Viken overtar Asker, Oslo universitetssykehus beholder Bærum**

Beskrivelsen av alternativ 3 fremstår som ubalansert og formidler i liten grad de potensielle fordelene ved løsningen. Det vises til at omstillingskostnadene er lavere enn i alternativ 2, men dette nevnes isolert og uten å drøfte mulige gevinster ved en tydeligere organisering for Asker kommune og bedre lokal forankring av tjenesten. Det er heller ikke gjort en vurdering av hvordan dette alternativet kan påvirke pasientstrømmer eller bidra til bedre samordning av ressurser i den delen av regionen som allerede er en del av Vestre Viken HF sitt ansvar.

Samtidig viderefører alternativet et delt foretaksansvar i en felles bo- og arbeidsregion, og innebærer at Bærum sykehus må forholde seg til to prehospitalt aktører. Dette svekker helheten i tilbudet og skaper nye grenseflater internt i Bærum.

Det kommer frem i høringsdokumentet at dette alternativet påvirker akutt- og beredskapssamarbeidet mellom nødetatene i Oslo, som får to prehospitalt tjenester å forholde seg til. Denne formuleringen er etter vårt syn utilstrekkelig begrunnet og risikerer å gi et misvisende inntrykk. Alle organisasjonsendringer vil nødvendigvis innebære justeringer i samhandlingsstrukturer, men det avgjørende er om disse endringene har vesentlige konsekvenser for innbyggernes trygghet og sikkerhet. Det foreligger ikke en slik analyse i høringsdokumentet. Det mangler også viktig kontekst, da tilsvarende løsninger med samhandling mellom nødetater og flere helseforetak, er i drift ved mange AMK- og 11x-sentraler i Norge. Det er derfor ikke grunnlag for å fremstille dette som en særskilt utfordring for Oslo politidistrikt. Vi vil i tillegg understreke at Vestre Viken HF allerede er i ferd med å etablere egen innsatslederfunksjon (02).

Etter vår vurdering gir ikke alternativ 3 et helhetlig og fremtidsrettet system for prehospitale tjenester. Det reduserer ikke kompleksiteten i regionen, men viderefører den. Alternativet er derfor ikke ønskelig, men kan vurderes dersom alternativ 2 skulle falle bort i den videre beslutningsprosessen. Dette med begrunnelse i at en større andel av Vestre Vikens pasienter da vil kunne få helhetlige pasientforløp i samme foretak.

Konklusjon:

Vestre Viken HF mener at alternativ 2 gir den mest robuste, helhetlige og fremtidsrettede organiseringen av prehospitale tjenester for Asker og Bærums innbyggere samt Bærum sykehus.

Vi konkluderer samtidig med at det kun er alternativ 2 som svarer til formålet slik det kommer til uttrykk i Meld. St. 23 (2024–2025), nemlig å sikre best mulig kvalitet og mest hensiktsmessig ressursbruk. Dette forutsetter et samlet ansvar og samarbeid i helsefellesskapene, noe som ikke lar seg realisere med en delt løsning.

Vennlig hilsen

Vestre Viken HF
v/Snorre Birk Gundersen
Klinikkdirektør
Prehospitale tjenester

Foreløpig protokoll

Møte:	Brukerutvalget Vestre Viken HF
Møtedato:	25.03.25
Tidspunkt:	1200-1800
Sted:	G32, Kolsås 1 og 2
Møteleder:	Rune Kløvtveit
Deltakere:	Fra Brukerutvalget: Rune Kløvtveit, Gudrun Breistøl, David C. Hemmingsen, Jan Helge Tuv (digitalt), Toril Naper Hauge, Christine Malmberg, Jan Ørum Uldal Sjøes Leth Christensen, Cathrine Amanda Blisten Johansen. Fra Administrasjonen: Kurt Kleppe Josefsen (koordinator) Fra administrasjonen, konkrete saker Lisbeth Sommervoll Eirin Nyhus-Jensen Mia Iversen og Anne Helene Lindseth

Sak nr.	Sak/merknad
30/25	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedtak/kommentarer: Godkjent
31/25	Protokoll brukerutvalgets møte 18. februar Vedtak/kommentarer: Godkjent
32/25	Referat arbeidsutvalgets møte 11. mars Vedtak/kommentarer: Tas til orientering
33/25	Saker til orientering, innkommet post • Oppsummering likepersontjeneste • Rapport "Står personvernet i veien for pasientsikkerheten" • Kampanjen for økt bruk av digitale konsultasjoner er forsinket. Status • Foreløpig protokoll BU HSØ mars 25 • Reviderte retningslinjer ungdomsrådene Vedtak/kommentarer:

Sak nr.	Sak/merknad
	Oppsummering likepersontjeneste Oppsummeringen som er sendt HSØ tas til orientering. Brukerutvalget erfarer at dagens likepersontjeneste på brukerkontoret ikke fungerer godt nok. Det er alt for få og tilfeldig hvem som blir orientert om brukerorganisasjonenes likepersontilbud. Brukerutvalget ønsker å bidra til at sykehusene kan presentere tilbudet mer strukturert på seksjonene, og kanskje som en del av utskrivningen, så det når flere pasientgrupper og ikke bare de som tilfeldig kommer inn på et brukerkontor. Rapport “Står personvernet i veien for pasientsikkerheten” Tas til orientering. Det er ønskelig med besøk av PVO i brukerutvalget med diskusjon om tema og fokus på hva som skjer i forhold til at det etableres regionalt personvernombud. Kampanjen for økt bruk av digitale konsultasjoner er forsinket. Utgår og tas opp på neste møte. Foreløpig protokoll BU HSØ mars 25 Tas til orientering Reviderte retningslinjer ungdomsrådene BU viser til tidligere kommentarer og understreker igjen at det er viktig at honorarsatsene blir lik som brukerutvalget. BU kommentere dette i høringsrunden. I forhold til øvrige forslag i retningslinjene støtter Brukerutvalget at retningslinjene for begge rådene i så stor grad som mulig bør ha felles utforming og innhold.
34/25	Konferanser, seminarer Ikke mottatt Vedtak/kommentarer: Den 11. juni arrangerer Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring en regional konferanse. Regional konferanse 2025 Påmeldingsfrist er 1. mai og det orienteres om denne på april møte om dette holdes. Alternativt gis informasjon i Teams.
35/25	Oppnevninger Vedtak/kommentarer: Det er litt forskjellig hvor langt ned i organisasjonen representantene fra BU er med i hovedsak er det KKV og LSU som de “ansvarlige” medlemmer skal delta i. BU har ikke mulighet for å delta i utvalg i de enkelte avdelingene.

Sak nr.	Sak/merknad
	Koordinator melder inn at Rune Kløvtveit overtar for David Hemmingsen i forhold til Drammen sykehus. Rune Kløvtveit avklarer deltakelse i andre fora enn KKU og LSU med DS og BS og David Hemmingsen med KS.
36/25	Basissamtaler i systematisk pårørendesamarbeid v/Mia Iversen og Ann Helen Madsen 30 min presentasjon, 15 min diskusjon Vedtak/kommentarer: Har vært utviklingsarbeid og skal implementeres til høsten. Brukerutvalget støtter dette prosjektet og håper at dette også kan lett overføres i praksis til somatikken. BU ønsker nytt besøk om ca et år for å få resultater av implementeringen.
37/25	Pasientreiser v/ Eirin Nyhus-Jensen • Bruk av restkapasitet på helseekspresen • Ny rekvisisjonspraksis Vedtak/kommentarer: Ny rekvisisjonspraksis: Gjelder fra 1. april. Ny begreper; reisestøtte eller organisert reise. Har pasienten i en lengre periode behov for reiserekvisisjon så kan han få en reiseattest. Dette er delt i to; en for rekvirerte reiser og reiseattest for bil. Viktig at det blir en bedre rutine for bestilling av reiser. Bruk av restkapasitet på helseekspresen: Gjennomgang av kommentarer fra regionrådet i Hallingdal som spesielt kommenterer problemet dersom personene får reise med helseekspresen ned, men ikke får plass på returreise. Viktig å huske på at de som ikke får plass for helseekspresen kan få reiseveiledning hos Pasientreiser. Problemet med å få tilgang til ledige plasser for de som har andre behov enn medisinsk behov for å reise med Helseekspresen ble adressert i møte i Brukerutvalget i fjor. Brukerutvalget er veldig fornøyd med at Pasientreiser strekker seg litt og får til et bedre tilbud enn det har vært, selv om det fortsatt er utfordringer for de som ikke har medisinske behov for organisert reise. Vedtak/kommentar Brukerutvalget er veldig glad for at pasientreiser nå kommer tilbake med en løsning som er bedre enn den vi fikk presentert på et tidligere møte. Det ble fremmet 2 forslag til løsning. Brukerutvalget støtter alternativ 2.
38/25	Dialog med administrerende direktør

Sak nr.	Sak/merknad
	Vedtak/kommentarer: Følgende områder ble fritt diskutert med administrerende direktør; langvakter, mentorordning, arbeid med ventetidsløftet og andre aktuelle saker.
39/25	Kontinuerlig forbedring Gjennomgang av arbeidet og skjema. Vedtak/kommentarer: Spørreskjema ble gjennomgått og vedtatt. Dette skal sendes alle BU medlemmer etter hvert møte i utvalget samt sendes de øvrige medlemmer i SSU, LSU og FSU to ganger i året.
40/25	BU diskusjonen Vedtak/kommentarer: Ventetidsløftet; Det er viktig å jobbe med å korte ned ventelistene. Brukerutvalget har bekymring i forhold til ventende-ventende. Det er også en risiko for at pasienter på korte ventelister blir prioritert. Rune har sendt inn et skriftlig innspill i forhold til styringsgruppe ventelisteløfte. Dette ligger ved som vedlegg til protokollen. I forbindelse med ventetidene så er det viktig at samtlige ressurser på alle sykehusene brukes optimalt, ved at ledig kapasitet utnyttes ved at pasientene kan få tilbud på andre sykehus enn lokalsykehuset. Helselogistikk; ser ut som om det går veldig bra. Det er gjennomført en del tester som viser gode resultater, både i forhold til alarmer og sensorer. Inn og utsjekk fungerer, men Brukerutvalget er skeptisk til at det er lagt opp til at man ved innsjekk må bruke Bank-ID. Dette gjør det vanskelig for grupper som ikke nødvendigvis har Bank-ID. Rune følger opp dette i prosjektet Helselogistikk.
41/25	Kommende møter • Styrets årsplan • "Monsterarket" • Møte i april. Bestemmes på AU 8. april Vedtak/kommentarer: Tas til orientering. Ønske om at junimøtet tas på Brakerøya. Administrasjonen sjekker opp
42/25	Styresaker Saker på styremøte i mars er: • Driftsendring BET klinikk Psykisk Helse og Rus • Styrets årsberetning og årsregnskap for VVHF 2024 • Lederlønnsrapport 2024 for VVHF • Virksomhetsrapportering pr 28. februar 2025

Sak nr.	Sak/merknad
	• ØLP forutsetninger • Evaluering av langvakter • Status for oppfølging av bærekraftsplan 2.0 på Bærum sykehus • Protokoll fra foretaksmøte 28. februar og Oppdrag og bestilling 2025 for VVHF • Etablering av parkeringsselskap • Status nytt sykehus Drammen • Styrende dokumenter i VVHF • Instruks for styret i VVHF • Instruks for administrerende direktør • Driftsorientering fra administrerende direktør
43/25	Eventuelt Ingen rapporterte saker.

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Tom Frost, Bente Kristensen, Gry Christoffersen, Joan Nygard (for Harald Baardseth), Toril Morken, Maria Gundersen, Lisbeth Sommervoll, Kirsten Hørthe, Kristin Fagerhaug, Mai Bente Myrvold, Snorre B. Gundersen (for May Janne Botha Pedersen), Hanne Juritzen, Marianne O Njøten, Kristin Besseberg
Møtedato:	8.april 2025		
Tidspunkt:	0900 - 1100		
Sted:	Møterom Hallingskarvet		
Møteleder:	Tom Frost		
Referent:	Cecilie Søfting Monsen	Forfall:	Harald Baardseth, Hanne Misund, May Janne Botha Pedersen

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Godkjenning av innkalling og dagsorden Godkjent
	Godkjenning av referat fra 4.februar og 26.februar Godkjent
06/2025	Parkeringsløsninger i VVHF v/Gro Sølvberg-Øien Styringsgruppen anbefaler følgende: – Konsept B; Sentrale rammer med lokale tilpasninger. Dette vil gi rom for lokale prioriteringer av kriteriene. – Det anbefales inndeling i prissoner. – Det anbefales fleksible parkeringsløsninger. – Tildeling etter søknad på lokasjoner som har kapasitetsutfordringer. – Det åpnes for midlertidige HMS-plasser. – Risikoanalyse er gjennomført. Eiendommene må sees på som en samlet, felles ressurs i VVHF, og hver enkelt lokasjon kan ikke bestemme over den enkelte eiendom. Det haster med å få en beslutning om parkeringsordning pga innflytting til det nye sykehuset i Drammen. Når tiltakene som er besluttet i delprosjekt "Grønn mobilitet," blir gjennomført, forventes det at parkeringsbelastningen vil reduseres. Drammen kommune har avslått forslaget om shuttlebus fordi det skal være parkeringsplasser innenfor en viss radius fra hovedinngangen. <u>Kommentarer i møtet:</u> Grønn mobilitet bør også vurderes nå. Det oppleves som en samtidighetskonflikt å innføre ny parkeringsløsning/ høyere priser og avvente tiltakene innenfor grønn mobilitet (sykkelordning, shuttlebuss etc). Hastegraden varierer mellom de ulike beslutningene, og det må vurderes hvilke beslutninger som må tas når. HAMU takker prosjektleder for en svært god prosess, medvirkning og ryddighet i forbindelse med arbeidet med dette prosjektet.

	Vedtak: HAMU støtter anbefalingen med eventuelle innspill og forbehold fremkommet i møtet.
07/2025	IA-avtalen, orientering om status v/ Beate R Sand Forrige avtale 2019 – 2022. Ble deretter prolongert til 2024. Nytt mål for sykefravær er å komme ned til 2019 nivå; 6,6%. Fortsatt mye å jobbe med. Flere nye prosjekter igangsettes også i 2025. Litt nytt: Intensivere og målrette sykefraværsoppfølging. Partssamarbeid skal styrkes. VVHF har allerede startet flere prosjekter, og opplæring av ledere pågår for fullt. Kompetanseplaner i sykefraværsoppfølging både for ledere og tillitsvalgte/vernetjeneste. NOU om kvinnehelse er kommet med 47 tiltak; noe som forventes å bidra til redusert sykefravær. (Systematisk HMS arbeid). Ansattrepresentant påpeker at autonomi blant ansatte med fleksible løsninger innenfor gitte rammer kan gi redusert sykefravær.
08/2025	Kollegastøtteordning v/ Beate R Sand VVHF har en bredt sammensatt arbeidsgruppe som arbeider med psykisk helse. Kollegastøtte, fadderordning og en nasjonal kampanje uke 39-42. 3 hovedaspekter innenfor kollegastøtteordningen; alvorlige hendelser, arbeidshverdagen og ivaretagelse av nyansatte. Anbefales å eies på seksjonsnivå. Det arbeides nå med å utarbeide en overordnet anbefaling/ retningslinje. Denne sendes ut på høring rett etter påske. Viktig at alle ledere må forstå ordningen, og at tilbudet skal være lavterskel. Nødvendig å tydeliggjøre hva kollegastøtte er sett i forhold til andre systemer og ordninger som allerede finnes. Det anbefales å gjøre en evaluering og ev en oppdatering av løsningen etter en tid. VVHF samarbeider med BHT og NAV arbeidslivssenter. Det påpekes at det bør lages en oversikt over bruken, enkel registrering av hver henvendelse. Forslag til slagord: «Vestre Viken helseforetak - Vi tar vare på hverandre» «Vestre Viken helseforetak - Veldig gode på kollegastøtte»
09/2025	Status ferieplaner 2025 v/Eli Årnot Klinikken er spurt hva som er status pr nå. Stort sett lite bekymringer, noe problemer med å skaffe vikarer for jordmødre.
10/2025	Bærekraftsplanen - Rapport Evaluering langvakter v/Inger Lise Hallgren Oslo Economics har stått for den eksterne evalueringen sammen med TV/VO og klinikken. Evalueringen viser at det er interesse for å prøve ut andre arbeidstidsordninger enn dagens tredelte turnus. Det er likevel en liten andel av vaktene som har vært langvakter. Det har vært vanskelig å konkludere i forhold til effekten på sykefravær. Erfaringene vil brukes videre i arbeidet med fleksible arbeidstidsordninger. Ansatte med langvakter oppgir i større grad å være fornøyde med sin arbeidstidsordning. Positivt for fritid og hjemmesituasjon. Å jobbe mer konsentrert ser ut til å være bra for balansen jobb/fritid.

	I spørsmålet om langvakter er helsefremmende, kan det konkluderes med at det ikke er noe bastant forskning på området og at det må forskes ytterligere. Det er noe usikkerhet rundt dataene. Pauseavvikling må følges opp tettere og krever god ledelse. Ansatte opplever at langvakter gjør det enklere å sørge for nødvendig kompetanse på jobb. Mange positive tilbakemeldinger på ordningen. Det påpekes at man må se på langvakter opp mot intensiteten i arbeidsdagen. Døgnområdene oppgir at det er mindre press da det er enklere å planlegge arbeidsdagen. HAMU bør støtte videreføringen av ordningen. Det oppleves positivt å kunne være med på å påvirke egen arbeidstidsordning. Et ønske om mer langsiktighet både blant ansatte og ledere.
11/2025	Urologi Bærum/ Ringerike v/ Marianne Njøten Fagansvaret ble overført før jul fra RS til BS pga ressursituasjoner på RS over lang tid. Utfordringene har tiltatt i 2025 knyttet til dagens organisering (stort arbeidspress, høyt sykefravær og vakanser). En risikovurdering er derfor gjennomført 21.mars. Flere risiki høyt opp på rødt. <u>Strakstiltak:</u> Flere pasienter sendt til private aktører mens noen er gått til KS (dagkirurgi). <u>Andre tiltak:</u> Leie inn fagkompetanse, felles henvisning gjøres på BS, flytting av kreftforløp til DS og BS. Det arbeides med å se helhetlig på urologifeltet i hele Vestre Viken. De som deltok på Ros i mars skal møtes igjen for å se på hvordan håndteringen og tiltakene fungerer. <u>Kommentarer i møtet:</u> Ansattrepresentant ser det som mulig å vurdere permanent bemanning med urolog på RS. Fagmiljøet mener at det er behov for 3 urologer på RS. Også et behov for flere på BS. Drøfting av ordningen etterlyses. Vedtak: HAMU tar informasjonen til orientering og ber om at tiltak for å sikre god pasientsikkerhet, og organisering, samt ivareta medarbeidere følges opp i tråd med plan etter gjennomført risikovurdering.
12/2025	Orientering fra BHT v/Kristin Besseberg BHT brukes i noe større grad enn tidligere. Spesielt innenfor områdene opplæring (stressmestring, forflytning etc). Det er innført ny fast dag hvor de bistår de som står i omstilling og endring. Benyttes mye. Vedtak: HAMU tar saken til orientering.
13/2025	Skriftlige orienteringer Ingen innspill i møtet. Vedtak: HAMU tar de fremlagte notatene til orientering.

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Tom Frost, Bente Kristensen, Gry Christoffersen, Harald Baardseth, Toril Morken, Lisbeth Sommervoll, Kirsten Hørthe, Wes Caple (for Kristin Fagerhaug), Mai Bente Myrvold, May Janne Botha Pedersen, Hanne Misund, Marianne O Njøten, Kristin Besseberg
Møtedato:	30.april 2025		
Tidspunkt:	0800 - 0825		
Sted:	Teams		
Møteleder:	Tom Frost		
Referent:	Cecilie Søfting Monsen	Forfall:	Kristin Fagerhaug, Maria Gundersen, Hanne Juritzen

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Godkjenning av innkalling og dagsorden Godkjent.
	Godkjenning av referat fra 8.april Godkjent.
14/2025	Verneområder for nytt sykehus Drammen Endringer i organisasjon og areal, samt at PHR kommer inn på det nye sykehuset. Behov for å avklare hvem som har ansvaret for hvilke områder/arealer. HVO fra klinikkene har arbeidet sammen med et forslag til fordeling. Hvert AMU må vurdere forslag til inndeling og melder eventuelle endringer til HAMU. <u>Innspill/spørsmål:</u> På BS er det eget verneombud for leger, og dette er ønsket også på DS. Alle ledere har ansvar for HMS for egne ansatte mtp arbeidsmiljø og vernerunder. Diskusjon om hvem som skal ivareta tilsynsrunder av fellesområdene. Uteareal ivaretas av eiendom drift (KIS). Felles råd/møtearenaer bør etableres for å ivareta saker som dukker opp underveis. Klinikkdirektørene mm bør delta. Dette kan også tas i de klinikkvise AMU. Vedtak: – HAMU støtter foreslått klinikkvis inndelt ansvar og verneområder i NSD. – Klinikkens AMU behandler og eventuelt tilpasser verneområdene innenfor sine tildelte ansvarsområder. – Klinikkenes AMU gir HAMU skriftlig orientering om eventuelle endringer som gjøres.

Fra: "Bjørn Petter Nilsen" <bjoern.petter.nilsen@online.no>
Sendt: søndag 4. mai 2025 13:32:24
Til: "VVHF PB Sekretariat" <vvhfpbsekretariat@vestreviken.no>
Kopi: "VVHF PB Postmottak Vestreviken" <postmottak@vestreviken.no>;
"buskerud@pasientogbrukerombud.no" <buskerud@pasientogbrukerombud.no>
Emne: Forløpstider brystkreft, Drammen sykehus.

Some people who received this message don't often get email from bjoern.petter.nilsen@online.no. [Learn why this is important](#)

Til styre i Vestre Viken HF ved styreleder Siri Hatlen

Kopi:
Adm.dir Lisbeth Sommervoll
Klinikkdirektør Drammen Mai Bente Myrvold
Pasientombud Viken Anne-Lene Arnesen

Forløpstider brystkreft, Drammen sykehus.

Den 13 januar i år fikk min kone påvist lobulær brystkreft i høyre bryst på Unilab på Majorstuen.

Henvisning fra fastlegen var sent 12 desember.

Senere i januar ble det også påvist kreft i venstre bryst.

5 februar var min kone klar for operasjon, for fjerning av begge bryst. På møtet på Drammen sykehus fikk vi inntrykk av at det var en utfordring å få min kone plassert inn i timeplanen for operasjoner ved sykehuset.

Operasjons dato ble satt til 14 mars. Vi stusset over den lange ventetiden.

Oppsummeringsmøte ble satt til 25 april. Da skulle analyseresultatene av vevsprøven foreligge. En ville da ha alle svarene slik at en kunne planlegge en eventuell videre behandling, dvs. stråling.

Min kone ble operert på den avtalte datoen 14 mars.

Dagen før oppsummeringsmøtet den 25 april, ble møtet avlyst via telefon. Vevsprøvene var ikke analysert.

En uke senere ringte vi sykehuset og spurte om det var noe fremdrift. Prøvene var fremdeles ikke analysert og det var umulig å vite når de ville bli det, og når en dato for oppsummeringsmøtet kunne settes. "Det gjelder ikke bare dere" ble vi fortalt.

Vi erfarer at tilgjengelig personell og utstyr for analyse av vevsprøver er sterkt underdimensjonert. Vi forstår at kapasiteten ikke vil bli økt ved det nye sykehuset. Det samme synes også å være tilfelle for operasjonskapasiteten for bryst kreft.

De ovenfor beskrevne forløpstidene er mye lengre enn det en forventer ut fra beskrivelsen av pakkeforløpet for brystkreft og myndighetenes mål for kreftbehandling.

Så lang venting er en ekstra belastning for pasienten.

Hvilke strategier har styret for å få ned forløpstidene for brystkreft ved Drammen sykehus? Hvilke mål er definert? Hvilke prosjekter er igangsatt?

Ser frem til å høre fra dere.

MVH

Bjørn Petter Nilsen
Pårørende

Basaltveien 49
1359 Eiksmarka
Tlf. 90948616
bpnilsen@online.no

Til rette vedkommende

Dato: 16.05.2025
Saksbehandler: Gro Vik Knutsen
Direkte telefon:
Vår referanse: 25/05136-3 / 440
Deres referanse:
Klinikk/avdeling: Vestre Viken HF /
Drammen sykehus

Tilbakemelding angående din henvendelse om forløpstider brystkreft, Drammen sykehus.

Klinikk Drammen sykehus viser til din henvendelse datert 4. mai 2025 som er sendt til styret ved styreleder i Vestre Viken HF, med kopi til administrerende direktør og klinikkdirektør ved Drammen sykehus, samt Pasient- og brukerombudet i Buskerud.

Vi viser videre til telefonsamtalen 13. mai der det framkom at du primært ikke ønsker en gjennomgang av pasientforløpet til din ektefelle, men å løfte den generelle problemstillingen som gjelder forløpstidene for utredning og behandling av brystkreft i Vestre Viken.

Vestre Viken vil samtidig takke deg for ditt engasjement i saken. Vi har stor forståelse for at det er krevende for pasienter og deres pårørende når ventetidene blir lange, og ikke minst når forløpet blir uforutsigbart og tidspunkter endres underveis. Dette skaper utrygghet for pasientene som allerede er i en vanskelig situasjon etter å ha fått påvist kreftsykdom.

Manglende måloppnåelse av forløpstidene for pakkeforløp kreft er en viktig sak som opptar helseforetaket og de involverte klinikkene på alle nivåer. I forbindelse med utarbeidelse av dette svaret til deg, har det vært dialog mellom klinikkledelsene, forløpseier brystkreft og de ansvarlige i de øvrige involverte avdelingene og seksjonene. Det er også innkalt til et eget samarbeidsmøte for å diskutere den videre prosessen og mulige tiltak for å redusere de lange forløpstidene for pakkeforløp brystkreft.

Bakgrunnen for forløpstider kreft

Helsedirektoratet utarbeidet veiledere for pakkeforløp kreft som en oppfølging til Nasjonal kreftstrategi 2013-2017. I veilederen for pakkeforløp brystkreft [Brystkreft - Helsedirektoratet](#) er det beskrevet forventet pakkeforløpstider for utredning og oppstart av behandling for brystkreft. Nasjonalt er det krav om at 70 % av pasientene med kreft skal ha gjennomført pakkeforløp kreft innen standard forløpstid. Årsaken til at dette kravet ikke er satt til 100 %, er at en del pasienter har behov for tilleggsutredning som tar lengre tid enn en gjennomsnittspasient. Forløpstiden er ikke en pasientrettighet, men skal være normgivende. Det juridiske grunnlaget er pasientrettighetsloven §2-2 og forskrift om prioritering av helsetjenester. Til orientering er alle pakkeforløpene under revidering, blant annet fordi det tilkommer nye utredningsalgoritmer som kan gjøre det nødvendig å justere forløpstidene.

I Helsedirektoratets veileder framkommer følgende anbefalinger for de ulike trinnene i pakkeforløp brystkreft:

Forløpsbeskrivelse		Forløpstid
Fra henvisning mottatt til første fremmøte utredende avdeling		7 kalenderdager
Fra første fremmøte i utredende avdeling til avsluttet utredning (beslutning tas)		12 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Kirurgisk behandling	13 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Medikamentell behandling	10 kalenderdager
Fra henvisning mottatt til start behandling	Kirurgisk behandling	32 kalenderdager
Fra henvisning mottatt til start behandling	Medikamentell behandling	29 kalenderdager

Fra henvisningen er mottatt til oppstart kirurgisk behandling er følgende den anbefalte forløpstiden 32 dager (såkalt OF4). Når det gjelder din ektefelle hadde hun en samlet forløpstid på ca. 90 dager, noe som er betydelig lengre enn den generelle anbefalingen.

Pasientforløp brystkreft i Vestre Viken

I Vestre Viken HF er Brystdiagnostisk senter (BDS) organisert i Klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD), Bilde i Drammen. BDS-et har ansvar for den innledende utredningen. Avdeling for patologi i KMD har ansvar for å undersøke vevsprøvene for å stille korrekt diagnose. Kirurgisk avdeling ved Drammen sykehus har ansvar for den videre oppfølgingen og opererer pasientene når diagnosen brystkreft er stilt. Vestre Viken HF har i tillegg en samarbeidsavtale med Sykehuset i Vestfold, og Drammen sykehus opererer også pasienter med brystkreft fra Vestfold.

Det er mange seksjoner og avdelinger involvert i pakkeforløp brystkreft. Det er derfor avgjørende at de involverte enhetene samarbeider og har løpende prosesser som sørger for at flaskehalsene er kjent, og at tiltak igangsettes for å oppnå en god flyt gjennom hele pasientforløpet. Forløpskoordinatorerne som er ansatt i Kirurgisk avdeling, er viktige ressurspersoner. De har løpende kontakt med pasientene og bistår med å planlegge det enkelte pasientforløpet, inkludert gjøre tilpasninger ut ifra tilgjengelige ressurser og pasienters ønsker og behov.

Vestre Viken HF har tidligere hatt akseptable og i perioder svært god måloppnåelse når det gjelder pakkeforløp brystkreft. Dessverre er det nå kapasitetsutfordringer i flere deler av kjeden, og dette gjør at helseforetaket dessverre har en for lav måloppnåelse for pakkeforløp brystkreft. De involverte klinikkene i Vestre Viken HF arbeider derfor med tiltak for optimalisering av logistikk og pasientflyt.

«Flaskehals» og tiltak pakkeforløp brystkreft

Brystdiagnostisk senter (BDS) i Klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD) har hatt utfordringer med tap av kompetanse innenfor radiologi, og er i gang med rekruttering av nye radiografer og radiologer (røntgenleger). Imidlertid er tilgangen til blant annet radiologer med riktig kompetanse en knapphet i Norge. Samtidig har pasientgrunnlaget og

kompleksiteten i utredningen økt. Flere pasienter trenger mer avanserte radiologiske undersøkelser, slik som CT og MR i utredningsforløp. Tilgangen til CT og MR-undersøkelser er flaskehalser.

BDS har de siste to årene hatt en avtale, via Sykehusinnkjøp, med Unilabs Majorstuen som utreder endel av rettighetspasientene i Vestre Viken HF. Kontortjenesten ved BDS gjør en løpende vurdering av utredningskapasiteten, og oversender vurderte henvisninger til Unilabs dersom, vi ikke selv har kapasitet til å gjøre undersøkelsen ved BDS innen ønsket tidspunkt.

Det er videre utfordringer når det gjelder svartider på analyse av vevsprøver. Dette bidrar til uforutsigbare utredningsløp for pasientene. Høsten -24 innførte Avdeling for klinisk patologi et nytt laboratoriesystem (LVMS). Det nye laboratoriesystemet har dessverre ført til økte svartider, også etter at selve innføringsfasen er tilbaketrukket. Avdelingen jobber med å kartlegge behovet for økte ressurser for å oppnå akseptable svartider.

Kirurgisk avdeling har generelt lengre ventetid på operasjon for brystkreft, enn det som er anbefalt i pakkeforløp brystkreft. Drammen sykehus har lavere legedekning for kirurgi-spesialister som opererer brystkreft og kreft i skjoldbruskkjertelen, sammenlignet med flere andre sykehus i Helse Sør-Øst. Operasjonsstuer og poliklinikker ved Drammen sykehus forsøkes utnyttet optimalt når det gjelder lege- og sykepleierdekningen.

Kirurgisk avdeling er i gang med å rekruttere onkologisk-plastisk kirurg som kan bidra til økt kapasitet ved de komplekse operasjonene. Avdelingen starter samtidig med å rekruttere en overlege med kompetanse innenfor brystkreft til en ledig stilling i avdelingen. Det nye sykehuset på Brakerøya vil få noe økt operasjonskapasitet med en økning med 0,5 stuedag for denne type kirurgi. Dette vil gi et viktig bidrag til noe bedret kapasitet innen brystkirurgi.

Avsluttende kommentar

Selv om de samlede foreløpstidene for pakkeforløp brystkreft i Vestre Viken er lengre enn anbefalt, mener Vestre Viken HF at pasientene generelt får et forsvarlig og godt tilbud om utredning, oppfølging og behandling. Det foregår løpende prioriteringer av pasientene som er henvist til pakkeforløp brystkreft, slik at pasienter som trenger rask oppfølging og behandling, prioriteres foran pasienter med forstadier til kreft og mindre alvorlige kreftformer. Denne prioriteringen er avgjørende for å kunne gi den enkelte pasient et forsvarlig tilbud.

Kreftregisterets rapport med resultater for 2024 viser at Vestre Viken HF samlet sett har gode resultater for kreftområdet. For perioden 2020-2024 er 5 års relativ overlevelse etter behandling for brystkreft 92,9%. Dette er tilsvarende gjennomsnittet for alle helseforetak i Norge, og bedre enn det nasjonale målet som er satt til 88%.

Vestre Viken HF ser at det er behov for stadig forbedringer av pakkeforløp brystkreft for å optimalisere alle sider av utredning og behandling. Ressurssituasjonen og tilgangen til helsepersonell med riktig kompetanse gjør det samtidig krevende å oppnå den kapasiteten som skal til for å oppnå de anbefalte forløpstidene fra Helsedirektoratet. Vestre Viken HF vil fortsette arbeidet med å sørge for at denne store pasientgruppen får et godt og forutsigbart tilbud om utredning og behandling.

Vi takker igjen for ditt engasjement for å løfte denne saken. Brevet vil til orientering også legges ved styrepapirene når styret 21. mai -25 skal behandle en sak om pakkeforløp kreft i Vestre Viken HF.

Med vennlig hilsen

Mai Bente Myrvold
klinikkdirektør

Lisbeth Sommervoll
administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Kopi til:
buskerud@pasientogbrukerombud.no

Dato: 14. mai 2025
Saksbehandler: Kirsten Hørthe

Saksfremlegg

Fremtidig organisering av Basal Eksponeringsterapi (BET) i Klinikk psykisk helse og rus

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	52/2025	22.05.25

Forslag til vedtak

Styret støtter nytt driftskonsept og endret organisering for Basal Eksponeringsterapi (BET) i Klinikk for psykisk helse og rus, som beskrevet i saken.

Drammen, 15. mai 2025

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Dette er en oppfølging av styresak 33/2025 – Fremtidig organisering av Basal Eksponeringsterapi (BET) - som ble behandlet i styremøte 31.03.25 – se vedlegg 1.

Klinikk for psykisk helse og rus (PHR) har arbeidet med ytterligere detaljering av organisasjonsmodell, behandlingsinnhold i poliklinikk og prosjektorganisering av BET-tilbudet. Det har vært involvering av ledelse og medarbeidere ved BET-seksjonen, samt klinikktillitsvalgte og klinikkhovedverneombud i prosessen. Prosessen har fulgt en fremdriftsplan – se vedlegg 2.

PHR har arbeidet med organisering og lokalisering av BET-tilbudet gjennom flere år, kort oppsummert fra de siste fire årene:

2021:

Som del av prosjektet Blakstad 2021 ble det utredet hvorvidt planlagt organisering av BET i Nytt sykehus Drammen (NSD) skulle videreføres, med en delt seksjon mellom seksjon for Unge og BET-behandling. Konklusjonen var at dette ikke var en hensiktsmessig modell, og at det ikke var nødvendig for BET-tilbudet med en samlokalisering med øvrige deler av sykehuspsykiatrien og somatikken.

2022:

Det ble utredet om miljøterapiprosjektet på Blakstad skulle inneholde en modul i retning av basal eksponeringsteori og funksjonell selvregulering (KYR-modul). Det ble ikke vedtatt, men medarbeidere fra BET har allikevel bidratt til kurset og innhold/undervisning.

2023:

Utredning om hvordan ekstrapasitet i NSD frigjort ved omstilling skulle benyttes, om det skulle være en seksjon i NSD basert på BET. Konklusjonen var at dette ikke gav klinikken tilstrekkelig avlastning for de betydelige utfordringene i akuttpsykiatrien.

2024 vår:

Det ble gjennomført workshops for å vurdere fordele og ulemper med 3 alternative fremtidige BET-tilbud. I tillegg fikk alle gruppene mulighet til å foreslå et alternativ 4. Det var ikke tilstrekkelig konsensus til å legge frem et av alternativene for videre behandling, men det ble klart at det var nødvendig å se på andre driftskonsepter videre, blant annet av hensyn til ventetid.

2024 høst:

Det ble gjennomført nye workshops som utforsket to retninger: poliklinisk/dagtilbud + døgnforløp i DPS/døgnforløp i sykehus. Dette dannet grunnlag for forrige styresak. Det ble konkludert med at det var behov for mer arbeid med å konkretisere, før ny styrebehandling.

Saksutredning***Driftskonsept***

PHR har arbeidet videre med detaljering av driftskonsept, og vil etablere en matriseorganisering av BET-tilbudet, som skissert i forrige styresak. Det er enighet i klinikken om at det er hensiktsmessig med en poliklinisk organisering av hovedtilbudet. Det vil medføre at langt flere pasienter kan få tilbud om behandling, og det kan også bidra til at tilbudet kommer noe tidligere i sykdomsforløpet.

Det polikliniske tilbudet vil organiseres som et poliklinisk team under en av seksjonene ved Drammen DPS. Det er ulike meninger om det er mest hensiktsmessig å organisere tilbudet som

et team eller som en egen seksjon. Basert på en overordnet målsetting om at BET-tilbudet må reetableres som en integrert del av klinikkens tjenestetilbud, vurderes det i første fase å organisere det på lik måte som andre spesialiserte behandlingsteam i klinikken.

Parallelt skal det bygges opp kompetanse og plan for sammenhengende pasientforløp i døgn, ivarettatt ved henholdsvis DPS døgn, døgnseksjon Asker og Akuttseksjon 1 ved voksenpsykiatrisk avdeling, Drammen sykehus. Det innebærer at tilbudet vil være ved tre ulike avdelinger og seksjoner i klinikken, og av den grunn er det nødvendig å etablere endringsarbeidet som et prosjekt, som har koordineringsansvar for tjenesteutvikling, den pedagogiske delen av tjenestetilbudet og som skal bidra til forskning for å se på behandlingseffekt av tilbudet.

Det er bred enighet om at pasientgruppen over tid vil kunne ha behov for tjenester i samtlige deler, men at hovedtyngden vil ha sitt tilbud poliklinisk.

Mandat og tilbakemelding fra BET-seksjonen

BET-seksjonen har blitt gitt et mandat for å foreslå ytterligere detaljering av behandlingstilbudets innhold – se vedlegg 3. I sin tilbakemelding på mandatet foreslår BET-seksjonen ulike polikliniske tjenester i form av dagtilbud, poliklinisk utredning, behandling og oppfølging, ambulerende oppfølging og nettverksarbeid. Behandlingstilbudet er foreslått faseinndelt, og med en tydelig struktur for behandling.

BET-seksjonen har utarbeidet et godt utgangspunkt for ytterligere detaljering av innhold i dag og døgnbehandling, men som må detaljeres ytterligere – se vedlegg 5 for å se hele tilbakemeldingen. For å sikre et tilbud som gir bred mening for fagfolk i klinikk PHR, må målgruppe, kriterier for døgninnleggelse og andre sentrale faglige spørsmål arbeides videre med, og sikres bred forankring. BET-seksjonen har i tillegg levert et skriftlig innspill i forkant av drøftingsmøte 12.05.2025 der de beskriver hvilke forutsetninger de anser som nødvendige for å videreutvikle BET-tilbudet. Innspillet ble gjennomgått i drøftingsmøtet og det er ulike synspunkter på disse forutsetningene. Se vedlegg 12 for referat fra drøftingsmøte.

Prosjektorganisering

PHR planlegger en prosjektorganisering knyttet til ny organisering av BET-tilbudet. Bakgrunnen er at det vil være et omfattende og krevende arbeid å skape helhetlige behandlingsforløp på tvers av avdelinger og seksjoner, samt at klinikken har liten erfaring med matriseorganisering. I tillegg anses det som vesentlig at et prosjektarbeid gir mulighet for avklaringer og diskusjoner sett opp mot de innspill som er gitt i prosessen, herunder evaluering av driftskonseptet etter en gitt periode. Klinikken har i tillegg god erfaring med prosjektorganisering av nye organisasjonsmodeller, det kan nevnes FACT utvikling og implementering spesielt, som også har en krevende organisasjonsmodell, hvor ledelse er spredd mellom ulike nivåer (spesialisthelsetjeneste og kommune).

Det planlegges med et 5-årig implementerings- og utviklingsprosjekt, hvor det skal være en prosjektleder i 100 % stilling, som også har to fagstillinger til undervisning, opplæring knyttet til seg. Dette prosjektteamet vil samhandle tett med samtlige aktører, og detaljere og overvåke fremdriften i tjenesteutviklingen. En slik prosjektorganisering vil bidra til at BET-arbeidet får plass og rammer for utøvelse.

Det er planlagt en styringsgruppe, og også regelmessig rapportering av status til klinikkdirektør. Klinikken mener en slik rigg, med prosjekt og styringsgruppe, er nødvendig for å komme videre med detaljering av tilbudet.

Det vil bli gitt detaljerte oppdragsbeskrivelser til avdelingssjefer og seksjonsledere. Utvikling av BET-konseptet er et oppdrag fra klinikkdirektør, og som skal følges opp av prosjekt- og styringsgruppen.

Det skal utarbeides en tydelig bestilling til prosjektleder, inklusive økonomiske fullmakter. I dette ligger blant annet at det vil være prosjektleder som er ansvarlig for søknad om eksterne midler til tjenesteutvikling og etter hvert forskning, i tett samarbeid med klinikkens FoU-avdeling, som også er sentralt plassert i styringsgruppen. Det vil være prosjektleders ansvar å utvikle- og vedlikeholde årshjul for undervisning internt og eksternt, samt sikre planarbeid for veiledning og samhandlingsprosjekter med somatikk og nødetater.

Kompetanse

Det er foreslått en fordeling av medarbeidere mellom akuttpsykiatri, DPS, poliklinikk og prosjektteam. Fordelingen av medarbeidere på døgnsesjonene i akutt og DPS gjør det mulig å ha BET-kompetanse tilgjengelig på alle skift i en oppstartsfase, etter hvert må det vurderes om det er mer hensiktsmessig å styrke kompetansen på dag/aften, alternativt om det skal satses ytterligere på kompetansen for flere medarbeidere i seksjonene.

Omstillingen av DPS døgn er akkurat slutført, og det er planlagt et kompetanseprogram i perioden høst 2025 – våren 2026. BET-kompetanse vil være en del av dette programmet. Parallelt flytter sykehuspsykiatrien inn i Nytt Drammen sykehus (NSD), her vil det utarbeides en KYR-modul til miljøterapiutdanningen som pågår regelmessig.

BET-kompetanse vil være en supplerende del av bemannings- og kompetanseplaner for de to aktuelle døgnsesjonene, men dette må detaljeres ytterligere i samarbeid med klinikktillitsvalgte og klinikkhovedverneombud før det formelt drøftes som del av planlagt omstillingsprosess.

Rollen som BET-miljøterapeut i døgnsesjonene skal også detaljeres, det gjelder både i DPS og i akutt. I tillegg skal det etableres møteplasser som sikrer kompetanse og metodekalibrering, dette oppdraget vil bli gitt til prosjektleder.

Omstillingsprosess for medarbeidere

Det er nødvendig med en omstillingsprosess i tråd med foretakets retningslinje for omstilling. Bemannings- og kompetanseplaner må detaljeres ytterligere i samarbeid med klinikktillitsvalgte og klinikkhovedverneombud.

Vurdering av risiko

Når øvrige deler av Blakstad flytter til NSD i august vurderes det ikke som forsvarlig å ha BET-tilbudet liggende alene som døgnvirksomhet på Blakstadorrådet. Dette skyldes spesielt mangel på legevaktordning. I tillegg er det en påkjenning for mange av medarbeiderne i seksjonen med manglende avklaring av videre organisering. Det er risiko for tap av kompetanse av flere årsaker, det ene knyttet til utrygghet om fremtidig arbeidssituasjon, men også uenighet i valg av videre organisering. En tydelig prosjektorganisering vurderes å være det fremste tiltaket for å motvirke risiko.

Administrerende direktørs vurderinger

Det har blitt gjennomført en prosess med bred involvering av tillitsvalgte, vernetjeneste, BET-seksjonen og ledere. Som neste steg er det planlagt en prosjektorganisering av det videre arbeidet med BET i et 5-årig implementerings- og utviklingsprosjekt. I dette arbeidet vil det jobbes ytterligere med bemannings- og kompetanseplaner og det vil utarbeides en detaljert fremdriftsplan for ytterligere detaljering av nytt driftskonsept. Prosjektet vil samhandle tett med

samtligte aktører, og detaljere og overvåke fremdriften i tjenesteutviklingen. Målet er at BET-tilbudet skal bli tilgjengelig på tvers av klinikken.

Vedlegg:

1. Tidligere styresak 31.03.25– Fremtidig organisering av BET-seksjonen (Basal eksponeringsterapi), Klinik for psykisk helse og rus
2. Fremdriftsplan BET
3. Mandat driftskonsept BET
4. 250423 Referat_videre utv. av BET-konsept
5. Innspill fra BET-seksjonen, utsva på mandat
6. 250428 Notat etter arbeidsmøte BET
7. 250429 Referat status fremtidig konsept BET
8. 250505 Arbeidsmøte BET_risikovurdering
9. Drøftingsnotat BET
10. 250507 Referat gjennomgang drøftingsnotat og prosjektskisse BET
11. Innspill fra BET-seksjonen på forutsetninger for drift
12. 250512 Drøftingsreferat BET

Dato: 24.mars 2025
Saksbehandler: Kirsten Hørthe

Saksfremlegg

Fremtidig organisering av Basal Eksponeringsterapi (BET) i Klinikk psykisk helse og rus

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	33/2025	31.03.25

Forslag til vedtak

1. Styret støtter anbefalt retning for utvikling av nytt driftskonsept og endret organisering for Basal Eksponeringsterapi (BET) i Klinikk for psykisk helse og rus.

Drammen, 24. mars 2025.

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Omstilling i Klinikk psykisk helse og rus (PHR)

Klinikk PHR gjennomfører i 2025 en omfattende omstilling (ref. Styresak 76/24 Strukturendringer i klinikk psykisk helse og rus).

Omstillingen innebærer endret sammensetning av døgnplasser, med flere døgnplasser for de sykeste pasientene, som også er godkjent for tvungent psykisk helsevern. Det innebærer en økning i døgnkapasitet for følgende områder i klinikken, akuttpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, sikkerhetspsykiatri, psykosebehandling og alderspsykiatri. Antall behandlingsplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) vil være som i dag, men også her gjøres det en prioritering av rusakutt og avgiftningsplasser inn i det nye sykehuset.

Samlet sett har klinikken i dag 266 døgnplasser (125 i sykehuspsykiatrien inklusive bufferplasser, 17 i barne- og ungdomspsykiatrien, 48 i TSB og 76 i DPS). Ny modell med samling av DPS og TSB døgnplassene, og parallell styrkning av sykehuspsykiatrien gjør at klinikken fra august 2025 samlet vil ha 273 døgnplasser (136 i sykehuspsykiatrien, 19 i barne- og ungdomspsykiatrien, 48 i TSB og 70 i DPS). Bemanning av døgnplassene er basert på aktivitetsstyrt bemanningsplaner, hvor bemanningen er tilpasset et gjennomsnittsbeglegg i de ulike seksjonene.

Basal Eksponeringsterapi (BET)-tilbudet i Vestre Viken

BET-tilnærmingen er utviklet av medarbeidere i Vestre Viken over en periode på 25 år. Den oppstod i sykehuspsykiatrien, som et alternativ for pasienter med mange innleggelser og tvangsvedtak. Disse pasientene hadde ofte flere problemstillinger samtidig, og gjentakende selvskading/selvmoordsforsøk var typisk. Grunntanken bak BET var at adferden representerte et forsøk på å håndtere utålelige følelser, og ble forsterket når omgivelsene grep inn med tvang og kontroll. Målet var å bryte den forsterkende sirkelen, samt å hjelpe pasientene til å tåle å de underliggende følelsene.

Da NSD ble planlagt i 2014-2015, var BET-tilbudet plassert i en utredningsseksjon for unge voksne ved Psykiatrisk avdeling Lier, og tanken var at dette skulle fortsette. Etter noen år i drift fremkom imidlertid utfordringer. Innholdet i behandlingstilbudene var forskjellige, og målgruppene hadde liten nytteverdi av samlokalisering. Ved sammenslåing av Blakstad og Lier i 2018 ble BET-tilbudet derfor skilt ut som egen seksjon, med et helt nytt driftskonsept.

BET-tilbudet siden 2018

Med det nye driftskonseptet fra 2018 ble BET-tilbudet organisert som en åpen seksjon med 6 døgnplasser på området til Blakstad sykehus. Istedenfor å få overført pasienter fra sykehuspsykiatrien, har seksjonen i all hovedsak tatt pasienter utenfra, via elektiv henvisning og venteliste. Tilbudet er basert på døgninnleggelser. Pasienter som ønsker videre BET-behandling etter sitt første opphold, gis mulighet til å komme tilbake til nye oppfølgende opphold. Ventetid er nå ca. 1.5 år.

Utsiktede konsekvenser ved dagens organisering

Det finnes ingen andre tilbud i Norge som tilbyr det samme som BET-tilbudet til Vestre Viken. Det er basert på relativt lange døgninnleggelser, hvilket gjør reisevei til en mindre hindring. Når befolkningen i tillegg har rett til å velge behandlingssted for elektive behandlinger, har det oppstått innsøking fra hele landet.

Dette er en situasjon med både positive og negative sider. Den positive er at mennesker fra hele landet har fått mulighet til å forsøke BET-behandling. Den negative er effekten på ventetid. Gjestepasienter gir inntekter til klinikken, men denne effekten er begrenset; dersom alle pasientene hadde vært gjestepasienter, ville fremdeles ikke inntektene være nok til å fullfinansiere BET-seksjonen. I tillegg til økningen i ventetid har det altså oppstått en utilsiktet omfordeling av midler bort fra pasientene i Vestre Vikens opptaksområde, og til pasienter fra andre deler av landet. Dersom klinikk PHR beholdt dagens konsept, men økte antall sengeplasser for å møte etterspørselen det genererer, ville denne effekten øke.

Ved revisjon av praksis for vurdering av henvisninger til BET-seksjonen, ser vi at vi med dagens organisering ikke har klart å sikre at inntaksvurderinger er i tråd med gjeldende regelverk. Det gjelder manglende bruk av prioriteringsveileder, manglende oversikt over frister, samt at pasienter blir tatt inn, for så å bli satt på venteliste.

Innsøking av pasienter fra andre deler av landet påvirker også Vestre Vikens somatiske klinikker. Målgruppen har ofte ekstrem selvskadingsadferd, som svelging av batterier. Når slike hendelser oppstår under innleggelse på BET-seksjonen, vil de måtte håndteres i Vestre Vikens somatiske klinikker, uavhengig av hvor pasienten opprinnelig bor.

Endelig finnes det også fag- og kvalitetsmessige utfordringer ved dagens organisering. Lite samhandling mellom BET og øvrige tilbud er et stikkord, spesielt når felles planer for målgruppen er en klar anbefaling fra flere instanser. Nyere forskning på målgruppen anbefaler dessuten tidlig intervensjon og forsterking av poliklinisk/ambulante tjenester, mens dagens tilbud er døgnbasert og har lang ventetid.

BET tilbudet i omstilling

For BET-tilbudet medfører omstilling og flytting til NSD at dagens lokaler på Blakstad ikke lenger vil være tilgjengelige. Samtidig endrer omstillingen klinikken på en måte som åpner nye muligheter for internt samarbeid om målgruppen for BET, og gjør det mulig å innrette tilbudet slik at det kan være tilgjengelig for flere.

Saksutredning

Et grunnleggende spørsmål er hvorvidt BET-tilbudet som har vært siden 2018 skal forbli uendret, og bare flytte til andre lokaler, eller hvorvidt man som ledd i den pågående omstillingen ser behov for å endre på tilbudet. Å gå tilbake til modellen fra den siste tiden på Lier, hvor tilbudet var sammenslått med psykosebehandling til unge voksne, har klinikken vurdert som lite hensiktsmessig.

I innledende arbeidsgrupper våren 2024 ble fordeler og ulemper med dagens organisering diskutert, og flere mulige retninger for et fremtidig BET-tilbud ble utforsket. Klinikkdirektør sin vurdering var at det forelå behov for å endre tilbudet, men at de innledende arbeidsgruppene ikke ga nok grunnlag for å avgjøre hva tilbudet burde endres til.

I løpet av sommer/ tidlig høst 2024 kom mange innspill til videre prosess, både fra BET-seksjonen selv, fra DPS-området, fra brukere og fra andre interessenter. I løpet av høst/vinter 2024 har klinikk PHR gjennomført en utredning med hensikt å peke retning for den fremtidige organiseringen av BET-tilbudet. Fagfolk fra BET-seksjonen, fra DPS-ene og fra sykehusavdelingen på Blakstad har deltatt, sammen med klinikktillitsvalgte, hovedverneombud og ledere. Brukermedvirkning er gjennomført ved at klinikkens FOU-avdeling, sammen med representant for foretakets brukerutvalg, har hatt innspills- og innsiktsmøter med brukere.

Utredningen vurderte to konsepter. Begge hadde et ikke-døgnbasert tilbud i bunn (poliklinikk/dagtilbud/kombinasjon). Forskjellen mellom konseptene er organisatorisk tilhørighet, enten med base i DPS eller i sykehuspsykiatrien. Begge modellene legger opp til en matriseorganisering, hvor tilbudet gis på ulike nivåer og avdelinger i klinikken. Det er enighet om at det skal finnes mulighet for døgnopphold for pasienter som trenger det. Det ble påpekt fordeler ved å ha slike døgnopphold i DPS døgnseksjon, samtidig som en ulempe ved dette var at man allikevel burde ha BET-kompetanse i akuttavdelingen på sykehus, siden pasienter i BET-forløp vil komme til å bli innlagt der når tilstanden tilsier bruk av tvunget psykisk helsevern.

Utredningsarbeidet knyttet til fremtidig utforming av BET tilbudet har tatt lenger tid enn opprinnelig planlagt. Dette skyldes behov for grundig involvering og nok tid til drøfting av ulike konsepter.

Det må legges til rette for at pasienter med lang reisevei innad i opptaksområde skal kunne delta i et intensivt poliklinisk løp. Videre må det detaljeres videre hvordan nødvendig kompetanse skal bygges opp der pasientene i en periode vil ha behov for døgninnleggelse.

Anbefalt driftskonsept

Klinikken mener det er viktig å ivareta og videreutvikle det særegne kompetansemiljøet i BET, samtidig som det er viktig å sørge for at BET-tilbudet passer med behovet som klinikken og pasientene i Vestre Viken sitt opptaksområde har. Den lange ventetiden er hovedårsaken til anbefalingen om å endre driftskonsept.

Dagens BET tilbud oppleves som vanskelig tilgjengelig for pasienter i vår egen klinikk, og vi ser behov for nye rutiner for vurdering av henvisninger. Dagens organisering understøtter i liten grad mulighet for å fange opp pasienter på tidlige stadier, og er i liten grad integrert med klinikkens og foretakets øvrige tilbud.

BET-tilbudet i dag inneholder en tydelig dagsramme, med konkrete behandlingsaktivitet for pasientene gjennom dagen. Dette tilbudet mener klinikken det er hensiktsmessig å prøve ut som dagtilbud/poliklinikk for pasientene.

Med et ikke-døgnbasert BET tilbud i bunn, mener Vestre Viken vi vil kunne hjelpe flere, og intervenere tidligere, enn det vi kan i dag.

BET-tilbudet etableres som et områdeovergripende prosjektteam i en av de eksisterende poliklinikkene i et av områdets fem DPS. Prosjektarbeidet legges opp som en trinnvis prosess, med evalueringspunkter underveis. Prosjektets første oppgave blir å utvikle et poliklinisk/dagtilbud hvor det å etablere felles behandlingsplaner med alle aktører som er i kontakt med pasienten vil være riktig. Pasienter med behov for døgninnleggelse vil ivaretas i Akuttpsykiatrisk avdeling. Det er kompetanse på BET-behandling i Mottaksseksjonen, men klinikken ser et behov for å bygge ut kompetansen for å ivareta behovet for et sammenhengende pasientforløp. Å bygge opp denne blir derfor også en del av prosjektets første oppgave.

I neste trinn vil handle om utvikling av døgnkonsept videre uten øremerkede plasser. Det innebærer en modell hvor opphold på DPS og opphold på sykehus er mulig, avhengig av helsetilstand. Ny døgnstruktur i DPS er basert på en modell med delvis tematisk organisering, jf ekspertutvalgets rapport 2023 «Forenkle og forbedre – tematisk organisering av psykisk helsevern», med etablering av kompetansemiljøer i alle DPS-ene. Det vil være naturlig å ta inn BET-behandling som del av akuttforløpet i DPS. Samtidig vil det være mulig å legge inn pasienter i opptaksområde med lang reisevei på nærmeste DPS, slik at de skal kunne ha mulighet til å gjennomføre dagbehandling.

Prosesen videre

Det er nødvendig å detaljere ytterligere hvordan et poliklinisk/dagtilbud skal se ut, med alt fra stillingssammensetning, behandlingsinnhold og nødvendig samarbeid med øvrige avdelinger i klinikken. Teamet må dimensjoneres i forhold til målgruppens behov for BET-tjenester i PHR sitt opptaksområde. I tillegg bør bemanning og kompetanse i et slikt områdeteam dimensjoneres i forhold til andre arbeidsoppgaver som tillegges teamet enn de rent kliniske.

Videre skal prosjektet detaljere og planlegge hvordan nødvendig kompetanse skal bygges opp der pasientene i en periode vil ha behov for døgninnleggelse.

Det vil bli planlagt og gjennomført en omstillingsprosess for medarbeiderne i BET-seksjonen, i tråd med retningslinjene i foretaket. Omstillingen planlegges slutført før sommerferien.

Vedlegg:

1. Rapport Fremtidig organisering av BET
2. Risikoanalyse
3. Høringssvar brukerrepresentanter
4. Høringssvar BET-seksjonen
5. Drøftingsnotat BET
6. Drøftingsreferat BET
7. Henvendelse fra Likestillings- og diskrimineringsombudet til VVHF
8. Svar fra VVHF til Likestillings- og diskrimineringsombudet
9. Oppfølging av tidligere henvendelse fra Likestillings- og diskrimineringsombudet til VVHF
10. Svar på oppfølging av tidligere henvendelse fra VVHF til Likestillings- og diskrimineringsombudet

Fremdriftsplan – ny organisering av BET-tilbudet

Bakgrunn:

PHR la frem sak med retning for ny organisering av BET-tilbudet i Vestre Viken i styremøte 31. mars.

Styrets enstemmige Vedtak:

1. Styret støtter videre arbeid for utvikling av nytt driftskonsept og endret organisering for Basal Eksponeringsterapi (BET) i Klinik for psykisk helse og rus.
2. For å sikre et helhetlig BET- behandlingstilbud som inkluderer korte og lengre døgnopphold, forutsetter styret tett samarbeid med partene i det videre arbeidet med å tydeliggjøre prosjektorganiseringens mål og mandat, slik at en samlet og robust BET kompetanse kan videreutvikles.
3. Styret får en oppfølgende sak til styremøtet den 22. mai 2025

Fremdriftsplanen er utarbeidet for å sikre fremleggelse av en oppfølgende styresak 22. mai.

Møtetidspunkt:	Deltagere:	Hensikt:
22. april kl 0815 - 0900	Ledergruppe PHR, klinikktillitsvalgte, klinikkhovedverneombud	Gjennomgang av fremdriftsplan
23. april kl 1300 - 1400	Ledergruppe PHR, seksjonsleder BET, medarbeidere fra BET seksjonen	Gjennomgang fremdriftsplan Mandat innhold poliklinisk dagtilbud BET
24. april kl 0900 - 1130	Utvidet ledergruppe PHR	Aktivitetsgjennomgang ifht samlet plan i klinikken
28. april kl 1200 - 1600	Ledergruppe PHR, klinikktillitsvalgte, klinikkhovedverneombud	Arbeidsmøte – ny organisering av BET
29. april kl 1430 - 1530	Ledergruppe PHR, seksjonsleder BET, medarbeidere fra BET seksjonen	Status arbeidet med innhold poliklinisk dagtilbud BET
5. mai kl 1600 - 1800	Ledergruppe PHR, klinikktillitsvalgte, klinikkhovedverneombud	Arbeidsmøte – ny organisering av BET
7. mai kl 1200 - 1330	Ledergruppe PHR, seksjonsleder BET, medarbeidere fra BET seksjonen	Gjennomgang av drøftingsnotat Gjennomgang av prosjektskisse for utvikling av tilbudet videre
12. mai kl 1230 - 1500	Ledergruppe PHR, klinikktillitsvalgte, klinikkhovedverneombud	Drøftingsmøte ny organisering
13. mai	klinikkdirektør	Oversendelse av styresak
14. mai kl 1100 - 1200	Ledergruppe PHR, seksjonsleder BET	Gjennomgang av styresak
22. mai	Styresak	
26. mai kl 1400 - 1500	Ledergruppe PHR, klinikktillitsvalgte, klinikkhovedverneombud	Plan for gjennomføring av videre omstillingsprosess etter styresak
28. mai kl 1100 - 1200	Ledergruppe PHR, seksjonsleder BET	Gjennomgang av plan for omstillingsprosess BET

PHR Omstilling 2025 – mandat forslag driftskonsept BET

Leveringsfrist: mandag i uke 19

Oppdragsgiver: **Kirsten Hørthe**

Mottaker: **BET-seksjonen v/ seksjonsleder Didrik Heggdal**

Beskrivelse

1) BET dagtilbud organisert i DPS-området

BET-seksjonen gjennomførte i 2023 en pilotering av et psykoedukativt dagtilbud.

Fordi tilbudet var basert på 4-timers samlinger med to ukers mellomrom, og fordi innholdet var rent psykoedukativt, var det betydelig forskjell på det piloterte dagtilbudet og behandlingen som blir gitt ved døgninnleggelse i BET-seksjonen. BET-seksjonen har siden videreutviklet tankene om et dagtilbud ytterligere.

Klinikk PHR ønsker å gi BET-seksjonen mandat til å foreslå et dagtilbud som inneholder de terapeutiske elementene fra innleggelse i BET-seksjonen. Et slikt tilbud skal innebære at pasientene kommer daglig i løpet av en periode, og oppholder seg i tilbudet på dagtid.

Dagsinnholdet må beskrives, fra ankomst til hjemreise. Hva som er egnet lengde på behandlingsperioden, og hva som er egnet varighet på dagen, kan gjerne være en del av forslaget.

Forslaget skal også beskrive hvordan dagtilbudet kan samarbeide med andre aktører som kommer i kontakt med pasienten, for å sikre at samtlige møter vedkommende i tråd med en felles plan. Eksempler på slike aktører kan være legevakt, kommune, politi, somatisk avdeling, venner eller familie.

2) BET-forløp på sykehus

Da BET hadde base i sykehusseksjon på Lier, ble tvangsbruk redusert betydelig etter at seksjonen innførte KYR. Seksjonens pasientpopulasjon bestod i all hovedsak av kvinner, og gjentakende egenskade var en sentral faktor.

Å hjelpe pasienter med hyppige innleggelser og gjentakende egenskade er fremdeles en utfordring for akuttpsykiatrien. Sammenlignet med da BET ble utviklet, er det i dag konsensus om at tvangsinnleggelse over tid bør unngås. Pasientene skrives ofte raskt ut, og anbefalt grunnbehandling er poliklinisk psykoterapi. Allikevel oppstår det fremdeles situasjoner hvor behandlere og omgivelser ikke ser noen annen løsning enn tvungen innleggelse, noen ganger over tid. Under disse innleggelsene kan det oppstå uheldig samspill mellom pasient og personale, hvor personalet forsøker å kontrollere pasienten, mens pasienten forsøker å skade seg. Pasientene som ender opp i et mønster med mange og lange innleggelser, har ofte tidlig debut av selvskading og flere diagnoser eller problemstillinger samtidig.

I dagens situasjon savnes strategier for hvordan akuttpsykiatrisk personale kan møte denne pasientgruppen på en måte som motvirker eskalering og uheldig samspill. Klinikk PHR mener de miljøterapeutiske intervensjonene i BET har et unikt potensial som mulig plattform en slik strategi, både for eget foretak og for landet for øvrig.

Klinikken ønsker derfor å gi BET-seksjonen mandat til å foreslå hvordan en slik strategi kan se ut. Forslaget skal inneholde eksempler på hvordan akuttpsykiatrisk personale bør agere i vanlige situasjoner som kan oppstå under innleggelse.

Forslaget skal også beskrive hvordan en slik strategi kan implementeres i akuttpsykiatriske seksjoner, samt hvordan kompetanse kan utvikles. Å ta utgangspunkt i det eksisterende miljøterapiprosjektet kan her være naturlig.

3) BET-forløp på DPS

I arbeidsgruppe høsten 2024 ble DPS døgnsesksjoner vurdert med mange fordeler som base for BET-behandling. Åpne dører og fokus på autonomi var viktige argumenter.

Klinikk PHR ønsker derfor å gi BET-seksjonen mandat til å foreslå hvordan BET-forløp i DPS døgnsesksjon kan se ut. Det forutsettes at én DPS døgnsesksjon velges ut til denne oppgaven. Seksjonen skal ikke ha øremerkede BET-senger, men kunne tilby BET-forløp til pasienter som legges inn til dette.

Dagsinnholdet må beskrives, fra morgen til kveld. Det skal også inneholde eksempler på hvordan personalet bør agere i vanlige situasjoner som kan oppstå under innleggelse.

BET-forløp i DPS døgnsesksjon vil kreve kompetanse hos medarbeiderne i utvalgt seksjon. Hvordan denne kan bygges opp, samt hvordan hvordan BET døgnsforløp kan implementeres i en utvalgt DPS døgnsesksjon, bør beskrives.

Generelle føringer

Et gjentakende innspill fra brukere og andre interessenter, er ønsket om at KYR-strategi kun brukes til pasienter som har samtykket til BET-behandling. Dette ønsket bør hensyntas i forslaget.

Målgruppen skal være pasienter med gjentakende selvskadingsproblematikk, som enten møter kriteriene til Extreme Challenges (OUS), eller har forsøkt all annen relevant behandling uten effekt. Psykotisk fungering, uttalt rusbruk og høy voldsrisiko er mulige eksklusjonskriterier.

Inntak til dagtilbud og døgnsforløp skal være basert på kriterier. For dagtilbud legges prioriteringsveileder og ISF-veileder til grunn. BET dagtilbud i PHR blir en områdefunksjon for klinikken, og skal motta sekundærhenvisninger fra klinikkens øvrige tilbud. Siden tilbudet er organisert under DPS, vil henvisninger vurderes av inntak der.

For akuttpsykiatriske døgnsforløp vil det dreie seg om pasienter som blir akuttinnlagt, fordi de har møtt kriteriene for akuttinnleggelse.

For DPS døgnsforløp kan kriteriene for innleggelse f.eks. forutsette så og så mange innleggelser i akuttpsykiatrien over så og så lang tid/opphold i akuttpsykiatrien av så og så lang varighet, samt manglende effekt av dagtilbud.

Referat

Møte:	Angående videre utvikling av BET-konsept	Til stede:	Kirsten Hørthe, klinikkdirektør PHR Sondre Engebretsen, klinikkovl. PHR Margrete Nysterud, avd.sjef DDPS Arne Lillelien, fagutv., BET Inger Hilde Vik, fagutv., BET Marit Opsahl, sykehussjef Blakstad Eivind L. Hagen, psyk.spes. BET Katrine S Hippe, Områdesjef DPS Peggy Lilleby, Overlege BET Didrik Heggdal, seksjonsleder BET Svein Gabrielsen, prosjektleder PHR
Møtedato:	23. april 2025		
Tidspunkt:	13:00		
Sted:	Blakstad Bygg 9, møterom 4		
Møteleder:	Kirsten Hørthe		
Referent:	Svein Gabrielsen	Forfall:	

Agenda:

Det vises til styrevedtak
Gjennomgang fremdriftsplan
Gjennomgang forslag til mandat for videre utvikling BET.

Beskrivelse/oppfølging/vedtak

Fremdriftsplan:

Klinikkdirektør gjennomgikk den tilsendte fremdriftsplanen. Planen inneholder nødvendige møter for å holde frist for ferdigstilling av styresak som skal inneholde forslag til nytt driftskonsept og organisering av BET tilbudet.

Møtene i fremdriftsplanen er planlagt med involvering av BET seksjonen, som er tenkt å få mandat til å foreslå detaljering av fremtidig driftskonsept.

Klinikktilitsvalgte, klinikkverneombud og ledergruppe PHR er samtidig tenkt å ha arbeidsmøter knyttet til prosess og ny organisering av tilbudet 28.04 og 05.05. Fremdriftsplanen ble gjennomgått med klinikktilitsvalgte (KTV) og klinikkverneombud (KVO) 22.04. Der kom det opp forslag om å invitere seksjonsleder BET og evt andre medarbeidere fra seksjonen også til arbeidsmøtene som skal være 28.04. og 05.05. Med bakgrunn i anmodningen fra KTV formidlet arbeidsgiver invitasjon til seksjonsleder BET til ovennevnte møter, hvor han kan ta med seg 1-2 medarbeidere.

Mandat:

Fagsjef/klinikkoverlege gjennomgikk mandatet som er gitt BET ved seksjonsleder. I mandatet bes BET seksjonen om å foreslå innholdet i et BET basert dagtilbud, inkludert hvordan dagtilbudet kan samarbeide med andre aktører som kommer i kontakt med pasienten.

Videre bes det om beskrivelser av BET-pasientforløp på sykehus og BET-pasientforløp på DPS.

I tillegg inneholder mandatet noen generelle føringer. Herunder at inntak til dagtilbud skal være basert på kriterier. For dagtilbudet legges prioriteringsveileder til grunn. Fra DPS-området presiseres at man også bør se på ISF-veileder. Da tilbudet foreslås organisert under

DPS, vil henvisningene vurderes av inntak der. Kriterier for døgninnleggelse foreslås også vurdert.

Mandatet ble diskutert og belyst gjennom spørsmål og kommentarer. BET bekreftet at de vil jobbe med å besvare mandatet. Mandatet oversendes BET etter endringer som følge av diskusjonen, og det vil være anledning til å jobbe med det også i neste uke, før frist mandag 05.05. Det presiseres at hensikten her er å få på plass grunnleggende detaljer før ny styrebehandling, og at det selvsagt vil måtte brukes tid etter dette på videre utvikling og planlegging.

I tråd med fremdriftsplanen vil det i møte 29.04. bli gitt en status for arbeidet med mandatet. Omstilling: Endringen av dagens BET tilbud vil innebære en omstilling for medarbeiderne. I tråd med oppbygging av tilbudet skissert i mandatet vil i underkant av halvparten av dagens medarbeidere forventes å kunne innplasseres i dagtilbudet. Øvrige vil kunne forvente innplassering på døgn. Disse medarbeiderne vil kunne bidra til helhetlige pasientforløp for pasienter i BET behandling som er i behov av døgninnleggelse enten på sykehusnivå (akutt) eller i DPS døgnseksjon. Det er viktig å ivareta kommunikasjon om omstillingen til personalgruppen. Seksjonsleder BET formidler i møte at han har startet med å forberede medarbeiderne på at det legges planer som omfatter en omstilling. Fremdriftsplanen inneholder møter frem mot styrebehandling 22.05. I tillegg er det innkalt til to møter etter dette som vil ha fokus på omstilling av medarbeiderne ved BET seksjonen.

Prosjektorganisering, utdanning/opplæring og forskning: Det skal i samarbeid med BET legges planer for prosjektorganisering av selve oppbyggingen av nytt driftskonsept. Det skal jobbes videre med hvordan utdanningen av BET behandlere bør tilpasses/utvikles. Forskning på BET vil også bli et viktig område. Disse områdene vil komme i etterkant av etablering av nytt tilbud og etter at omstilling for medarbeiderne er gjennomført.

Innspill til organisering av BET

Oppgaver gitt i mandat 23.04.25 til BET-seksjonen

Hensikt: Å få på plass grunnleggende detaljer før ny styrebehandling

Organisering og generelle føringer	1
Bakgrunn og behov for reorganisering	1
Helhetlige behandlingsforløp på tvers av organisering innen PHR.....	1
En organisering som muliggjør effektiv og helhetlig drift av et BET-prosjekt	1
Ledernivåer.....	1
Fleksible roller/funksjoner	2
Kost/nytte	2
Benevnelser.....	3
Legedekning	3
Ekspedisjon og telefonkontakt	3
Målgruppe, inklusjon- og eksklusjonskriterier	4
Målgruppe for BET-behandlingsforløp	4
Inntaksprosedyre Dagtilbud	4
Overganger.....	4
Om målgruppe/inntakskriterier for BET-døgntilbud i DPS	5
Om målgruppe/indikasjon for BET-/KYR-basert behandling i akuttavdeling NSD	5
Om målgruppe: Indikasjon for systemarbeid	6
Eksklusjonskriterier.....	6
Forskning, baseline og FoU` s rolle	6
Beskrivelse av BET-forløp som dagtilbud på DPS	8
De terapeutiske elementene i de tre dagtilbudene	8
Fase 1. Relasjonsetablering, eierskap og innstilthet. Verdiforankring.....	9
Fase 2. Arbeidsallianse, felles forståelse og verktøy i individualterapi.	9
Møte med en tidligere pasient.....	9
Individuelt og/eller i gruppe	9
Fase 3. Eksponering for indre fobier.	9
Fase 4. Oppsummering i verdikrysset og konsolidering av eksponeringsarbeidet.	9
Fase 5. Oppsummering og utskrivelse	9
Struktur i de tre dagtilbudene	9
1. Poliklinikk, individualsamtaler:.....	9
2. Dagbehandling individuelt (2,5 eller 5 timer):.....	10
3. Dagbehandling. Undervisningsgruppe:.....	11
Pedagogikk	11
Fleksible forløp.....	11
Samarbeid med andre aktører. Implementering og pedagogisk aktivitet.	12

BET undervisning. Tverrsektoriell behandling.	12
Beskrivelse av BET-forløp på DPS Døgn	14
Formål og oppgaver for BET i DPS døgn	14
A. KYR og tematisk organisering.....	14
B. Rammer for BET døgnbehandling.....	16
C. Eksempler på hvordan personalet bør agere i situasjoner som kan oppstå.....	17
D. Etablering av programstruktur.....	18
E. Implementering av BET i utvalgt døgnseksjon	19
F. Fagutvikling, etablering av BET-kompetanse	20
Beskrivelse av BET-forløp på sykehus	21
Strategi for å møte marginaliserte pasienter	21
Implementering.....	22
Avmedisinering i BET-forløpet	24
Faseorientert avmedisineringsprosess.....	24
Generelt om fasene i avmedisinering.....	25

Organisering og generelle føringer

Vi refererer til styrevedtak i mars 2025, punkt 2:

«For å sikre et helhetlig BET-behandlingstilbud som inkluderer korte og lengre døgnopphold, forutsetter styret tett samarbeid med partene i det videre arbeidet med å tydeliggjøre prosjektorganiseringens mål og mandat, slik at en samlet og robust BET-kompetanse kan videreutvikles».

Bakgrunn og behov for reorganisering

BET-seksjonen har siden 2018 hatt høy grad av autonomi innenfor de gitte rammene, og man si seksjonen på godt og vondt har levd sitt eget liv. På den ene siden har driftsmessig autonomi vært viktig for at seksjonen skulle kunne utvikle et behandlingsprogram og en driftsmodell som kontinuerlig søker mot optimal kost/nytte, dvs. får maksimal helsemessig effekt ut av hver budsjettkrone. På den andre siden, har lav grad av «vertikal dialog og styring» gjort at BET-tilbudet i liten grad er integrert med, og innlemmet i, det helhetlige tjenestetilbudet i PHR. Man kan si at det har vært en mangel på rapporteringsrutiner fra BET-seksjonen «oppover i linjen» til sykehusledelsen og klinikkledelsen, og tilsvarende mangel på tydelige føringer «nedover i linjen» fra ledelsen til BET-seksjonen. Med den nye organiseringen skal foretaket sikre at en samlet og robust BET-kompetanse skal komme til anvendelse i en bredere sammenheng i helseforetaket, og således også bidra til å styrke kost/nytte i et helhetlig PHR-perspektiv.

Helhetlige behandlingsforløp på tvers av organisering innen PHR

I den nye organiseringen ligger det an til etablering av et helhetlig BET-forløp, dvs. et differensiert tilbud, med BET-kompetanse lokalisert på ulike geografiske steder i Vestre Vikens opptaksområde. Dette kan føre til «en *horisontal* strekk i laget». PHR må da i de videre fasene vektlegge og tilrettelegge for organisatoriske løsninger som både sikrer en funksjonell «vertikal dialog» mellom BET-tjenestene og lederlinjen i PHR, og organisatoriske løsninger som *kompenserer for geografisk spredning* og sikrer en samlet, robust BET kompetanse.

En organisering som muliggjør effektiv og helhetlig drift av et BET-prosjekt

Det ligger utfordringer her, som kan formuleres som risikoområder i en ROS-analyse.

Ledernivåer

Det kan bli for mange ledernivåer mellom den kliniske, pedagogiske og forskningsmessige driften av BET og ledelsen i PHR (team, seksjon, avdeling, klinikk, sykehus, helseforetak), og for mange ledere i ulike organisatoriske enheter (team, seksjon, avdeling) som involveres i beslutninger relatert til BET. Hvert ledernivå og hver leder vil ha et blikk på prioriteringer på sitt nivå, og på sin enhet, der BET kun er et av mange ansvarsområder. Som områdeovergripende funksjon, og som delt på flere lokasjoner og med flere administrative og organisatoriske tilknytninger, så vil det bli utfordrende å få BET til å henge sammen som

en helhetlig tjeneste. Det blir da en fare for at BET tilbudet vannes ut fordi implementering svekkes. Vestre Viken risikerer da at det potensiale man ser i BET, ikke lar seg realisere, fordi man organiserer bort de mulighetene som ligger der nå.

En løsning som kan tilrettelegge for god utnyttelse av potensialet i BET, kan være å forankre BET som en prosjektorganisert tjeneste på PHR-nivå. PHR bør se på denne muligheten, og hva det vil innebære på et praktisk nivå når det gjelder innplasseringer, lederlinjer, drift og rapportering. En bør her også tenke på tilknytningen mellom BET og FOU, og hvordan Vestre Viken på sikt skal styrke kunnskapsgrunnlaget for BET.

Fleksible roller/funksjoner

Videre vil det være både viktig og nødvendig at sentrale personer i BET-prosjektet gis fleksible roller/funksjoner, slik at de fra et helhetlig driftsperspektiv på klinikk, tjenesteutvikling og implementering kan arbeide på flere steder i organisasjonen. Dette gjelder spesielt overlege, seksjonsleder og psykologspesialister, men det bør generelt tilrettelegges for at medarbeidere som arbeider med helhetlige BET-forløp kan arbeide på tvers av organisatoriske enheter både når det gjelder klinikk og oppgaver knyttet til fagutvikling og implementering.

Kost/nytte

Driften av den kliniske virksomheten i BET-prosjektet skal følge prioriteringsveilederen og ISF-veileder. Dette betyr at ressursene i BET, dvs. tid og personell, skal brukes optimalt i et kost/nytte perspektiv. Her kan det komme noen utfordringer når det gjelder kost/nytte og hva som er bærekraftige prioriteringer i et kortsiktig perspektiv opp mot et mer langsiktig perspektiv. En bærekraftig helsetjeneste vil bidra til bedre helse, og dermed redusert bruk av helsetjenester. En helsetjeneste som bruker mindre ressurser for å oppnå sine driftsmål, vil være mer bærekraftig enn en tjeneste som bruker mer ressurser på å oppnå de samme målene. Spørsmål som belyser dette:

Hva er kost/nytte i et terapeutisk driftsperspektiv?

Hva er kost/nytte i et ISF-driftsperspektiv?

Hvor er grensegangen mellom terapeutisk nytte og nytte i et økonomisk ISF perspektiv?

Hvordan ser denne grensegangen ut i den nye organiseringen av BET-tjenester i VV?

BET skal som helsetjeneste bidra til bærekraft i driften av PHR, og generelt bidra til å styrke terapeutisk kost/nytte i klinikkens kliniske virksomhet. Dette betyr at BET-forløp skal følge ISF-veilederen, men samtidig at BET ikke skal være bundet av ISF takster dersom kortsiktig ISF prioritering kommer i veien for langsiktig, terapeutisk nytte for pasienten som er i behandling. Vurderingsansvaret for kortsiktige vs. langsiktige prioriteringshensyn legges til den faglige ansvarlige i BET-forløpet. At det overordnet ansvar for slike vurderinger ligger hos de som forvalter BET-prosjektet er avgjørende for at BET-forløp skal være i tråd med de uttalte intensjonene som har ligget til grunn for reorganiseringen av BET i Vestre Viken.

Benevnelser

BET-tjenestene i Vestre Viken består av 3 deler. Disse benevnes

- BET-Dag
- BET-Døgn
- BET-Undervisning

BET-Dag tilbyr polikliniske tjenester i form av dagtilbud, poliklinisk utredning, behandling og oppfølging, ambulerende oppfølging og nettverksarbeid

BET-Døgn tilbys på Asker DPS døgnseksjon. Tilbudet understøtter behandling forvaltet av BET-dag, bistår DPS i håndtering og behandling av pasienter i akuttbehandling, og herunder i vurderinger av noen av de med akutte problemstillinger som kan være aktuelle for overføring til et BET-forløp.

BET-Undervisning forvaltes av BET-seksjonens Pedagogiske Team. Denne tjenesten drifter BET-utdanningene, bistår inn i miljøbehandlingsprosjektet, og gjennomfører undervisning, veiledning og implementeringsarbeid knyttet til BET og KYR ved DPS døgn, NSD (herunder somatiske tjenester) og samarbeidspartnere på kommunalt nivå.

Legedekning

Behandlingsforløpene til pasienter som er i målgruppen for BET er ofte preget av kriseløsninger og manglende koordinering mellom de aktører som er involvert. Det er også vanlig med koordineringsutfordringer innad i de involvert enhetene. Dersom BET-tilbudet skal gi et samordnet behandlingstilbud må koordineringen være proaktiv og programfestet, og ikke noe som iverksettes bare “når det tilspisser seg”. Det betyr at legeressursen(e) inngår i det daglige koordineringsarbeidet, og ikke hentes inn kun “ved behov”. BET-seksjonen har hatt LIS siden 2019. Fem LIS har gjennomført tellende tjeneste på BET-seksjonen i løpet av de siste fem årene. Legeoppgavene i det fremtidige BET Dag og BET Døgn er omfattende, og det vil være viktig å kontinuere LIS i BET av den grunn. I tillegg bør man bevare muligheten for å få fordypningstjeneste for LIS på BET, fremfor alt for å øke kunnskapen blant leger om hvordan polyfarmasi som resultat av permanente “kriseløsninger” kan unngås. En risiko vil også være dersom legeressurser fra BET-prosjektet tas inn i ordinær drift i poliklinikk eller DPS døgn. Dette vil svekke BET-tilbudet og underminere intensjonen med prosjektet.

Ekspedisjon og telefonkontakt

Ved BET-seksjonen er også personale som besvarer telefon trent i BET- og KYR-ferdigheter. Dette sikrer at ikke dysfunksjonell kommunikasjonsatferd forsterkes i situasjoner hvor f.eks pasient ringer og fremfører appell, krav eller trusler. Det foreslås at ekspedisjonsansatte ved den lokalisering/organisering BET forankres gis veiledning og mulighet til ferdighetstrening, subsidiært at “BET-basen” får sin egen “ekspedisjon”. Se også Bård Fosslo Jensens arbeid med treningsprogrammer for operatører ved AMK.

Målgruppe, inklusjon- og eksklusjonskriterier

Målgruppe for BET-behandlingsforløp

Målgruppen for BET-behandlingsforløp generelt vil være mennesker med alvorlig/sammensatt psykisk lidelse, stor psykososial funksjonssvikt eller svingende fungering, sannsynligvis stort omfang av selvdestruktiv atferd (men ikke alltid) og et spillmønster med hjelpeaktører (herunder sykehusnivå) som er med å bidra til vedvarende vansker eller forverring tross hjelpetiltak (såkalt ytre marginalisering)

Inntaksprosedyre Dagtilbud

Målgruppen for BET-dagtilbud vil være som beskrevet i første avsnitt. Med en presisering: en vurdering av pasientenes funksjonsnivå indikerer at hen er i stand til å følge opp dagbehandling og nyttiggjøre seg dette behandlingsnivået uten innleggelse.

Pasienter henvises til BET dagbehandling med sekundærhenvisninger. Pasientene som ut fra henvisning vurderes å kunne være kandidater for BET, vil først få tilbud om en eller flere utrednings-/avklaringssamtaler. Disse samtalene vil bli gjennomført mens pasienten fremdeles mottar annen behandlingstilbud i PHR. Hensikten med utrednings-/avklaringssamtaler er primært å avklare hvorvidt pasienten er i målgruppen for BET, avklare psykososial fungering, behandlingsmotivasjon og potensiale for funksjonsbedring opp mot prioriteringsveilederen. Som et ledd i utredningen utforskes indre fobier, unngåelsesstrategier og pasientens verdier. Praksis for innhenting av psykometriske kontinueres. Denne inngangen til et BET-forløp tilrettelegger for at pasienten skal kunne ta eierskap til egen behandlingsprosess og på handlingsnivå forplikte seg opp mot egne verdier, noe som igjen vil ha avgjørende betydning for behandlingsutbytte.

Hvis utrednings- og avklaringsprosessen indikerer at pasienten er i målgruppen og helt eller delvis har eierskap til en BET-behandlingsprosess, vil hen tas inn til et individtilpasset behandlingsforløp. Dette kan være poliklinisk behandling, dagbehandling, døgnbehandling og/eller andre tiltak som vurderes å være nødvendige og terapeutisk nyttige (som f.eks. systemarbeid). Subsidiært settes pasienten på venteliste til slik behandling.

En annen vei inn i et BET-forløp, vil kunne være direkte innsøking fra akuttavdeling ved sykehuset.

Overganger

En pasient som tas inn i et BET-forløp, vil etter en tidsavgrenset behandlingsperiode tilbakeføres til sitt «opprinnelige» behandlingstilbud, men med mulighet for å søke seg inn igjen til videre behandling i BET-forløpet. Dette er sentralt for momentum (eierskap, forpliktelse). Det vil være mulighet for at en pasient som søkes inn til ny BET-behandling får tilbud om en annen behandlingsmodalitet, f.eks. tidsavgrenset poliklinisk behandling, dagbehandling, hovedsakelig systemarbeid eller annet. Se øvrige beskrivelser.

Om målgruppe/inntakskriterier for BET-døgnbehandling i DPS

Målgruppen for BET- døgn i DPS vil være som beskrevet øverst i første avsnitt. En overføring til døgnbasert BET-behandling (fremfor dagbehandling) vil baseres på en vurdering av hvorvidt pasienten er i stand til å nyttiggjøre seg dagbehandling eller ikke. En tommelfingerregel vil være økende frekvens på akuttinnleggelser NSD, til tross for individuelle tilpasninger i et BET-forløp ved BET-Dag.

En ressursperson med BET-kompetanse (seksjonsleder BET?) deltar i DPS døgnavdelings inntaksmøter. Dennes oppgave er å

- sammen med inntaksteamet vurdere henvisninger til BET døgn, og
- evt. om andre henvisninger til døgnbehandling bør kanaliseres til BET-døgn, og/eller
- videre-henvises til inn i et BET-forløp i forankret i BET-Dag

Inntak til BET-forløp i DPS døgn skal følge prioriteringsveilederen. Pasienter som behandles med BET i DPS døgn, skrives ut til hjemmet som ferdigbehandlet, til videre oppfølging ved BET-Dag, eller til annen behandling i PHR og/eller kommunal oppfølging.

Ulike forhold kan gjøre at en pasient faller ut av BET-Dag, eller begrenser hens forutsetninger for å kunne ha nytte av behandling på poliklinisk nivå. Det kan være et omfang av selvdestruktiv atferd som gjør at pasienten "uansett blir innlagt i en døgnseksjon" eller:

- a) et så stort forbruk av somatiske helsetjenester (innleggelser i sykehus) at pasienten ikke får tilstrekkelig kontinuitet i dagbehandlingen
- b) behov for en døgnbasert *sikker base* for å følge opp reaksjoner som følger av en selvvalgt, men terapeutisk vurdert forsvarlig og nødvendig, eksponeringsprosess. Dette betyr at pasienten vil kunne ha nytte av behandling, dersom det er stilles til disposisjon tilstrekkelig tilpasset støtte i form av relasjonelle rammer utover det som ligger i et dagbehandlingstilbud.
- c) "lav oppmøteevne", dvs. at pasienten ikke har nytte av tilbudet pga. høyt fravær/dropout
- d) direkte overføring til BET-Dag fra akuttavdeling NSD (ofte vil det være nødvendig/ hensiktsmessig med et mellomtrinn ved DPS døgn, men ikke alltid)

Om målgruppe/indikasjon for BET-/KYR-basert behandling i akuttavdeling NSD

Som beskrevet i dokument om implementering av BET/KYR i akuttavdeling foreslås det innføring av en egen behandlingsplanmal for marginaliserte pasienter, og/eller pasienter som står i fare for å vikle seg inn i marginaliserende samhandling med helsevesenet.

Indikasjon for denne behandlingsplanen vil være at det dreier seg om pasienter som allerede er i et helhetlig BET-behandlingsforløp, at det er pasienter som over tid/multiple innleggelser ser ut til å eskalere destruktiv atferd, pasienter hvis kontakt med hjelpeapparatet eskaleres, eller som ser ut til å være gjenstand for økende tiltak og innsats fra systemet rundt (uten varig funksjonsheving), eller hvis vurderte kontaktårsak ikke direkte utledes av diagnostikk

(f.eks. pasient med en schizofrenidiagnose hvor det vurderes at pasienten “fremsnakker” symptomtrykk for å mer eller mindre bevisst mobilisere omsorg og støttetiltak).

Om målgruppe: Indikasjon for systemarbeid

De fleste pasientene i målgruppen for BET-forløp er “storforbrukere” av helsetjenester på flere nivåer. Erfaringer fra implementering av KYR i tverrsektorielle samarbeid (fra BUPA ressursteam), viser at samhandlingen mellom de ulike helsetjeneste (somatisk sykehus, poliklinikker i spesialisthelsetjenesten, kommunale tiltak, samt nødetater) kan skape en situasjon som forsterker pasientens problemer og reduserer hens mulighet til å nyttiggjøre seg tjenestene heller enn å være til hjelp. Pasienten får da ikke den “sikre basen” hen trenger (her forstått som en forutsigbarhet i samhandlingen), noe som i verste fall kan bidra til ytterligere funksjonsfall. En indikasjon på behovet for systemarbeid og intervensjoner som skaper samforståelse vil være for eksempel: en DPS døgnenhet som “ansvarliggjør” og skrives raskt ut; en kommunal kontaktperson som blir “advokat” for pasienten og etter hvert overtar ansvaret for pasientens valg; og en fastlege som ikke ser annet alternativ enn å foreskrive eskalerende mengde psykofarmaka. En annen indikasjon er at pasienten i et BET-behandlingsforløp har mer enn to andre hjelpeaktører som de er i gjentakende, frekventerende kontakt med.

Eksklusjonskriterier

Aktuelle eksklusjonskriterier vil være alvorlig depresjon med psykose, aktiv og relevant voldsrisiko (med tanke på risikofaktorer og sårbarhetssammenhenger), og aktivt rusbruk uten eierskap til en eventuell avrusningsprosess. Psykoseproblematikk er ikke i seg selv et eksklusjonskriterium, men må vurderes opp mot et eventuelt omfang av og alvorlighetsgraden i psykotiske atferdsforstyrrelser dvs. atferdsforstyrrelser som springer ut av psykotisk fungering (f.eks. vrangforestillinger og eller imperative hørselshallusinasjoner) dersom psykose inngår i pasientens psykiske helseutfordringer.

Forskning, baseline og FoU` s rolle

I likhet med i pilot psykoedukativ dagbehandling fra 2023 (se under*) forutsettes at nåværende godt etablerte rutiner for innhenting av data i første omgang kontinueres. Man kan for eksempel bruke de to behandlingstypene vi har brukt i mange år, som ligger klart i checkware, en for døgn og en for dagtilbud.

FoU kobles på dette arbeidet, f.eks. ved å delta i revisjoner av kartleggingsplaner, og oppfølging av pågående arbeid med å knytte en kvalitetsstudie opp mot BET. Videre engasjeres FoU i arbeidet med å utvikle studier med forskningsdesign som kan bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget for BET. Leder i FoU deltar i styringsgruppen for BET-prosjektet.

**Klippet inn fra rapport:*

I samråd med Bror Just Andersen og konsulent i CheckWare (CW) ble det våren 2023 etablert et skille i CW ved å opprette to behandlingstyper som tydeliggjør oppdeling i døgnbehandling

og psykoedukativ dagbehandlings i gruppe. Disse behandlingstypene er lagret i CW som «BLAK BET» (døgn) og «BLAK BET DAGBEHANDLING» (gruppe).

Det er da T0 og T1 som kan trekkes ut og skilles for å se på eventuelle utfallsforskjeller mellom døgn og gruppe. Oppfølgende kartleggingsplaner, sendes så ut til alle pasienter uavhengig av om de har deltatt i gruppe eller vært på døgn.

Ved å skille disse to behandlingstypene, gir det mulighet til å ta ut data til forskning for å se på utfall av inn til en måneds innleggelse i døgn som første møte med BET vs. en runde med dagbehandling som første møte med BET.

Beskrivelse av BET-forløp som dagtilbud på DPS

Mandat: Klinikk PHR ønsker å gi BET-seksjonen mandat til å foreslå et dagtilbud som inneholder **de terapeutiske elementene** fra innleggelse i BET-seksjonen. Et slikt tilbud skal innebære at pasientene kommer daglig i løpet av en periode, og oppholder seg i tilbudet på dagtid.

Dagsinnholdet må beskrives, fra ankomst til hjemreise. Hva som er egnet lengde på behandlingsperioden, og hva som er egnet varighet på dagen, kan gjerne være en del av forslaget.

Forslaget skal også beskrive hvordan dagtilbudet kan **samarbeide med andre aktører** som kommer i kontakt med pasienten, for å sikre at samtlige møter vedkommende i tråd med en felles plan. Eksempler på slike aktører kan være legevakt, kommune, politi, somatisk avdeling, venner eller familie.

Et dagtilbud i BET-forløpet vil ha tre terapeutiske kjerneaktiviteter og en overordnet pedagogisk aktivitet. I det følgende beskrives de tre terapeutiske aktivitetene:

1. Poliklinikk. Individualsamtaler

Poliklinisk tilbud vil være tidsavgrenset. Dette handler om å fremme eierskap og innstilthet. Pasienter vil dermed etter vurdering enten skrives ut tilbake til «vanlig oppfølging» andre deler i systemet, eller kunne kontinuere arbeidet innenfor BET dagtilbudet som beskrevet.

2. Dagbehandling. Individuelt

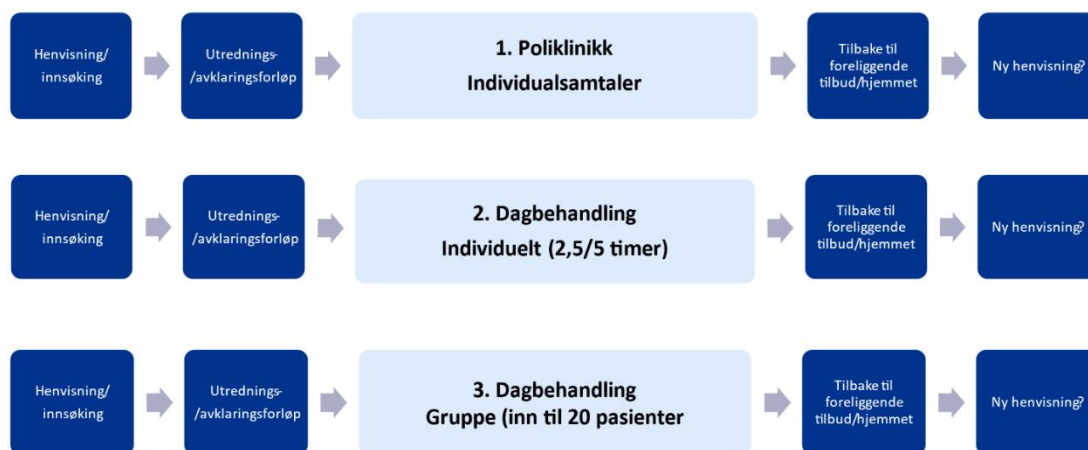
Intensiv dagbehandling (2,5 eller 5 timer). I all hovedsak individuelt.

3. Dagbehandling. Gruppe

I grupper på inntil 20 pasienter.

Bilde. Illustrasjon 3 eksempler.

BET dagtilbud organisert i DPS-området – 3 eksempler



De terapeutiske elementene i de tre dagtilbudene

De terapeutiske elementene beskrives her i 5 faser. De 5 fasene vil reflektere de terapeutiske elementene i alle de tre dagtilbudene. Dagbehandling i gruppe vil ha en psykoedukativ vinkling.

Fase 1. Relasjonsetablering, eierskap og innstilthet. Verdiforankring.

- Med verktøyet “verdikrysset” hentet fra aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) klargjøres verdier.
- Dialog rundt forpliktende handlinger i tråd med verdier som pasienten allerede er bevisst eller ser for seg at er i retning av egne verdier.
- Verdikrysset knyttes opp mot den terapeutiske prosessen, og er så en sentral referanse og arbeidsverktøy i det videre terapeutiske arbeidet.

Fase 2. Arbeidsallianse, felles forståelse og verktøy i individualterapi.

- Informasjon om problem- og løsningsperspektivet i BET, også opp mot andre måter å forstå psykiske helseutfordringer på
- 2. Funksjonell avledning

Møte med en tidligere pasient.

- I gruppe (kan også tilrettelegges individuelt).
- Erfaringsbasert formidling
- Mulighet for å stille spørsmål

Individuelt og/eller i gruppe

- Avmedisinering. Teori, muligheter og utfordringer.
- Aksept som medisin

Fase 3. Eksponering for indre fobier.

- Utforskning av unnvikelse
- Eksponering

Fase 4. Oppsummering i verdikrysset og konsolidering av eksponeringsarbeidet.

- Løsningsfokustert konsolidering

Fase 5. Oppsummering og utskrivelse.

- Informasjon om eventuell ny henvisning. Veien videre

Struktur i de tre dagtilbudene

1. Poliklinikk, individualsamtaler:

Frekvens:

Det kan tilbys alt fra en samtale hver 14 dag til inntil 4 samtaler per uke.

Poliklinisk behandling kan etter vurdering kombineres med de to andre tilbudene. Også behandling BET i DPS døgn vil være aktuelt (se annen beskrivelse).

Det terapeutiske innholdet vil i all hovedsak være som beskrevet i de 5 fasene.

2. Dagbehandling individuelt (2,5 eller 5 timer):

Frekvens:

Annenhver eller hver uke med alt fra 1 til inntil 4 arbeidsdager per uke.

Morgenmøte alle pasienter:

- Terapeutisk innhold (verdikrysset). Individuell og felles refleksjon knyttet til hjemmeoppgave.

Individualterapi:

- Fokussamtale morgen:
 - ☐ Tilbakeblikk: "hva erfarte du hjemme?"
 - ☐ Denne arbeidsdagen: "hva er utfordringen denne arbeidsdagen"?
- Terapisamtale:
 - ☐ Se beskrivelsen av de 5 fasene over
- Behandlingsmøte. Prosessmøte med minimum to terapeuter til stede sammen med pasienten:
 - ☐ Pasienten deltar og leder egen behandling med terapeutstøtte.
 - ☐ Reflekterende team som verktøy
- Fokussamtale ved avslutning av arbeidsdagen:
 - ☐ Tilbakeblikk: "hva erfarte du denne arbeidsdagen?"
 - ☐ Når du kommer hjem: "hva tar du med deg, og hvordan ser du for deg at du vil anvende erfaringer fra denne dagen i dag?"
 - ☐ Oppgave til neste behandlingsdag (for eksempel arbeid med verdikrysset i hjemmesituasjonen)

Bilde. Tentativt eksempel på et program i dagbehandling. Her 5 timers tilbud.

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Morgenmøte Psykoedukativ gruppebehandling	09.00 - 09.45	09.00 - 09.45	09.00 - 09.45	09.00 - 09.45	09.00 - 09.45
Fokussamtale	10.00 - 10.45	10.00 - 10.45	10.00 - 10.45	10.00 - 10.45	10.00 - 10.45
Terapisamtale T1	11.00 - 11.45	11.00 - 11.45	11.00 - 11.45	11.00 - 11.45	11.00 - 11.45
Lunsj	12.00 - 12.30	12.00 - 12.30	12.00 - 12.30	12.00 - 12.30	12.00 - 12.30
Psykoedukativ gruppebehandling	12.30 - 13.15				
Terapisamtale T2		12.30 - 13.15	12.30 - 13.15	13.00 - 13.15	12.30 - 13.15

Medikamentsamtale	På en gitt dag i uken				
Behandlingsmøte	13.30 –14.00	13.30 –14.00	13.30 –14.00	13.30 –14.00	13.30 –14.00
Fokussamtale	14.30 –15.00	14.30 –15.00	14.30 –15.00	14.30 –15.00	14.30 –15.00

3. Dagbehandling. Undervisningsgruppe:

Undervisningsprogram der deltakerne får muligheten til å sette seg inn autonomifremmende behandling og da spesielt den terapeutiske tilnærmingen i BET. Undervisningen gir deltakerne grunnlag for å kunne ta en informert beslutning om man vil jobbe videre med BET behandling.

Pedagogikk

Mange som henvises til BET-behandling strever med psykiske helseutfordringer som påvirker kognitive funksjoner og forutsetninger for å ta til seg informasjon. For å nå fram til alle deltakerne med informasjon om BET, brukes derfor flere pedagogiske formater.

Underviserne demonstrer i rollespill hvordan ulike faser i eksponeringsterapi kan foregå, og forklarer og beskriver prosessen med tavleundervisning og dialog med deltakerne.

Undervisningen holdes på et generelt, allmenngyldig nivå, og underviserne sørger hele tiden for at det pedagogiske tilbudet ikke sklir over i gruppeterapi.

Bilde. Tentativt eksempel. Her 8 dager.

Samling	Tema for samlingene
1	Verdier og den terapeutiske prosessen. <i>Dialog</i> verktøyet «min prosess - min plan».
2	Eksponering. Møte med en tidligere pasient.
3	Repetisjon samling 1 og 2. Døgntilbudet i BET.
4	Verktøyet «min prosess - min plan». Indre vs. ytre fobier. Møte med en tidligere pasient.
5	Avmedisinering i BET. Teori, muligheter og utfordringer.
6	“Om gass og brems i terapi”.
7	Tilknytning og av knytning. Informasjon fra et utviklingspsykologisk perspektiv
8	Repetisjon og avslutning av gruppetilbudet. Møte med en tidligere pasient med erfaringer fra hele prosessen.

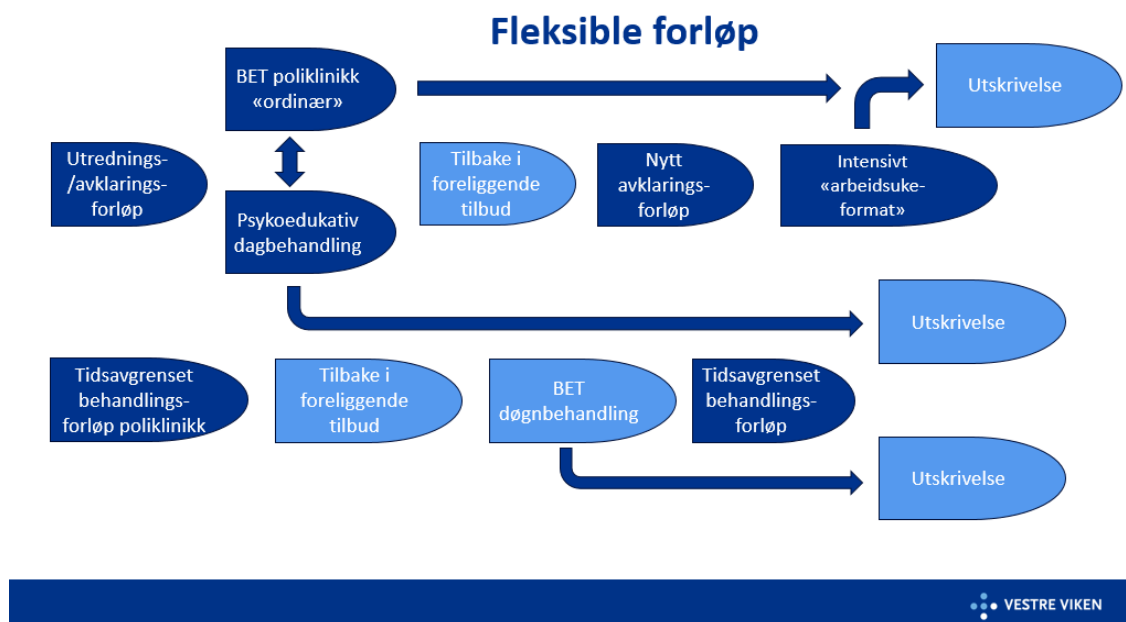
Fleksible forløp

De tre beskrevne dagtilbudene, kan kombineres fleksibelt, etter vurdering. Eksempel på hvordan dette kan se ut i et tenkt ukesprogram:

- Dagbehandling individuelt:
 - ✓ 3 pasienter som kommer 3 dager til enten i 2,5 eller 5 timer. 2 pasienter som kommer 2 dager.
- Poliklinikk. Individualsamtaler:
 - ✓ 1 til 8 pasienter som kommer med ulik frekvens.
- Dagbehandling gruppe:
 - ✓ 12 pasienter som kommer en dag i uken til dagbehandling gruppe.

Innenfor et slikt program vil det være rom for å administrere fleksible innganger og utganger der også BET i DPS døgn er med i tenkingen (se bilde2).

Bilde 2



Samarbeid med andre aktører. Implementering og pedagogisk aktivitet.

I anvendelsen av både BET og KYR er evne til å gi koordinert behandling avgjørende for behandlingsutbytte. Uten nødvendige implementeringsverktøy er dette krevende i et faglig fellesskap (som en døgnenhet), men åpenbart en potensiell utfordring i tverrsektoriell behandling, hvor hjelpetiltak og ulike former for behandling forvaltes av ulike aktører. I BUPA ressursteam har man utviklet en egen kommunikasjonsferdighet (samforståelse) som tilstreber å skape en felles forståelse av både problem og løsning på tvers av hjelpeapparatene som har kontaktflate med pasienten. Intensjonen er å skape slik felles forståelse uten å eskalere et eventuelt konfliktnivå i samarbeidsgruppen. Øvrige kommunikasjonsverktøy som inngår i KYR anvendes også i slike samarbeidsfora.

BET undervisning. Tverrsektoriell behandling.

Eksempler på tjenester utgått fra et pedagogisk team tilknyttet BET dagtilbud:

- Legevakt og somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten:
 - Veiledning og teori knyttet til forvaltning av KYR i kontekst somatikk.
 - Enkel ferdighetstrening i kombinasjon med teoretisk forståelse.

- DPS:
 - Teori, refleksjoner og systematisk ferdighetstrening knyttet til både BET som psykoterapi og den autonomifremmende samhandlingsstrategien KYR
 - Implementering av strukturer som understøtter autonomifremmende behandling (reflekterende team, feedbackbasert kollegaveiledning mm.).
- VOPA:
 - Veiledning knyttet til forvaltning av KYR i kontekst VOPA. Her vil ferdighetstrening i kombinasjon med teoretisk forståelse være aktuelt.
 - Veiledning og teoretisk forståelse for å kunne forvalte den autonomifremmende strategien overregulering også der tvangsinnleggelser er en del av konteksten
- Kommunale tjenester (herunder fastlege)
 - Veiledning og teori knyttet til forvaltning av KYR i kontekst kommunale tjenester.
 - Avgrenset ferdighetstrening i kombinasjon med teoretisk forståelse.
- Politi, nødetater
 - Veiledning og teori knyttet til forvaltning av KYR i denne konteksten.
 - Enkel ferdighetstrening i kombinasjon med teoretisk forståelse.
- Pårørende (venner, familie o.l.).
 - Med KYR som teoretisk bakteppe; veiledning og forståelse for hvordan pårørende kan bidra til å fremme autonomi
 - Indirekte ferdighetstrening gjennom eksempler og demonstrasjoner

BET undervisning vil i alle eksemplene over, belyse hvordan den utviklingspsykologiske modellen dynamisk modningsmodell (DMM) kan informere all samhandling. Avmedisinering inngår som tema der det er relevant.

Beskrivelse av BET-forløp på DPS Døgn

Mandat: BET-forløp på DPS

I arbeidsgruppe høsten 2024 ble DPS døgnsesjoner vurdert med mange fordeler som base for BET-behandling. Åpne dører og fokus på autonomi var viktige argumenter.

Klinikk PHR ønsker derfor å gi BET-seksjonen mandat til å foreslå hvordan BET-forløp i DPS døgnsesjon kan se ut. Det forutsettes at én DPS døgnsesjon velges ut til denne oppgaven. Seksjonen skal ikke ha øremerkede BET-senger, men kunne tilby BET-forløp til pasienter som legges inn til dette.

Dagsinnholdet må beskrives, fra morgen til kveld. Det skal også inneholde eksempler på hvordan personalet bør agere i vanlige situasjoner som kan oppstå under innleggelse.

BET-forløp i DPS døgnsesjon vil kreve kompetanse hos medarbeiderne i utvalgt seksjon. Hvordan denne kan bygges opp, samt hvordan BET døgnforløp kan implementeres i en utvalgt DPS

Etablering og videreutvikling av BET-kompetanse på DPS døgnet

BET-kompetanse etableres ved en utvalgt DPS-døgnet gjennom innplassering av personell med BET-kompetanse og systematisk implementeringsarbeid ledet av det pedagogiske teamet i BET-seksjonen. Se generelt, om organisering av BET og benevnelse av de ulike enhetene i BET som behandlingslinje.

Formål og oppgaver for BET i DPS døgn

A. KYR og tematisk organisering

KYR (Komplementær Ytre Regulering) er en strategi for å mobilisere pasientens ressurser og fremme autonomi. Ved implementering av BET i DPS døgn som et av flere behandlingstilbud, så åpner det seg en mulighet til å dra veksler på KYR utover de helhetlige pasientforløpene som er forankret i BET. Denne strategien gjør det mulig å håndtere komplekse problemstillinger og ulike former for atferdsforstyrrelser i en åpen seksjon, herunder forløp der det er spesielt vanskelig å få til samarbeid om behandling, og store utfordringer knyttet til suicidalitet og/eller andre atferdsforstyrrelser. KYR som fundament for oppgaver knyttet til akutfunksjoner i DPS døgn

- o vil kunne bufre mot innleggelser NSD og redusere behovet for overføring fra DPS døgn til NSD
- o muliggjøre tidligere overføring av akuttpasienter fra NSD til DPS, og derigjennom bidra til å korte ned behandlingstid i akutt NSD
- o redusert behov for reinnleggelser i døgnsesjon

I et helhetlig kost/nytte perspektiv vil BET/KYR kompetanse inn i den tematiske organiseringen bidra til forebygging av marginalisering fordi

- o pasienter som er i ferd med å vikle seg inn i marginaliserende samhandling med hjelpeapparatet kan identifiseres på et tidligere tidspunkt enn hva som er tilfelle i dag
- o det kan raskere tilrettelegges for overføring/utskrivning til BET dagbehandling der dette vurderes formålstjenlig

To kliniske eksempler på bruk av KYR med pasienter som i utgangspunktet ikke er i et BET-forløp

a. Situasjonell håndtering:

En pasient med diagnose emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, blir innlagt akutt NSD for 3. gang i løpet av en mnd. grunnet selvmordsatferd. Pasienten er delvis sykmeldt pga. angst og depressive reaksjoner knyttet til konflikter på jobben. Hen har droppet ut av poliklinisk behandling flere ganger fordi hen er misfornøyd med terapeuten, men har nå fått en ny fast behandler i DPS poliklinikk. Etter to dager ved akutt NSD overføres pasienten til DPS døgn for videre stabilisering. Ved mottak DPS formidles det til pasienten at hen skal skrives ut til polikliniske oppfølging påfølgende dag.

Situasjon:

- Pasienten reagerer med å presentere selvmordstanker, og fremstår med et høyt lidelsestrykk. Den psykiske smerten forstås som reell, samtidig som måten pasienten uttrykker seg på tolkes som en appell, og et implisitt krav, om å få forbli innlagt over lengre tid.
- Terapeuten validerer de bakenforliggende opplevelsene av fortvilelse og desperasjon og frykt for å bli overlatt til seg selv.
- Pasienten gir uttrykk for at hen blir forstått og sett, men kommer så med antydninger om selvmord dersom hen blir skrevet ut.
- Terapeuten møter denne underliggende trusselen med autonomifremmende retorikk, dvs. at hen fra et eksistensialistisk ståsted snakker om selvmord som et valg, og at det å ta livet av seg selv er en løsning som vi mennesker til enhver tid og i enhver situasjon har mulighet til å bruke/ty til
- Pasienten sukker tungt, og uttrykker dyp fortvilelse, nå ikke som appell, men som en mer genuin meddelelse om hvordan hen har det.
- Terapeuten følger opp med validering av smertefulle indre opplevelser.
- Pasienten sukker tungt igjen, og spør terapeuten om de praktiske omstendighetene rundt den forestående utskrivningen.

b. Overføring til et BET forløp

En pasient med diagnose PTSD og dissosiativ lidelse, ble innlagt akutt NSD etter et døgn på somatisk avdeling ifm. alvorlig, livstruende selvskade. Pasienten er kjent for akutt, med innleggelser der 2-3 ganger pr. år etter alvorlige selvskadingsepisoder. Man ser et mønster, der pasienten etter akutttopphold tilbringer flere uker på psykoseseksjon Blakstad, og deretter ytterligere uker og måneder ved DPS døgn. Under innleggelser gjør pasienten lite av seg, snakker lite. Hen bruker antipsykotika, stemningsstabiliserende, antidepressiva og relativt mye beroligende medikamenter. Pasienten har et fallende funksjonsnivå, til tross for omfattende oppfølging både i spesialisthelsetjenesten og fra kommunale helse og sosialtjenester. Det besluttet at man skal gjøre en ny vurdering av behandlingsbehov sammen med pasienten. Pasienten vurderes å være kandidat for et BET-forløp, og behandler med BET-kompetanse blir bedt om å ta denne oppgaven.

Situasjon:

- Ved mottak DPS tilbys pasienten informasjon om BET, noe pasienten nølende takker ja til.
- Informasjonen formidles gjennom bruk av en relasjonsbyggende form for bekreftende kommunikasjon, der terapeuten i hovedsak fører ordet og ikke stiller spørsmål som krever verbale svar fra pasienten.
- Pasienten bekrefter non-verbalt at hen kjenner seg igjen når terapeuten beskriver målgrupper og hensikten med BET-tilnærmingen
- Terapeuten følger opp med å invitere pasienten med på klargjøring av verdier og utforskning av indre fobier (to sentrale elementer i BET)
- Pasienten kommer mer på banen, og det blir tydelig at hen både er motivert for endring, og at indre fobier ser ut til å være en sentral patologidrivende faktor i hens psykiske helseutfordringer
- Etter vurdering med aktuelle fagpersoner i DPS døgnet, tilbys pasienten et BET-forløp på DPS døgnet i to uker, som en mulighet til å prøve ut denne behandlingsformen og evt. søke seg til et BET-forløp med base i BET-Dag.
- Pasienten takker ja til tilbudet, og spør om DPS-døgnet kan henvise henne til BET-Dag dersom hen finner ut at hun vil det i løpet av de neste to ukene.

B. Rammer for BET døgntilnærming

Korte og lengre DPS døgntilnærming (jfr. Styrevedtak) er aktuelt der dette vurderes hensiktsmessig. Hva som ligger i «korte» og «lengre» er ikke endelig besluttet. Det vil være en fordel med standardiserte rammer, og samtidig må det være mulighet for individuelle tilpasninger. Rammen bør bestemmes ut fra BET-behandlingslinjens kapasitet og pasientens situasjon, behandlingsbehov og forutsetninger for å oppnå ønsket terapeutisk utbytte.

Med tanke på tematisk organisering, kan KYR også bli anvendt i møte pasienter som i utgangspunktet ikke er i BET-forløp. Det kan også være aktuelt å tilby BET til pasienter på DPS døgnet som mottar annen behandling, der denne andre behandlingen ikke har ønsket effekt. Dette betyr at det bør være en differensiert ramme, ut fra hva slags forløp pasienten er i, og hvor pasienten befinner seg i det aktuelle forløpet.

Retningsgivende forslag til rammer:

- Pasienter som er i et BET-forløp på BET-Dag:
 - Behov for intensivering av behandling: 1-2 uker i døgntilnærming for å skape terapeutisk bevegelse og progresjon der dagbehandling/poliklinikk kjører seg fast, eller ikke viser seg å være tilstrekkelig for å nå terapeutiske målsettinger
 - Krisehåndtering, sikring av liv og helse: 1-3 dager i døgntilnærming dersom rammen av døgnet vurderes nødvendig for å sikre liv og helse
 - Tilbakeføring til BET-Dag
- Pasienter som i utgangspunktet ikke er i BET-forløp på BET-Dag:

- Manglende effekt av annen behandling: BET kan forsøkes 1-2 uker (dvs. tilbys, jfr. det som står om samtykke i mandatet), der den pågående behandlingen ved DPS døgn ikke viser seg å ha effekt (se eksempel b under avsnittet om KYR og tematisk organisering ovenfor), eller
- Elementer av BET kan brukes for å understøtte/ supplere annen døgnbehandling som tilbys i DPS døgn
- Pasienter DPS døgn tematisk organisering, akutt funksjoner: Der det ikke er aktuelt med BET som psykotераapeutisk tilnærming avgrenses det terapeutiske innholdet til KYR, og det tilrettelegges for en rask utskriving til hjemmet/annen poliklinisk oppfølging/kommunale tjenester (se eksempel a under avsnittet om KYR og tematisk organisering ovenfor).

C. Eksempler på hvordan personalet bør agere i situasjoner som kan oppstå

En overordnet første målsetting i BET/KYR er å normalisere atferd og samhandling. Her følger noen eksempler på typiske situasjoner som kan oppstå, og hvordan BET-tilnærmingen kan brukes for å de-eskalere og normalisere atferd og samhandling

- **Krav:** En pasient er agitert, og krever at behandler/personale umiddelbart innfrir hans krav (beroligende medisiner, ordne opp med NAV, få en annen behandler osv.): bekreftende kommunikasjon, dvs. bekrefte den bakenforliggende følelsen uten å gå inn i sak (krav om handling)
- **Trusler:** En pasient truer med at hen skal ta selvmord: autonomifremmende retorikk, dvs. fra et eksistensialistisk ståsted snakke om selvmord som et valg, ut fra at dette er en løsning som vi mennesker til enhver tid og i enhver situasjon har mulighet til å bruke/ty til
- **Brudd på normer/regler:** En pasient snakker høyløst og nedlatende om at det ikke er tillatt å bruke rusmidler inne i seksjonen på eget rom: autonomifremmende regelstyring, dvs. grensesetting i form av en ikke-moralistisk, vennlig orientering/påminnelse om hvilke normer og regler som gjelder i det norske samfunnet / i en helseinstitusjon.
- **Uteblivelse/forsvinning:** En pasient har forlatt seksjonen uten at dette er avtalt, eller ikke kommet tilbake som avtalt. Behandler vurderer «normalrespons» opp mot fare for liv og helse, og hva som vil være realitetsorienterende og ressursmobiliserende opp mot nødvendige tiltak for å sikre liv og helse. I et underreguleringsperspektiv vil BET-personell avvente situasjonen, for så å gjenoppta behandlingen som om ingenting hadde skjedd når pasienten har returnert. Utgangspunktet her er at pasienten er voksen og samtykkekompetent, og at hen gjør de egne selvstendige valg om hva skal eller ikke skal gjøre. Dersom dette er et mønster, så vil mønsteret bli adressert, men da i en terapeutisk situasjon, og ikke når dette skjer eller ved tilbakekomst.

D. Etablering av programstruktur

BET har på Blakstad vært driftet innenfor en svært effektiv programstruktur. Denne programstrukturen trenger ikke være knyttet til BET som behandlingstilnærming og kan brukes for å planlegge/gjennomføre/evaluere alle former for behandling, herunder psykiatrisk, medikamentell behandling. Programstrukturen handler altså ikke om BET, men generelt om å etablere et tydelig fokus i behandlingen, og å planlegge og gjennomføre et behandlingsforløp basert på fortløpende dokumentasjon av situasjon-intervensjon-respons. I strukturen involveres pasienten i planlegging og gjennomføring av behandling, og organiseringen av behandlingen ivaretar pasientrettigheter og setter pasienten og hans verdier i sentrum for prosessen.

- Ved DPS døgnet bør det etableres en åpen behandlingsstruktur der pasienter i BET-forløp inngår som enkeltindivider i en populasjon som er i ulike behandlingstilbud/-forløp. Dette vurderes hensiktsmessig og nødvendig siden det ikke skal være øremerkede senger for pasienter i et BET-forløp (og heller ikke for pasienter i andre typer behandlingsforløp).
- Dersom det ikke er en felles programstruktur i den aktuelle DPS døgnheten, så vil enheten mangle et samlende, funksjonelt og koordinerende fundament for den kliniske driften. Uten en felles programstruktur blir det vanskelig for enheten å forvalte oppgaven med tematisk organisering, og det blir vanskelig oppnå det behandlingsutbytte som potensielt er mulig både for pasienter i BET-forløp og pasienter som mottar annen behandling.
- Det vil ta noe tid å etablere en felles programstruktur, og alle ved døgnheten må involveres i denne slik at det utvikles et kollektivt eierskap til det felles fundamentet for planlegging, gjennomføring og evaluering av behandling.
- - En felles programstruktur for personalet ved DPS døgnet kan inneholde
 - Utredningssamtaler (med utgangspunkt i henvisning)
 - Avklaringssamtaler (som del av utredning, og som forberedelse til mottak)
 - Morgenmøter
 - Fokussamtaler med pasienter morgen og ettermiddag
 - KDS-møter
 - Diagnosemøter (vedr. pasienter i BET-forløp DMM-møter)
 - Terapisamtaler
 - Pårørendemøter med pasient
 - Systemarbeid, møter med andre aktører i behandlingsnettverket
 - Reflekterende team (pasientforløp, etikkrefleksjon, systemrefleksjon)
 - Feedbackbasert Kollegaveiledning, ferdighetstrening aktuelle ferdigheter
 - En felles programstruktur for pasienter ved DPS døgnet kan/vil inneholde
 - Morgenmøte for pasienter
 - Fokussamtale morgen (5-10 min., med innhold knyttet opp mot den behandlingsformen som er aktuell for pasienten)
 - Koordineringsmøte pasient-primærkontakt / teamkoordinator
 - Terapisamtale (for pasienter i BET forløp er det daglige terapisamtaler)
 - Psykoedukativ gruppe (ukentlig undervisning)
 - Behandlingsmøte/prosessmøte (ukentlig eller hyppigere hvis hensiktsmessig)

- Medikamentsamtale (ukentlig eller ved behov, herunder med oppfølging av medikamentfritt behandlingsalternativ for pasienter som ønsker dette)
- Fokussamtale ettermiddag (5-10 min), med tilbakeblikk på hvordan pasienten har møtt utfordringen hen definerte for seg selv om morgenen, og hvilke erfaringer hen har gjort seg,
- Spesifikke **programelementer i et BET-forløp** på DPS døgn vil være
 - DMM-informert, relasjonsarbeid
 - Psykoedukasjon spesifikt rettet mot BET-forløpet
 - Arbeidsallianse basert på problemforståelse/-løsning i BET
 - Eksponeringsterapi rettet mot indre fobier
 - Løsningsfokuset konsolidering av selveksponerende ferdigheter
 - Innhenting av psykometriske data fra innsøking til utskriving, og ved definerte oppfølgingspunkter
 - Etablering og koordinering av helhetlige behandlingsforløp i samarbeid med pasienten og andre aktuelle aktører

E. Implementering av BET i utvalgt døgnseksjon

Implementering av BET og KYR tar utgangspunkt i BET Implementeringsmanual (Heggdal og Svergja, 2014). Denne baseres på Ostroms prinsipper for effektivt samarbeid i team/grupper, og på arbeidsformater utviklet innenfor rammen av BET (Feedbackbasert Kollegaveiledning, FBK, og Reflekterende Team grunnformat, RT).

Prosess og innhold

- Det pedagogiske teamet ved den polikliniske BET basen leder an implementeringsarbeidet i DPS døgn
- Implementering er en kontinuerlig prosess, der målet implementere et system/en struktur og en arbeidsform som sikrer programetterlevelse og person-uavhengig forvaltning og videreutvikling av BET-tilbudet i Vestre Viken
- Det etableres en struktur for rapportering og oppfølging i lederlinjen (praktisk ledelsesforankring av implementeringsarbeidet)
- Det etableres en implementeringsplan med milepæler og evalueringspunkter
- Det gjennomføres en innledende workshop med klargjøring av felles verdier og tydeliggjøring av forpliktende handlinger om mot kollektive verdier. Lederlinjen deltar på innledende workshop for å sikre lederforankring (det inngås her en «kontrakt» mellom eier av prosjektet og de som skal forvalte tjenestene)
- Det etableres et implementeringsteam, med medarbeidere som har ansvar for oppfølging av implementeringsaktiviteter fra dag til dag, og for å rapportere oppover i lederlinjen.
- Det etableres en dags-/ukeplan basert på programstruktur (se ovenfor), med faste tider for administrative møter, Feedbackbasert Kollegaveiledning (FBK), Reflekterende Team (RT), samtaler med pasienter osv., se ovenfor.

F. Fagutvikling, etablering av BET-kompetanse

- Fag- og kompetanseutvikling ledes av BET-Undervisning, se generelt
- Det etableres en struktur for regelmessige fagutviklingssamtaler med aktuelle medarbeidere
- Hver medarbeider får en Dynamisk Kompetanseplan (DK) med beskrivelse av ferdigheter som er aktuelle i behandlingsarbeidet. Medarbeiderne bruker DK som verktøy for å lage seg fagutviklingsmål og følge opp sin egen fagutviklingsprosess.
 - DK kan også brukes som fagutviklingsverktøy for helsepersonell som skal forvalte andre typer behandling. Da må aktuelle ferdigheter beskrives og settes inn i DK.
- Ny modul i Miljøbehandlingsprosjektet
 - Det pedagogiske teamet ved BET-Dag får i oppgave å utarbeide en ny modul i Miljøbehandlingsprosjektet som er spesifikt rettet mot BET.
 - Denne kan iverksettes ved alle kliniske enheter som inngår i et helhetlig BET-forløp
- BET-Recoveryutdanning i PHR
 - BET har de siste årene driftet en 1-årig BET-Recovery utdanning i Tromsø og i Bergen. Denne utdanningen kan med svært liten ressursbruk organiseres og driftes i Vestre Viken.
 - Deltakere kan være VV-medarbeidere som er direkte involverte i BET-forløp, samt deltakere fra samarbeidende instanser i andre helse og sosiale tjenester
- Dynamisk Kompetanseplan
 - a. I all fagutvikling forankret i BET, benyttes Dynamisk Kompetanseplan (se ovenfor). Det er utviklet en digital Dynamisk Kompetanseplan som er tilgjengelig og klar å tas i bruk i Kompetanseportalen i Vestre Viken.

Beskrivelse av BET-forløp på sykehus

Mandat: Da BET hadde base i sykehusseksjon på Lier, ble tvangsbruk redusert betydelig etter at seksjonen innførte KYR. Seksjonens pasientpopulasjon bestod i all hovedsak av kvinner, og gjentakende egenskade var en sentral faktor. Å hjelpe pasienter med hyppige innleggelser og gjentakende egenskade er fremdeles en utfordring for akuttpsykiatrien. Sammenlignet med da BET ble utviklet, er det i dag konsensus om at tvangsinnleggelse over tid bør unngås. Pasientene skrives ofte raskt ut, og anbefalt grunnbehandling er poliklinisk psykoterapi. Allikevel oppstår det fremdeles situasjoner hvor behandlere og omgivelser ikke ser noen annen løsning enn tvungen innleggelse, noen ganger over tid. Under disse innleggelsene kan det oppstå uheldig samspill mellom pasient og personale, hvor personalet forsøker å kontrollere pasienten, mens pasienten forsøker å skade seg. Pasientene som ender opp i et mønster med mange og lange innleggelser, har ofte tidlig debut av selvskading og flere diagnoser eller problemstillinger samtidig.

I dagens situasjon savnes strategier for hvordan akuttpsykiatrisk personale kan møte denne pasientgruppen på en måte som motvirker eskalering og uheldig samspill. Klinikk PHR mener de miljøterapeutiske intervensjonene i BET har et unikt potensial som mulig plattform en slik strategi, både for eget foretak og for landet for øvrig.

Klinikken ønsker derfor å gi BET-seksjonen mandat til å foreslå hvordan en slik strategi kan se ut. Forslaget skal inneholde eksempler på hvordan akuttpsykiatrisk personale bør agere i vanlige situasjoner som kan oppstå under innleggelse.

Forslaget skal også beskrive hvordan en slik strategi kan implementeres i akuttpsykiatriske seksjoner, samt hvordan kompetanse kan utvikles. Å ta utgangspunkt i det eksisterende miljøterapiprosjektet kan her være naturlig.

Strategi for å møte marginaliserte pasienter

på en måte som motvirker eskalering og uheldig samspill

Pasienter med atferd preget av appell, krav og trusler og som gjentakende tyr til selvdestruktive handlinger som fører til alvorlig skade på liv og helse, legger beslag på betydelige ressurser innen både psykiske og somatiske helsetjenester. Det kan se ut til at både pasientene selv og deres hjelpere i hjelpetjenestene blir «fanget inn i» et marginaliserende samhandlingsmønster som forverrer pasientens tilstand og fører til ytterligere funksjonssvikt.

Komplementær ytre regulering (KYR) er en samhandlingsstrategi som har som formål å normalisere samhandling, og «strippe» samspillet for forsterkning av dysfunksjonell atferd. Enkelte kommunikasjonsferdigheter innen KYR synes særlig anvendelige i en akuttavdeling på sykehusnivå; dette dreier seg om autonomifremmende retorikk, intervensjoner som fremmer autonom regelstyring, instrumentell ytre regulering og løsningsfokusede intervensjoner.

I forbindelse med at flere ansatte ved BET-seksjonen jobbet ved akuttavdelingen sommeren 2024 ble det anvendt KYR-intervensjoner i enkelte pasientforløp. Ansatte ved akuttavdelingen har i ettertid fremhevet tilnærmingen som ble brukt som svært betydningsfull for behandlingsutfallet for de spesifikke pasientene det her er snakk om. Dette er dog anekdotisk.

Eksempler

En overordnet første målsetting i BET er å normalisere atferd og samhandling. Her følger noen eksempler på typiske situasjoner som kan oppstå, og hvordan BET-tilnærmingen kan brukes for å de-eskalere og normalisere atferd og samhandling.

Trusler: En pasient truer med at hen skal ta selvmord hvis han skrives ut nå:

autonomifremmende retorikk, dvs. fra et eksistensialistisk ståsted snakke om selvmord som et valg, ut fra at dette er en løsning som vi mennesker til enhver tid og i enhver situasjon har mulighet til å bruke/ty til (se eksempel på dialog under)

Brudd på normer/regler: En pasient snakker høyløst og nedlatende om at det ikke er tillatt å bruke rusmidler inne i seksjonen på eget rom: autonomifremmende regelstyring, dvs. grensesetting i form av en ikke-moralistisk, vennlig orientering/påminnelse om hvilke normer og regler som gjelder i det norske samfunnet / i en helseinstitusjon.

Selvskading inne på døgnsesjon: En pasient har kuttet seg på en medbragt gjenstand og personalet observerer objektive tegn på dette, møtes med instrumentell ytre regulering, hvor helsepersonell ivaretar sin forpliktelse til å yte helsehjelp på en måte som reduserer forsterkende mekanismer (som nonverbal kommunikasjon, terapeutiske intervensjoner der og da). Etter at behovet for helsehjelp er avklart og besvart fortsetter man oppfølgingen med utgangspunkt i behandlingsplanen uten videre endringer.

Pasient som sammenlignet med tidligere innleggelse har gjort en progressiv

atferdsendring de selv ikke selv har et bevisst forhold til: En pasient nevner i forbifarten hvordan de møtte en konkret utfordring, eller personalet observerer et nytt handlingsmønster, f.eks. pasient som tidligere har selvskadet på rommet uten å ta kontakt, tar nå kontakt med personalet og forteller at de har det vanskelig (ikke appell). Personalet kan møte dette med løsningsfokuserte intervensjoner, der man fremhever atferdsendringer og dens kontrast til tidligere handlingsmønster samtidig som man ikke fratar pasienten eierskap til dette (Det vil si ikke gi «overdreven ros» for noe pasienten selv ikke opplever som mestring).

Implementering

Det introduseres et forslag til behandlingsplan som kan iverksettes for marginaliserte pasienter, og/eller pasienter som står i fare for å vikle seg inn i marginaliserende samhandling med helsevesenet (uavhengig av diagnostisk profil – og med enkelte unntak, for eksempel alvorlig depresjon med psykose). For å sikre koordinert behandling innføres implementeringsverktøy fra BET på mottaksseksjonen eller én av akuttavdelingene som tenkes å ha et særskilt ansvar for pasienter hvor denne problematikken er fremtredende. Det vil si feedbackbasert kollegaveiledning, bruk av dynamisk kompetanseplan med lederstøttet selvevaluering, fast ukestruktur (se under) og muligens også reflekterende team.

Den mest bærekraftige løsningen for å implementere BET/KYR-kompetanse i en akuttseksjon vil være at det pedagogiske teamet i BET-basen bistår og tilbyr implementeringsstøtte til ønsket opplæring og tjenesteutvikling.

Ved en akuttavdeling eller for lignende tjeneste med «innsatsplikt», dukker det i implementering opp en problemstilling som tilsynelatende er et paradoks: personalet som skal innarbeide nye ferdigheter og dermed må avsette tid til dette, opplever at det ofte ikke er nok tid. Paradokset er at det ved vellykket implementering ofte blir opplevd som at man

har fått «bedre tid» eller mer «rom» på jobb ved å bruke tiden på ferdighetstrening o.l. En fast ukestruktur med tidspunkter for kollegaveiledning og en klar forventning fra ledelsen om at «alle som kan, skal»² er med på å sikre at man kommer i gang på en effektiv måte.

Tillegg: konkrete eksempler på dialog mellom pasient og (miljø-)behandler

Autonomifremmende retorikk i møte med appell, krav og trusler:

P: «Ja, skriver dere meg ut nå så er det ikke godt å vite hva som kommer til å skje»

T: «Nei, det er noe med de der øyeblikka, når man ikke helt er sikker på hva som kommer.»

P: «Du skjønner ikke hva jeg mener, jeg kommer til å gå rett ned til kaia!»

T: «Jeg vet om mange som liker den utsikten der nede, når man har behov for å stoppe opp litt og tenke store tanker.»

P: «Er du dum? Jeg kommer til å ta livet av meg»

T: «Det er et valg du har.»

P: «Hva mener du? Har ikke dere plikt til å stoppe meg? Dere skal jo liksom ta vare på folk!

Vil du at jeg skal dø eller?»

T: «Jeg? Nei, *jeg* vil jo ikke at du skal dø – jeg håper jo på at du skal kunne finne noe hjelp du synes du kan bruke til noe. Men til syvende og siste er det jo et valg alle mennesker har. Vi kan alle velge å ta livet av oss eller fortsette. Jeg tenker på forrige gang du var innlagt. Da hadde du jo gjemt et barberblad inne i stolbenet, så selv om vi gikk gjennom bagasjen din så fant vi det ikke. Så hvis du bestemmer deg for å ta livet ditt, så vil du jo sikkert klare det² uansett hva vi gjør.»

P: «Jeg bare vet ikke hva jeg skal gjøre, jeg skjønner ikke hvordan jeg skal komme meg ut av dette her.»

T: «For meg høres det ut som du har det veldig vanskelig.»

Avmedisinering i BET-forløpet

For flertallet av pasientene i BET-forløpet vil avmedisinering gå inn som en integrert del av behandlingen, bl.a. for å utvikle polyfarmasøytisk malpraksis, redusere bivirkninger og/eller optimalisere forutsetninger for gjennomføring av eksponeringsterapi. Et strukturert program for avmedisinering sikrer at BET kan tilbys som et medisinfritt behandlingstilbud i et helhetlig behandlingsforløp i PHR, jfr. oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om etablering av medisinfrie behandlingstilbud, "herunder hjelp til nedtrapping og avslutting"² av medisinering.

Faseorientert avmedisineringsprosess

Etablering/konsolidering av eierskap til avmedisinering

- b. Samtaler med lege i BET-teamet og pasient, med følgende innhold:
 - i. Systematisk kartlegging av ønsket og uønsket effekt av nåværende medisinering
 - ii. Kartlegging av forventninger (fordeler/ulempes) knyttet til avmedisinering, etter metode fra endringsfokusert rådgivning
 - iii. Identifisere verdiorienterte mål for nedtrapping
 - iv. Evt. uforpliktende orientering om mulig nedtrappingsplan
- c. Tverrfaglig behandling gjennom BET-forløpet
 - i. Fremme innstilthet på 2. ordens endring gjennom behandling i BET-forløpet i sin helhet
 - ii. Innstilthet på 2. ordens endring gjør at nedtrapping oppleves som et bærekraftig alternativ for pasienten

Planlegging av nedtrapping

- d. Lage plan for monitorering av seponeringssymptomer
- e. Gjennomføre opplæring i hyperbol nedtrapping
 - i. Teori
 - ii. Praktisk gjennomføring av mikrodosering ved bruk av mikstur el. lign.
- f. Regelstyrt nedtrapping:
 - i. Nedtrapping vil noen ganger gjennomføres selv om eierskap til nedtrapping ikke er etablert, f.eks. der malpraksis i medisinering må utvikles uten opphold. Eierskap til nedtrapping skal likevel vært forsøkt etablert forut for planlegging av nedtrapping.

Samarbeidsmøte med pasient, lege i BET-teamet, fastlege, evt. psykiater på lokal DPS poliklinikk

- g. Gjennomgang av nedtrappingstekniske detaljer (hvordan lage doser mindre enn minste tablettstørrelse mm.)

Samarbeidsmøte med alle aktører (pasient, lege som skal følge opp nedtrapping etter avsluttet behandling på aktuell enhet, øvrig nettverk av helsepersonell og pasientens private nettverk) med fokus på:

- h. Pasientens verdibaserte motivasjon for nedtrapping
- i. Forventninger i systemet knyttet til nedtrapping
- j. Tiltak som kan fremme verdibasert samarbeid mellom pasient, behandlingsnettverk og pårørende i en nedtrappingsprosess

Iverksetting av nedtrapping

Oppfølging av nedtrapping over tid

- k. Oppfølging av nedtrapping over tid gjøres som oftest av fastlege.
- l. Ved polyfarmasi og høy risiko for komplikasjoner ved nedtrapping (seponeringssymptomer, utfordringer med koordinering av flere instanser rundt medisinerings av en enkelt pasient) vil det være hensiktsmessig at lege i BET-prosjektet involveres over tid gjennom veiledning til / samarbeidsmøte med førstelinjetjenesten, evt. psykiater i poliklinikk.

Generelt om fasene i avmedisinering

- Gjennomføring av punkt 1-5 er uavhengig av hvilket sted i behandlingslinjen pasienten oppholder seg på. F.eks. er det mulig å jobbe med eierskap til nedtrapping under en kort innleggelse på psykiatrisk akuttavdeling. Om pasienten «flytter på seg» i behandlingslinjen (kortvarig døgnopphold i en ellers poliklinisk oppfølging i BET-forløpet), bør den medikamentelle behandlingen ta utgangspunkt i hvor pasienten er sin fase i avmedisineringen.
- Den foreslåtte rekkefølgen er basert på erfaringer fra mange BET-forløp med avmedisinering. Rekkefølge på elementene tilpasses individuelt om nødvendig. Det har vist seg at det i en del tilfeller vil være hensiktsmessig å jobbe med flere av fasene parallelt (f.eks. ved polyfarmasi, der detaljerte nedtrappingsplaner lages for et medikament av gangen, slik at planlegging av nedtrapping av ett medikament finner sted samtidig som man har iverksatt nedtrapping av et annet).
- Koordinering mellom enhetene i behandlingslinjen er en forutsetning for gjennomføring av avmedisinering.

Kilder:

1. Med avmedisinering menes her det norske ordet slik det er definert i “Legemiddelhåndboken” kap. G27, svarende til “deprescribing” i engelskskpråklig faglitteratur, som definert i “The Maudsley Deprescribing Guidelines” av M. Horowitz og D. Taylor 2024
2. HOD 14/3574

NOTAT

Til: arbeidsmøte BET-organisering
Fra: klinikkdirektør Kirsten Hørthe

Fremtidens BET-tilbud etter arbeidsmøte 28. april – utgangspunkt for modell for ROS

Bakgrunn

Det vises til styresak 33/2025 - Fremtidig organisering av Basal Eksponeringsterapi (BET) i Klinikk psykisk helse og rus, samt tidligere planarbeid i klinikken frem mot styrebehandlingen i mars. Klinikkdirektør har nedsatt et arbeid basert på styrevedtak, og det har vært avholdt to arbeidsmøter for å kunne konkretisere innholdet og organiseringen av tilbudet nærmere. Arbeidsmøtene har tatt utgangspunkt i mandat for innhold i videre behandlingstilbud, som er gitt til BET-seksjonen (vedlegg). Arbeidsmøtene har også innhold en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS). På bakgrunn av dette legges følgende forslag frem til drøfting med organisasjonene.

Saksutredning

Organisering av tilbudet

Hovedbasen for BET-tilbudet i Vestre Viken vil være et poliklinisk/dagtilbud, organisert under Drammen DPS. Parallelt skal det bygges opp kompetanse og plan for sammenhengende pasientforløp i døgn, ivarettatt ved henholdsvis DPS døgn, døgnseksjon Asker og Akuttseksjon 1 ved PHR, Drammen sykehus.

Det innebærer at tilbudet vil være ved tre ulike avdelinger og seksjoner i klinikken, og av den grunn er det nødvendig å etablere endringsarbeidet som et prosjekt, som har koordineringsansvar for tjenesteutvikling, den pedagogiske delen av tjenestetilbudet og som skal bidra til forskning for å se på behandlingseffekt av tilbudet.

Det polikliniske tilbudet

Hoveddelen av tilbudet vil være poliklinikk. Det vil bli etablert et poliklinisk team, bestående av 8 medarbeidere. En av stillingene vil inneha en teamlederfunksjon i tillegg til klinisk drift, og teamet organiseres under en av seksjonene i Drammen DPS.

Døgntilbudet

Fem medarbeidere flyttes til DPS døgn, Asker døgnseksjon og fem plasseres ved Akuttseksjon 1. Det vil ikke være tilstrekkelig med arbeidsoppgaver ved en seksjon til å flytte 10 medarbeidere samlet. Prosessen må organiseres som en omstillingsprosess, og det vil være mulig for medarbeidere å ønske seg andre steder i klinikken eller foretaket, basert på prinsippet om at det må være ledig stilling der.

Prosjektleder og pedagogisk personell

Det skal være en prosjektleder i 100 % stilling, for å sikre konseptutvikling. I tillegg skal det være to medarbeidere som jobber med undervisning, BET-utdanning og øvrig kompetanseheving. Prosjektleder rapporterer til avdelingssjef ved Drammen DPS.

Prosjektorganisering

Det etableres et 5-årig prosjekt, med eget prosjektmandat. Detaljering og beslutninger rundt innhold skal håndteres av prosjektorganisasjonen når denne settes i drift.

Omstilling – aktivitetsplan

Aktivitetsplan – hvilke aktiviteter må gjennomføres for å løse oppgaven?		Dato for ferdigstillelse	Ansvarlig	Deltakere
1	Plan for omstilling med datoer	22. mai		
2	ROS	30. mai		
3	Drøfte omstilling (dimensjonering/fordeling/kompetanse/ansiennitet)	9. juni		
4	Kartleggingssamtaler	Uke 24/25		
5	Avklare innplassering ansatte	20. juni		
6	Avklare og forberede lokaler (KIS)	15. august		
7	Oppstart for ansatte på nytt arbeidssted	25. august		

Referat

Møte:	Møte med BET om status for mandat – fremtidig konsept BET	Tilstede:	Kirsten Hørthe, klinikkdirektør PHR Sondre Engebretsen, klinikkovl. PHR Margrete Nystrud, avd.sjef DDPS Arne Lillelien, fagutv., BET Inger Hilde Vik, fagutv., BET Eivind L. Hagen, psyk.spes. BET Katrine S Hippe, Områdesjef DPS Peggy Lilleby, Overlege BET Trude Jensen, Miljøterapeut BET Didrik Heggdal, seksjonsleder BET
Møtedato:	29.04.25		
Tidspunkt:	14.30.-15.30		
Sted:			
Møteleder:			
Referent:	Kirsten Hørthe	Forfall:	Marit Opsahl, sykehussjef Blakstad

Agenda:

Saksliste:

Tilbakemelding fra BET vedr status for arbeid med mandat

Beskrivelse/oppfølging/vedtak

Tilbakemelding fra BET om status for arbeid med mandat. Mandatet ble gitt BET 23.04.25. Frist innen mandag 05.05.25.

Oppsummert fra mandatet hva som skal besvares:

I mandatet bes BET seksjonen om å foreslå innholdet i et BET basert dagtilbud, inkludert hvordan dagtilbudet kan samarbeide med andre aktører som kommer i kontakt med pasienten. Videre bes det om beskrivelser av BET-pasientforløp på sykehus og BET-pasientforløp på DPS.

I tillegg inneholder mandatet noen generelle føringer. Herunder at inntak til dagtilbud skal være basert på kriterier. For dagtilbudet legges prioriteringsveileder til grunn. Da tilbudet foreslås organisert under DPS, vil henvisningene vurderes av inntak der. Kriterier for døgninnleggelse foreslås også vurdert.

Endringen av dagens BET tilbud vil innebære en omstilling for medarbeiderne. I tråd med oppbygging av tilbudet skissert i mandatet vil i underkant av halvparten av dagens medarbeidere forventes å kunne innplasseres i dagtilbudet. Øvrige vil kunne forvente innplassering på døgn. Disse medarbeiderne vil kunne bidra til helhetlige pasientforløp for pasienter i BET behandling som er i behov av døgninnleggelse enten på sykehusnivå (akutt) eller i DPS døgnseksjon. Det er viktig å ivareta kommunikasjon om omstillingen til personalgruppen.

Prosjektorganisering, utdanning/opplæring og forskning:

Det skal i samarbeid med BET legges planer for prosjektorganisering av selve oppbyggingen av nytt driftskonsept. Det skal jobbes videre med hvordan utdanningen av BET behandlere bør tilpasses/utvikles. Forskning på BET vil også bli et viktig område. Disse områdene vil komme i etterkant av etablering av nytt tilbud og etter at omstilling for medarbeiderne er gjennomført.

Tilbakemelding fra BET om arbeidet med mandat:

Seksjonsleder BET forteller at alle medarbeiderne ved BET seksjonen har fått mandatet og er oppfordret til å gi innspill til det.

Videre er arbeidet med å skrive tilbakemelding fordelt mellom flere og dokumentet tegner til å bli omfattende.

Det formidles fra BET at det er viktig at lederlinjene avklares, herunder om dagtilbudet skal organiseres som team eller seksjon.

Behov for avklaring gjelder også for organisering av pedagogiske aktiviteter. Knyttet til dette deles det tanker rundt at det kan være nyttig at BET metodikk blir en del av miljøterapiprosjektet ved Blakstad.

Det kom innspill fra overlege ved BET vedr behov for kompetanse og kapasitet på legesiden til å jobbe systematisk med nedtrapping av medikamenter. Det pekes i denne sammenheng også på viktighet at det fortsatt skal være LIS lege som har tjeneste i fremtidig BET tilbud.

Det blir i møte delt tanker og refleksjoner rundt flere temaer:

Dimensjonering av fremtidig dagtilbud, hvor mange pasienter kan det påregnes at vil inkluderes?

Hvor mange i det fremtidige tilbudet skal jobbe i direkte pasientarbeid, hvor mange skal ha ansvar primært for de pedagogiske aktivitetene?

Det uttrykkes fra BET at det foretrukne konseptet rundt fremtidig BET utdanning er at det gjøres tilgjengelig nasjonalt. Betydning av forskning på BET vektlegges også.

Det utveksles også synspunkter og spørsmål knyttet til hvordan det fremtidige BET tilbudet bør planlegges for at intensjonen om mer sammenhengende pasientforløp best kan ivaretas. Det fremheves også at det er viktig at medarbeidere i BET kan bevege seg arenafleksibelt i nytt tilbud.

PHR - ny organisering av BET

IDEN	
ID	Risikobeskrivelse
R1	Manglende gjennomføring av alle elementene i prosjektet
R2	Manglende gjennomføring av alle elementene i prosjektet
R3	Manglende gjennomføring av alle elementene i prosjektet
R4	Tap av personell / uønsket turnover
R5	ikke likeverdig tilbud til alle pasienter i opptaksområde
R6	økt ventetid
R7	økt ventetid
R8	Prosjektorganisering
R9	Bedre pasienttilbud
R10	Økt robusthet og mer effektiv behandlingsforløp (kvalitativt og kvantitativt)
R11	Ulike prioriteringer på ulike ledernivåer kan før til konflikt og/eller uklarhet når det gjelder beslutninger som angår driften av BET.
R12	Vanskelig å koordinere og gjennomføre koordinerte fleksible behandlingsforløp.
R13	Redusert mulighet til å styre ressursfordeling mellom klinisk aktivitet, pedagogisk aktivitet og forskning i BET-prosjektet, på en hensiktsmessig måte.

R14	Manglende sammenheng i helhetlig BET-forløp fører til økt press på akuttseksjoner i NSD, pga. økt forekomst av situasjoner med fare for liv og helse
R15	Manglende arenafleksibelt mandat og overordnet lederstøtte som forutsetning for støtte for pedagogisk aktivitet ved aktuelle enheter i BET-forløpet.
R16	Redusert mulighet til å utdanne leger i VVHF i hyperbol nedtrapping / avmedisinering i psykisk helsevern
R17	Tilfeldig bruk av ikke-BET-ansatte legeressurser fører til svekket forvaltning av KYR og svekket sammenheng i helhetlig behandlingsforløp, med f. eks. økt polyfarmasi, medikamentell malpraksis til følge.
R18	Økt trykk på akutt, økt fare for liv og helse, svekket tillit til Bet behandling, tar lengre tid til fagutvikling og impementering, mindre robusthet.
R19	Vansker med fagutvikling og videre kompetanseoverføring på akutt NSD.
R20	5 ansatte med Bet kompetanse av over 20 miljøterapeuter medfører vansker med KYR impementering og BET til bud på døgn DPS. Kan igjen medføre vansker med en helhetlig pasienttilbud.
R21	
R22	
R23	
R24	
R25	
R26	
R27	
R28	
R29	

R30	
R31	
R32	
R33	
R34	
R35	
R36	
R37	
R38	
R39	
R40	
R41	
R42	
R43	
R44	
R45	
R46	
R47	
R48	
R49	
R50	

-tilbudet

TIFISERT RISIKO/MULIGHET

Årsaker til at risikoen kan inntreffe

(fylles ut hvis relevant)

Ulike ledere hvor ingen har et helhetlig ansvar for hele tilbudet

tap av kompetanse - medarbeidere plasseres steder de ikke ønsker å jobbe

Sammensetning av prosjekt- og styringsgruppe forsinker enkelte leveranser

innplassering på akutt

reisevei vil vanskeliggjøre poliklinisk tilbud for noen

nødvendig areal for poliklinisk drift er ikke ferdigstilt ved flyttetidspunkt

omstillingsprosess av medarbeidere er ikke ferdigstilt til flyttetidspunkt

tydeligere organisering av tjenesteutvikling og forskning

helhetlig forløp på tvers av seksjoner

styrket fagmiljø ved flere avdelinger og seksjoner i klinikken

BET blir organisert på "for lavt nivå" i organisasjonen (organisert som team under en seksjon i DDPS).

BET blir organisert på "for lavt nivå" i organisasjonen (organisert som team under en seksjon i DDPS).

BET blir organisert på "for lavt nivå" i organisasjonen (organisert som team under en seksjon i DDPS).

BET blir organisert på "for lavt nivå" i organisasjonen (organisert som team under en seksjon i DDPS).

BET blir organisert på "for lavt nivå" i organisasjonen (organisert som team under en seksjon i DDPS).

Manglende LIS i BET

arenafleksibelt - men behandling på mange steder i klinikken
medfører risiko for manglende helhet i behandling

tap av kompetanse - medarbeidere plasseres steder de ikke
ønsker å jobbe

Mangelfull impementeringsstrategi ved utvilg av aktutt i NSD

Bet kompetansen spres på for mange lokasjoner og org enheter.

[illegible]

[illegible]

Risikovurdering gjennomført:

Revidert vurdering gjennomført:

Området som blir mest påvirket av risikoen	Sannsynlighet (før tiltak)
Leveranse/produkt	
Leveranse/produkt	3
Leveranse/produkt	3
Leveranse/produkt	4
Leveranse/produkt	4
Leveranse/produkt	2
Leveranse/produkt	3
Gevinstrealisering	3
Gevinstrealisering	2
Gevinstrealisering	2
Leveranse/produkt	4
Leveranse/produkt	4
Gevinstrealisering	1

[illegible]

[illegible]

05.05.2025

Brukerveiledning

Konsekvens-
sannsynlighetsskala

Grunnet ROS av helhet,
frekommer det ikke farge
på konsekvens

Negativ verdi - risiko Positiv verdi - mulighet			
Konsekvens (før tiltak)	Totalskår (før tiltak)	Konsekvens pasientsikkerhet	Konsekvens for fremdrift
	0		
-3	-9		
-3	-9		
-3	-12		
-2	-8		
-1	-2		
-1	-3		
2	6		
4	8		
4	8		
-2	-8	2	-3 = Utenfor planlagt slakk
-2	-8		
-4	-4		

[illegible]

[illegible]

FØR TILTA

Konsekvens for kvalitet

Konsekvens for gevinst

[illegible]

[illegible]

[illegible]

AK

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ETTER TILTAK

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Dato: 5. mai 2025
Saksbehandler: Heidi Taksrud

NOTAT

Til: klinikktilitsvalgte og klinikkhovedverneombud
Fra: klinikkdirektør Kirsten Hørthe

Drøftingsnotat – fremtidig BET-tilbud i Vestre Viken

Bakgrunn

Det vises til styresak 33/2025 - Fremtidig organisering av Basal Eksponeringsterapi (BET) i Klinikk psykisk helse og rus, samt tidligere planarbeid i klinikken frem mot styrebehandlingen i mars. Klinikkdirektør har nedsatt et arbeid basert på styrevedtak, og det har vært avholdt to arbeidsmøter for å kunne konkretisere innholdet og organiseringen av tilbudet nærmere. Arbeidsmøtene har tatt utgangspunkt i mandat for innhold i videre behandlingstilbud, som er gitt til BET-seksjonen (vedlegg). Det ble laget en skisse for risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS), basert på hovedkonseptet som det ble tatt utgangspunkt i på arbeidsmøte 28.04.25, med noen tilføyelser etter innspill i arbeidsmøte. Skissen til ROS er utdypet fra BET-behandlingsmiljøet i forbindelse med innlevering av besvarelse på mandat, samt fra tillitsvalgte. På bakgrunn av dette legges følgende forslag frem til drøfting med organisasjonene.

Forslag til innhold i behandlingstilbudet fra BET-seksjonen vedlegges drøftingsnotatet.

Saksutredning

Organisering av tilbudet

Hovedbasen for BET-tilbudet i Vestre Viken vil være et poliklinisk/dagtilbud, organisert under Drammen DPS. Parallelt skal det bygges opp kompetanse og plan for sammenhengende pasientforløp i døgn, ivarettatt ved henholdsvis DPS døgn, døgnseksjon Asker og Akuttseksjon 1 ved PHR, Drammen sykehus.

Det innebærer at tilbudet vil være ved tre ulike avdelinger og seksjoner i klinikken, og av den grunn er det nødvendig å etablere endringsarbeidet som et prosjekt, som har koordineringsansvar for tjenesteutvikling, den pedagogiske delen av tjenestetilbudet og som skal bidra til forskning for å se på behandlingseffekt av tilbudet.

Det er bred enighet om at pasientgruppen over tid vil kunne ha behov for tjenester i samtlige deler, men at hovedtyngden vil ha sitt tilbud poliklinisk. Dette gir mulighet for inntak av langt flere pasienter enn per i dag, og pasienter vil kunne få tjenester tidligere i et behandlingsforløp.

Inntak til dagtilbud og døgnforløp skal være basert på kriterier. For dagtilbud legges prioriteringsveileder og ISF-veileder til grunn. BET dagtilbud i PHR blir en områdefunksjon for klinikken, og skal motta sekundærhenvisninger fra klinikkens øvrige tilbud. Siden tilbudet er organisert under DPS, vil henvisninger vurderes av inntak der. Inntak til døgn DPS vil følge inntaksprosedyrer som er etablert ved ny organisering av DPS døgn.

Det polikliniske tilbudet

Hoveddelen av tilbudet vil være poliklinikk. Det vil bli etablert et poliklinisk team, bestående av 8 medarbeidere. En av stillingene vil inneha en teamlederfunksjon i tillegg til klinisk drift, og teamet organiseres under en av seksjonene i Drammen DPS.

Det er i leveransen fra BET-seksjonen problematisert hvorvidt teamleder er et for lavt organisatorisk nivå for å kunne realisere ambisjonene i endret organisasjonsmodell, og foreslått at det skal være en seksjonsleder isteden. Det samme er spilt inn fra enkelte tillitsvalgte, men her er det ulike vurderinger. Arbeidsgiver har vurdert innspillene, men mener at prosjektorganiseringen vil sørge for nødvendig fremdrift, og behov for koordinering. Det er sammenlignbare polikliniske team for øvrig i klinikken, hvor teamledernivået fungerer godt, det kan nevnes OCD-team for voksne og også DBT-teamet for barn og unge. I tillegg er det vesentlig at teamleders primæroppgave vil være poliklinisk drift av tilbudet. Omlegging av tilbud fra døgn til poliklinikk er krevende, og et viktig element for å lykkes er tilstrekkelig poliklinisk kompetanse og erfaring med de sentrale polikliniske strukturene. Tilbudet skal innrettes i tråd med ISF-veileder og prioriteringsveileder.

Det vil være vesentlig å se spesielt på kompetansekravene til alle stillingene i det polikliniske teamet, og det kan også være nødvendig å vurdere om en av stillingene bør ha en rolle som spesialistansvarlig for BET. Dette vil måtte drøftes nærmere, i eventuelle drøftingsmøter for kompetanse- og stillingssammensetning.

Døgntilbudet

Fem medarbeidere flyttes til DPS døgn, Asker døgnseksjon og fem plasseres ved Akuttseksjon 1. Det følger også prinsippet som endringsmodellen bygger på, det å styrke de to valgte stedene for videre døgndrift. Det er problematisert i arbeidsmøter og i ROS at ingen som arbeider ved BET-seksjonen i dag vil bli værende dersom de innplasseres i akutt. Dette begrunnes spesielt med at det sannsynligvis vil være lengre perioder hvor det ikke vil være aktuelt med BET-behandling for noen pasienter, basert på dagens erfaring med relativt få akuttinnleggelser. Muligheten til å få brukt opparbeidet kompetanse vil derfor reduseres. Det vil sannsynligvis også være perioder ved DPS hvor det ikke er innlagt pasienter, men det er ønskelig og i tråd med dagens erfaring, at flertallet pasienter som er i behov av døgnbehandling kan få det i et DPS. Samtidig vil det ikke være arbeidsoppgaver nok til å flytte 10 medarbeidere samlet, det vil ikke være nødvendige arbeidsstasjoner etc, for å kunne ivareta dette. Prosessen må organiseres som en omstillingsprosess, og det vil være mulig for medarbeidere å ønske seg andre steder i klinikken eller foretaket, basert på prinsippet om at det må være ledig stilling der.

Prosjektleder og pedagogisk personell

Det skal være en prosjektleder i 100 % stilling, for å sikre konseptutvikling. I tillegg skal det være to medarbeidere som jobber med undervisning, BET-utdanning og øvrig kompetanseheving. Prosjektleder rapporterer til avdelingssjef ved Drammen DPS, mens de to øvrige stillingene vil rapportere til prosjektleder.

I første omgang organiseres dette som et 5-årig prosjekt, hvor det også kan suppleres prosjektmedarbeidere ved eksterne søknader om midler. Behandlingsforskning er et uttalt mål ved omleggingen, som nødvendiggjør deltagelse av leder av klinikkens FoU-enhet i en styringsgruppe.

Klinikken har god erfaring med prosjektorganisering av viktig tjenesteutvikling. Det er mulig å hente elementer fra FACT Ung organiseringen i klinikken, som er en viktig premissleverandør opp mot nasjonal tjenesteutvikling også. Det kan være behov for annen kompetanse for en prosjektleder som skal lede et tjenesteutviklingsarbeid hvor behandlingsmodellen også skal utvikles, men organisatorisk vil det være en del elementer som har overføringsverdi. Videre foreligger det en del etablerte strukturer for BET ved den nasjonale utdanningen som skal videreutvikles, samt mulighet til å lage en «BET-modul» under miljøterapiprosjektet ved Blakstad sykehus.

Det å avsette ressurser til prosjektleder og pedagogisk personell skal bidra til å styrke tjenesteutvikling og ambisjonene om forskning. Prosjektleder vil ha en sentral oppgave i å koordinere og kvalitetssikre forløp, koordinere kompetanseutvikling og profil, bidra til utvikling av felles retningslinjer og prosedyrer, samt utvikle hensiktsmessige maler og fraser som vil forenkle enhetlig dokumentasjon og metode fra klinikerne ved de ulike seksjonene. Regelmessig internkontroll vil være nødvendig. I tillegg skal prosjektleder sammen med pedagogisk personell legge til rette for kompetansespredning internt og nasjonalt, med styringsgruppen som overordnet beslutningstaker.

Styringsgruppen vil være sammensatt av avdelingssjefer ved de tre avdelingene (Drammen DPS, DPS Døgn, Akuttpsykiatrisk avdeling), med seksjonsledere og også teamleder for BET-poliklinikk. Forskningssjef i PHR deltar, samt representant fra Brukerutvalget. Tillitsvalgte har to representanter, samt en representant fra vernetjenesten. Styringsgruppen organiserer selv møtefrekvens og tidspunkt, men det skal rapporteres halvårlig til klinikkdirektør med ledergruppe.

Kompetansekrav til prosjektleder og pedagogisk personell må drøftes nærmere. Vestre Viken har en OU-avdeling med høy prosjektfaglig kompetanse, som vil kunne bistå med veiledning.

Vurdering av risiko

Foreløpig er risiko rundt annerledes organisering vurdert som relativt høy, og vil kreve detaljering av kompenserende tiltak. Det pekes spesielt på at kompleksiteten i organiseringen ved at tilbudet gis ved ulike seksjoner medfører at fremdrift i tjenesteutviklingen hemmes, og at klinikken ikke lykkes med ambisjonene om etablering av helhetlige behandlingslinjer for BET-pasienter. Videre pekes det på høy sannsynlighet for tap av personell ved «tvungen» overføring til akuttpsykiatrien, og at det vil være mer hensiktsmessige modeller for å implementere kompetansen i akutt, enn å flytte personell. Arbeidsgiver vurderer likevel at man bør gjøre begge deler, detaljert plan for implementering skal utarbeides i prosjektet, men det bør også flyttes personell som skissert.

Aller høyest risiko er vurdert ved at tilbudet organiseres på for lavt nivå i organisasjonen (teamledelse av poliklinisk team). Arbeidsgiver fastholder likevel at prosjektorganisering er det mest sentrale tiltaket for å motvirke dette, og mener også at det er mer potent med prosjektorganisering for å drive tjenesteutvikling, enn en seksjonsleder som også skal ivareta mange øvrige oppgaver.

Veien videre

Frem mot styrebehandling må det iverksettes et arbeid med kompetansekrav for stillingene i poliklinikk, prosjektteam, Døgn DPS og akuttpsykiatri, slik at dette kan drøftes kort tid etter styrebehandling. Det vil være svært vanskelig for klinikken å drive BET-tilbudet videre grunnet flytting fra Blakstad, og bortfall av vaktordninger. Døgntilbud for pasienter i psykisk helsevern uten eksisterende vaktordninger vurderes å være brudd på lov og forskrift. Det er også en personalgruppe som har behov for avklaringer av videre prosess, så det bør tilstrebes å komme så langt som mulig i en omstillingsprosess før sommerferien.

Fremdriftsplan omstilling

Aktivitetsplan – hvilke aktiviteter må gjennomføres for å løse oppgaven?		Dato for ferdigstillelse	Ansvarlig	Deltakere
1	Plan for omstilling med datoer	22. mai		
2	ROS	30. mai		
3	Drøfte omstilling (dimensjonering/fordeling/kompetanse/ansiennitet)	9. juni		
4	Kartleggingssamtaler	Uke 24/25		
5	Avklare innplassering ansatte	20. juni		
6	Avklare og forberede lokaler (KIS)	15. august		
7	Oppstart for ansatte på nytt arbeidssted	25. august		

Konseptutvikling

Det er fra BET-seksjonen gitt en fylldig utredning av mandat gitt fra klinikkens ledelse. Parallelt med omstillingsarbeidet må det organiseres arbeidsmøter for å komme til enighet om rammebetingelsene og forankre og eventuelt korrigere forslagene opp mot klinikkens øvrige struktur. Plan for tjenesteutviklingen vil danne grunnlag for prosjektmandat, som skal besluttes på klinikkens ledermøte før sommerferien.

Omstilling av medarbeidere

Det vil være nødvendig å gjennomføre en omstillingsprosess i tråd med retningslinjene i foretaket, og medarbeidere skal også sikres mulighet til å ha med nødvendig støtteperson som tillitsvalgt. For å få til prosessen så rask som mulig, avsettes det tid til kartleggingssamtaler i forkant av styrebehandling, men det skal gjennomføres drøfting av kompetansekrav før kartleggingssamtalene starter.

Klinikkdirektørs vurdering

Det vurderes at det er nødvendig å endre dagens BET-organisering, referanse til tidligere drøftingsmøte og styresak. Det vurderes at en 5-årig prosjektplan med tre avsatte medarbeidere til å drive konsept- og tjenesteutvikling i en klinisk virksomhet er en investering. Videre vurderes det nødvendig at BET-tilbudet følger de rammer, føringer og organiseringer som gjelder klinikken for øvrig.

Vennlig hilsen

Kirsten Hørthe
Klinikkdirektør

Risikovurdering 05.05.25 vil bli ettersendt.

Referat

Møte:	Gjennomgang drøftingsnotat og prosjektskisse BET	Tilstede:	Klinikk: Sondre S Engebretsen (SSE) Katrine S Hippe (KSH) Margrete Nysterud (MN) Marit Opsahl (MO)
Møtedato:	07.05.25		
Tidspunkt:	12:00 – 13:30		
Sted:	Grønland 32 Drammen		
Møteleder:	Kirsten Hørthe		HR: Anett Henriksen (AH)
			BET: Didrik Heggdal (DH) Arne Lillelien (AL) Trude CV Jensen (TJ) Eivind Liljedahl Hagen (ALH) Peggy Lilleby (PL)
Referent:	Marianne Riddervold	Forfall:	

Beskrivelse

KH minner om at et drøftingsnotat ikke nødvendigvis er endelig beslutning, men arbeidsgivers forslag til organisering. Det innebærer at det kan bli endringer i forslaget basert på drøftingene. Dersom drøftingsnotatet deles er det en fordel at dette presiseres. Det skaper ofte usikkerhet i omstillingsprosesser når det oppleves at det er ulike versjoner. Det legges opp til en prosess med ytterligere detaljering av enkelte områder, med nye drøftinger. ROS fra 05.05.25 må renskrives, og blir ettersendt.

BET-seksjonen har på bakgrunn av tidligere formidlet mandat levert forslag til beskrivelse av nytt BET-tilbud. DH har til dette møtet i tillegg med et skriv fra BET på 16 punkter (vedlagt) som de anser som en forutsetning for en bærekraftig helsetjeneste og som viktige forutsetninger for gjennomføring. Leveres i møtet på papir som et ønske om å være tydelige og ber om at disse innspillene tas med, og er med i en ROS-analyse.

KH anser dette som et innspill/utdypning som vil følge med i saken videre. KH påpeker at BET-seksjonens innspill til ROS på mandag ble tatt inn i ROS-en. SE sier at noen av punktene i skrevet kan ses på som forslag til tiltak for risikopunkter fra ROS-en.

PL etterspør hvordan lis skal organiseres da hun savner denne stillingen over antall medarbeidere. Hun mener det bør være en delt lis-ressurs lokalisert på to lokasjoner. KH tydeliggjør at lis følger rotasjonsordningen i klinikken og ikke er direkte ansatt på seksjon.

KH presiserer at hensikten med ny organisering av BET er at behandlingen skal bli en mer integrert del av Vestre Viken, og derfor behov for å gjøre noen strukturelle tilpasninger.

MO sier det er ønskelig med BET-kompetanse inn i akutt og at det ikke oppleves motstand mot dette nå. BET ønsker å tilrettelegge og tydeliggjøre potensialet i BET.

Gjennomgang av drøftingsnotatet

Det er i dette notatet ingen detaljbeskrivelse av organiseringen. Det er imidlertid forskjeller mellom BET sine forutsetninger som beskrevet i overlevert skriv, og drøftingsnotatet. BET ønsker organisering av poliklinisk/dagtilbud som seksjon. Klinikken har foreslått team,

som er vanlig for andre områdeovergripende tilbud i klinikken , som OCD-team og DBT-team.

BET er også klare på at de mener ingen medarbeidere bør innplasseres i akutt. Klinikken har foreslått innplassering av 5 på DPS og 5 på akutt.

På spørsmål fra Bet om styringsgruppa skal ha et mandat bekreftes dette.

AH fra HR gir innspill på at avsnittet «Døgntilbud» bør gjennomgås nærmere for å unngå misforståelser.

DH gir innspill på avsnittet «prosjektleder og pedagogisk personell» - det tenkes at det skal være 2 årsverk som pedagogisk personell som kan fordeles på flere medarbeidere. Det må også vurderes hvor mye BET-utdanningen skal jobbe innad i Vestre Viken og eksternt.

AH presiserer at det kommer flere detaljer inn i fremdriftsplanen vedr. omstillingen. DH har startet individuelle samtaler med ansatte som forberedelse til kartleggingssamtaler, samt avholdt jevnlig personalmøter om prosessen.

Saksinnspill til møtet 7. mai kl. 12-13.30: Gjennomgang av drøftingsnotat og gjennomgang av prosjektskisse for utvikling av tilbudet videre.

BET-prosjektet: Innspill fra BET-seksjonen til drøfting i forkant av styremøte 22. mai

Vi viser til framtidig organisering av BET-tilbudet i Vestre Viken, slik dette er beskrevet av klinikkledelsen i Drøftingsnotat 05.05.25. Der fremgår det at tilbudet skal etableres på tre ulike organisatoriske og geografiske lokasjoner, med base under DDPS i form av et poliklinisk dagtilbud organisert som et av flere team under en DPS-seksjon. BET-tilbudet skal prosjekt-organiseres. Det skal være helhetlige behandlingslinjer forankret i BET, slik at pasienter som vurderes å kunne ha nytte av det kan tilbys en innholdsmessig sammenhengende på et eller flere nivåer/lokasjoner.

Forutsetninger for at organiseringen av BET-tilbudet skal kunne følge opp og realisere beslutningen om helhetlige behandlingslinjer og etablere/videreutvikle en samlet, robust BET-kompetanse i Vestre Viken, vil være følgende:

1. **Organisering:** BET-Dag ved DDPS organiseres som seksjon. Dette for å sikre at både faglig drift, bruk av personalressurser og personaloppfølging er forankret i kunnskap om BET, og innrettes mot å realisere de overordnede målsettingene i BET-prosjektet.
2. **Prosjektkoordinator (teamleder ved BET-Dag med prosjekt-overgripende oppgaver):** En av stillingene i BET-Dag/BET-seksjonen tillegges administrative oppgaver og koordineringsansvar når det gjelder ressursbruk og registreringer knyttet til klinisk drift og pedagogisk aktivitet (herunder undervisning, veiledning, implementering og drift av BET-utdanninger og Miljøterapiprosjektet) og forskningsstøtte. Det er naturlig at dette legges til fagutvikler Inger Hilde Vik, som i dag har en god del av disse oppgavene.
3. **Fleksible roller/funksjoner:** Medarbeidere som inngår i BET-prosjektet, må ha fleksible roller og funksjonsbeskrivelser, slik at de kan arbeide både klinisk og pedagogisk ved alle de tre lokasjonene, selv om de formelt har sitt ansettelsesforhold på et av de tre behandlingsstedene
4. **Mandat til å gjennomføre pedagogiske aktiviteter:** De som leder det kliniske og pedagogiske arbeidet i BET-prosjektet, må tilsvarende få mandat til å tilrettelegge for, planlegge og initiere fagutviklings- og implementeringstiltak på alle tre lokasjoner
5. **Oppstart implementering av BET ved Sikta:** Implementeringsarbeidet ved Asker DPS døgnet igangsettes umiddelbart ved oppstart 25.08.25. Dette innebærer i praksis at aktuell døgnenhet forberedes på det forestående og følges opp med pedagogisk støtte forankret i BET implementeringsmanual
6. **BET spesialistkompetanse ved Sikta:** Med forankring i punkt 3-5 har psykologspesialist og overlege i BET fra oppstart og ut 2025 60 % (2-3 arbeidsdager pr. uke) ved DPS døgnet. BET-seksjonen organiserer denne fordelingen og samkjører den kliniske virksomheten med DPS Døgn Sikta.
7. **BET-seksjonen markerer dissens når det gjelder forslaget om å innplassere 5 ansatte ved Akuttseksjon NSD:** Innplassering av 5 ansatte ved Akutt 1 er ikke et hensiktsmessig omstillingsgrep, verken når det gjelder bruk av kompetanse, ivaretagelse av de ansatte, eller tilrettelegging for ønsket fagutvikling og etablering av BET-kompetanse i NSD. Se punkt 7, som beskriver et mer bærekraftig tiltak/element i BET-prosjektet.
8. **Oppstart implementering av BET ved Akutt 1 NSD:** Implementeringsarbeidet ved Akutt 1 NSD starter 01.10.25, der en ny runde i det allerede eksisterende Miljøterapiprosjektet gjennomføres med alle ansatte. Dette følges opp med utrulling av nyutviklet modul fra 01.01.26.
9. **Ledelse av pedagogiske aktiviteter:** Fagutviklings- og implementeringsarbeid knyttet til BET ved de tre lokasjonene, ledes av det pedagogiske teamet i BET-basen ved DDPS. Denne

Saksinnspill til møtet 7. mai kl. 12-13.30: Gjennomgang av drøftingsnotat og gjennomgang av prosjektskisse for utvikling av tilbudet videre.

oppgaven skal være presentert i et tydelig mandat. Fagutviklings- og implementeringsarbeidet gjennomføres i samråd og samarbeid med lokale teamledere/enhetsledere, seksjonsledere og avdelingssjefer, som alle skal være orientert om og innforstått med det gitte mandatet.

10. **Deltakelse i pedagogiske aktiviteter:** Alle som er ansatte i prosjektet og har en faglig funksjon kan delta i undervisningsaktivitet internt i VV og/ eller eksternt. Dette skal fortsatt gjelde etter at prosjektet formelt avsluttes etter første 5 års periode.
11. **Bruk av personalressurser inn i pedagogiske aktiviteter:** Leder for pedagogisk team avklarer i samråd med seksjonsleder BET og aktuell lokal leder med personalansvar tidsbruk for deltakelse i pedagogiske aktiviteter knyttet til BET
12. **Inntekter fra ekstern pedagogisk virksomhet:** Inntekter fra ekstern pedagogisk virksomhet i sin helhet føres tilbake til egen fagutvikling for de som er ansatt i BET-prosjektet. Bruk av disse midlene styres av seksjonsleder BET.
13. **Tillegg for ekstern, inntektsgivende undervisning:** Medarbeidere som står for undervisningen ved slik ekstern virksomhet, mottar et tillegg på kr. 2000 pr dag (halvparten av det som er ordningen er i dag; tillegget gjelder ikke for ansatte i det pedagogiske teamet). Tillegget skal dekke tid til forberedelser, tap av fritid osv. i forbindelse med reiser og overnatting (dvs. at fast arbeidstid ikke skal brukes til forberedelser, tiden som brukes utover arbeidstid kan da ikke avspaseres).
14. **Lis-lege funksjon skal følge med inn i BET-prosjektet:** Lis-lege i driften av BET-seksjonen ved Blakstad skal være med inn i reorganiseringen av tilbudet, dvs. denne rollen/funksjonen/stillingen. Lis-lege er avgjørende for at BET-prosjektet skal følge opp intensjonene med helhetlige behandlingsforløp, og herunder arbeide med avmedisinering der dette er nødvendig og/eller hensiktsmessig med tanke på utbytte, og der pasienten selv ønsker avmedisinering eller nedtrapping av psykofarmaka.
15. **Medarbeiderrepresentanter inn i styringsgruppen:** En medarbeiderrepresentant fra hver lokasjon (BET-Dag, BET-DPS Døgn, BET NSD) skal delta i Styringsgruppen for BET-prosjektet. BET-ansatte ved lokasjonen velger selv hvem av dem som skal delta som fast representant i styringsgruppen.
16. **Stillinger som blir ledige, og nye stillinger:** Stillinger som blir ledige i BET-prosjektet i prosessen fram mot flytting fra Blakstad og etter oppstart, skal lyses ut og besettes. En bemanningsplan bør derfor utarbeides. Nåværende seksjonsleder (Didrik Heggdal) og nåværende fagutvikler (Arne Lillelien) skal delta i ansettelsesprosesser for å vurdere søkeres kompetanse/egnethet, og skal ha det avgjørende ordet når det gjelder hvem som skal ansettes i stillingen.

BET-seksjonen ber om at disse momentene tas inn i videre drøfting fram mot styrebehandling 22. mai.

På vegne av BET-seksjonen

Didrik Heggdal

Referat

Møte:	Drøftingsmøte – fremtidens BET-tilbud i Vestre Viken	Til stede:	<u>Fra arbeidsgiver:</u> Kirsten Hørthe, klinikkdirektør (KH) Sondre S. E. Engebretsen, klinikkoverlege (SSE) Katrine Sofie Hippe, områdesjef DPS (KSH) Marit K. Opsahl, sykehussjef Blakstad (MO) Heidi Taksrud, avdelingssjef BUPA (HT) Svein Erling Gabrielsen, prosjektleder Anne Marthe T. Johnsrud, spesialrådgiver Margrete Nysterud, Avdelingssjef DDPS (MN) Annett Henriksen, Spesialrådgiver HR
Møtedato:	12. mai 2025		
Tidspunkt:	12:30 – 15:00		
Sted:	Grønland 32		
Møteleder:	Kirsten Hørthe/ Heidi Taksrud		<u>Fra organisasjonene:</u> Marthe Wang Eriksen, NSF Maria Josefsen Gundersen, FF Joan S. Nygard, NPF Håvard Svendsen Rognlidalen, Delta Harald Baardseth, FO <u>Fra vernetjenesten:</u> Nils Jørgen Aa.-Gjestvang, KHVO
Referent:	Anne Marthe T. Johnsrud Svein Gabrielsen	Forfall:	Geir Bye Gundersen, NFF Karoline Harberg Disen, KHVO Halstein Oskarsen, avdelingssjef ARA

Agenda:

Det vises til drøftingsnotat.

Se for øvrig vedlegg til dette referatet: *BET-prosjektet: Innspill fra BET-seksjonen i forkant av styremøte 22. mai*

Beskrivelse/oppfølging/vedtak

Momenter i møtet:

KH innleder:

Det har vært mange utredninger knyttet til BET frem til i dag. Vi er veldig nær den situasjonen hvor vi er nødt til å lande saken grunnet innflytting i nytt sykehus, og BET kan ikke være igjen på Blakstad.

KH og SSE gjennomgår tidslinje frem til i dag:

- Blakstad 2021; avklart at BET ikke ville være med inn i NSD
- 2022: Miljøterapiprosjektet
- I 2023 ble det utredet om ekstra seksjon i NSD, baseres på BET? Kom frem til at det heller burde være en Akuttseksjon
- WS og SWAT våren 2024 som så på 3 alternativer og med mulighet for deltakerne for å komme med et alternativ 4. Kunne ikke velge et av konseptene på det tidspunktet
- Høst 24; WS to retninger; poliklinikk og sykehus

Etter fire år er vi nå der vi er i dag.

KH ønsker at vi nå kan lande hva som skal være veien videre.

Hensynet til medarbeiderne er viktig å ta vare på. De må få vite hvor de skal jobbe til høsten. Håndtering av henvisninger må tas tak i. Mottatt to tilbakemeldinger fra BET-seksjonen. Svar på mandat faglig detaljering og tilbakemelding på organisering/struktur. Om å gjøre å få landet en modell som ivaretar BET-tilbudet, og som også ivaretar et integrert tilbud i klinikken. BET må bli en mer integrert del av PHR i fremtiden enn det det er i dag.

Etter ønske fra møtedeltakerne gjennomgår HT drøftingsnotatet før innspill.

Synspunkter og innspill fra organisasjonene og KHVO

Fellesorganisasjonen (FO):

Akutt

På Akutt vil det være vanskelig å beholde BET-personell, og å rekruttere nye vil ta lang tid. Rammene på akutt understøtter ikke BET-tankegangen og det vil vanskelig gjøre å beholde medarbeidere. 5 ansatte som skal drive BET inn i Akutt i en stor ansattgruppe på over 50 ansatte og med høyt arbeidspress vil høyst trolig bli «slukt» inn i ordinær akuttjobbing. Selv om det parallelt vil bli drevet pedagogisk virksomhet fra «basen» og at flere på akutt har noe BET-kompetanse vil de trolig ikke få nok støtte i arbeidet. Forslag er at 2 av de 5 går til DPS døgnet Asker og øvrige 3 til poliklinikk i Haugesgate. Eventuelt kan de 5 ha en fleksibel arbeidsform der de følger aktuelle pasienter. Spesialister bør da også følge pasientene på tvers.

FO mener at implementering av BET på akutt bør foregå via pedagogiske tiltak og eventuelt integrere BET-medarbeidere på et senere tidspunkt. Nå er det altfor sårbart.

DPS døgnet

For å få til en god løsning bør det innplasseres flere medarbeidere enn 5. De må ha god lederstøtte og det må parallelt være spesialister med BET kompetanse i seksjonen. Dette må til for å få en helhetlig behandlingslinje. Dersom man skal fordele medarbeidere utover natt, dag og kveld blir det tynt med BET personell. BET kommer også inn senere enn øvrig omstilling i klinikken. Nytt miljø er i ferd med å etableres. Derfor må de som skal begynne fra BET komme inn ganske kjapt, ikke vente til høst 26. Forslag om at de to som kommer i tillegg fra akutt, blir ekstra resurs (på topp) inntil naturlig avgang i seksjonen.

Det polikliniske tilbudet

Vurderingen om det skal være seksjon eller team er ikke beskrevet godt nok. En rekke forhold burde blitt omtalt som for eksempel;

- Bør leder av BET ha personalansvar? Fordeler og ulemper
- Bør leder av BET ha økonomiansvar? Fordeler og ulemper.
- Hvem bør ha fagansvar for det polikliniske/dag- tilbudet? Prosjektleder, team /seksjonsleder?

Om BET organiseres som et team vil alle disse funksjonene kunne bli lagt til person utenfor teamet. Dette vil kunne skape mye friksjon. Da vil autonomien, fleksibiliteten og robustheten bli kraftig redusert.

FO mener BET skal organiseres som en seksjon.

FO mener det i for stor grad er lagt vekt på ISF inntekter. Det bør parallelt ha vært vektet; «Hva ser vi er best for pasienten»?

Det er i dag 21 medarbeidere i BET. Denne bemanningen må holdes gjennom hele prosjektperioden, uansett om det slutter noen eller noen søker seg over til annen stilling. Styringsgruppen mangler representasjon fra ansatte på de ulike BET seksjonene. Om ikke dette kommer på plass vanskeligjøres informasjon og samhandling på tvers. Prosjektet er unikt med sin organisering og derfor bør også en styringsgruppe kunne avvike fra normalen for styringsgrupper.

Bemanningsplaner og kartleggingssamtaler må lages så fort som mulig, parallelt med saksgangen frem mot styrebehandling.

Oppsummering

Samlet mener FO at forslag til organisering på 3 lokasjoner ikke følger styrets føring om et samlet og robust BET miljø. Med nevnte beskrevne justeringer (se over), støtter FO en organisering på 2 lokasjoner, henholdsvis på DPS Drammen, Haugesgate og på DPS døgn, Sikta.

Norsk Sykepleierforbund (NSF):

Innleder med at ønsket er å lande saken, men det er viktig at avgjørelsen ikke bærer preg av at man har hatt dårlig tid. Kan ikke støtte forslaget slik det foreligger nå, da vi ikke opplever at denne organiseringen av BET- medarbeidere sikrer det styret har bedt om.. Dette handler hovedsakelig om å fordelingen av relativt få medarbeidere på tre steder, spesielt i døgnseksjonene med kun 5 BET-medarbeidere på hvert sted. Det oppleves som en sanering av BET-kompetansen.

Støtter Fagforbundets innspill på at det må sikres at medarbeidere som jobber med BET kan jobbe på tvers i BET-forløpet. Det gjelder fagutvikling, opplæring, veiledning osv. Det er helt nødvendig med en felles fagplattform på tvers i hele prosjektet.

NSF tror det er mye tydeligere for arbeidsgiver enn arbeidstaker hvordan organiseringen sikrer videreutvikling av en robust og samlet BET-kompetanse. At 5 BET-terapeuter i en stor seksjon "alene" skal klare å drive og tilby pasientene et BET-behandlingsforløp samtidig som man skal implementere BET-kompetansen og være rollemodeller for sine nye kollegaer, det vil være en umulig oppgave og vil medføre det motsatte av en videreutvikling av en robust og samlet BET-Kompetanse.

Det har ikke vært tydelig nok hvilken rolle de medarbeiderne som innplasseres i døgnseksjonene skal ha for prosjektet, så at det nå tydeliggjøres at det ikke er de enkeltes medarbeideres (BET-ansatte i døgn) ansvar å implementere BET i døgnseksjonene er informasjon som burde kommet tydeligere frem i drøftingsnotatet og tidligere i prosessen. Det kommer frem i drøftingen at de skal være en del av hele prosjektet og sammen med prosjektet sikre videreutvikling av BET som et helhetlig tilbud i klinikken. Det er svært synd at det ikke har kommet tydelig frem tidligere i prosessen og at detaljeringen av hvordan dette skal sikres i praksis fremdeles mangler og ikke er kjent for alle parter. Den detaljeringen må komme på plass.

Det er også viktig å sikre at BET-kompetansen ikke bare havner på miljøarbeider siden, det vil være helt avgjørende ha god tyngde på BET i behandlerlinja for å kunne lykkes med BET-behandlingen. Hvis ikke behandlere har tyngde og trygghet i BET-kompetanse så blir det umulig å gjennomføre BET- Behandlingsforløp. Eller motsatt om ikke miljøpersonalet har god nok kompetanse og tyngde i KYR/Bet-tilnærming.

Akutt

NSF kan støtte Fagforbundets innspill vedrørende innplassering i akutt med en forutsetning at arbeidsgiver sikrer at medarbeiderne ikke slukes av driften og at de vil få tid og mulighet

til å drive med dedikert BET-behandlingsforløp. Detaljeringen rundt en slik organisering foreligger ikke ennå og derfor kan ikke NSF støtte den organiseringen før vi kjenner til hvordan det i praksis sikres. Vi mener også at 5 medarbeidere ikke sikrer at BET-miljøet i akutt blir robust nok slik styrevedtaket ber om at det skal være.

DPS døgn

Når det gjelder 5 BET-ansatte på DPS døgn så mener vi også at det er for få til å kunne være gode rollemodeller for sine kollegaer og sørge for opplæring, samtidig som man skal tilby BET behandlingsforløp. Det må sikres at kompetansen ligger i behandlingslinja.

Mener det ikke har vært tydelig nok at det ikke er den enkelte ansattes oppgave å sørge for at øvrige ansatte følger modellen, fint at arbeidsgiver presiserer at det er klinikkdirektør som gir oppdraget og at det er prosjektet sitt ansvar og sikre at dette kommer på plass og ikke den eller de enkelte ansattes ansvar som BET-terapeuter i døgnsesjonene.

Det polikliniske tilbudet

NSF er skeptisk til at det vil være så fleksibelt og gli lett å få til et større inngående arbeid på tvers av poliklinikker og døgnsesjoner når tilbudet fordeles på 3 ulike steder i organisasjonen, og hovedbasen i poliklinikk skal være organisert ved en teamleder. Det er krevende nok å få folk til å jobbe på tvers innad i en avdeling ut ifra erfaringer vi sitter på i dag. Når det nå blir mange lederledd og ulike avdelinger med ulike mål og budsjetter så er det vanskelig å tro at det skal bli så enkelt som det fremstilles fra arbeidsgiver. Det må sikres at BET får en felles fagplattform som både døgn og pol kan være en del av.

Fagforbundet:

Akutt

Medlemmene er bekymret for kun 5 på døgn med tanke på å ivareta, bevare og videreformidle holdning og tenkninger. Redd for å bli slukt av drift og en stor personalgruppe. Ved en annen rolle enn ordinær medarbeider og drift med mandat kan det se annerledes ut. Sikre et helhetlig pasientforløp på døgn ved å samle kompetansen for så å videreutvikle denne inn på døgn. Dette er særdeles viktig på akutt der drift ofte er krevende, skiftende og uforutsigbar. Ansatte er redd for at de ikke vil kunne klare i en akutt drift å få implementert BET tenkning og holdning med 5 medarbeidere. Ansatte uttrykker også bekymring i forhold til akutt siden drift og pasientgruppe er så ulik drift og pasientgruppe som BET har. 5 medarbeidere er for lite i forhold til å kunne ivareta bevaring og videreformidling av kunnskap og holdning.

Viktig med BET-kompetanse i inntaksteam.

DPS døgn

Medlemmene er bekymret for kun 5 på døgn med tanke på å ivareta, bevare og videreformidle holdning og tenkninger. Redd for å bli slukt av drift og en stor personalgruppe. Ved en annen rolle enn ordinær medarbeider og drift med mandat kan det se annerledes ut. Sikre et helhetlig pasientforløp på døgn ved å samle kompetansen for så å videreutvikle denne inn på døgn.

Viktig med BET-kompetanse i inntaksteam.

Bør tilrettelegges for at medarbeidere som jobber med BET kan jobbe på tvers i BET-forløpet. Det gjelder fagutvikling, opplæring, veiledning osv.

Det polikliniske tilbudet

Positivt at det settes opp som et femårig prosjekt slik at man får jobbet med utvikling og forskning. Viktig med en dedikert prosjektleder. Viktig at man ikke taper på arbeidet med endringsprosjektet mot alle driftsoppgaver som en seksjonsleder for eksempel har. Prosjektleder bør ikke være fagleder for BET, endringsprosessen skal være i fokus. Tydelige roller, hvem gjør hva, og hva ligger hvor. Tydelige signaler på å videreutvikle kompetanse. Fagforbundet støtter at en bygger ut det polikliniske tilbudet slik at en får mer kapasitet og styrket tilbudet.

Generelle kommentarer

Når det gjelder organisering som seksjon eller team så har ikke Fagforbundet en konklusjon på hva som er best grunnet at en må vurdere hva som er hensiktsmessig, hvordan kan organisering fungere med tiltak hvis en gjør det som team/seksjon og vurdere opp imot hvordan en har organisert ulike sammenlignbare deler ellers i klinikken. Fagforbundet mener at organiseringen må sørge for at en sikrer helhetlige og gode forløp for BET-pasienter, får helhetlig og like prinsipper for organisering i klinikken og at en sikrer god flyt gjennom klinikken for pasientforløpene

Viktig å ha en plan for å sikre helhetlige pasientforløp for BET-pasienter i døgn
Det må bygges opp og sikres kompetanse i døgn, og en må ha nok kompetanse til å kunne være bærekraftig for å videreutvikle kompetansen på døgn

Ved BET-seksjonen er også personale som besvarer telefon trent i BET- og KYR-ferdigheter. Dette sikrer at ikke dysfunksjonell kommunikasjonsatferd forsterkes i situasjoner hvor f.eks pasient ringer og fremfører appell, krav eller trusler. Det foreslås at ekspedisjonsansatte ved den lokalisering/organisering BET forankres gis veiledning og mulighet til ferdighetstrening, subsidiært at "BET-basen" får sin egen "ekspedisjon".

Viktig å fortsette å ha sterkt fokus på tjenesteutvikling, pedagogisk virksomhet og forskning

Viktig med tydelige rammer, mandat og rollebeskrivelser slik at medarbeidere vet hva som forventes av dem, hvor og hvordan de skal jobbe og at de vet at en fortsatt bygge videre på og utvikler BET kompetansen

Fagforbundet synes det er viktig at en får til å kunne gi flere pasienter tilbudet og at de også får tilbudet tidligere såfremt de oppfyller kriteriene for BET

Punkter fra skriv fra Bet angående org.

Trenger en tydeliggjøring på om det tenkes en lik organisering som i klinikken for øvrig i forhold til en del punkter.

Norsk Psykologforening (NPF):

Akutt

Kjernen i uenigheten er om målet om helhetlig behandlingslinje på tvers er robust nok. Når det gjelder akuttseksjon blir det for få med fem medarbeidere da seksjonen er så stor. Personellfordelingen er en av hovedutfordringene. Hvordan få til et robust BET-tilbud på tvers av ulike nivåer. En av de store risikoene ved arbeidsgivers forslag er at det tenkes for mye silo, men dersom man lager en organisasjonsstruktur som kan kompensere for dette så

kan dette løses. Slik arbeidsgivers forslag foreligger så ser en ikke at det legges opp til en organisasjonsstruktur som ivaretar dette.

DPS døgn

Fint at arbeidsgiver sier at det kan ses på muligheten for å se på delte stillinger. Støtter at DPS døgn tilbudet samles på en døgnenhet og har ingen innsigelser mot at dette blir lagt til DPS Døgn Asker. Slik forslaget foreligger gir det ikke en god beskrivelse av prosjektet som noe som vil gi et godt behandlingsforløp på tvers. Sårbart for brudd i forløp. Fint at det ble påpekt at de 5 stillingene ikke nødvendigvis er turnusstillinger. Vi har lest inn at de 5 stillingene var turnuspersonell og at det er hele stillinger som skal innplasseres.

Det polikliniske tilbudet

BET skal være et områdeovergripende tilbud som er mer avhengig av godt samarbeid og flyt på tvers av avdelinger enn andre områdeovergripende tilbud vi har i dag. Organisering av dette som team og med lokal leder uten BET-kompetanse anses fare for at den autonomi og fleksibilitet en er avhengig av for å drifte og utvikle en robust behandlingslinje vil bli vanskelig. Psykologforeningen mener derfor dette bør organiseres som en seksjon. Psykologforeningen støtter at det i tillegg opprettes prosjekt og ser ingen motsetning mellom å opprette en poliklinisk BET-seksjon og i tillegg organisere utviklingsarbeidet i et prosjekt. Selv om prosjektet har et 5-års perspektiv er det like fullt en midlertidig struktur og prosjektleder har ikke de samme rammer og fullmakter som tilligger formelle lederstillinger i organisasjonen.

Punkter fra skriv fra Bet angående org

Psykologforeningen ba om at punktene i skrivet fra BET (Innspill fra BET-seksjonen til drøfting i forkant av styremøte 22. mai) ble gjennomgått i møtet slik at det kunne protokollføres hvordan arbeidsgiver stiller seg til disse.

Delta:

Ingen kommentarer.

Klinikk hovedverneombud (KHVO):

Støtter arbeidsgivers forslag og mener det er en god løsning. Den modellen som det snakkes om nå er slik BET var i utgangspunktet.

Forstår at dette er vanskelig for dagens ansatte i BET, når de nå skal innlemmes som en mer tydelig del av klinikkens behandlingsforløp.

Er opptatt av konsekvensene for dokumentet «Forutsetninger for driften av BET-prosjektet.

Arbeidsgivers vurdering

Akutt

Arbeidsgiver oppfatter at tillitsvalgtes hovedinnvending er fordeling av personell knyttet spesielt til de 5 stillingene planlagt til Akutt. Dersom arbeidsgiver med tiltak kan sikre at ansatte ikke blir slukt av driften, så kan arbeidsgivers forslag støttes av NSF, Fagforbundet, KHVO. FO støtter ikke dette, mener de 5 ansatte må være en del av DPS.

Er enig med tillitsvalgte i at 5 ansatte er få, men det har vært god erfaring og gode resultater når ansatte fra BET har gått inn som en del av personalet i Akutt ved ferieavvikling.

Det er flere spesialister på Akutt i dag som har BET-kompetanse.

DPS døgn

Enighet i plassering av base for DPS døgn på DPS døgn Asker.

Vi må sammen sikre at vi ikke tenker silo. Prosjektriggen understøtter, og skal hjelpe oss å få til at det ikke skal tenkes silo. Det er ikke slik at det er ansatte som kommer fra BET sitt oppdrag å sikre at andre ansatte skal jobbe etter BET-modellen. Det er klinikkdirktør som gir oppdraget og som forventer at ansatte følger BET-modellen, ikke den enkelte ansatte med BET-kompetanse.

HT påpeker at vi visste allerede i drøftingene høsten 2024 at det ville bli en utfordring med at BET ikke var koordinert med omstillingen for øvrig.

Det polikliniske tilbudet

En effektiv poliklinikk er ikke en enkel oppgave for dens leder, og det er en krevende overgang fra å lede døgn til å lede en effektiv poliklinikk.

Arbeidsgiver får bekreftet at det er det polikliniske tilbudet tillitsvalgte mener bør organiseres som en seksjon og ikke team.

Utgangspunktet er at BET skal organiseres på lik linje med andre spesialiserte team i klinikken. Det blir viktig å skille mellom oppgavene til prosjektleder og teamleder. Ved å sette en annen ramme (prosjekt) gis det mer fleksibilitet til å jobbe på tvers. Behov for en beskrivelse av dette – begrunnelse for prosjekt.

Øvrige momenter:

BET-kompetanse skal erstattes med BET-kompetanse ved eventuelle avganger.

Viktig at styringsgruppen har beslutningskraft – derfor mange ledere med

Punkter fra skriv fra BET angående org.

Gjennomgå i møtet – for kommentarer til de 16 punktene, se vedlegg

Klinikkdirktørs konklusjon:

- Foreslått fordeling av medarbeidere til henholdsvis akutt og DPS opprettholdes. Det skal jobbes ytterligere med bemannings og kompetanse planer.
- Videre skal det detaljeres en tydelig beskrivelse for BET-miljøterapi i døgnseksjonene slik at mandat med beskrivelse av rammer og innhold er klart for medarbeidere med BET kompetanse. En slik beskrivelse skal også gjøres kjent for øvrige medarbeidere i døgnseksjonene.
- Det skal utarbeides en fremdriftsplan for ytterligere detaljering av de ulike delene av nytt driftskonsept hvor aktuelle ledere også deltar.
- Den planlagte prosjektorganiseringen med et 5-årig implementerings- og utviklingsprosjekt vil samhandle tett med samtlige aktører, og detaljere og overvåke fremdriften i tjenesteutviklingen.
- Forslaget om at BET tilbudet vil bli organisert som et team under en seksjon opprettholdes.

Det vil være en del områder som skal detaljeres ytterligere både gjennom omstillingsprosessen - og i forbindelse med konkretisering av prosjektmandatet. Tillitsvalgte og klinikkkverneombud vil medvirke i disse prosessene i tråd med retningslinjene for omstilling og medvirkning.

Videre arbeid:

Dialogmøtet 19. mai utvides til to timer hvor bemannings- og kompetanseplan blir tema.

Vedlegg: BET-prosjektet: Innspill fra BET-seksjonen i forkant av styremøte 22. mai

Merknad: Dokumentet er undertegnet v/Didrik Heggdal, seksjonsleder BET. Arbeidsgivers kommentarer er markert med blå skrift inn i dokumentet.

BET-prosjektet: Innspill fra BET-seksjonen til drøfting i forkant av styremøte 22. mai

Vi viser til framtidig organisering av BET-tilbudet i Vestre Viken, slik dette er beskrevet av klinikkledelsen i Drøftingsnotat 05.05.25. Der fremgår det at tilbudet skal etableres på tre ulike organisatoriske og geografiske lokasjoner, med base under DDPS i form av et poliklinisk dagtilbud organisert som et av flere team under en DPS-seksjon. BET-tilbudet skal prosjekt-organiseres. Det skal være helhetlige behandlingslinjer forankret i BET, slik at pasienter som vurderes å kunne ha nytte av det kan tilbys en innholdsmessig sammenhengende på et eller flere nivåer/lokasjoner.

Forutsetninger for at organiseringen av BET-tilbudet skal kunne følge opp og realisere beslutningen om helhetlige behandlingslinjer og etablere/videreutvikle en samlet, robust BET-kompetanse i Vestre Viken, vil være følgende:

1. **Organisering:** BET-Dag ved DDPS organiseres som seksjon. Dette for å sikre at både faglig drift, bruk av personalressurser og personaloppfølging er forankret i kunnskap om BET, og innrettes mot å realisere de overordnede målsettingene i BET-prosjektet. [Punktet er vurdert, men arbeidsgiver anser teamorganisering som hensiktsmessig sett opp mot organisering i øvrige deler av klinikken.](#)
2. **Prosjektkoordinator (teamleder ved BET-Dag med prosjekt-overgripende oppgaver):** En av stillingene i BET-Dag/BET-seksjonen tillegges administrative oppgaver og koordineringsansvar når det gjelder ressursbruk og registreringer knyttet til klinisk drift og pedagogisk aktivitet (herunder undervisning, veiledning, implementering og drift av BET-utdanninger og Miljøterapiprosjektet) og forskningsstøtte. Det er naturlig at dette legges til fagutvikler Inger Hilde Vik, som i dag har en god del av disse oppgavene. [Punktet er vurdert, men arbeidsgiver understreker at omstillingsprosess ikke er startet.](#)
3. **Fleksible roller/funksjoner:** Medarbeidere som inngår i BET-prosjektet, må ha fleksible roller og funksjonsbeskrivelser, slik at de kan arbeide både klinisk og pedagogisk ved alle de tre lokasjonene, selv om de formelt har sitt ansettelsesforhold på et av de tre behandlingsstedene [Punktet tas med inn i videre detaljering av prosjektet](#)
4. **Mandat til å gjennomføre pedagogiske aktiviteter:** De som leder det kliniske og pedagogiske arbeidet i BET-prosjektet, må tilsvarende få mandat til å tilrettelegge for, planlegge og initiere fagutviklings- og implementeringstiltak på alle tre lokasjoner [Ligger i prosjektmandatet. Styringsgruppen må følges opp dette i samsvar med fullmaktene i VV](#)

5. **Oppstart implementering av BET ved Sikta:** Implementeringsarbeidet ved Asker DPS døgn igangsettes umiddelbart ved oppstart 25.08.25. Dette innebærer i praksis at aktuell døgnenhet forberedes på det forestående og følges opp med pedagogisk støtte forankret i BET implementeringsmanual [Punktet er vurdert og aktiviteten må koordineres med døgnutvikling DPS-konsept](#)
6. **BET spesialistkompetanse ved Sikta:** Med forankring i punkt 3-5 har psykologspesialist og overlege i BET fra oppstart og ut 2025 60 % (2-3 arbeidsdager pr. uke) ved DPS døgn. BET-seksjonen organiserer denne fordelingen og samkjører den kliniske virksomheten med DPS Døgn Sikta. [Punktet er vurdert og arbeidsgiver mener denne typen detaljering må skje på et senere tidspunkt i prosessen](#)
7. **BET-seksjonen markerer dissens når det gjelder forslaget om å innplassere 5 ansatte ved Akuttseksjon NSD:** Innplassering av 5 ansatte ved Akutt 1 er ikke et hensiktsmessig omstillingsgrep, verken når det gjelder bruk av kompetanse, ivaretagelse av de ansatte, eller tilrettelegging for ønsket fagutvikling og etablering av BET-kompetanse i NSD. Se punkt 7, som beskriver et mer bærekraftig tiltak/element i BET-prosjektet.
8. **Oppstart implementering av BET ved Akutt 1 NSD:** Implementeringsarbeidet ved Akutt 1 NSD starter 01.10.25, der en ny runde i det allerede eksisterende Miljøterapiprosjektet gjennomføres med alle ansatte. Dette følges opp med utrulling av nyutviklet modul fra 01.01.26. [Arbeidsgiver mener dette kan være naturlig å se i sammenheng med Miljøterapiprosjektet](#)
9. **Ledelse av pedagogiske aktiviteter:** Fagutviklings- og implementeringsarbeid knyttet til BET ved de tre lokasjonene, ledes av det pedagogiske teamet i BET-basen ved DDPS. Denne oppgaven skal være presentert i et tydelig mandat. Fagutviklings- og implementeringsarbeidet gjennomføres i samråd og samarbeid med lokale teamledere/enhetsledere, seksjonsledere og avdelingssjefer, som alle skal være orientert om og innforstått med det gitte mandatet. [Punktet tas med inn i videre detaljering av prosjektet](#)
10. **Deltakelse i pedagogiske aktiviteter:** Alle som er ansatte i prosjektet og har en faglig funksjon kan delta i undervisningsaktivitet internt i VV og/ eller eksternt. Dette skal fortsatt gjelde etter at prosjektet formelt avsluttes etter første 5 års periode. [Punktet er vurdert, men arbeidsgiver anser denne vurderingen til å være for prematur.](#)
11. **Bruk av personalressurser inn i pedagogiske aktiviteter:** Leder for pedagogisk team avklarer i samråd med seksjonsleder BET og aktuell lokal leder med personalansvar tidsbruk for deltakelse i pedagogiske aktiviteter knyttet til BET. [Punktet tas med inn i videre detaljering av prosjektet](#)
12. **Inntekter fra ekstern pedagogisk virksomhet:** Inntekter fra ekstern pedagogisk virksomhet i sin helhet føres tilbake til egen fagutvikling for de som er ansatt i BET-prosjektet. Bruk av disse midlene styres av seksjonsleder BET. [Dette må sees opp mot gjeldende regelverk i VVHF](#)
13. **Tillegg for ekstern, inntektsgivende undervisning:** Medarbeidere som står for undervisningen ved slik ekstern virksomhet, mottar et tillegg på kr. 2000 pr dag

(halvparten av det som er ordningen er i dag; tillegget gjelder ikke for ansatte i det pedagogiske teamet). Tillegget skal dekke tid til forberedelser, tap av fritid osv. i forbindelse med reiser og overnatting (dvs. at fast arbeidstid ikke skal brukes til forberedelser, tiden som brukes utover arbeidstid kan da ikke avspaseres). [Dette må sees opp mot gjeldende regelverk i VVHF](#)

14. **Lis-lege funksjon skal følge med inn i BET-prosjektet:** Lis-lege i driften av BET-seksjonen ved Blakstad skal være med inn i reorganiseringen av tilbudet, dvs. denne rollen/funksjonen/stillingen. Lis-lege er avgjørende for at BET-prosjektet skal følge opp intensjonene med helhetlige behandlingsforløp, og herunder arbeide med avmedisinering der dette er nødvendig og/eller hensiktsmessig med tanke på utbytte, og der pasienten selv ønsker avmedisinering eller nedtrapping av psykofarmaka. [Punktet tas med inn i videre detaljering av prosjektet](#)
15. **Medarbeiderrepresentanter inn i styringsgruppen:** En medarbeiderrepresentant fra hver lokasjon (BET-Dag, BET-DPS Døgn, BET NSD) skal delta i Styringsgruppen for BET-prosjektet. BET-ansatte ved lokasjonen velger selv hvem av dem som skal delta som fast representant i styringsgruppen. [Punktet tas med inn i videre detaljering av prosjektet, herunder planlegging av styringsgruppe](#)
16. **Stillinger som blir ledige, og nye stillinger:** Stillinger som blir ledige i BET-prosjektet i prosessen fram mot flytting fra Blakstad og etter oppstart, skal lyses ut og besettes. En bemanningsplan bør derfor utarbeides. Nåværende seksjonsleder (Didrik Heggdal) og nåværende fagutvikler (Arne Lillelien) skal delta i ansettelsesprosesser for å vurdere søkeres kompetanse/egnethet, og skal ha det avgjørende ordet når det gjelder hvem som skal ansettes i stillingen.

BET-seksjonen ber om at disse momentene tas inn i videre drøfting fram mot styrebehandling 22. mai.

På vegne av BET-seksjonen

Didrik Heggdal