

Til: Styret ved Vestre Viken HF

Dato utsendt: 24. oktober

Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte

Møtedato: 31. oktober 2022

Møtetid: kl. 09.00 – 15.00

Møtested: Digitalt, Teams

De som ønsker kan møte på Glassburet v/ styrerommet, Bærum sykehus

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, må melde fra om dette til styresekretær innen søndag 30. oktober (hilde.enget@vestreviken.no).

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

Styresekretær: Hilde Enget

Telefon: 48 16 66 24

E-post:

hilde.enget@vestreviken.no

Med vennlig hilsen

For styreleder Siri Hatlen

Hilde Enget

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
98/2022	09.00 5 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 31. oktober
99/2022	09.05 5 min	Godkjenning av møteprotokoller 26. september 2022 Vedlegg: <ol style="list-style-type: none"> 1. Foreløpig protokoll 26. september 2022 2. Foreløpig protokoll 26. september 2022 – sak 92 unntatt offentlighet B protokoll 3. Foreløpig protokoll 26. september 2022 – sak 97 unntatt offentlighet B protokoll
100/2022	09.10 15 min	Driftsorientering fra administrerende direktør
101/2022	09.25 09.55 120 min	Virksomhetsrapportering pr. 30. september 2022 (30 min) Statusoppdatering fra Bærum sykehus v/klinikkdirektør og avdelingssjefer. Tiltak for å øke aktiviteten og redusere kostander. Presentasjon i møtet (90 min). Vedlegg: <ol style="list-style-type: none"> 1. Virksomhetsrapport pr. 30. september 2022 2. Referat fra styreutvalgsmøte den 26 og 27 oktober 2022. Unntatt offentlighet jr. Offentlighetsloven § 23 første ledd.
	11.25	Lunsj (20 min)
102/2022	11.45 10 min	Orientering om statsbudsjettet og resultatkrav 2023
103/2022	11.55 30 min	Status BRK-programmet Vedlegg: <ol style="list-style-type: none"> 1. BRK-program - visuell fremstilling 2. BRK prosjektbeskrivelser
104/2022	12.25 5 min	Status nytt sykehus Drammen
105/2022	12.30 30 min	Medarbeiderundersøkelsen ForBedring i 2022 VVHF Vedlegg: <ol style="list-style-type: none"> 1. ForBedring 2022 Standardrapport 2. Oppfølgingsguide for ledere 3. Prosedyre for oppfølging
	13.00	Pause (10 min)
106/2022	13.10 40 min	Forskning i VVHF
107/2022	13.50 15 min	Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i VVHF

108/2022	14.05	Konsernrevisjonens rapport "Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester" Vedlegg: Rapport Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester
109/2022	14.10 45 min	Sykehus i nettverk og sårbare fagmiljøer
110/2022	14.55 0 min	Referatsaker 1. Styreprotokoll fra HSØ 21. Oktober 1b Virksomhetsrapport per september 2022 1c Rapport per september 2022 1d Virksomhetsrapport per andre tertial 2022 1e Virksomhetsrapport per andre tertial 2022, presentasjon 1f Virksomhetsrapport etter andre tertial 2022 2. SKU 4. oktober 3. Brukerutvalg 25. Oktober – ettersendes 4. Referat fra møte i ungdomsrådet 27.09.22 5. Styrets årsplan 2022 per oktober inkl. pendingliste
111/2022	14.55 5 min	Eventuelt

Dato: 24. oktober 2022
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	98/2022	31.10.22

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 24. oktober 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Innkalling og saksliste til styremøte 31. oktober 2022

Dato: 24. oktober 2022
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll 26. september 2022

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	99/2022	31.10.22

Forslag til vedtak

Møteprotokoller fra styremøtet 26. september 2022 godkjennes.

Drammen, 24. oktober 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg:

1. Foreløpig protokoll 26. september 2022
2. Foreløpig protokoll 26. september 2022 – sak 92 unntatt offentlighet B protokoll
3. Foreløpig protokoll 26. september 2022 – sak 97 unntatt offentlighet B protokoll

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Habiliteringssenteret ved Drammen sykehus, Konggata 51

Dato: 26. september 2022

Tidspunkt: Kl. 17.00 – 19.00

Følgende medlemmer deltok:

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

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

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

Navn	Funksjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør
Ulrich Spreng	Direktør fag
Mette Lise Lindblad	Direktør økonomi
Eli Årnot	Direktør kompetanse
Cecilie B Løken	Direktør teknologi
Henning Aarset	Direktør kommunikasjon og samfunnskontakt
Rune Abrahamsen	Prosjektdirektør NSD
Narve Furnes	Klinikkdirektør Intern service
Hilde Enget	Administrasjonssjef/styresekretær

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

Sak 87/2022 Godkjenning av innkalling og saksliste**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 88/2022 Godkjenning av styreprotokoll fra 29. august 2022**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Møteprotokoll fra styremøtet 29. august 2022 godkjennes.

Sak 89/2022 Driftsorientering fra administrerende direktør**Oppsummering av innhold**

Administrerende direktør informerte om rådslag om den økonomiske situasjonen med de tillitsvalgte og vernetjenesten, for å sammen finne de gode tiltakene og iverksette tiltak som er besluttet. Fremdriftsplanen for salg av Drammen sykehus ble lagt frem og det vises til referater fra styreutvalgsmøtene i admincontrol. Det er tatt i bruk ny analysemetode som vil gi kreftpasienter bedre behandling og i løpet av året vil Vestre Viken ta i bruk kunstig intelligens innen bildediagnostikk. Det er gjennomført regionalt beredskapsseminar 2022 og PLIVO-øvelser både i Kongsberg og Drammen. Vestre Viken er det helseforetaket med flest lærlingeplasser. Forbedringsprisen 2022 er tildelt gastroenterologisk seksjon ved Drammen sykehus og Innovasjonsprisen 2022 er tildelt til «Videosamtale med AMK» Prehospitale tjenester og Brukerstyrt Epilepsioppfølging» Nevrologisk avdeling ved Drammen sykehus. Vi lanserer «Vestre Viken Virtuelle sykehus» og grunnsteinsnedleggelse skjer i løpet høst/tidlig vinter.

Kommentarer i møtet**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

Sak 90/2022 Virksomhetsrapportering pr. 2. tertial 2022**Oppsummering innhold:**

Etter andre tertial er virksomheten fortsatt preget av ettervirkninger av pandemien, i form av et vedvarende høyt sykefravær og kostbare bemanningsløsninger. Risikoen for økonomisk bærekraft på lengre sikt er nå økt til rødt også etter tiltak. Rekrutteringen er innenfor flere områder svakere enn tidligere, noe som forsterker utfordringene og utgjør en belastning på arbeidsmiljøet. Dette påvirker aktivitetsnivå og ventetider. Ventetidene er ikke forverret i forhold til første tertial, men er fortsatt høye på enkeltområder. Det lavere aktivitetsnivået bidrar til at den økonomiske situasjonen forverres.

Det er iverksatt en rekke tiltak som skal bidra til å øke aktiviteten og redusere kostnadene, både på kort og lengre sikt. Helseforetaket har som høyeste prioritet å få opp aktiviteten og sikre at kapasiteten tilpasses aktivitetsnivået.

Kommentarer i møtet:

Styret kommenterer at det er bra at IKT området er en del av virksomhetsrapporteringen. Det rapporteres om at risiko på både kort og lang sikt innen IKT området vurderes som høy, og leveranser fra Sykehuspartner går fra grønt til gult. Dette påvirker NSD direkte med hensyn til gevinstuttak. Styret stiller spørsmål til om risikoen er høyere. En beskrivelse av «Plan B» for NSD med bakgrunn i de forsinkede leveransene fremlegges ved neste tertialrapportering.

Representant fra Brukerutvalget stilte spørsmål til de økte ventetidene etter sommerferien mht. pasientsikkerheten. Administrerende direktør redegjorde for at dette er en konsekvens av lavere kapasitet som følge av ferieavviklingen. Prioriteringen av pasienter skal til enhver tid sikre at ingen får forringet sin helsetilstand.

Styret kommenterer at antall pasienter som følges opp via telefon- eller videokonsultasjon fortsatt faller. Sommerferien påvirker også disse tallene som følge av lavere elektiv aktivitet, men aktiviteten må uansett følges opp gjennom ledelse, tilrettelegging og organisering for å sikre at måltallene oppnås.

Styret ber om å få informasjon i et senere styremøte om hvordan avviklingen av Fritt behandlingsvalg vil påvirke drift og kostnader for VVHF.

Styret merker seg at risikoen for å oppnå økonomisk resultat også på lengre sikt nå er økt til rødt selv etter tiltak. Rekruttering av særskilte grupper er utfordrende. Presentasjonene som ble vist i styreseminaret redegjorde godt for tiltak på kort og lang sikt. Styret vil følge den økonomiske utviklingen og fremdrift i tiltaksplanene tett i de kommende perioder for å påse at styringsfarten kommer på rett spor.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret tar virksomhetsrapport pr. 2. tertial 2022 til etterretning.

Sak 91/2022 Status nytt sykehus Drammen**Oppsummering innhold:**

Statusrapport nytt sykehus Drammen skal gi styret i Vestre Viken HF en overordnet status for arbeidet i Mottaksprosjektet. Rapporten omfatter rapportering på det enkelte området som inngår i Mottaksprosjektets oppgaver og ansvar. Det er høy aktivitet i prosjektorganisasjonen for nytt sykehus, og vurderingen er at prosjektorganisasjonen tar hånd om tildelt ansvar og oppgaver på en god måte. Den endrede strukturen i mottaksprosjektet gjør det mulig å følge arbeidet tett og aktiviteter innen den enkelte faggruppe og pågående delprosjekter, gjennomføres i hovedsak i hht. plan.

Kommentarer i møtet:

Ingen kommentarer i møtet.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Sak 92/2022 Trusselvurdering digital sikkerhet

Saken er unntatt offentlighet jr. Offl. §24, 3 ledd, jr. § 12 bokstav c. Egen protokoll fra behandlingen.

Sak 93/2022 Innspill til revisjonsplan for konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst**Oppsummering innhold:**

Konsernrevisjonen utarbeider en årlig revisjonsplan. Revisjonsplanen skal styrebehandles 16.12.22 i styret i HSØ. Revisjonsutvalget i HSØ ønsker innspill til revisjonsplanen fra HF'ene innen 5.10.22. Fra Vestre Viken HF foreslås oppfølging av avtaler innen legemiddelinnkjøpsamarbeidet som revisjonsområde.

Kommentarer i møtet:

Styret ber om at Vestre Viken HF ved oversendelse, minner om de to revisjoner vi tidligere har meldt inn og som ikke er gjennomført. Det bes om at revisjon innen IKT – leveranser prioriteres. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har revisjon av IKT-leveranser til byggeprosjekter på planen for 2022. VVHF får opplyst at planlegging av dette vil starte i 3. tertial.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret slutter seg til innspillet i saken supplert med innspillene som fremkom i møtet.

Sak 84/2022 Referatsaker

Ingen kommentarer.

Sak 95/2022 Eventuelt

Det vises til epost til styret vedr. nytt medlem i styreutvalget avhending av Drammen sykehus etter Ane Breivega. Styret tilslutter at nesteleder Hans Tore Frydnes går inn i styreutvalget.

Sak 96/2022 Lønnsoppgjør 2022 for administrerende direktør**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Styret er meget godt fornøyd med innsatsen til administrerende direktør og vedtar en lønnsregulering på 3,8% med virkning fra 01.01 2022.

Sak 97/2022 Basestasjon Ål – unntatt offentlighet jr. helseforetaksloven

Saken er unntatt offentlighet jf. Offl. § 23 første ledd. Egen protokoll fra behandlingen.

Drammen 26. september 2022

Siri Hatlen
styreleder

Hans Tore Frydnes
nestleder

Bovild Tjønn

Kari Fjelldal

Hans-Kristian Glesne

Tom Roger H Frost

Toril A K Morken

John Egil Kvamsøe

Gry Lillås Christoffersen

Dato: 24. oktober 2022
Saksbehandler Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering pr. 30. september 2022

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	101/2022	31.10.2022

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. 30. september 2022 til orientering.

Drammen, 22. oktober 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. 30. september 2022, i tråd med styrets årshjul.

Saksutredning

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

Økonomi

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	-34 051	-28 928			
		Mål	23 333	210 000		280 000	
		Avvik	-57 384	-238 928		-280 000	
		I fjor	20 332	182 998		168 514	

Resultat pr. september viser et underskudd på 28,9 MNOK som er 238,9 MNOK bak budsjettert resultatmål.

De siste bevilgningene knyttet til pandemien ble inntektsført i juni. Aktiviteten er fortsatt ikke på høyde med 2019, som var det siste normalåret. Budsjettet legger til grunn en vekst siden 2019. Sykefraværet har vært meget høyt, og er fortsatt høyere enn hva som har vært vanlig i et normalår. Dette resulterer i økte lønnskostnader som følge av dyre vikartimer, overtid og innleie. For å sikre nødvendig personell har det også blitt tatt i bruk ekstra lønnskompensasjonsordninger.

Varekostnader og byggkostnader er utsatt for høy prisvekst. Både pandemien og krigen i Ukraina er en årsak til dette. I budsjettet for 2022 er foretaket kompensert for prisvekst på 1,5%. Prisveksten i 2022 har vært langt høyere enn dette på mange områder. På energiområdet er det pr. september et avvik på 18 MNOK utover budsjettert prisøkning. Foreløpig prognose for prisavvik på energi er 20 MNOK. Byggvedlikehold over drift er pr. september 20 MNOK over budsjett, og møtes av tilsvarende lavere investeringer. Prognosen for byggvedlikehold over drift er 27 MNOK høyere enn budsjett. Avviket på byggvedlikehold er så langt ikke koblet til prisveksten da flere prosjekter er utsatt. Foretaket er kjent med at Helse Sør-Øst er i dialog med departementet omkring prisveksten, men så langt er det ikke foreslått endringer fra departementets side. Det vises til eget notat om budsjett 2023 som oppsummerer hovedpunktene fra statsbudsjettet for 2023.

Lønnskostnader (eks. pensjonsøkning sfa januar aktuar) er 272 MNOK over budsjett pr. september. Det er et overforbruk på både fast og variabel lønn, og det er fortsatt stort lønnsavvik i september. Pr. mai var 165,6 MNOK av lønnskostnadene kodet som koronarelaterte, og er stort sett blitt dekket av de økte bevilgningene som ble inntektsført i juni. Faktisk brutto månedsverk i september og oktober ligger vesentlig over budsjett, og medfører trolig avvik på lønnskostnader også de kommende månedene. Utviklingen videre avhenger blant annet av iverksettelse og effekt av tiltak og utviklingen i sykefravær.

Innleie som følge av rekrutteringsutfordringer, sykefravær og sommerferieavviklingen fører til økte kostnader. Det er spesielt mangel på sykepleiere på intensiv og operasjon, og jordmødre ved fødeavdelingene. Innen psykiatrien er det vedvarende rekrutteringsutfordringer. Det er også innleie ved enkelte sengeposter og innenfor noen legespesialiteter.

Økte pensjonskostnader

Aktuarberegning foretatt i januar 2022 innebærer en økt pensjonskostnad på 16,4 MNOK i forhold til budsjett. Foretaket er gjennom revidert nasjonalbudsjett kompensert med basisramme tilsvarende økningen i pensjonskostnaden. Dette er ført med 9/12-deler pr. september. Det ble i styresak 087/2022 i HSØ godkjent fordeling av gjenstående bevilgning til endrede pensjonskostnader. Vestre Viken får økt basisramme på 20,6 MNOK. 2/5 er ført pr. september.

Gevinst ved salg

Hittil i år er det inntektsført 28,9 MNOK i gevinst ved salg av eiendom. I tillegg er det solgt ambulanser til en gevinst på om lag 1,4 MNOK og MTU for 0,4 MNOK. Gevinst ved salg er ikke budsjettert.

Prognose

Resultatprognosen er forverret med 50 MNOK, og viser nå et resultat i 0 mot et budsjettert resultat på 280 MNOK. Årsaken er et fortsatt høyt bemanningsnivå sammenlignet med budsjett, samt lavere inntekter. Det er fare for at prognosen kan forverres ytterligere.

Prognosen inkluderer 30,7 MNOK fra gevinst ved salg som ikke er budsjettert og kompensasjon for tapte inntekter og pandemirelaterte utgifter. Prognosen tar høyde for økte pensjonskostnader og økt basisramme som følge av dette. I tillegg er det tatt høyde for fordeling av gjenstående bevilgning på 20,6 MNOK. Det er lagt til grunn fortsatt høye lønnskostnader, fortsatt noe lavere aktivitet enn budsjett, prisøkning på energiområdet og medikament- og varekostnader, samt beregnet effekt av årets lønnsoppgjør. I tillegg er det tatt høyde for merforbruk på vedlikehold over drift. I september måned fremkommer en forverring på inntekter på H-reseptor, fordi faktiske poeng er lavere enn budsjettert. Foretaket har iverksatt en rekke kortsiktige tiltak, og det forventes effekter de kommende månedene. Omstillingsprosesser er under planlegging. Det er angitt en best og worst case for prognosen rapportert til HSØ. I beste fall vurderes det å kunne oppnå et overskudd på 20 MNOK, mens det i verste fall blir et underskudd på 70 MNOK, altså 350 MNOK lavere enn budsjett. Foretaket må fortsatt varsle stor usikkerhet vedrørende prognose. Periodisering av forpliktelser knyttet til uavviklet ferie, legerpermisjoner med mere bokføres i desember. Situasjonen med vanskelig tilgang på personell kan påvirke disse avsetningene negativt. Dette kan ikke tallfestes ennå.

Tiltak for å bedre den økonomiske situasjonen

Det er iverksatt strakstiltak, som blant annet omfatter avvikling av kveldspoliklinikk, ansettelsesstopp i administrative stillinger, stram styring av innleie, reduksjon av kurs/konferanser, samt redusert bruk av eksterne konsulenter. Obligatoriske kurs i fbm etterutdanning vil videreføres. Siden utdanningsaktiviteten tar seg opp på høsten synes ikke disse tiltakene på kurskostnader i vesentlig grad pr. september, men prognosen er angitt til 7,6 MNOK lavere enn budsjett. Nødvendige avvik fra innstrammings tiltakene vil måtte fremlegges på et høyere ledernivå (adm.dir., samt i visse tilfeller klinikkdirektør).

Klinikkene presenterte sine planer for forbedring av økonomien i styreseminaret i september. Det er stilt krav om at produktivitetsnivået må tilbake til nivået i 2019. Flere klinikker hadde også i 2019 underskudd, noe som medfører at det er behov for ytterligere forbedringer. Økning av elektiv aktivitet innen somatikk er nødvendig, men vil kreve at personalkostnader følges tett opp. Tiltak og effekten av disse blir fulgt opp ved detaljerte gjennomganger av utviklingen på avdeling og seksjon. Vedlagte rapporter over virksomheten pr. september omfatter klinikkvise oversikter over utvikling i variable og faste lønnskostnader, brutto bemanning, innleie og aktivitet. Det trengs flere måneder for å kunne indikere en utvikling i ønsket retning. Enkelte av klinikkene har begynt å vise forbedringer på noen områder. Innleiekostnadene ser ut til å vise en nedadgående tendens, samtidig som det er et naturlig at denne posten reduseres etter sommerferieavviklingen.

De langsiktige tiltakene vil videreføres. Dette omfatter innføring av ARP i alle enheter og innføring av sikker pasientflyt etter modell fra Danmark. En bedre fordeling av oppgaver på tilgjengelig personell skal sikre at ressursene ses på tvers av de ulike lokasjonene, samt bruk av digitale løsninger for å effektivisere arbeidet.

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

Aktivitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	10 645	85 008	115 586
		Mål	10 860	90 545	121 612
		Avvik	-215	-5 537	-6 026
		I fjor	9 699	81 179	109 233
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	16 760	128 494	174 829
		Mål	16 399	130 195	176 327
		Avvik	361	-1 701	-1 498
		I fjor	16 034	128 814	172 305
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	9 404	67 390	92 515
		Mål	8 912	68 326	92 515
		Avvik	492	-936	0
		I fjor	8 641	67 805	90 117
5	AKTIVITET Telefon- og videokonsultasjoner ANDEL	Virkelig	10,3 %	10,8 %	10,0 %
		Mål	15,0 %	15,0 %	15,0 %
		Avvik	-4,7 %	-4,2 %	-5,0 %
		I fjor	11,8 %	13,5 %	13,1 %

Somatikk

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

Døgnopphold pr. september er 4508 bak plan. Dagkirurgi er 1888 opphold bak plan, dagbehandlinger er 776 bak plan, og antall polikliniske konsultasjoner er 5311 bak plan pr. september. Aktiviteten i september måned har vært bak plan på døgn og dag, mens poliklinikk er bedre enn plan. Antall ISF-poeng er 5537 bak plan hittil i år. Vedlegget viser klinikkvis oversikter over utviklingen.

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

Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus

I september er antall konsultasjoner over budsjett innen BUP og VOP/TSB samlet.

Det har vært utfordringer med pandemirelatert fravær både blant ansatte og pasienter, men fraværet er nå på vei ned. I tillegg er det fortsatt rekrutteringsutfordringer. Tilskuddsmidler fra prop. 195 ble i sin helhet overført til 2022 og bidrar til å øke kapasiteten. FACT Ung breddes ut i BUPA, og er i gang med opptrapping av aktivitet fra september.

Telefon- og videokonsultasjoner

Andel telefon- og videokonsultasjoner er ca. 10 % i september. Målet i 2022 er 15 % for somatikk og 25 % for psykisk helsevern. Andelen telefon- og videokonsultasjoner pr. september er bak målkravet for både somatikk og psykisk helsevern. Andelen må sees i sammenheng med andre metoder for digital hjemmeoppfølging (for eksempel egenregistrering og sensorteknologi). I forbindelse med Vestre Vikens program for digital hjemmeoppfølging er det startet flere prosjekter som vil øke andelen av digital hjemmeoppfølging. Dog teller for eksempel oppfølging med skjema (Checkware) ikke som digitale konsultasjoner.

Kvalitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk	Virkelig	72	62	58
		Mål	50	50	50
		Avvik	22	12	8
		I fjor	62	55	55
7	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	42	46	43
		Mål	38	38	38
		Avvik	4	7	5
		I fjor	40	43	42
8	KVALITET Overholdelse pasientavtaler (passert planlagt tid) ANDEL	Virkelig	88 %	89 %	92 %
		Mål	95 %	95 %	95 %
		Avvik	-7 %	-6 %	-3 %
		I fjor	90 %	90 %	90 %
9	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	71 %	67 %	70 %
		Mål	70 %	70 %	70 %
		Avvik	1 %	-3 %	0 %
		I fjor	75 %	68 %	69 %
5	KVALITET Avslag BUPA (ekskl annet BUP-tilbud i kommune) ANDEL	Virkelig	10,1 %	14,9 %	14,0 %
		Mål	10,0 %	10,0 %	10,0 %
		Avvik	0,1 %	4,9 %	4,0 %
		I fjor	18,3 %	19,5 %	19,0 %

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

Ventetid somatikk

Ventetiden innen somatikk var 72 dager i september. Målet er 50 dager. Pr. september er ventetiden 62 dager. Noe skyldes utsatt behandling som følge av pandemien, men noe skyldes at man ikke har oppnådd planlagt aktivitetsnivå. Klinikkene prioriterer pasienter slik at ventetiden er forsvarlig. Prognosen for 2022 er justert til 58 dager.

Ventetid psykisk helse og rus

Innen psykisk helsevern og TSB er ventetiden samlet i september 42 dager og pr. september 46 dager. Ventetiden hittil i år er lengre enn målet innen BUP, VOP og TSB. Antall henviste pasienter er høyt. Bemanningen innen barne- og ungdomspsykiatrien økes, og det er etablert kveldspoliklinikk både innen BUP og VOP for å øke aktiviteten. Prognosen for 2022 opprettholdes på 43 dager.

Overholdelse av pasientavtaler

Andel overholdte pasientavtaler var 88 % i september. Klinikkene har planer for å ta igjen etterslepet. Prognosen for 2022 holdes uendret på 92 %.

Pakkeforløp for kreft

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

Avslag BUP

Andel avslag innen BUPA viser en positiv trend. Det er etablert dialogbasert inntak sammen med kommunene. Dette har gitt reduksjon i avslagene. Størst effekt hittil ser vi i Drammen BUP hvor avslagsprosenten hittil i år er 6,1%. Det forventes ytterligere effekt. Ordningen med dialogbasert inntak vil videreutvikles i samarbeid med kommunene og med forankring i Helsefelleskapet.

HR

Vestre Viken HF			Denne måned	Hittil i år	Prognose
13	HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	8 060	7 970	7 954
		Mål	7 864	7 801	7 796
		Avvik	196	169	158
		I fjor	7 846	7 786	7 795
14	HR Sykefravær i PROSENT	Virkelig	7,6%	8,8%	8,2%
		Mål	7,0%	7,5%	7,5%
		Avvik	0,6%	1,3%	-0,7%
		I fjor	7,9%	7,8%	8,2%
15	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	2,5%	2,8%	2,5%
		Mål	0,0%	0,0%	0,0%
		Avvik	2,5%	2,8%	2,5%
		I fjor	2,8%	3,0%	3,0%

Brutto månedsverk

Gjennomsnittlig brutto månedsverk pr. oktober er 7970, som tilsvarer 169 brutto månedsverk mer enn budsjett. Brutto månedsverk i oktober er 8060. Dette er 196 brutto månedsverk over budsjettet nivå og 214 over fjoråret. Prosentvis er det størst avvik på Drammen sykehus, Kongsberg sykehus, Bærum sykehus, Drammen sykehus og Intern service. Flere klinikker viser en forbedring målt mot budsjett de siste månedene. I oktober er Ringerike sykehus, Intern service, Psykisk helse og rus og Prehospitale tjenester omtrent på budsjettet nivå. I tillegg viser Drammen sykehus og Medisinsk diagnostikk en forbedring i oktober.

Prognosen for året er 158 årsverk over budsjettet nivå. Prognosen forutsetter at bemanningen bedre tilpasses aktivitetsnivå. Det forventes fortsatt avvik i brutto månedsverk ut året, men lavere avvik enn hittil.

Sykefravær

Sykefraværet hittil i år (pr. september) er 8,8 %, 1,3% høyere enn måltall. I september var langtidssykefraværet 4,7 %, og korttidsfraværet på 2,9 %. Langtidssykefraværet har vært stabilt over tid, og er så langt på 5,2%. Korttidsfraværet hittil i år er på 3,5%, sammenlignet med 2,2% på

samme tidspunkt i 2019. Sykefravær er kostbart for Vestre Viken. De første 16 dager får arbeidsgiver ingen refusjon fra NAV, og i tillegg kommer utgifter til vikar, overtid, samt tap av viktig kompetanse, og merbelastning for kollegaer som er på jobb. Det er forventet at sykefraværet vil øke utover høsten, grunnet sesongvarierte sykdom (forkjølelse, influensa). Alle medarbeidere i Vestre Viken får i disse dager tilbud om influensavaksine.

AML-brudd

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

Administrerende direktørs vurderinger

De kortsiktige tiltakene som er iverksatt for å bedre økonomien forventes å få effekter i 2022, men dette er små beløp sett i forhold til foretakets samlede økonomiske utfordringer. Virksomheten er preget av ettervirkninger av pandemien, i form av et vedvarende høyt sykefravær og kostbare bemanningsløsninger. Særskilte kompensasjonsordninger knyttet til pandemien er fullt ut avvirket. Tilsvarende gjelder bruk av kveldspoliklinikk til økte timepriser, med svært få unntak som er valgt opprettholdt som følge av pasientsikkerheten.

Innleiekostnadene er redusert, noe som er forventet etter sommerferien. For å se en sikker effekt av tiltakene som er iverksatt kreves det lengre observasjonstid. I somatikken er det fortsatt et lavere antall døgnopphold enn budsjett, samtidig som bemanningskostnadene er høye. Prisøkninger og økte energikostnader kommer på toppen av dette.

Tiltak er iverksatt, og flere fortsatt under planlegging i klinikkene. For flere av tiltakene vil ikke effektene kunne komme umiddelbart. Prognosen for året er derfor redusert, og tatt ned til null i årsresultat, med et avvik mot budsjett på 280 MNOK. Det er fortsatt en risiko knyttet til dette resultatet. Tett oppfølging av tiltaksarbeidet i klinikkene vil ha høy prioritet. Avregninger som gjøres i desember knyttet til uavviklet ferie og overlegepermisjoner, samt avregninger for ISF gjør det ytterligere vanskelig å anslå prognosen.

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

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

Vedlegg:

1. Virksomhetsrapportering pr. 30. september 2022

Sak 101/2022
Virksomhetsrapportering
pr. september 2022



Måltavle pr september – Økonomi og aktivitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	-34 051	-28 928			
		Mål	23 333	210 000		280 000	
		Avvik	-57 384	-238 928		-280 000	
		I fjor	20 332	182 998		168 514	
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	10 645	85 008		115 586	
		Mål	10 860	90 545		121 612	
		Avvik	-215	-5 537		-6 026	
		I fjor	9 699	81 179		109 233	
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	16 760	128 494		174 829	
		Mål	16 399	130 195		176 327	
		Avvik	361	-1 701		-1 498	
		I fjor	16 034	128 814		172 305	
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	9 404	67 390		92 515	
		Mål	8 912	68 326		92 515	
		Avvik	492	-936		0	
		I fjor	8 641	67 805		90 117	
5	AKTIVITET Telefon- og videokonsultasjoner ANDEL	Virkelig	10,3 %	10,8 %		10,0 %	
		Mål	15,0 %	15,0 %		15,0 %	
		Avvik	-4,7 %	-4,2 %		-5,0 %	
		I fjor	11,8 %	13,5 %		13,1 %	

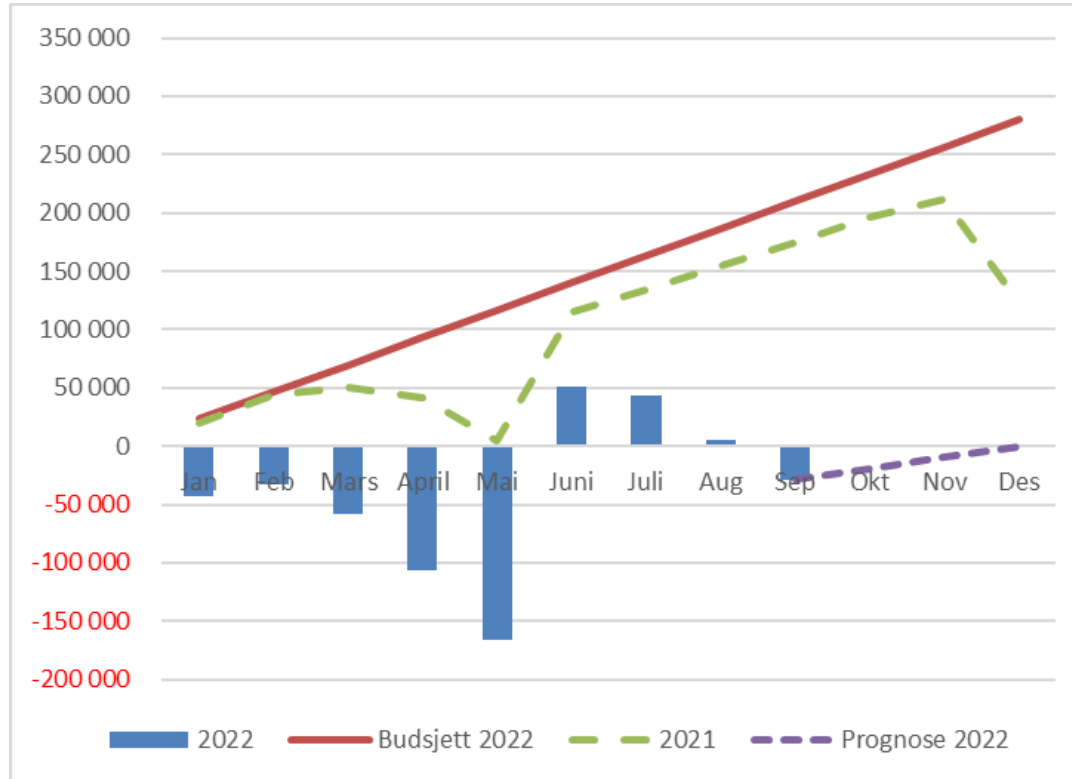
Måltavle pr september – Kvalitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk	Virkelig	72	62	58
		Mål	50	50	50
		Avvik	22	12	8
		I fjor	62	55	55
7	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	42	46	43
		Mål	38	38	38
		Avvik	4	7	5
		I fjor	40	43	42
8	KVALITET Overholdelse pasientavtaler (passert planlagt tid) ANDEL	Virkelig	88 %	89 %	92 %
		Mål	95 %	95 %	95 %
		Avvik	-7 %	-6 %	-3 %
		I fjor	90 %	90 %	90 %
9	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	71 %	67 %	70 %
		Mål	70 %	70 %	70 %
		Avvik	1 %	-3 %	0 %
		I fjor	75 %	68 %	69 %
5	KVALITET Avslag BUPA (ekskl annet BUP- tilbud i kommune) ANDEL	Virkelig	10,1 %	14,9 %	14,0 %
		Mål	10,0 %	10,0 %	10,0 %
		Avvik	0,1 %	4,9 %	4,0 %
		I fjor	18,3 %	19,5 %	19,0 %

Måltavle pr september – HR

Vestre Viken HF			Denne måned		Hittil i år		Prognose	
13	HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	8 060		7 970		7 954	
		Mål	7 864		7 801		7 796	
		Avvik	196		169		158	
		I fjor	7 846		7 786		7 795	
14	HR Sykefravær i PROSENT	Virkelig	7,6 %		8,8 %		8,2 %	
		Mål	7,0 %		7,5 %		7,5 %	
		Avvik	0,6 %		1,3 %		-0,7 %	
		I fjor	7,9 %		7,8 %		8,2 %	
15	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	2,5 %		2,8 %		2,5 %	
		Mål	0,0 %		0,0 %		0,0 %	
		Avvik	2,5 %		2,8 %		2,5 %	
		I fjor	2,8 %		3,0 %		3,0 %	

Resultatutvikling – akkumulert





VESTRE VIKEN

Resultatprognose

Prognosen er forverret med 50 MNOK fra forrige rapportering og viser et årsresultat som er 280 MNOK bak budsjett.

- Prognosen inneholder gevinst ved salg
- Prognosen tar høyde for økte pensjonskostnader og tilsvarende økt basisramme i tillegg til økt bevilgning for endrede pensjonskostnader
- Prognosen inneholder kompensasjon for inntektstap og merkostnader knyttet til koronapandemien.
- Prognosen tar høyde for beregnet effekt av årets lønnsoppgjør ut over budsjettforutsetningene
- Prognosen tar høyde for økte energikostnader
- Det er i tillegg tatt høyde for noe lavere inntekter og høyere kostnader enn budsjett ut året.

pr september 2022	Budsjett	Estimat	Avvik
	i år	2022	
Basisramme inkl. KBF	6 683 583	6 722 870	39 287
ISF inntekter	3 328 286	3 166 948	- 161 338
Gjestepasientinntekter	170 260	155 416	- 14 844
Andre pasientrelaterte inntekter	565 095	572 790	7 695
Øvrige driftsinntekter	456 516	747 992	291 476
Gevinst ved avgang av anleggsmidler		30 699	30 699
SUM Inntekter	11 203 740	11 396 715	192 975
Varekostnader	1 494 787	1 555 918	- 61 131
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	916 311	890 407	25 904
Innleid arbeidskraft	15 465	74 524	- 59 059
Lønnskostnader	6 950 973	7 286 886	- 335 913
Avskrivninger og nedskrivninger	324 097	320 336	3 761
Andre driftskostnader	1 215 258	1 258 435	- 43 177
SUM Driftskostnader	10 916 891	11 386 506	- 469 615
Netto finanskostnader	6 849	10 209	- 3 360
Resultatet	280 000		- 280 000

Resultatutvikling pr klinikk

Resultat pr klinikk	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sep	Hittil i år
Drammen	-31 173	-22 850	-29 339	-26 743	-22 942	99 275	-16 844	-24 938	-15 181	-90 735
Bærum	-21 541	-11 709	-16 352	-19 208	-17 479	59 584	-14 469	-15 339	-12 722	-69 235
Ringerike	-10 924	-5 497	-7 988	-8 105	-5 266	28 466	-2 976	-4 937	-6 230	-23 458
Kongsberg	-499	-4 741	-4 435	-4 886	-9 850	12 687	-1 373	-4 781	-6 082	-23 960
Intern service drift	-2 061	-853	-2 562	-755	-1 363	3 439	2 128	-2 142	575	-3 594
Psykisk helse og rus	-12 335	-8 906	-12 816	-11 531	-11 394	20 555	-9 933	-7 310	-4 937	-58 609
Prehospital tjenester	-2 543	-2 821	-4 066	-4 041	-4 305	7 289	-3 030	-2 174	-1 163	-16 853
Medisinsk diagnostikk	1 920	10 771	-8 091	-4 232	-3 912	-4 686	-6 251	-7 810	-6 674	-28 965
Stabene	3 567	809	465	1 903	2 418	1 530	1 016	1 040	-392	12 357
Felles økonomi	32 650	56 482	59 781	28 360	14 743	-11 097	44 349	30 102	18 755	274 126
Driftsresultat	-42 940	10 685	-25 403	-49 237	-59 350	217 041	-7 383	-38 290	-34 051	-28 927












Fellesøkonomi

- inkluderer overordnet VVHF samt BHM-varekost, bygg vedlikehold over drift og SP-IKT
- Hele overskuddet budsjetteres i fellesøkonomi

Juni

- Koronamidler til klinikkene

Lønnsavvik per klinikk – eks pensjonsøkning

pr september	Fast lønn	Overtid	Offentlig Refusjoner	AGA	Annen lønn	SUM Lønn	% avvik	
Drammen Sykehus	- 33 763	- 43 730	3 982	- 11 609	- 4 537	- 89 657	-7,1 %	
Bærum Sykehus	- 25 402	- 29 344	4 666	- 8 326	- 566	- 58 972	-7,5 %	
Ringerike Sykehus	- 473	- 24 220	1 982	- 2 386	414	- 24 682	-6,0 %	
Kongsberg Sykehus	- 7 155	- 15 503	1 294	- 2 529	153	- 23 741	-10,8 %	
Intern Service	- 4 496	- 2 061	161	- 891	- 359	- 7 645	-3,0 %	
Psykisk Helse og Rus	- 18 785	- 25 263	5 808	- 3 744	- 2 119	- 44 104	-3,7 %	
Prehospitale Tjenester	- 4 778	- 9 943	- 2 530	- 3 177	- 1 174	- 21 601	-9,8 %	
Medisinsk Diagnostikk	- 4 152	- 6 878	424	- 1 844	112	- 12 338	-2,7 %	
Stabene	173	2 779	3 937	833	- 1 536	6 186	2,0 %	
Overordnet VVHF	4 240			754	- 377	4 618	19,8 %	
SUM eks. pensjonsavvik	- 94 590	- 154 163	19 724	- 32 919	- 9 988	- 271 936	-5,3 %	
<i>% avvik ift budsjett</i>	-2,5 %	-83,2 %	9,0 %	-6,1 %	-5,4 %			

Lønn til fast ansatte – Avvik pr måned

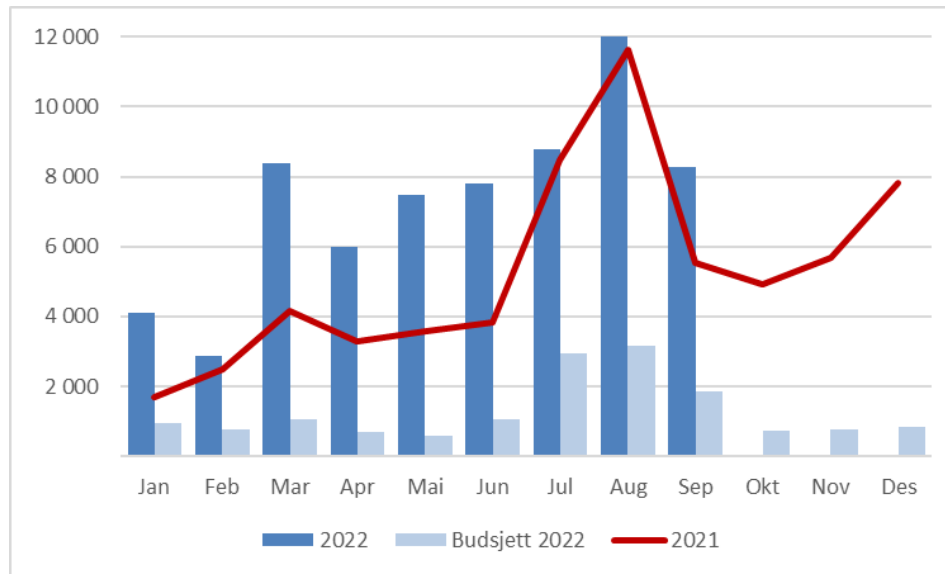
Avvik pr måned - Lønn til fast ansatte	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Pr.sept	Okt
10- Klinikk Drammen sykehus	- 2 878	- 4 208	- 4 406	- 4 887	- 2 306	2 456	- 4 748	- 6 020	- 6 765	- 33 763	- 6 048
20- Klinikk Bærum sykehus	- 2 108	- 2 568	- 3 311	- 2 040	- 2 306	- 1 721	- 3 986	- 3 538	- 3 824	- 25 402	- 3 513
30- Klinikk Ringerike sykehus	- 502	18	- 38	610	556	- 327	- 1 283	455	39	- 473	- 150
40- Klinikk Kongsberg sykehus	- 888	- 1 872	- 846	- 1 122	- 599	25	- 732	- 302	- 819	- 7 155	- 390
50- Klinikk for Intern service	- 1 045	- 718	- 862	- 576	- 977	- 763	- 339	- 423	240	- 5 461	- 77
60- Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	- 1 220	- 1 089	- 2 969	- 2 472	- 2 085	- 90	- 4 153	- 836	- 3 872	- 18 785	- 1 011
70- Klinikk for Prehospitaltjenester	- 546	- 1 627	- 692	- 410	- 916	- 320	- 803	- 258	793	- 4 778	- 271
80- Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	- 884	95	- 709	- 322	487	896	- 1 115	- 504	- 2 097	- 4 152	- 452
99- Økonomisk overordnede	1 100	- 323	844	818	781	- 3 374	- 2 199	- 3 922	11 480	5 206	- 32 375
Staber	1 478	812	1 312	- 42	590	- 528	86	- 949	- 2 587	5 379	- 3 365
Totalsum	- 7 491	- 11 481	- 11 677	- 10 443	- 6 774	- 3 747	- 19 272	- 16 296	- 7 410	- 94 590	- 47 652

Regnskap for oktober er ikke ferdig, så tallene vil endres

Overtid og ekstrahjelp – Avvik pr måned

Avvik pr måned - Overtid og ekstrahjelp	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Pr sept	Okt
10 - Klinikk Drammen sykehus	- 8 074	792	- 9 412	- 7 537	- 5 105	- 3 367	- 2 659	- 4 633	- 3 734	- 43 730	- 3 431
20 - Klinikk Bærum sykehus	- 4 764	- 297	- 5 937	- 3 953	- 2 653	- 1 625	- 2 232	- 3 294	- 4 587	- 29 344	- 3 823
30 - Klinikk Ringerike sykehus	- 3 195	- 562	- 3 394	- 3 554	- 2 233	- 2 486	- 2 049	- 3 314	- 3 432	- 24 220	- 2 794
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	- 1 591	8	- 2 697	- 2 436	- 1 943	- 1 104	- 1 501	- 2 113	- 2 126	- 15 503	- 1 760
50 - Klinikk for Intern service	- 219	- 135	- 227	- 357	- 146	- 235	- 219	- 227	- 296	- 2 061	11
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	- 4 458	- 1 372	- 5 099	- 4 678	- 1 942	- 1 183	- 3 404	- 1 530	- 1 597	- 25 263	- 1 598
70 - Klinikk for Prehospitaltjenester	- 1 799	516	- 1 898	- 2 079	- 1 036	- 546	- 962	- 1 328	- 811	- 9 943	- 412
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	- 1 238	58	- 1 843	- 1 455	- 588	- 848	- 548	- 408	- 8	- 6 878	- 111
Staber	18	28	116	328	274	451	685	573	305	2 779	466
Totalsum	- 25 320	- 964	- 30 390	- 25 721	- 15 374	- 10 945	- 12 889	- 16 275	- 16 286	- 154 163	- 13 453

Innleie (ekstern)

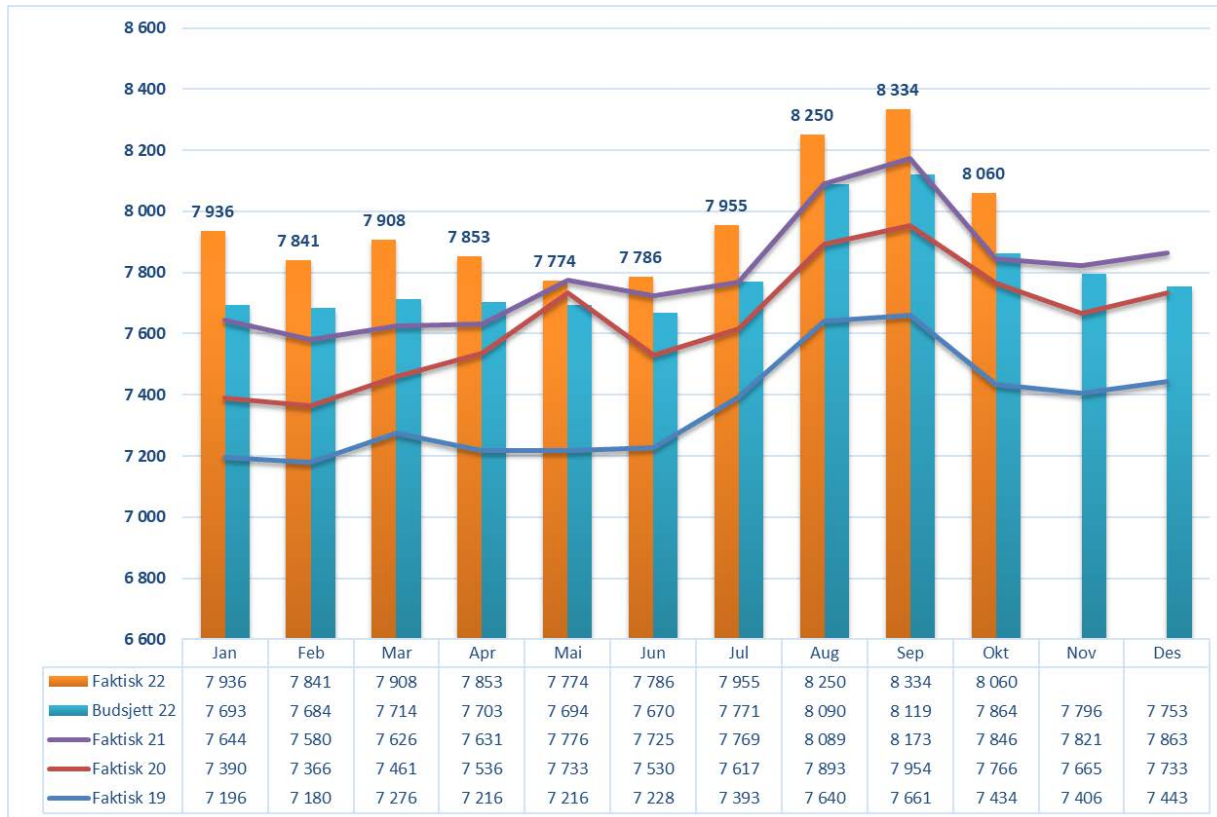


Klinikk	Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Hittil 2022	% avvik (+=pos)	Hittil 2021	Endring fra 2021
10 - Klinikk Drammen sykehus	700	517	2 784	1 288	1 700	1 602	1 889	2 875	2 483	15 836	-336 %	8 239	7 597
20 - Klinikk Bærum sykehus	964	933	2 564	2 000	2 127	3 055	3 039	3 156	2 486	20 325	-1084 %	9 816	10 509
30 - Klinikk Ringerike sykehus	- 124	- 36	698	197	436	449	1 711	3 333	1 633	8 296	-77 %	9 359	- 1 063
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	190	272	438	388	952	457	409	1 003	673	4 783	-155 %	2 417	2 366
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	1 928	1 506	1 681	1 756	1 714	1 897	889	2 368	919	14 659	-1228 %	13 884	775
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	506	- 335	219	253	355	346	379	337	146	2 204	-2792 %	808	1 396
Stabene og overordnet	- 74	8	- 8	115	193	- 2	460	- 588	- 48	34		183	- 149
Totalt	4 090	2 866	8 375	5 997	7 477	7 804	8 776	12 484	8 292	66 160	-405 %	44 707	21 453
<i>Over (under)forbruk denne måned</i>	<i>3 150</i>	<i>2 086</i>	<i>7 311</i>	<i>5 292</i>	<i>6 879</i>	<i>6 729</i>	<i>5 843</i>	<i>9 335</i>	<i>6 435</i>	53 059			



VESTRE VIKEN

Brutto månedsverk



Brutto månedsverk pr klinikk

<i>pr september 2022</i>	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Hittil i år	Endring ift hittil i fjor	Budsjett hittil i år	Avvik ift budsjett	% avvik
Drammen Sykehus	1 909	1 901	1 905	1 896	1 871	1 886	1 914	1 980	1 978	1 921	1 916	5	1 849	67	3,6 %
Bærum Sykehus	1 177	1 155	1 175	1 150	1 149	1 162	1 171	1 229	1 234	1 196	1 180	37	1 129	51	4,5 %
Ringerike Sykehus	615	591	602	599	593	600	615	644	634	612	611	0	609	2	0,3 %
Kongsberg Sykehus	353	357	352	353	349	346	350	366	368	361	356	7	338	18	5,2 %
Intern Service	563	553	555	554	551	553	565	618	625	558	570	17	556	14	2,4 %
Psykisk Helse og Rus	1 804	1 774	1 801	1 783	1 762	1 737	1 811	1 851	1 902	1 831	1 806	27	1 802	4	0,2 %
Prehospitaltjenester	383	383	381	381	378	377	394	393	388	386	384	10	378	6	1,7 %
Medisinsk Diagnostikk	722	704	716	709	696	702	720	730	735	717	715	34	702	13	1,9 %
Stabene	407	421	422	428	424	422	415	439	471	478	433	47	438	-6	-1,3 %
Sum VVHF	7 936	7 841	7 908	7 853	7 774	7 786	7 955	8 250	8 334	8 060	7 970	184	7 800	170	2,2 %
<i>Endring fra forrige måned</i>	72	-95	67	-54	-80	13	169	295	84	-274					
Plan	7 693	7 684	7 714	7 703	7 694	7 670	7 771	8 090	8 119	7 864	7 800				
<i>Avvik i forhold til plan</i>	243	157	194	150	80	116	184	160	215	196	170				

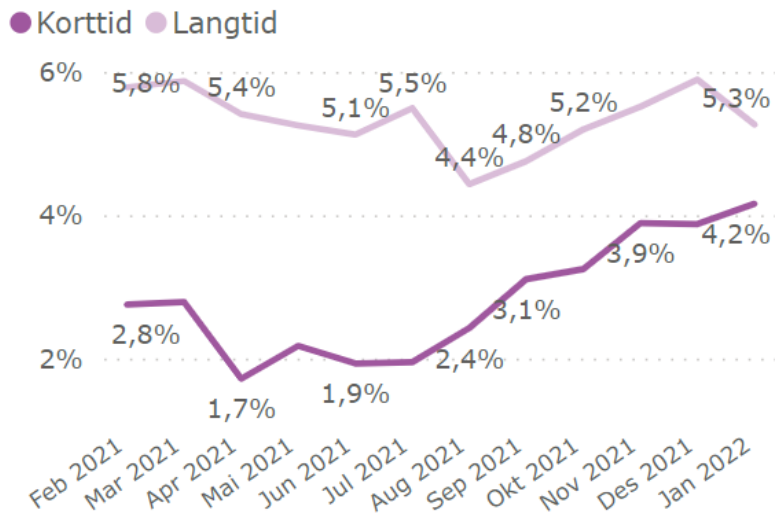
Brutto månedsverk – Avvik pr måned

Brutto månedsverk - Avvik	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Hittil
Drammen Sykehus	-70	-69	-68	-66	-45	-62	-72	-88	-78	-56	-67
Bærum Sykehus	-53	-36	-57	-34	-31	-50	-53	-58	-61	-77	-51
Ringerike Sykehus	-16	7	-2	1	5	-3	-7	-5	4	-2	-2
Kongsberg Sykehus	-22	-25	-15	-18	-18	-12	-12	-12	-19	-21	-18
Intern Service	-25	-17	-16	-19	-18	-21	-3	0	-15	-2	-14
Psykisk Helse og Rus	-32	-1	-21	-8	14	27	-33	21	-6	0	-4
Prehospitale Tjenester	-15	-15	-13	-9	-7	-9	-13	0	14	3	-6
Medisinsk Diagnostikk	-31	-12	-16	-10	4	-3	-17	-19	-23	-8	-13
Staber	20	10	14	14	16	18	26	2	-30	-33	6
Totalt	-243	-157	-194	-150	-80	-116	-184	-160	-215	-196	-170

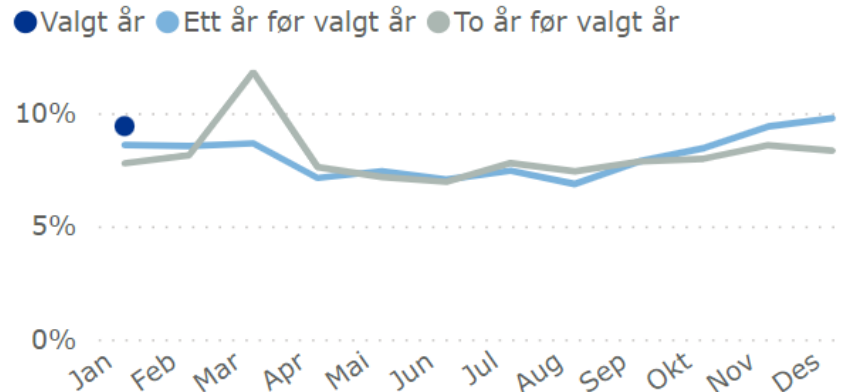
Staber: Økning på videreutdanning i sykepleie

Sykefravær 2022

Utvikling i kort- og langtidssykefravær



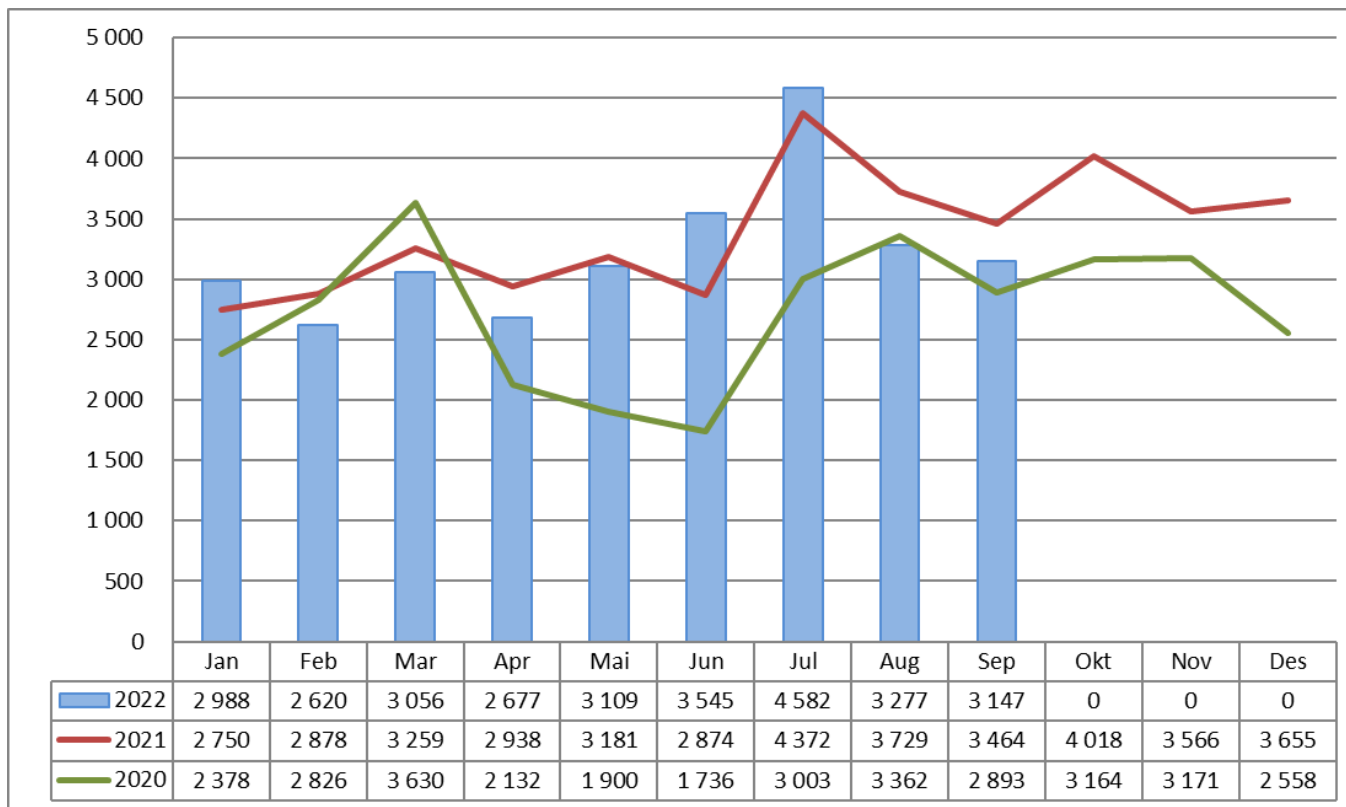
Utvikling i sykefraværsprosent 2020 til 2022



Sykefravær per klinikk

Klinikk	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Gj.snitt H1Å
10 - Klinikk Drammen sykehus	10,5 %	13,5 %	10,7 %	8,6 %	8,4 %	9,3 %	10,9 %	7,1 %	7,7 %	9,6 %
20 - Klinikk Bærum sykehus	10,5 %	12,8 %	9,7 %	8,0 %	7,9 %	8,8 %	10,2 %	8,4 %	8,2 %	9,4 %
30 - Klinikk Ringerike sykehus	7,9 %	11,1 %	9,4 %	7,3 %	6,8 %	9,1 %	8,2 %	6,2 %	7,1 %	8,1 %
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	8,4 %	13,7 %	10,6 %	10,0 %	7,8 %	7,8 %	10,1 %	7,9 %	7,2 %	9,3 %
50 - Klinikk for Intern service	9,3 %	10,9 %	11,3 %	8,0 %	8,8 %	8,8 %	7,3 %	7,7 %	9,1 %	9,1 %
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	10,5 %	12,9 %	11,0 %	7,5 %	7,9 %	9,1 %	10,7 %	8,1 %	7,7 %	9,4 %
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	8,1 %	9,9 %	9,1 %	7,1 %	7,2 %	8,0 %	7,9 %	7,2 %	7,8 %	8,0 %
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	8,5 %	12,3 %	9,7 %	6,6 %	6,8 %	8,5 %	7,9 %	6,9 %	7,5 %	8,3 %
Stabene	5,2 %	6,1 %	5,5 %	4,3 %	4,3 %	5,0 %	5,5 %	3,9 %	4,6 %	4,9 %
VVHF totalt	9,4 %	12,0 %	10,0 %	7,6 %	7,6 %	8,5 %	9,1 %	7,2 %	7,6 %	8,8 %

AML-brudd – antall

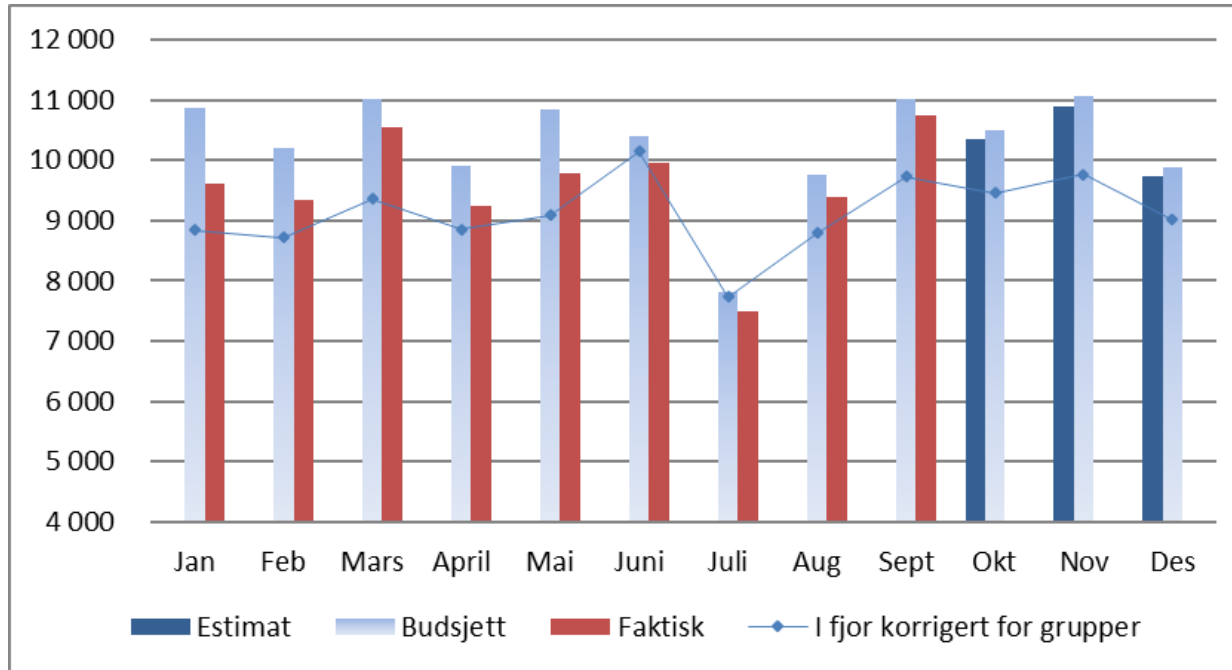


Kurs/konferanser

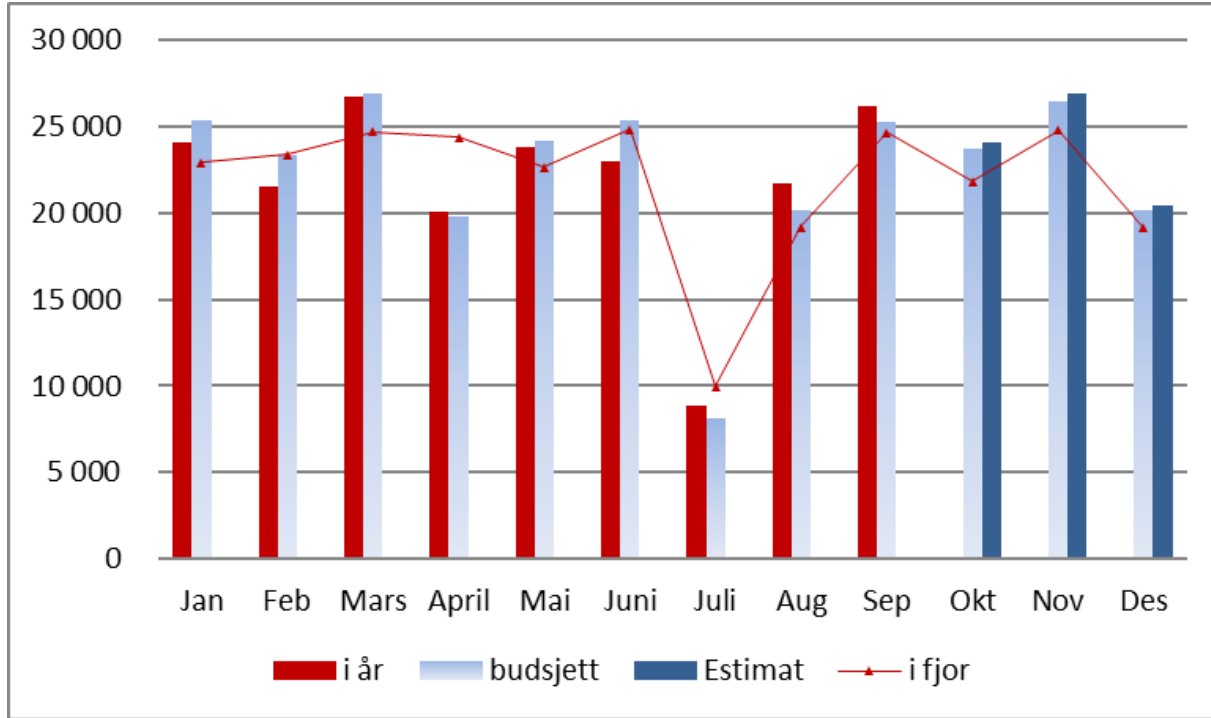
Klinikk	Faktisk Jan	Faktisk Feb	Faktisk Mar	Faktisk Apr	Faktisk Mai	Faktisk Jun	Faktisk Jul	Faktisk Aug	Faktisk Sep	Hittil Faktisk	Hittil Budsjett	Awik Hittil Budsjett - Faktisk	Budsjett	Prognose	Awik
10 - Klinikk Drammen sykehus	183	626	466	504	469	566	177	359	327	3 677	3 798	120	5 818	5 614	204
20 - Klinikk Bærum sykehus	198	211	310	273	176	513	161	247	446	2 536	2 934	399	4 458	3 236	1 222
30 - Klinikk Ringerike sykehus	30	61	170	99	107	228	58	116	61	930	1 218	288	1 843	1 267	576
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	29	40	52	55	66	26	122	46	40	476	777	300	1 180	741	439
50 - Klinikk for Intern service	43	80	24	164	264	36	123	158	54	944	1 281	336	1 946	1 248	697
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	391	993	734	714	1 205	1 349	345	584	978	7 294	7 861	567	11 918	9 558	2 360
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	87	5	282	36	1 240	376	299	118	332	2 776	1 405	- 1 371	2 135	2 811	- 676
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	100	120	196	345	350	176	121	123	376	1 905	2 266	362	3 443	2 141	1 302
Staber og felleøkonomi	21	228	172	380	1 175	222	6	258	340	2 801	3 374	573	5 124	3 631	1 493
Totalsum	1 083	2 363	2 406	2 570	5 052	3 492	1 411	2 009	2 953	23 339	24 913	1 574	37 863	30 247	7 616

VVHF totale antall DRG-poeng

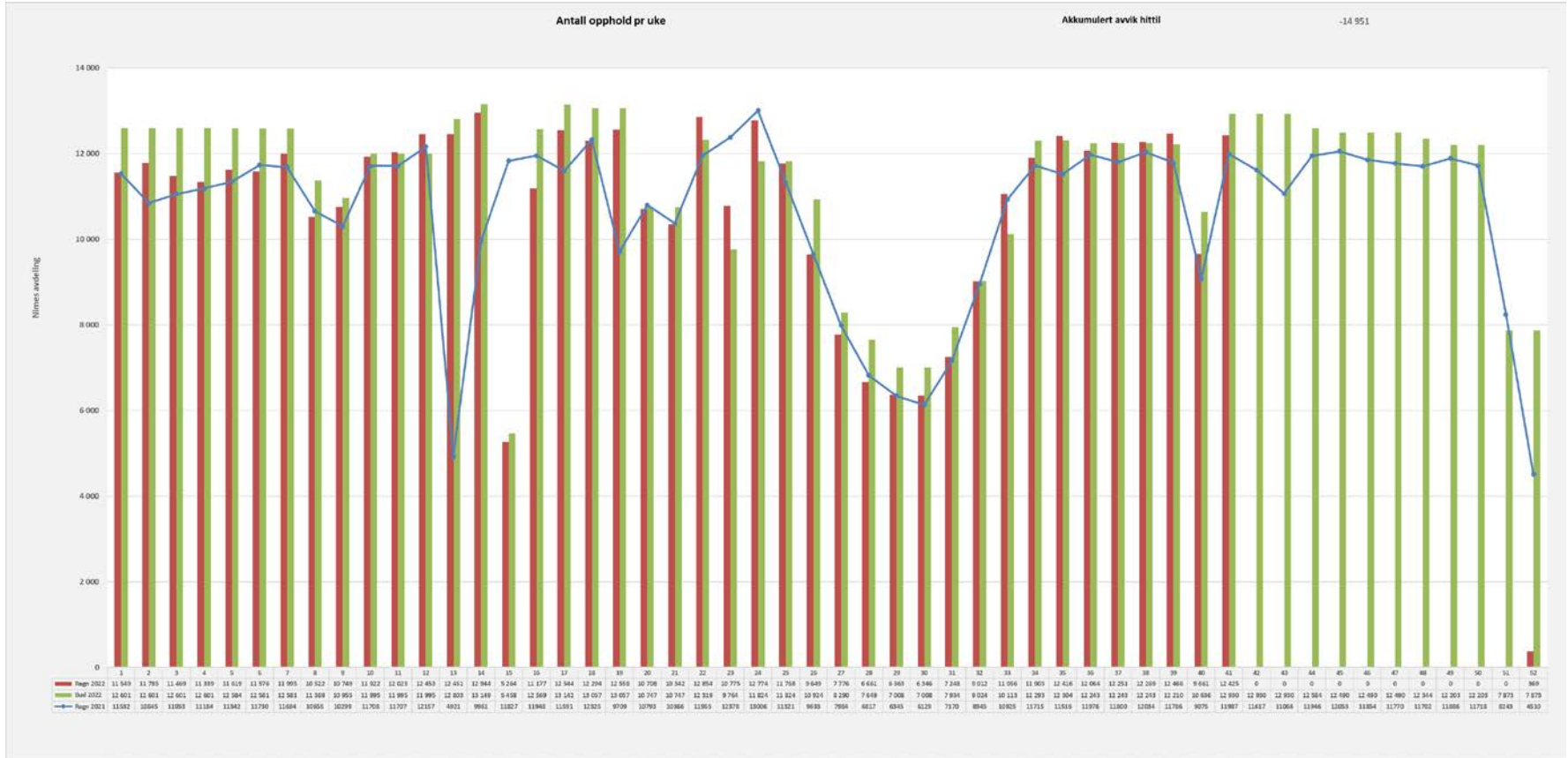
døgn, dag og poliklinikk, fra egen og andre regioner



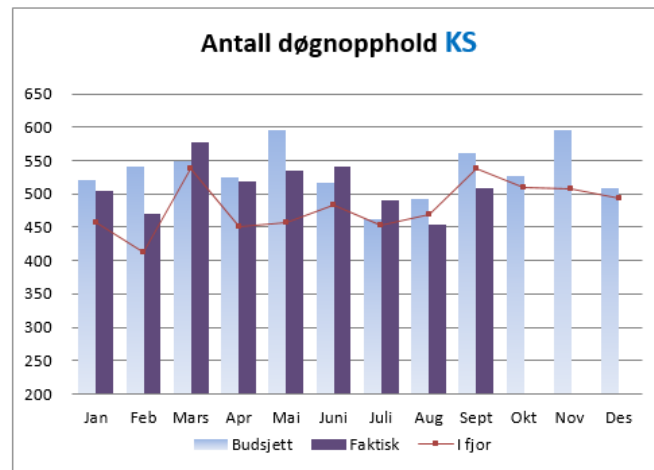
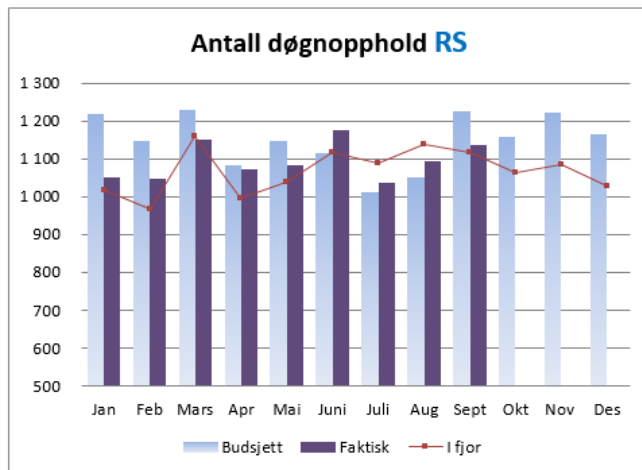
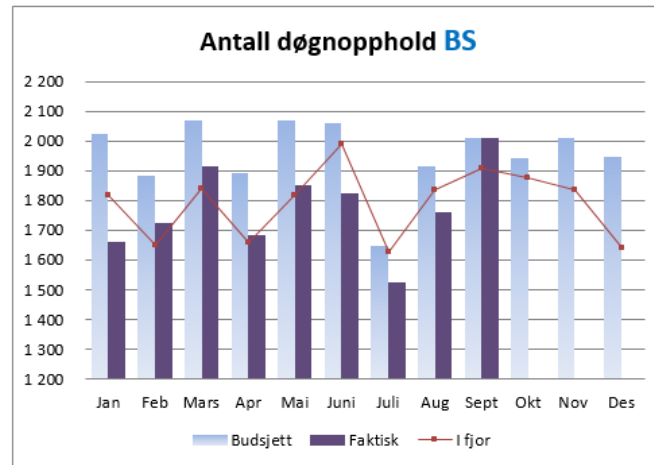
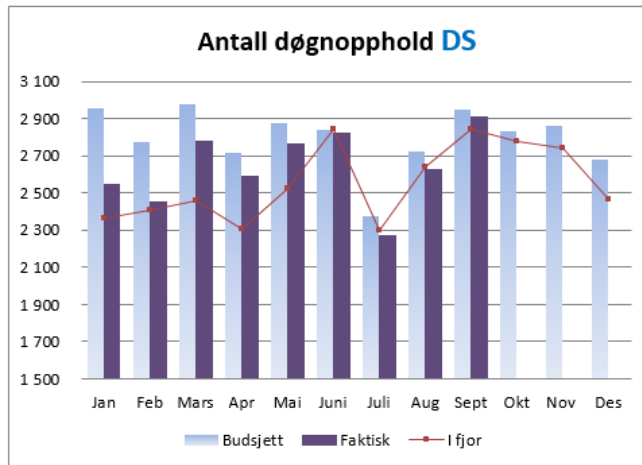
Poliklinikk PHR totalt



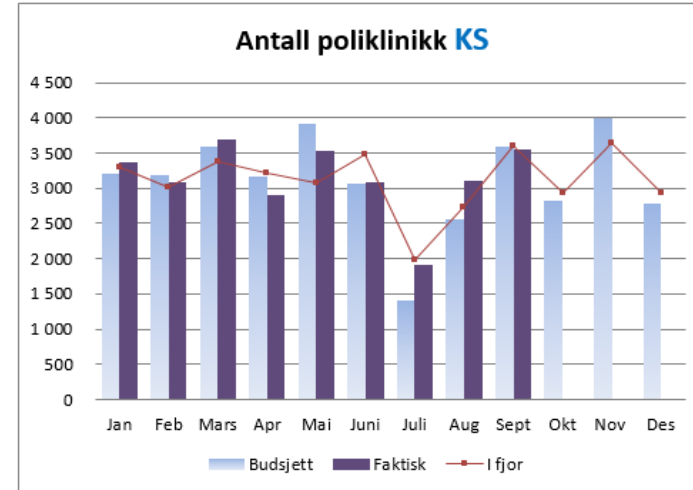
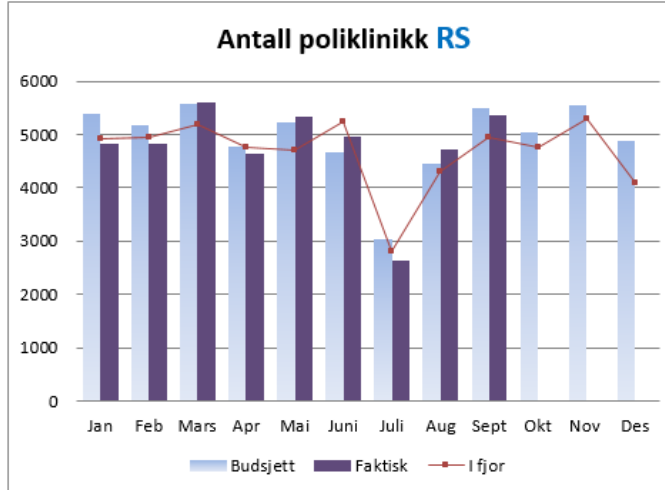
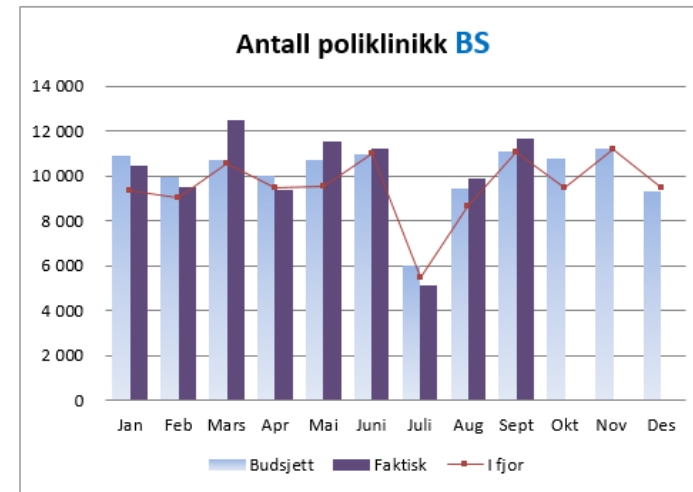
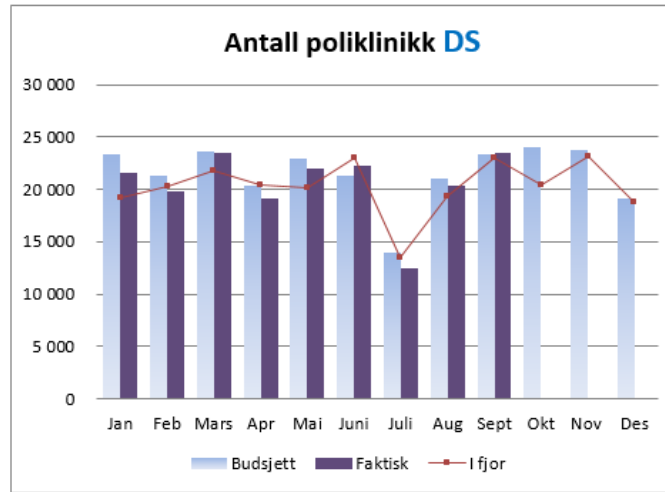
Utvikling pr uke somatikk- antall opphold totalt



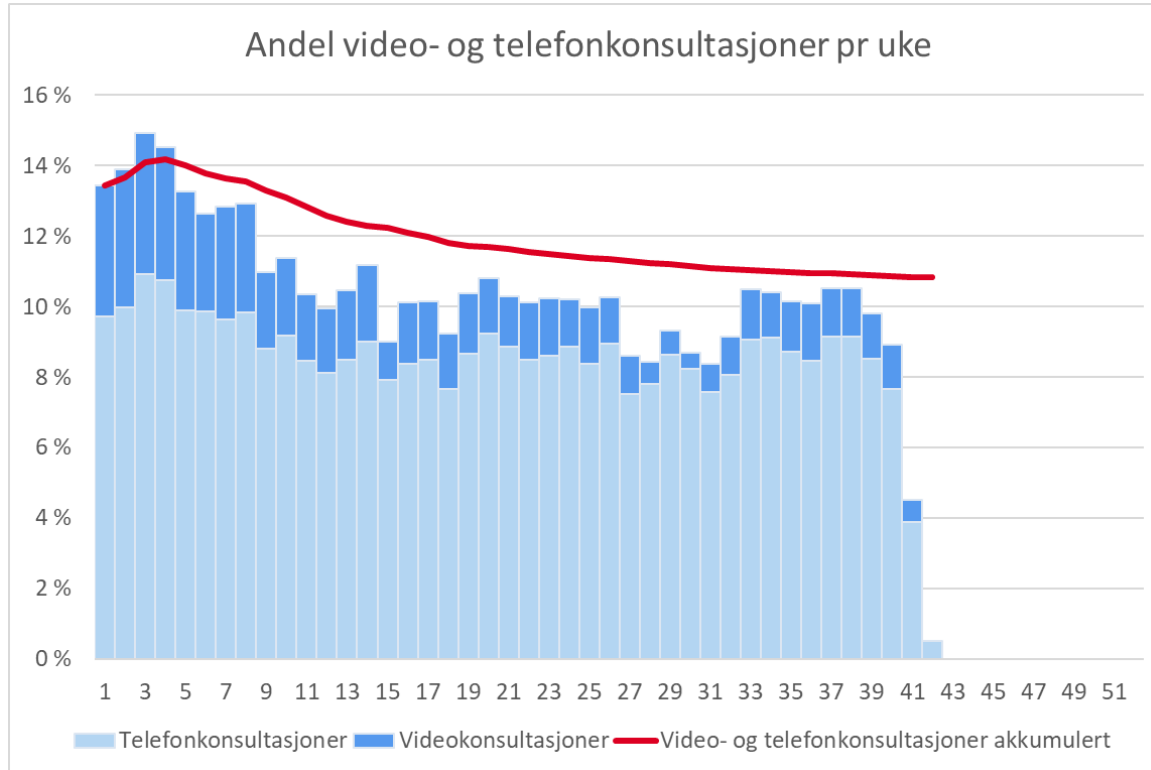
Antall døgnoophold



Antall polikliniske konsultasjoner

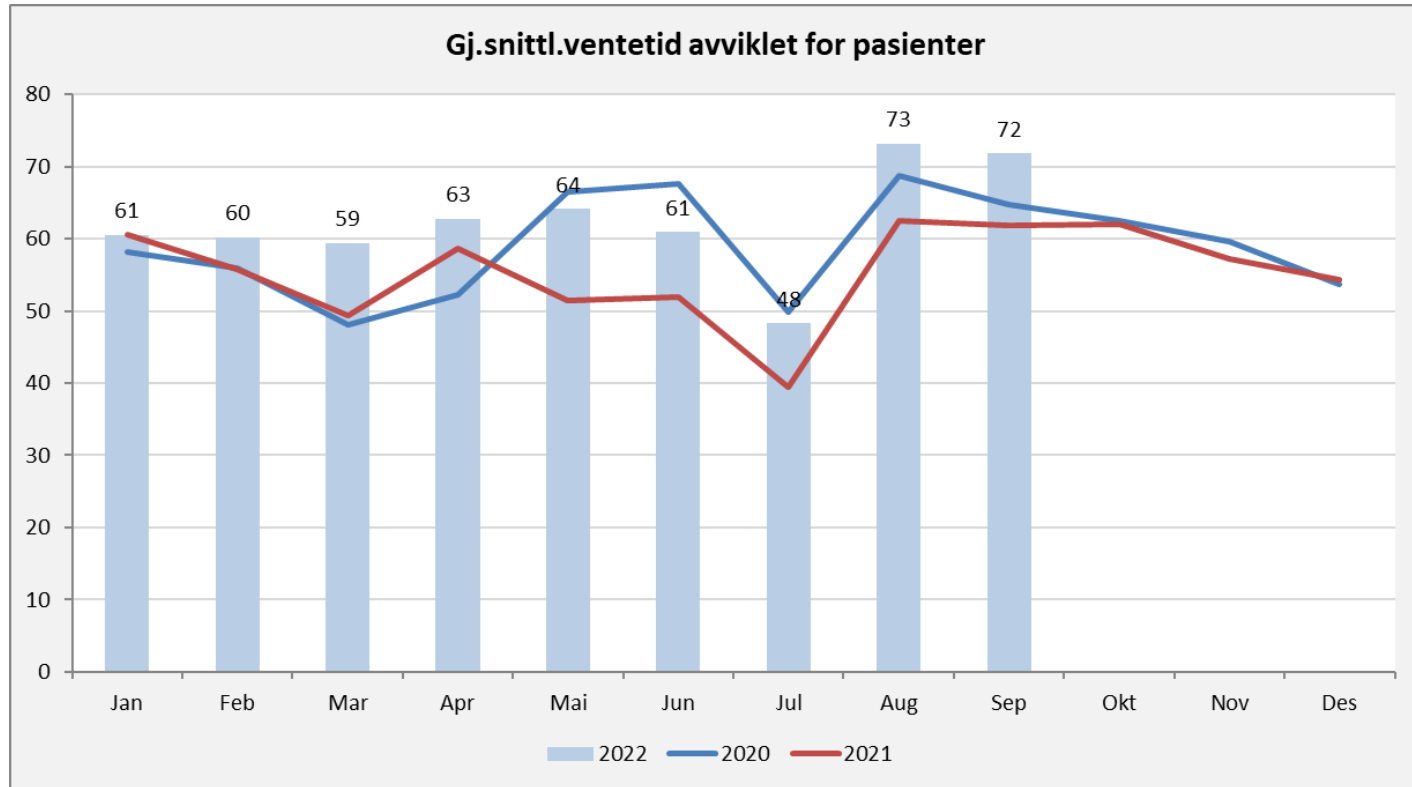


Telefon- og videokonsultasjoner

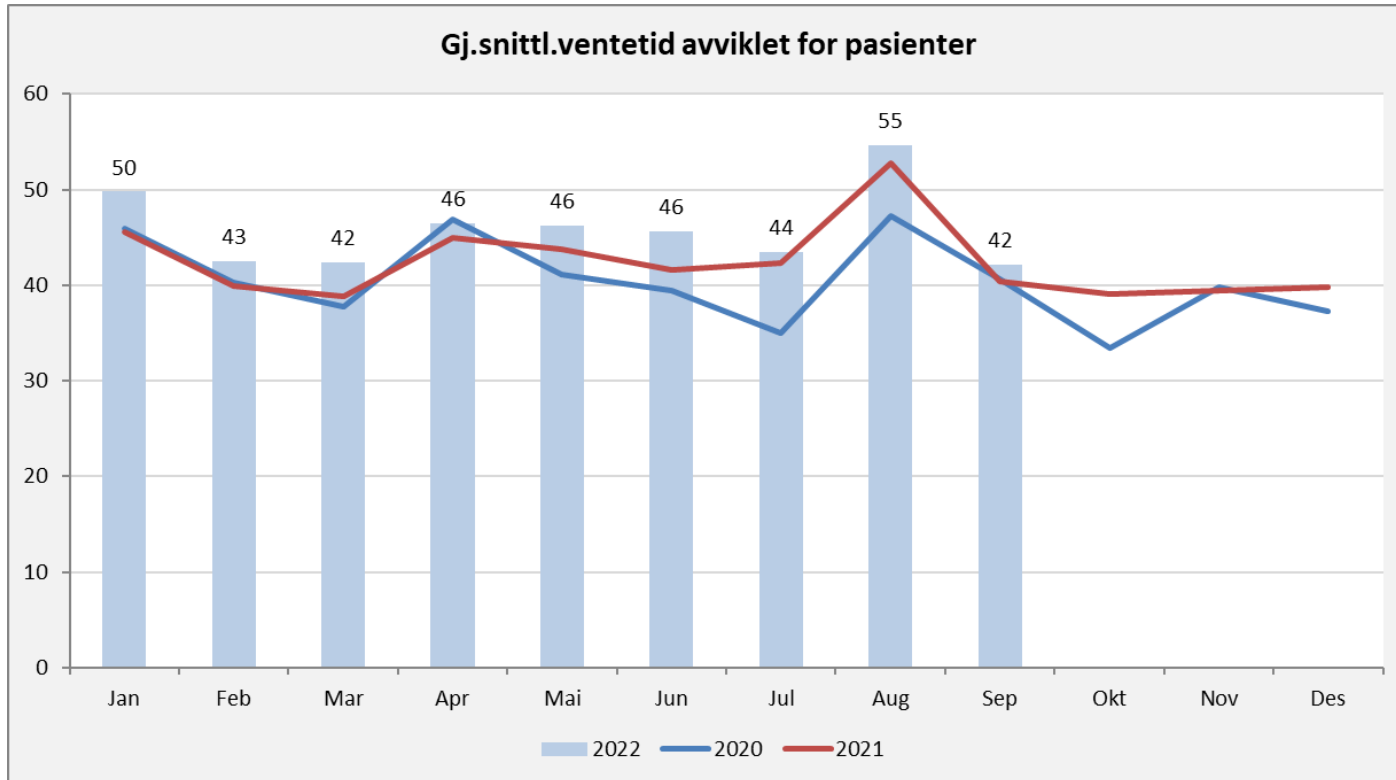


Oppdaterte tall tom. Uke 40

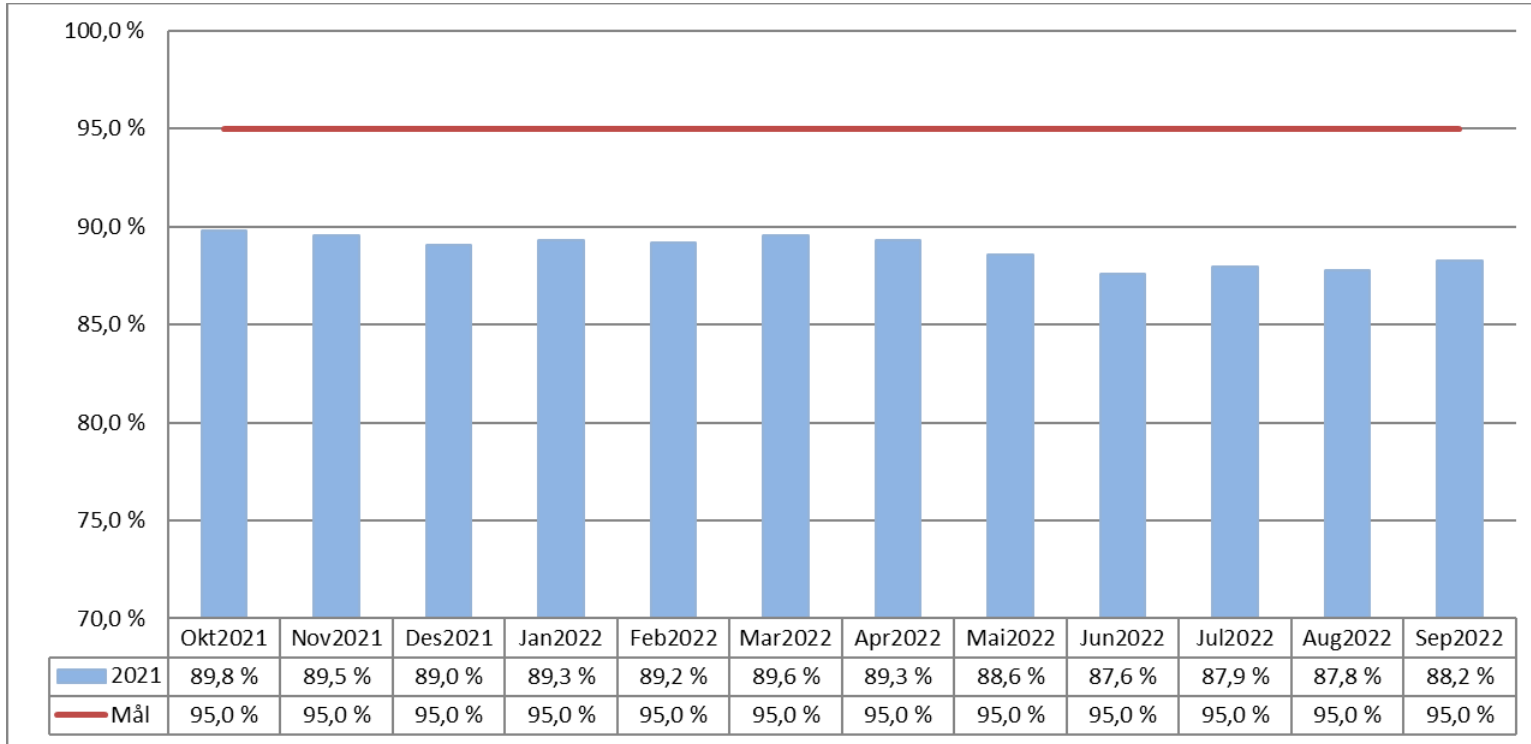
Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp somatikk



Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR



Andel pasientavtaler overholdt



Dato: 24.10.2022
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

NOTAT

Til: Styret i Vestre Viken HF
Fra: Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll

Orientering om statsbudsjettet 2023 og resultatkrav 2023

Forslag til Statsbudsjett for 2023 ble fremlagt 6. oktober 2022. I den anledning kalte Helse Sør-Øst RHF inn til et orienteringsmøte der de fremla en presentasjon som oppsummerte hovedpunktene.

Regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken:

- God helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn
- Gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet
- Helse- og omsorgstjenesten er et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp
- Bærekraftig og rettferdig ressursbruk
- Helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer

Regjeringens hovedmål er å videreutvikle og styrke vår felles helsetjeneste, og motvirke sosiale og økonomiske helseforskjeller. Vi skal skape et helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en helsetjeneste som gir god hjelp, behandling og omsorg til befolkningen i hele landet.

Styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2023 samles i følgende hovedområder:

- Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp
- Teknologi og digitalisering
- Organisasjon og økonomi

Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- Opptrappingsplan for psykisk helsevern som skal styrke behandlingstilbudet til psykisk syke, planen skal ferdigstilles i 2023.
- Forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet i 2023
- 150 mill. kroner til å øke døgnkapasiteten for barn, unge og voksne i psykisk helsevern i 2023.
- Helsesatsingen i barnevernet skal videreføres og styrkes.

- Arbeidet med å tilby vurderingssamtale til alle som henvises til psykisk helsevern videreføres.
- Det er særlig krevende å rekruttere spesialister, både psykiatere og psykologspesialister. Å legge til rette for å utdanne, rekruttere og beholde relevant personell for denne pasientgruppen vil være en viktig oppgave for regionale helseforetak.

Økt grunnfinansiering

Det foreslås 700 millioner kroner i økt grunnfinansiering

- 550 millioner kroner som skal gi rom for vedlikehold, investeringer, beredskapsarbeid og satsing på intensivkapasitet
 - Helse Sør-Øst RHF sin andel utgjør 281,7 millioner kroner
- 150 millioner kroner til døgnbehandling i psykisk helsevern for barn, unge og voksne
 - Helse Sør-Øst RHF sin andel utgjør 76,8 millioner kroner

RHF-ene vil få i oppdrag at ventetiden ikke skal øke i 2023 sammenlignet med 2022.

Koronamidler

Kompensasjon for pandemi i 2022 er ikke videreført i 2023.

Aktivitetsforutsetninger

Budsjettet legger til rette for en generell vekst i pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten på om lag 1,5 % i 2023 fra saldert budsjett 2022.

- 2022: 1,4 % vekst
- ØLP 2023: 1,7%

Den demografiske utviklingen kan tilsi en aktivitetsvekst i sykehusene på 1,3 % nasjonalt.

Økt basisramme for Helse Sør-Øst RHF utgjør 702,5 millioner kroner.

- Forutsatt 620 millioner kroner i ØLP 2023 (basisrammeandel 50%)

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private aktører.

Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering.

Budsjettet legger til rette for en vekst innen poliklinisk aktivitet i helseforetakene på 2,5 % for laboratorier og radiologi

- 2022: 2,7%

For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering legges det til rette for en vekst på om lag 1,4 % fra saldert budsjett 2022

- 2022: om lag 1,3 %

Dette innebærer noe lavere forventet vekst enn lagt til grunn i siste ØLP. ØLP 2023 – 2026 la til grunn vekst i pasientbehandlingen på 1,8 % i 2023 for somatikk og ca. 2,2 % for PHR. Med lavere forutsetning om aktivitetsvekst tilføres også foretaket en lavere basistildeling enn forutsetningen i siste ØLP. Endelig vurdering av vekst i aktivitet følges opp i forbindelse med budsjett 2023.

Endringer i ISF-ordningen

Andelen innsatsstyrt finansiering innenfor somatikken foreslås redusert fra 50 prosent til 40 prosent fra 2023.

- Forslaget innebærer at det flyttes 8 552,8 millioner kroner fra ISF-ordningen til basisramme, hvorav 4 611,3 mill. kroner til basisbevilgning for Helse Sør-Øst RHF.
- Det foreslås at rehabilitering i ISF-ordningen utvides. For Helse Sør-Øst RHF innebærer det at det flyttes 25,1 millioner kroner fra basisramme til ISF-ordningen.
- Ingen endring i ISF-andelen av aktivitetsbasert finansiering innen psykisk helsevern og TSB.
 - ISF-andelen anslås å være 25 prosent i 2023
- Avtalespesialistenes aktivitet er fremdeles ikke inkludert i ISF-ordningen.

Det forventes at HSØ fordeler økning i basis knyttet til omleggingen av ISF for somatikken gjennom behovskomponenten i inntektsmodellen. Samme prinsipp ble benyttet ved forrige omlegging. Effekten for foretaket henger sammen med hvordan foretaket faktisk tilbyr helsetjenester i tråd med hva behovskomponenten tilsier. Dette vil variere mellom fagområdene. Vestre Viken HF vil vurdere modell for intern fordeling i fbm. budsjettarbeidet.

Lønns- og prisregulering

Anslått kostnadsvekst for 2022 (deflatoren) er nå oppjustert fra 2,7 prosent i Saldert budsjett 2022 til om lag 4,9 prosent ifb. Prop. 1S (2022-2023). Deflator i budsjett 2023 er satt til 3,8 prosent.

Det er lagt til grunn en samlet lønns- og prisvekst på 3,8 % fra 2022 til 2023, herav lønn 4,2 % (andel 70 %) og pris 3,0 % (andel 30 %).

Den økte pris- og lønnsveksten i 2022 kompenseres ikke i 2023 og blir dermed et indirekte effektiviseringskrav. Økt lønnsvekst i 2022 er beregnet til ca. 32 MNOK for Vestre Viken HF, helårseffekt 2023 blir i underkant av 40 MNOK. Økte priser for 2022 på varekostnader eksklusiv medikamentkostnader er foreløpig beregnet til ca. 48 MNOK. I tillegg er det beregnet merkostnad for økte energipriser på ca. 30 MNOK i 2022. Disse forholdene gir en økt utfordring i forhold til forutsetningene for resultatkravet i ØLP. Det er anslått en høyere prisutvikling i 2023 enn det statsbudsjettet tar høyde for. Det foreslås at budsjett 2023 legger til grunn den prisvekst som er forutsatt i statsbudsjettet.

HSØ har presentert konsekvenser for energikostnadene i 2023 om prisnivået fortsetter inn i 2023. Dette ble også vist for styret i forbindelse med presentasjonen fra klinikk for interne servicetjenester i styreseminaret i september. Dersom prisnivået i 2022 fortsetter inn i 2023 kan foretaket forvente en merkostnad sammenlignet med tidligere år på omkring 130 MNOK. Det vil foreslås at budsjettet baserer seg på den prisvekst som er lagt til grunn i statsbudsjettet.

Enhetspris ISF somatikk er satt til 49 484 kroner

- Enhetsprisen ISF innenfor psykisk helsevern og TSB er satt til 3 480 kroner
- Betalingsatsen for kommunene for utskrivningsklare pasienter prisjusteres til 5 508 kr i 2023

Midler til økt aktivitetsvekst og grunnfinansiering

Det foreslås 2 000 millioner kroner til økt aktivitetsvekst og 700 millioner kroner i økt grunnfinansiering. Korrigert for effektiviseringskrav på 263 millioner kroner, foreslås det å øke driftsbevilgningene til sykehus med 2 437 millioner kroner i 2023.

Det forventes at HSØ vil fordele midlene etter behovskomponenten i inntektsmodellen.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen)

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen videreføres ikke, men det settes et generelt effektiviseringskrav, jf. avsnittet overfor. 263 millioner kroner foreslås anvendt slik:

- 52 millioner kroner fra laboratorie- og røntgentjenester (post 77): *For ytterligere å stimulere til økt effektivisering, underreguleres de aktivitetsbaserte refusjonene for laboratorie- og radiologiområdet med 51,6 mill. kroner, utover øvrige budsjettiltak.*
- 201 millioner kroner: for å styrke andre prioriterte tiltak
- 10 millioner kroner: underregulering av tilskudd

Resultatbasert finansiering

Resultatbasert finansiering erstattet den tidligere ordningen med kvalitetsbasert finansiering fra budsjettåret 2022. Formålet med ordningen er å stimulere til ønsket tjenesteutvikling, med vekt på samhandling og digitalisering

HOD foreslår sju indikatorer som vektet ulikt, ut fra antall observasjoner:

- Andel video- og telefonkonsultasjoner
- Andel pasienter med digital skjemabasert oppfølging og monitorering
- Andel pasienter med gjennomført nettbasert behandlingsprogram
- Andel pasienter med samarbeidsmøter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten innen psykisk helsevern og rusbehandling
- Andel pasienter med teambasert oppfølging (for eksempel ACT-/FACT-team)
- Andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan
- Andel epikriser sendt innen samme dag

I fordelingen for 2023 er det data for 1. tertial 2022 som benyttes. Det tas sikte på å gjennomføre en avregning i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2023.

- Helse Sør-Øst RHF får reduserte inntekter med 27,7 millioner kroner sammenlignet med en fordeling av midlene til resultatbasert finansiering etter inntektsmodellen.
- «Helse Sør-Øst har jevnt over god måloppnåelse, men enkelte indikatorer trekker ned resultatet».

HSØ har forespurt om grunnlag for fordelingen slik at tiltak kan iverksettes på riktige områder. HSØ viser svakere oppnåelse av resultater på blant annet områdene samarbeidsmøter og andel schizofrenidiagnostiserte som får individuell plan. Det er ønsket fremlagt en tilsvarende oversikt over hvordan foretakene i regionen bidrar til resultater.

Utdanningsstillinger for spesialsykepleiere

Ved Stortingets behandling av Prop. 51 S (2021-2022) ble det bevilget midler til å opprette minst 200 nye utdanningsstillinger for spesialsykepleiere innen anestesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK).

- Det foreslås 199 millioner kroner i helårseffekt til tiltaket i 2023, hvorav 107,3 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF.
- Utdanningsstillingene skal opprettes i tillegg til eksisterende utdanningsstillinger og med grunnlag i en dokumentert behovsanalyse og plan for personell og kompetanse på kort, mellomlang og lang sikt.

Dette innebærer at Vestre Viken HF forventer å bli tilført midler til styrking av utdanning i tråd med planene som lå til grunn for ØLP 2023 - 2026.

Fritt behandlingsvalg

Regjeringen tar sikte på å avvikle godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg fra 2023. Det planlegges å fremme en sak for Stortinget i løpet av høsten 2022.

- Alle pasienter i spesialisthelsetjenesten skal fremdeles kunne velge mellom offentlige tilbud, og private tilbud som de regionale helseforetakene har anskaffet gjennom anbud.
- De regionale helseforetakene skal påse at pasientene får videreført de tilbud de har behov for når ordningen avvikles.
- Avviklingen av godkjenningsordningen vil ikke ha bevilgningsmessige konsekvenser for de regionale helseforetakene. En avvikling innebærer derfor at midlene de regionale helseforetakene i dag bruker på pasientbehandling i denne ordningen, kan omprioriteres til pasientbehandling i egenregi eller gjennom kjøp fra private aktører gjennom anbud.

Budsjetterte kostnader for FBV somatikk er i 2022 15 MNOK. For psykisk helse og rus er det budsjettert 24 MNOK i 2022. Prognosen for 2022 er høyere enn budsjettert med totalt ca. 3 MNOK for somatikk og 5 MNOK for psykisk helse og rus.

Det vurderes hvordan foretaket skal planlegge for at denne aktiviteten må forventes overført til virksomheten i foretaket.

Andre endringer i basisramme

- Økt gebyr for manglende fremmøte til somatisk poliklinikk, reduksjon med 32,2 millioner kroner
 - Det foreslås å øke gebyret til å utgjøre fire ganger egenandelens størrelse. Forslaget innebærer en samlet innsparing tilsvarende 59,7 millioner kroner, for de regionale helseforetakene. Det foreslås ingen endringer av gebyret innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Erfaringene i Vestre Viken HF er at vi har omfattende tap på fordringer knyttet til fakturerte egenandeler for ikke møtt. Det viktigste tiltaket er derfor å forebygge at pasienten ikke møter til behandling. Utfordringen er selvsagt at Statsbudsjettet trekker i rammetildelingene for økte inntekter knyttet til økte gebyrer.

Resultatkrav 2023

Arbeidet med budsjett for 2023 pågår, og det konstateres at det vil bli ekstra krevende å tilpasse virksomheten til forutsetningen fra siste ØLP. Det vurderes om det er realistisk å opprettholde resultatkravet på 263 MNOK. Manglende kompensasjon for økt lønnsvekst, prisvekst, rentekostnader og energipriser i 2022 utover budsjettforutsetningene, medfører en svekket styringsfart inn i 2023 som foretaket selv må finne tiltak for. Disse forholdene er beregnet til 110 MNOK for 2022. I tillegg er det risiko for fortsatt høye energipriser i 2023 som treffer foretakene som følge av at sikringsavtaler i HSØ utløper og erstattes på høyere prisnivåer.

Det er også betydelig risiko for at arbeidet med omstillingstiltak etter koronapandemien krever tid. Resultatene så langt i 2022 gir foreløpig ikke tilstrekkelig signaler på endring i styringsfarten. Samtidig er resultatene i september fortsatt preget av sommerferieavvikling med høye kompensasjonsordninger og dyr innleie. Brutto bemanning i oktober skal ikke ha med seg særlige effekter av sommerferien og ligger slik sett altfor høyt i forhold til styringsrammene.

Oppsummering

Notatet omfatter kun de områdene som forventes å ha større betydning. Det er andre større og mindre endringer som ikke forventes å gi vesentlig utslag på finansieringsforutsetningene for 2023.

Utfordringene inn mot 2023 omhandler nødvendige omstillingstiltak, spesielt i somatikken, fortsatt høyt aktivitetsnivå innen døgnbehandling i psykisk helse og rus som ikke møtes av inntekter, fortsatt høyt prisnivå uten kompensasjon, risiko knyttet til omleggingen av ISF finansieringen, samt fortsatt økt vekst i behandlingshjelpemidler, pasientreiser og ambulansetransport. Det er risiko for at økonomisk effekt av omstillingstiltak ikke oppnås tidlig i 2023.

Planlagt resultatnivå for 2023 en forutsetning for å kunne opprettholde investeringsnivået, samt oppfylle kravet til egenfinansiering av nytt sykehus i Drammen. Vurdert ut fra dagens situasjoner det en reell risiko for at resultatmål i ØLP ikke vil oppnås.

Rammetildeling fra HSØ forventes medio november. Det kan fortsatt komme endringer i statsbudsjettet.

Dato: 10. oktober 2022
Saksbehandler: T. Lybeck

Saksfremlegg

Status BRK – programmet. Vedlikehold og oppgradering av sykehusene i Bærum, Ringerike og Kongsberg.

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i Vestre Viken	103/2022	31.10.22

Forslag til vedtak

1. Styret tar saken til orientering.

Drammen, 24. oktober 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Denne saken gir en orientering om BRK-programmet, - prosessen hittil, de konkrete resultatene som er oppnådd, og peker på kommende utfordringer.

Kort oppsummering av styrets behandling:

- Styresak 26/2014 Idéfase nytt sykehus i Vestre Viken. Her ble det vedtatt at Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus må sikres utvikling i tråd med Helse Sør-Østs eiendomsstrategi.
- Styresak 43/2014 i Helse Sør-Øst, Idéfase for prosjekt nytt sykehus i Drammen. I mandat for konseptfasen, legges det til grunn at Ringerike sykehus og Bærum sykehus skal utnyttes fullt ut, og at det skal fokuseres på effektiv arealutnyttelse.
- Styresak 54/2014 ba styret om at det ble lagt frem prosjektmandat for vedlikehold og utvikling av sykehusene på Bærum, Ringerike og Kongsberg.
- Styresak 63/2014 vedtok styret mandatet for Idefase BRK. Investeringsrammene for prosjektet ble foreløpig satt til 1,5 MRD, og innarbeidet i økonomisk langtidsplan, med mål om å ytterligere kvalitetssikret i prosjektarbeidet.
- Styresak 22/2016 vedtok styret å gå videre med BRK-planleggingen fra idefase til forprosjekt innenfor en ramme på 1,6 MRD over ti år.
- Styresak 28/2016 tok styret mandatet for BRK- forprosjekt til etterretning. Ifølge mandatet skulle forprosjektet gjennomføre en endelig prioritering og planlegging av prosjekter innenfor rammen. Dette for å sikre nødvendig vedlikeholds nivå og kapasitetsbehov i 2030.
- Styresak 30/2017 vedtok styret å legge prosjektprogrammet fra forprosjektrapport BRK til grunn for vedlikehold og oppgradering av Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus.

Fra 2017 har BRK prosjektene vært innarbeidet i årlige budsjettammer, og gjennomført som et program med egen styringsgruppe, ledet av administrerende direktør. Programmet inngår i foretakets kritiske portefølje.

Saksutredning

BRK er et prosjektprogram for å innhente oppsamlet etterslep i vedlikehold, og sikre behov for arealkapasitet og kvalitet i 2030 ved sykehusene i Bærum, Ringerike og Kongsberg.

Denne saken orienterer om prosessen fra formell oppstart i 2014 og fram til i dag, samt videre plan for fullføring.

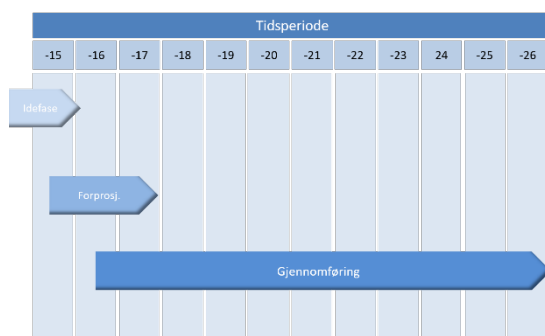


Fig. 1: Overordnet tidsplan

I **idéfase**n i BRK ble kapasitetsbehov 2030 utviklet sammen med Nytt Drammen Sykehus (NDS). Nedenfor er dette vist for BRK-sykehusene.

Kapasitet	Kongsberg sykehus			Kapasitet	Bærum sykehus			Kapasitet	Ringerike sykehus			Hallingdal sjukestugu			
	Dagens kapasitet	Framscre vet 2030	Endring		Dagens kapasitet	Framscre vet 2030	Endring		Dagens kapasitet	Framscre vet 2030	Endring	Dagens kapasitet	Framscre vet 2030	Endring	
Somatikk opphold				Somatikk opphold				Somatikk opphold				Somatikk opphold			
Dagområde	15	6	-9	Dagområde	38	32	-6	Dagområde	12	13	1	Dagområde	0	0	0
Føde, barsel, gyn (Fødestue)	2	2	0	Føde, barsel, gyn (Fødestue)	5	5	0	Føde, barsel, gyn (Fødestue)	2	3	1	Føde, barsel, gyn (Fødestue)	0	0	0
Rehabilitering	0	0	0	Rehabilitering	0	0	0	Rehabilitering	0	0	0	Rehabilitering	0	0	0
Dagintensiv og Intensiv	6	6	0	Dagintensiv og Intensiv	8	11	3	Dagintensiv og Intensiv	6	5	-1	Dagintensiv og Intensiv	0	0	0
Normalsengeområde	63	55	-8	Normalsengeområde	187	183	-4	Normalsengeområde	102	92	-10	Normalsengeområde	12	11	-1
Observasjon	6	5	-1	Observasjon	13	15	2	Observasjon	7	9	2	Observasjon	0	0	0
Somatikk undersøkelse og				Somatikk undersøkelse og				Somatikk undersøkelse og				Somatikk undersøkelse og			
Akuttmottak	7	7	0	Akuttmottak	12	13	1	Akuttmottak	8	9	1	Akuttmottak	0	0	0
Kliniske spesiallaboratorier	11	20	9	Kliniske spesiallaboratorier	23	38	15	Kliniske spesiallaboratorier	12	24	12	Kliniske spesiallaboratorier	0	9	9
Oppvekning	10	10	0	Oppvekning	21	24	3	Oppvekning	10	13	3	Oppvekning	0	0	0
Operasjon	7	7	0	Operasjon	14	16	2	Operasjon	6	8	2	Operasjon	0	0	0
Poliklinikk	17	14	-3	Poliklinikk	35	31	-4	Poliklinikk	18	18	0	Poliklinikk	6	5	-1
Radiologi	4	4	0	Radiologi	9	12	3	Radiologi	4	6	2	Radiologi	2	2	0

Tabell 1: Oversikt over kapasitet - dagens status og framskriving, Kongsberg sykehus

Tabell 2: Oversikt over kapasitet - dagens status og framskriving, Bærum sykehus

Tabell 3: Oversikt over kapasitet - dagens status og framskriving, Ringerike sykehus og Hallingdal sjukestugu

Tabell 1,2 og 3: Oversikt over kapasitet, dagens status og framskriving, hhv. Kongsberg, Bærum og Ringerike sykehus

I idéfasen ble det også gjort nærmere analyser av vedlikeholdsbehovet. I 2016 hadde mer enn tre fjerdedeler av arealene i BRK-sykehusene for dårlig teknisk tilstand. Etterslepet var kostnadsberegnet til 1,523 MRD, fordelt som vist under.

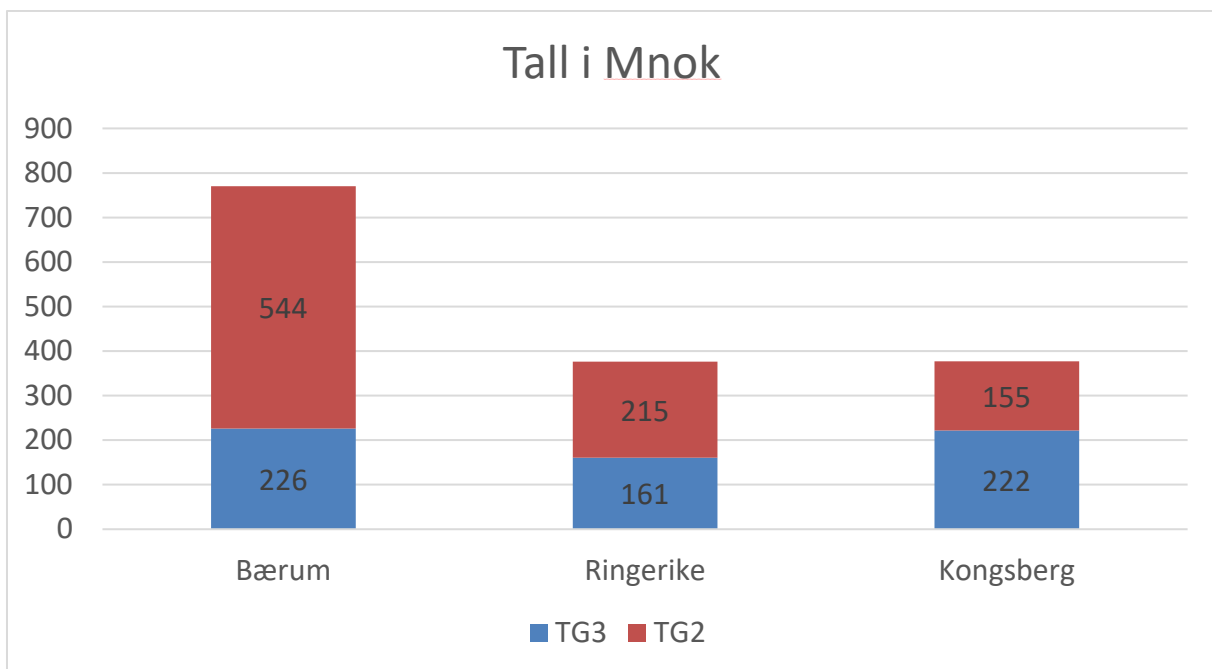


Fig. 2: Vedlikeholdsetterslep i kroner

For å kunne gjennomføre mest mulig av både teknisk oppgradering og ombygging innenfor den tilgjengelige kostnadsrammen, ble det planlagt for at ombygging i størst mulig grad skulle gjennomføres i arealer med dårligst teknisk tilstand.

	Bærum sykehus	Kongsberg sykehus	Ringerike sykehus	HSS
Total areal	60 347	25 518	36 602	*
HVORAV:				
Ombygging, inklusive teknisk oppgradering (Lukke TG3 og TG2)	23 057	8 681	8 869	*
Teknisk oppgradering (Lukke TG3)	28 618	8 514	15 937	*

Tabell 4: Arealoversikt med teknisk tilstandsnivå og tiltakstype * Hallingdal sjukestugu inngår i Ringerike.

Idèfasens alternativer er vist i Figur 3.

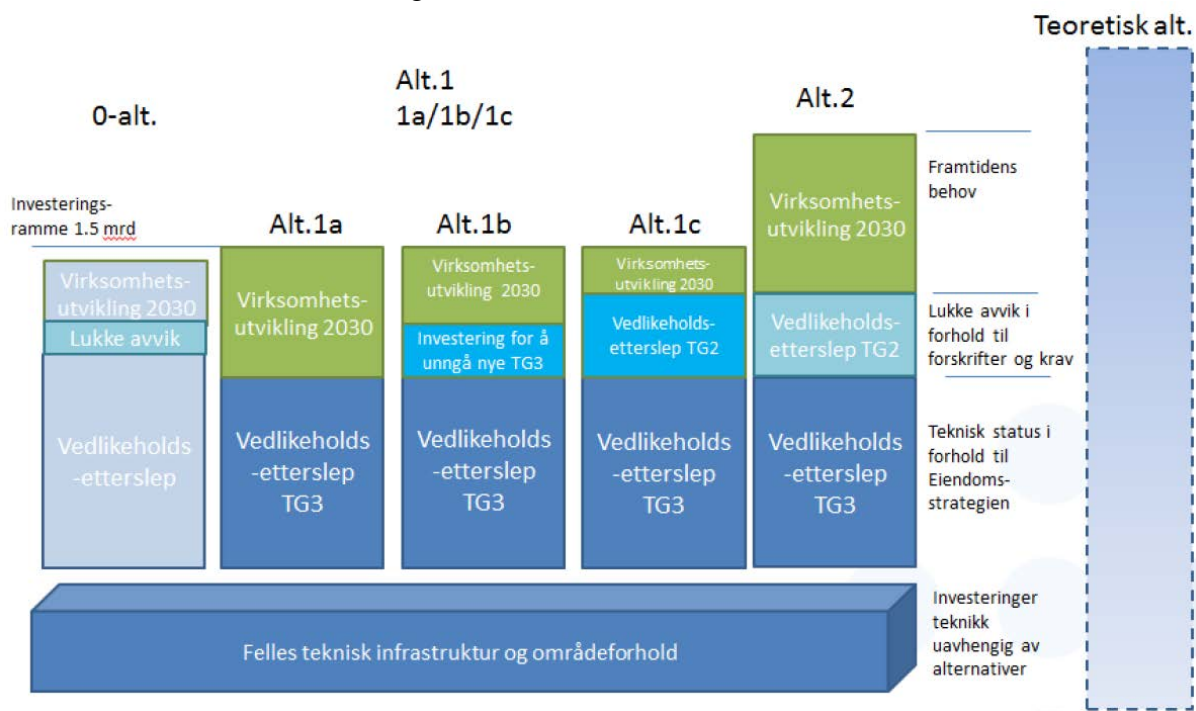


Fig. 3: Idèfasens alternativer

Det ble utredet til sammen seks alternativer i idèfasen. Alle alternativene la til grunn framskrevet kapasitetsbehov for 2030.

Alternativet som ble valgt medfører at vedlikeholdsetterslep med TG2 kun løses i de arealene hvor dette korresponderer med ombygging, slik som vist i tabell 4.

BRK sin økonomiske ramme kunne ikke løse vedlikeholdsetterslepet fullt ut, og 53069 m² vil fortsatt ha TG2. Dette etterslepet vil bestå.

Forprosjektfasen handlet om å utvikle konkrete prosjekter, prioritere disse og sette dem sammen på en måte som ville gjøre det mulig å gjennomføre innenfor økonomiske rammer og drift i sykehusene. Det ble lagt vekt på å se vedlikehold og funksjonell ombygging i sammenheng for å skåne brukerne av byggene mot for mange prosjekter i samme areal, og for å få mest mulig ut av investeringene.

Programmet inneholdt opprinnelig 78 prosjekter som skulle gjennomføres i perioden 2017 -26. Prosjektkalkylene var basert på P50 estimater og et prisnivå per desember 2015. P50 betyr at det er like sannsynlig at det blir rimeligere som dyrere.

I 2015 ble kostnaden for dette beregnet til 1,6 MRD. Med dagens prisnivå ville tallet vært 2,092 MRD.

Antall prosjekter er underveis økt til 81. Blant annet er samling av Bærum BUP på Bærum sykehus lagt inn i programmet. Når det samlede prosjektprogrammet er gjennomført vil BRK-sykehusene ha den forutsatte 2030 kapasiteten sammen med NDS.

I begrepet arealkapasitet ligger forøvrig ikke kun kvantitativ tilnærming til antall rom og arealstandard, men også at arealene er hensiktsmessig utformet for den tiltenkte virksomheten.

Prosjektene som ligger i programmet var også tilstrekkelig til å oppfylle kravet til teknisk tilstand i den daværende eiendomsstrategien til Helse Sør-Øst RHF. Dette forutsetter at ordinært løpende vedlikehold gjennomføres parallelt for å hindre tilbakefall av TG som er utbedret.

Forprosjektet viste at rammen fordeles hhv. 46 %, 27 % og 27 % for Bærum, Ringerike og Kongsberg. I tillegg til rene byggeinvesteringer kommer estimerte utstyrsinvesteringer.

Samlet for BRK sykehusene var investeringsbehovet satt opp som vist nedenfor. Estimatenes for utstyrsrammene er basert på nøkkeltall fra sykehusprosjekter.

Sum BRK	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Sum
Investeringer BRK	90	124	121	121	122	213	210	206	208	187	1 600
Estimat brukerutstyr knyttet mot investeringer i BRK	41	80	18	24	10	23	34	45	61	40	374
Medisinskteknisk utstyr (MTU)	37	57	2	13	3	14	24	35	52	31	269
Informasjons og kommunikasjonsteknologi utstyr (IKT)	1	8	7	6	2	2	2	2	4	4	38
Grunnutrustning (GRU)	2	14	9	4	3	5	6	6	4	5	57
Inventar (INV)	1	0	1	1	1	1	2	2	1	0	9
Sum investeringer inkl. estimat utstyr	131	204	138	145	131	235	243	251	270	226	1 974

Tabell 5: Investeringsbehov med prisnivå desember 2015. (Tall i grått viser fordeling av brukerutstyr).

Eiendomsprosjektene er sett i sammenheng med behovet for utstyr på de tre sykehusene. Med BRK programmet foreligger det et forenklet utstyrsprogram som viser estimerte kostnader for medisinsk teknisk utstyr og annet grunnutstyr, samt når og hvor investeringene vil komme. Dette er en del av grunnlaget for den årlige rulleringen av økonomisk langtidsplan (ØLP).

Prosjektrapporten inneholder også et forenklet overordnet teknisk program (OTP). Dette legger de overordnede føringene for eiers og brukers funksjonskrav til bygnings- og installasjonstekniske løsninger i de tre BRK – sykehusene. OTP skal være en felles referanse for ulike grupper og aktører gjennom hele planleggings- og byggeprosessen i prosjektene. Der det er formålstjenlig og mulig, tas det hensyn til standardiseringsbehov i forhold til tekniske løsninger som er utviklet som en del av konseptfasen til NSD.

Gjennomføringsfasen har pågått siden 2017.

Av de 81 prosjektene som står på planen, er 27 gjennomførte, og 21 pågår. Prosjekter som løser både arealkapasitet og vedlikehold er i utgangspunktet forsøkt prioritert langt fram i tidsplanen, mens rene vedlikeholdsprosjekter i større grad er lagt til de siste årene. Unntak fra dette er der hvor risikovurderinger tilsier at vedlikehold må prioriteres. Et eksempel er prosjektene for oppgradering til sikker strømforsyning på de tre sykehusene.

Det har vært noen omprioriteringer i rekkefølgen underveis.

På Kongsberg er oppgradering av operasjonsavdelingen, akuttmottaket og radiologisk avdeling prioritert tidligere, mens sengeposter er prioritert tilsvarende senere.

På Ringerike er de relativt store prosjektene for å oppgradere radiologisk avdeling, poliklinikker og dagbehandling av tekniske grunner slått sammen og gjennomføres trinnvis, areal for areal.

På Bærum er det utført et omfattende arbeid for å revurdere om det er riktig å prioritere store deler av rammen til ombygging for enerom i sengepostene. Det sees nå på løsninger for å prioritere poliklinikker, operasjonsavdeling, radiologi og akuttmottak noe høyere.

Felles for alle tre sykehusene var at det under pandemien vanskelig både å planlegge og bygge i pasientnære arealer. Det ble gjort endringer i prosjektrekkefølgen for å opprettholde framdrift i BRK. Rene vedlikeholdsprosjekter i områder som tekniske rom, garderober, fasader, tak mm. ble da prioritert, mens særlig sengepostprosjektene på Kongsberg og Bærum måtte utsettes.

I den siste to-års perioden har også økningen i byggekostnader vært uforutsigbar og langt høyere enn forutsatt. I følge SSB er økningen i materialkostnader siste året på 15,4 %, mens det i enkelte av BRK-prosjektene er opplevd langt høyere økning i mottatte tilbud, over 30 %. Dette har naturligvis ikke vært mulig å innarbeide i finansieringen, og har bidratt til at prosjekter har blitt skjøvet på.

Som følge av disse forholdene er framdriften nå om lag 15 % bak tidsplanen. Det betyr at programmet sannsynligvis ikke kan ferdigstilles før et stykke inn i 2028. Det forutsetter at det blir mulig å innarbeide finansiering av fremtidig prisutvikling i byggekostnadene i budsjettene.

Planen virker. Resultatene av å gjennomføre systematisk arbeid for å innhente vedlikeholdsetterslep og oppgradere arealene etter en langsiktig plan er merkbare. Det framgår av tabell 6 og figur 4.

Periode	Antall TG3
2016	1148
2017	982
2018	935
2019	911
2020	905
2021	860

Tabell 6: Antall TG3 i hvert år

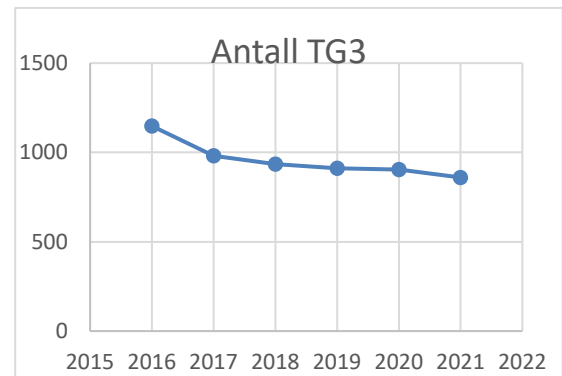


Fig. 4: Utvikling i antall TG3 fra 2016 - 2021

I helseforetakene i Helse Sør Øst måles arealvektet teknisk tilstandsgrad. Vestre Viken har en dårlig teknisk tilstand, men utviklingen er positiv siden gjennomføringsfase BRK startet. Dette framgår ganske tydelig av tabell 7 som viser utvikling av arealvektet teknisk tilstand i foretakene i Helse Sør Øst over en fireårs periode. En negativ utvikling av teknisk tilstand tilsvarer i prinsippet å tære på foretakenes egenkapital. I utredning av nasjonal modell for verdibevarende vedlikehold og internhusleie ble det vurdert at arealvektet TG 1,2 er det økonomisk optimale nivået.

Helseforetak	Vurdert Areal	Tilstand 2017	Tilstand 2020	
Akershus universitetssykehus HF	268 240	1,44	1,60	TG 2
Oslo universitetssykehus HF	921 961	1,78	1,85	TG 2
Sørlandet sykehus HF	243 529	1,53	1,64	TG 2
Sunnaas sykehus HF	27 795	1,47	1,47	TG 1
Sykehuset i Vestfold HF	183 875	0,98	1,17	TG 1
Sykehuset Innlandet HF	309 358	1,39	1,41	TG 1
Sykehuset Østfold HF	151 115	1,04	1,16	TG 1
Sykehuset Telemark HF	162 710	1,23	1,51	TG 2
Vestre Viken HF	277 062	1,73	1,64	TG 2

Tabell 7: Tilstandsgrader HSØ

Miljøgevinsten ved å rehabilitere de eksisterende byggene i forhold til å bygge nytt er stor. Sykehus er bygget av betong og stål som slipper ut mye CO2 ved produksjon. Ved rehabilitering beholdes og gjenbrukes de eksisterende bærekonstruksjonene.

BRK har derfor bare litt over 20 % av utslippet i forhold til nybygg, noe som betyr 23.000 tonn CO2 ekvivalenter «spart».

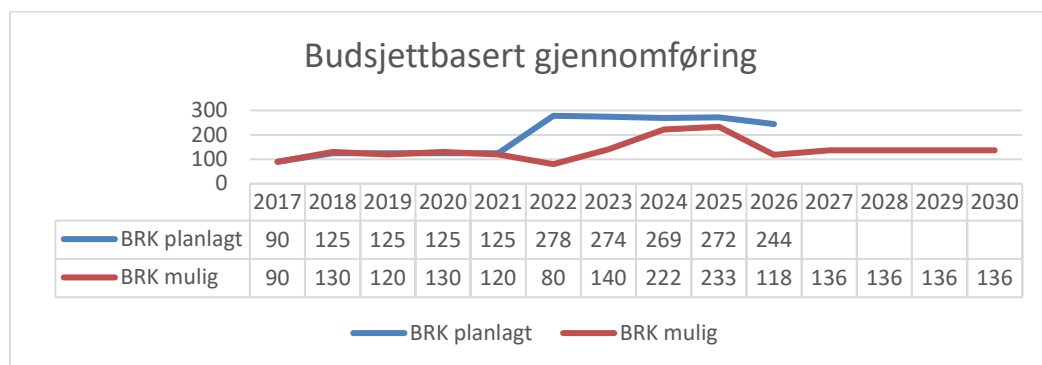
Kommende utfordringer

Det virker i dagens økonomiske situasjon dessverre vanskelig å finansiere programmet i den takten som ligger i opprinnelig plan. Det ser derfor ut til at kombinasjonen av høyere prisstigning og lavere prosjektfinansiering gjør at 2023 blir et år med oppstart av langt færre prosjekter enn planlagt.

Dette skyldes at økningen i byggekostnader er så mye høyere enn prisjustering av foretakets budsjett, slik at nivået på ØLP for de påfølgende årene ikke er nok til å dekke de årlige – økte-kostnadene for det planlagte programmet etter 2022. Programperioden forventes forlenget med minimum to år, sannsynligvis mer.

Resultatet av dette vil bli at tilstandsgraden – TG - vil øke igjen. En del nødvendig kapasitetsøkning må utsettes, blant annet to nye operasjonsstuer på Ringerike. Konsekvensanalyse av utsettelse og mulige kompenserende tiltak er under arbeid. Det er imidlertid slik at nesten alle gjenværende prosjekter er planlagt fordi de skal lukke TG3 – avvik eller tilpasse arealkapasiteten til forventet nødvendig behandlingsskapasitet.

Figuren under viser hvordan forløpet fram til slutført program vil bli dersom finansieringen fra og med 2024 er tilbake til det planlagte i ØLP.



En tilleggsutfordring i forbindelse med finansiering er prosjekter som vil kreve tre-års entreprisekontrakter som må inngås før oppstart. Dette gjelder nå sengepostprosjektene på Kongsberg og Bærum, og vil binde budsjetter for tre år.

Administrerende direktørs vurderinger

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

Det arbeides for prisjustert finansiering av prosjektprogrammet i tråd med de opprinnelige årlige rammene som forutsatt i planen. Økningene i byggekostnader er imidlertid uforutsigbare, og kan måtte møtes med å skyve prosjekter ytterligere i tid. Det vil bli utarbeidet en konsekvensanalyse, der mulige kompenserende tiltak skal identifiseres.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar saken til orientering, og fortsatt legger prosjektprogrammet BRK til grunn for vedlikehold og oppgradering av Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus. Prioriteringer i kommende års budsjetter vurderes i forbindelse med styrets behandling av budsjett for de respektive år.

Vedlegg: 1. BRK prosjektprogram - visuell fremstilling
 2. BRK prosjektbeskrivelser

BRK Forprosjektrapport

Vedlegg 3, Prosjektprogram - visuell fremstilling

Prosjektnummer: 5202227
Prosjektnavn: BRK Forprosjekt

Revisjon:	Revisjonen gjelder:	Godkjent:	Dato:
A	Utkast for gjennomgang i styringsgruppen	TDL	12.05.2017
B	Endelig versjon	TDL	16.05.2017
Arkivnr:	Utarbeidet av:	Godkjent av:	Dato:
	Line Tharaldsen	Tom D. Lybeck	

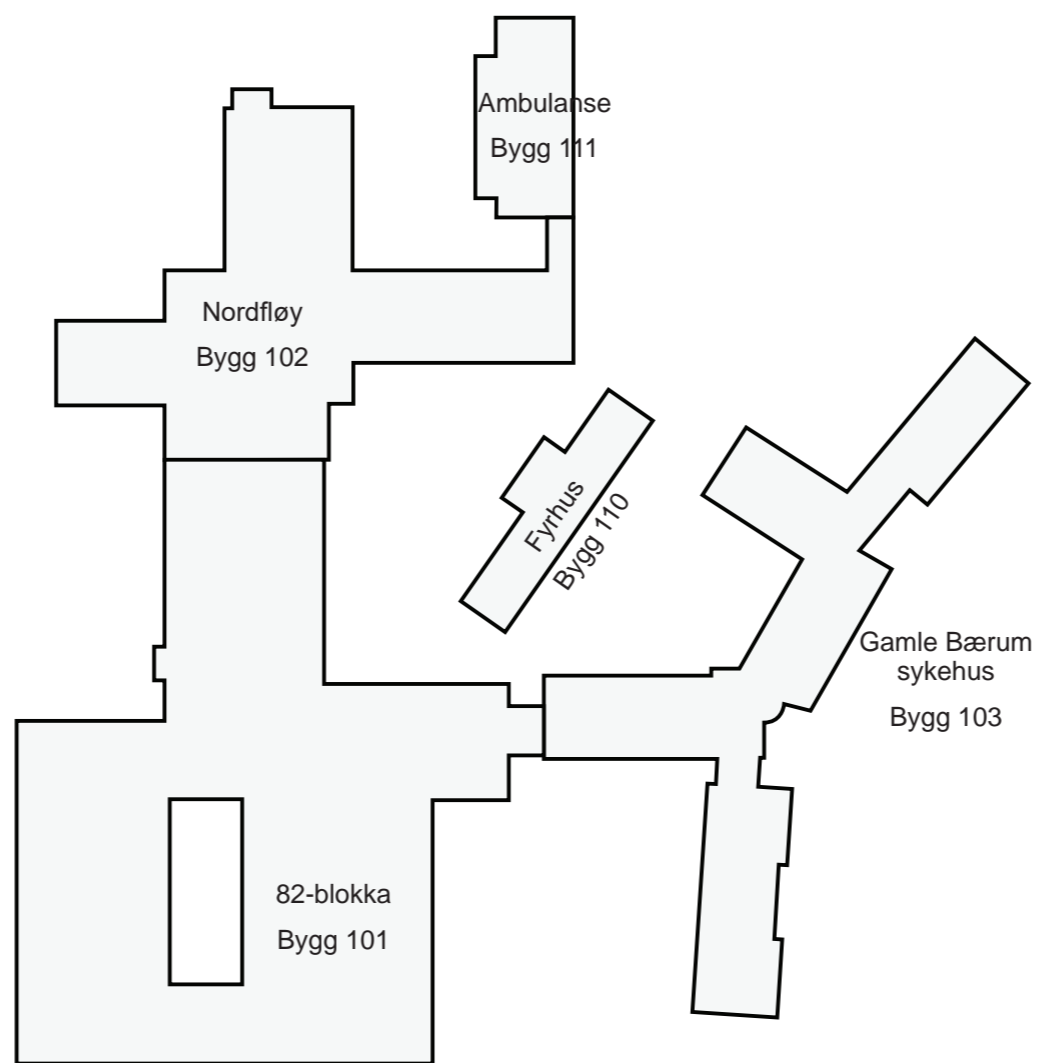
Innhold:

Plantegninger Bærum sykehus

Plantegninger Ringerike sykehus

Plantegninger Kongsberg sykehus

BÆRUM SYKEHUS



TVERRGÅENDE PROSJEKTER:

Prosjekt: **B1 - Ikke-planlagte tiltak**
Lukke TG3-avvik
Areal: Hele sykehuset
År: 2017-2026
Forventet sluttkostnad: 10 MNOK

Prosjekt: **B6 - Sikker strømforsyning**
Lukke TG3-avvik
Areal: Hele sykehuset
År: 2017-2018, 2025
Forventet sluttkostnad: 36,3 MNOK

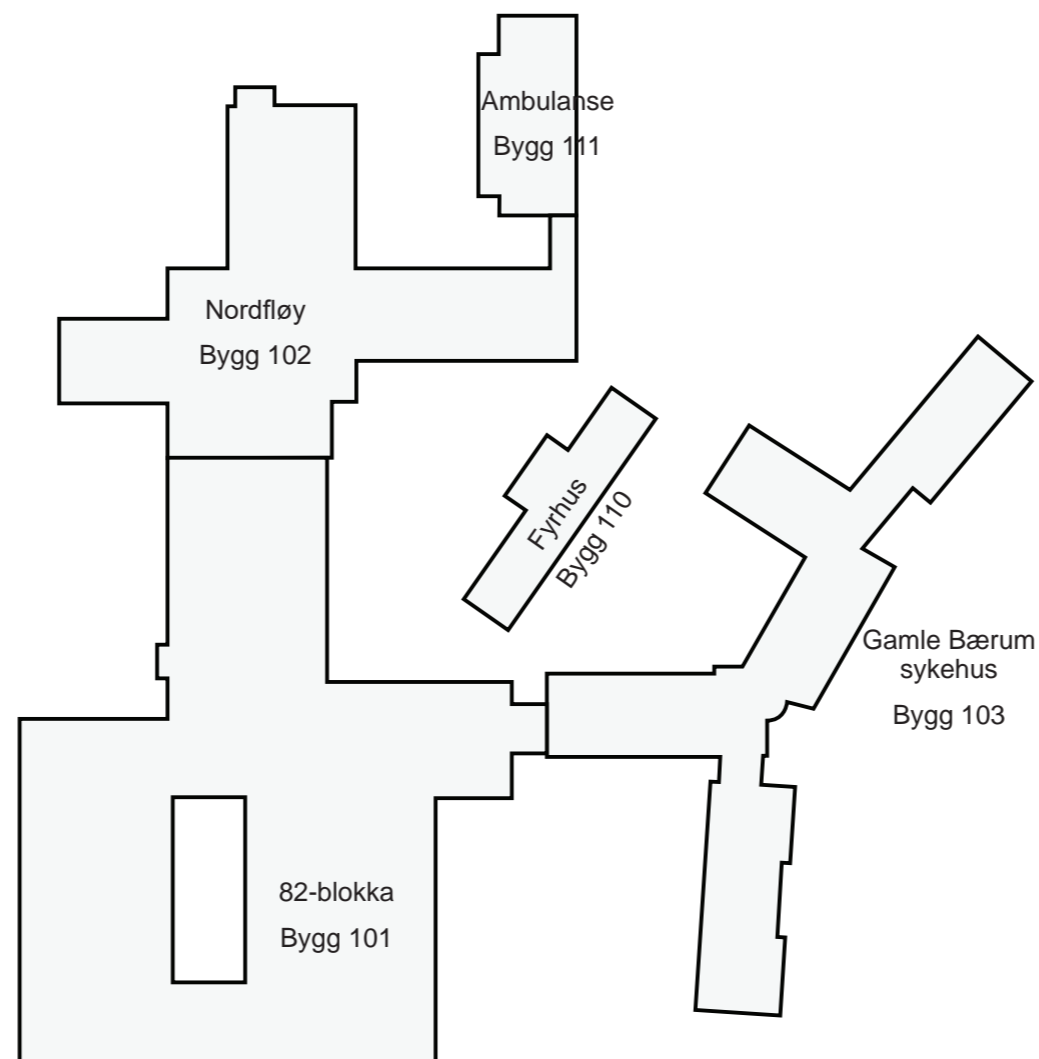
Prosjekt: **B7 - Avløpsrør**
Utskifting avløpsstammer bygg 101, Operasjon, radiologi, sterilentral mm.
Areal: - 108 avløpsstammer
År: 2017-2019(2026)
Forventet sluttkostnad: 12,1 MNOK

Prosjekt: **B15 - Fasaderehabilitering**
Sørfløy, østside GBS. Gjelder alle etasjer
Areal: -
År: 2019
Forventet sluttkostnad: 12 MNOK

Prosjekt: **B18 - Heisutskifting**
Lukke TG3-avvik; 3 heiser byttes ut i GBS
Areal: -
År: 2026
Forventet sluttkostnad: 24 MNOK

Prosjekt: **B34 - Teknisk rom**
Lukke TG3-avvik
Areal: 9.etg bygg 101
År: 2025
Forventet sluttkostnad: 3 MNOK

Prosjekt: **B38 - Vedlikehold**
Lukke TG3-avvik
Areal: Bygg 110/116
År: 2026
Forventet sluttkostnad: 0,4 MNOK



Hovedfunksjoner

- 2B Psykiatri og rus - Undersøkelse og behandling
- 4 Ikke-medisinsk service
- 5 Administrasjon
- 6 Personalservice
- 7 Pasientservice
- 8 Undervisning og forskning
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer
- 12 Ikke i bruk

Hovedfunksjoner

- 2B Psykiatri og rus - Undersøkelse og behandling
- 4 Ikke-medisinsk service
- 6 Personalservice
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer

- FORELØPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETAILPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○



Prosjekt: B26 - Vedlikehold Nordfløy, Operasjonsfløy GBS
 Lukke TG3-avvik
 Areal: CA 1000 kvm BTA
 År: 2026
 Forventet sluttkostnad: 3 MNOK

Prosjekt: B25 - Vedlikehold Gamle kjøkken
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 420 kvm BTA
 År: 2026
 Forventet sluttkostnad: 2 MNOK

Prosjekt: B29 - Vedlikehold Sentralkjøkken
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 3031 kvm BTA
 År: 2024
 Forventet sluttkostnad: 5 MNOK

Prosjekt: B16 - Vindusutskifting
 Hele etasjen
 Areal: -
 År: 2019
 Forventet sluttkostnad: 4 MNOK

Prosjekt: B24 - Vedlikehold Prestetjeneste
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 229 kvm BTA
 År: 2026
 Forventet sluttkostnad: 1 MNOK

Prosjekt: B37 - Vedlikehold Beredskap
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 127 kvm BTA
 År: 2026
 Forventet sluttkostnad: 1 MNOK

Prosjekt: B27 - Vedlikehold Vestfløy GBS
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 589 kvm BTA
 År: 2026
 Forventet sluttkostnad: 2 MNOK

Prosjekt: B10 - Kontorløsning U1
 Vedlikehold, ombygging til kontorer
 Areal: 497 kvm BTA
 År: 2019
 Forventet sluttkostnad: 6 MNOK

Prosjekt: B10 - Kontorløsning U2
 Vedlikehold, ombygging til kontorer
 Areal: 402 kvm BTA
 År: 2019
 Forventet sluttkostnad: 6 MNOK

Plan U1
1 : 250

Plan U2
1 : 250

TEGNINGSNØR:
A101



PROSJEKTTEAM:
 ARK MOMENTUM ARKITEKTER AS, ROSENBERGGATEN 19C
 PB 5218 MALØRSTADEN, 2001 GJØLLU, NORGE
 TLF: +47 22 55 85 00, POST:POST@MOMENTUMARK.NO
 WWW.MOMENTUMARK.NO

Mulighetsstudie i idefase
 Ringerike Sykehus
 Bærum Sykehus
 Kongsberg Sykehus

PROSJEKT:
 Bærum Sykehus
 Sogneprest Marthe-Kaas vei 100, 1346 Gjøttum

OPPFØRINGSØVER:
 Vestre Viken HF
 TEGNING:
 Plan U1 og U2

PROSJEKTNR: 15560 09.04.2015 REV DATO
 MALESTOKK: 1:250 FORMAT: A0
 SIGN: VN KONT: MRD
 TEGNINGSNØR: A101

Hovedfunksjoner

- 1B Psykiatri og rus - Opphold
- 2A Somatick - Undersøkelse og behandling
- 2B Psykiatri og rus - Undersøkelse og behandling
- 4 Ikke-medisinsk service
- 5 Administrasjon
- 6 Personalservice
- 7 Pasientservice
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer
- 12 Ikke i bruk

- FORELØPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETAILPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○



Prosjekt: **B19 - Heisutskifting**
 Lukke TG3-avvik; 3 heiser byttes ut i GBS
 Areal: -
 År: 2026
 Forventet sluttkostnad: 24 MNOK

Prosjekt: **B11 - Sengenpostoppgradering**
 Flytte/reetablere poliklinikk
 Areal: 753 kvm BTA
 År: 2019-2020
 Forventet sluttkostnad: 16 MNOK

Prosjekt: **B18 - Vedlikehold sterilsentral**
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 650 kvm BTA
 År: 2018-2019
 Forventet sluttkostnad: - Kostnadene er knyttet til tværgående prosjekter

Prosjekt: **B10 - Kontorløsning**
 Vedlikehold, ombygging til kontorer
 Areal: 663 kvm BTA
 År: 2019
 Forventet sluttkostnad: 6 MNOK

Prosjekt: **B21 - Vedlikehold FDVU, lager etc.**
 Lukke TG3-avvik
 Areal: ca 1700 kvm BTA
 År: 2023
 Forventet sluttkostnad: 12 MNOK

TEGNINGSNR: A102

MOMENTUM
 ARK
 MOMENTUM ARKITEKTER AS, ROSENBERGSGATEN 19C
 PB 5218 MALBERTUN, 2001 GJØLLU, NORGE
 TLF: +47 22 55 85 00, POST@MOMENTUMARK.NO
 WWW.MOMENTUMARK.NO

Mulighetsstudie i idefase
 Ringerike Sykehus
 Bærum Sykehus
 Kongsberg Sykehus

PROSJEKT: Bærum Sykehus
 Sogneprest Marthe-Kaas vei 100, 1346 Gjøttum

OPPFØRINGSØVER: Vestre Viken HF
 TEGNING: Plan 1

PROSJEKTNR: 15560 08.04.2015 REV DATO
 MALESTOKK: 1:250 FORMAT: A0
 SIGN: VN KONT: MRB
 TEGNINGSNR: A102

Hovedfunksjoner

- 1A Somatikk - Opphold
- 2A Somatikk - Undersøkelse og behandling
- 3 Medisinsk service
- 4 Ikke-medisinsk service
- 5 Administrasjon
- 6 Personalservice
- 7 Pasientservice
- 8 Undervisning og forskning
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer
- 11 Utomhus
- 12 Ikke i bruk

- FORELØPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETALJPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○



Prosjekt: B13 - Radiologi
 Etablering av modalitet under akuttmottak
 Areal: Uavklart. Nøyaktig plassering ikke bestemt
 År: 2022
 Forventet sluttkostnad: 6 MNOK

Prosjekt: B2 - Erstatningsareal for styrerom og kontor
 Areal: ca 70 kvm BTA
 År: 2017
 Forventet sluttkostnad: 2 MNOK
 (summen inkluderer ombyggingsprosjekt for kontorer i plan 3)

Prosjekt: B23 - Vedlikehold Administrasjon
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 311 kvm BTA
 År: 2024
 Forventet sluttkostnad: 6 MNOK

Prosjekt: B15 - Fasaderehabilitering
 Sørfløy, østside GBS. Gjelder alle etasjer
 Areal: -
 År: 2019
 Forventet sluttkostnad: 12 MNOK

Prosjekt: B5 - Poliklinikk
 Lukke TG3-avvik, ombygging
 Areal: 367 kvm BTA
 År: 2024
 Forventet sluttkostnad: 5 MNOK

Prosjekt: B4 - Dagkirurgi
 Ombygging til kir/ort poliklinikk
 Areal: 414 kvm BTA
 År: 2017
 Forventet sluttkostnad: 11 MNOK

Prosjekt: B33- Lab/adm/blodbank etc
 Lukke TG3-avvik i bygg 101
 Areal: 4074 kvm BTA
 År: 2025
 Forventet sluttkostnad: 9 MNOK

Prosjekt: B13 - Radiologi
 Ombygging og vedlikehold
 Areal: 2000 kvm BTA
 År: 2025
 Forventet sluttkostnad: 40 MNOK

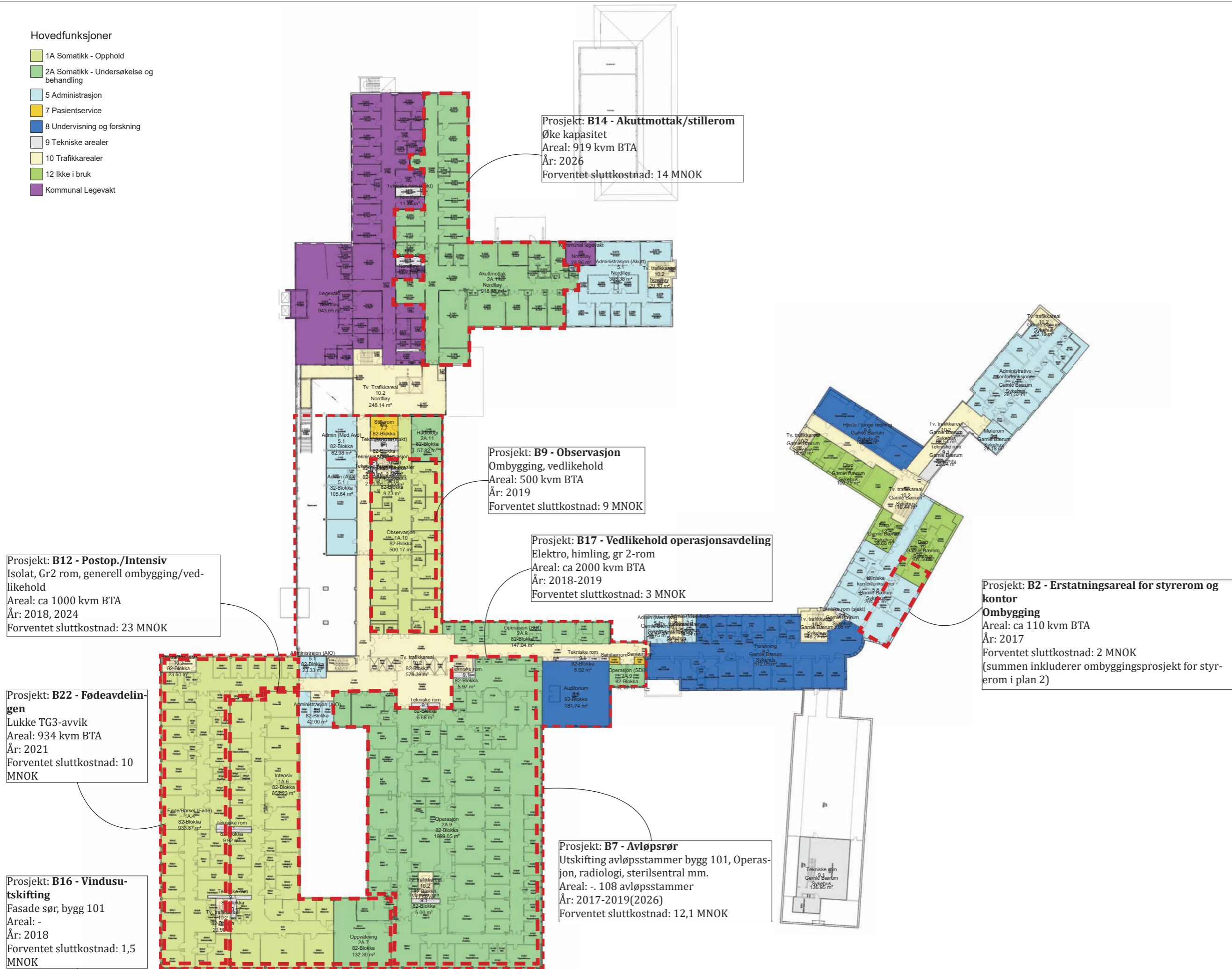
Prosjekt: B4 - Dagkirurgi
 Vedlikehold og utvidelse
 Areal: 700 kvm BTA
 År: 2017-2018
 Forventet sluttkostnad: 31 MNOK

Prosjekt: B16 - Vindusutskifting
 Fasade sør, bygg 101
 Areal: -
 År: 2018
 Forventet sluttkostnad: 1,5 MNOK

Hovedfunksjoner

- 1A Somatikk - Opphold
- 2A Somatikk - Undersøkelse og behandling
- 5 Administrasjon
- 7 Pasientervice
- 8 Undervisning og forskning
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer
- 12 Ikke i bruk
- Kommunal Legevakt

- FORELØPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETALJPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○



Projekt: B12 - Postop./Intensiv
 Isolat, Gr2 rom, generell ombygging/vedlikehold
 Areal: ca 1000 kvm BTA
 År: 2018, 2024
 Forventet sluttkostnad: 23 MNOK

Projekt: B22 - Fødeavdelingen
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 934 kvm BTA
 År: 2021
 Forventet sluttkostnad: 10 MNOK

Projekt: B16 - Vindusutskifting
 Fasade sør, bygg 101
 Areal: -
 År: 2018
 Forventet sluttkostnad: 1,5 MNOK

Projekt: B14 - Akuttmottak/stillerom
 Øke kapasitet
 Areal: 919 kvm BTA
 År: 2026
 Forventet sluttkostnad: 14 MNOK

Projekt: B9 - Observasjon
 Ombygging, vedlikehold
 Areal: 500 kvm BTA
 År: 2019
 Forventet sluttkostnad: 9 MNOK

Projekt: B17 - Vedlikehold operasjonsavdeling
 Elektro, himling, gr 2-rom
 Areal: ca 2000 kvm BTA
 År: 2018-2019
 Forventet sluttkostnad: 3 MNOK

Projekt: B2 - Erstatningsareal for styrerom og kontor
 Ombygging
 Areal: ca 110 kvm BTA
 År: 2017
 Forventet sluttkostnad: 2 MNOK
 (summen inkluderer ombyggingsprosjekt for styrerom i plan 2)

Projekt: B7 - Avløpsrør
 Utskifting avløpsstammer bygg 101, Operasjon, radiologi, sterilentral mm.
 Areal: - 108 avløpsstammer
 År: 2017-2019(2026)
 Forventet sluttkostnad: 12,1 MNOK

Hovedfunksjoner

- 1A Somatikk - Opphold
- 2A Somatikk - Undersøkelse og behandling
- 4 Ikke-medisinsk service
- 5 Administrasjon
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer
- 12 Ikke i bruk

- FORELØPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETAILPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○



Prosjekt: B30 - Vedlikehold sengepost føde/barsel/gyn Nord
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 1240 kvm BTA
 År: 2024
 Forventet sluttkostnad: 5 MNOK

Prosjekt: B31 - Vedlikehold Gyn pol
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 611 kvm BTA
 År: 2024
 Forventet sluttkostnad: 2 MNOK

Prosjekt: B32 - Vedlikehold sengepost føde/barsel/gyn Syd
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 1105 kvm BTA
 År: 2024
 Forventet sluttkostnad: 5 MNOK

Prosjekt: B36 - Vedlikehold Kontor etc
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 617 kvm BTA
 År: 2024
 Forventet sluttkostnad: 6 MNOK

Hovedfunksjoner

- 1A Somatikk - Opphold
- 2A Somatikk - Undersøkelse og behandling
- 4 Ikke-medisinsk service
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer
- 12 Ikke i bruk

- FORELØPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETALJPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○



Prosjekt: B5 - Poliklinikk
 Oppgradering poliklinikk
 Areal: 750 kvm BTA
 År: 2023
 Forventet sluttkostnad: 13 MNOK

Prosjekt: B11 - Sengepostoppgradering
 Sengepost 2. Ombygging
 Areal: ca 1100 kvm BTA
 År: 2021
 Forventet sluttkostnad: 49 MNOK

Prosjekt: B11 - Sengepostoppgradering
 Sengepost 1. Ombygging
 Areal: 1058 kvm BTA
 År: 2020
 Forventet sluttkostnad: 49 MNOK

Prosjekt: B11 - Sengepostoppgradering
 Sengepost 3. Ombygging
 Areal: ca 1120 kvm BTA
 År: 2022
 Forventet sluttkostnad: 48 MNOK

Plan 05
1: 250

Plan 06
1: 250

TEGNINGSNR: A106

MOMENTUM ARKITEKTER

PROSJEKTTEAM: ARK

MOMENTUM ARKITEKTER AS, ROSENBERGGATEN 19C
 PB 5218 MALØSTADEN, 2001 GJØLLINGEN
 TLF: +47 22 55 85 00, POST@MOMENTUMARK.NO
 WWW.MOMENTUMARK.NO

Mulighetsstudie i idefase

Ringerike Sykehus
 Bærum Sykehus
 Kongsberg Sykehus

PROSJEKT: Bærum Sykehus

Sognepost Marthe-Kaas vei 100, 1346 Gjøttum

OPPRAGSGIVER: Vestre Viken HF

TEGNING: Plan 5 og 6

PROSJEKTNR: 15560	09.04.2015	REV DATO
MALESTOKK: 1:250	FORMAT: A0	
SIGN: VN	KONT: MRB	
TEGNINGSNR: A106		REVN:R

Hovedfunksjoner

- 1A Somatikk - Opphold
- 2A Somatikk - Undersøkelse og behandling
- 4 Ikke-medisinsk service
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer

- FORELØPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETALJPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○



Prosjekt: **B11 - Sengepostoppgradering**
Sengepost 4. Ombygging
Areal: ca 1200 kvm BTA
År: 2022
Forventet sluttkostnad: 49 MNOK

Prosjekt: **B11 - Sengepostoppgradering**
Sengepost 5. Ombygging
Areal: ca 1120 kvm BTA
År: 2023
Forventet sluttkostnad: 49 MNOK

Prosjekt: **B11 - Sengepostoppgradering**
Sengepost 6. Ombygging
Areal: 1120 kvm BTA
År: 2024
Forventet sluttkostnad: 46 MNOK

Prosjekt: **B28 - Vedlikehold poliklinikk**
Lukke TG3-avvik
Areal: ca 1200 kvm BTA
År: 2026
Forventet sluttkostnad: 5 MNOK

Plan 07
1 : 250

Plan 08
1 : 250

TEGNINGSNR: A107

MOMENTUM
ARKITEKTER
ARK

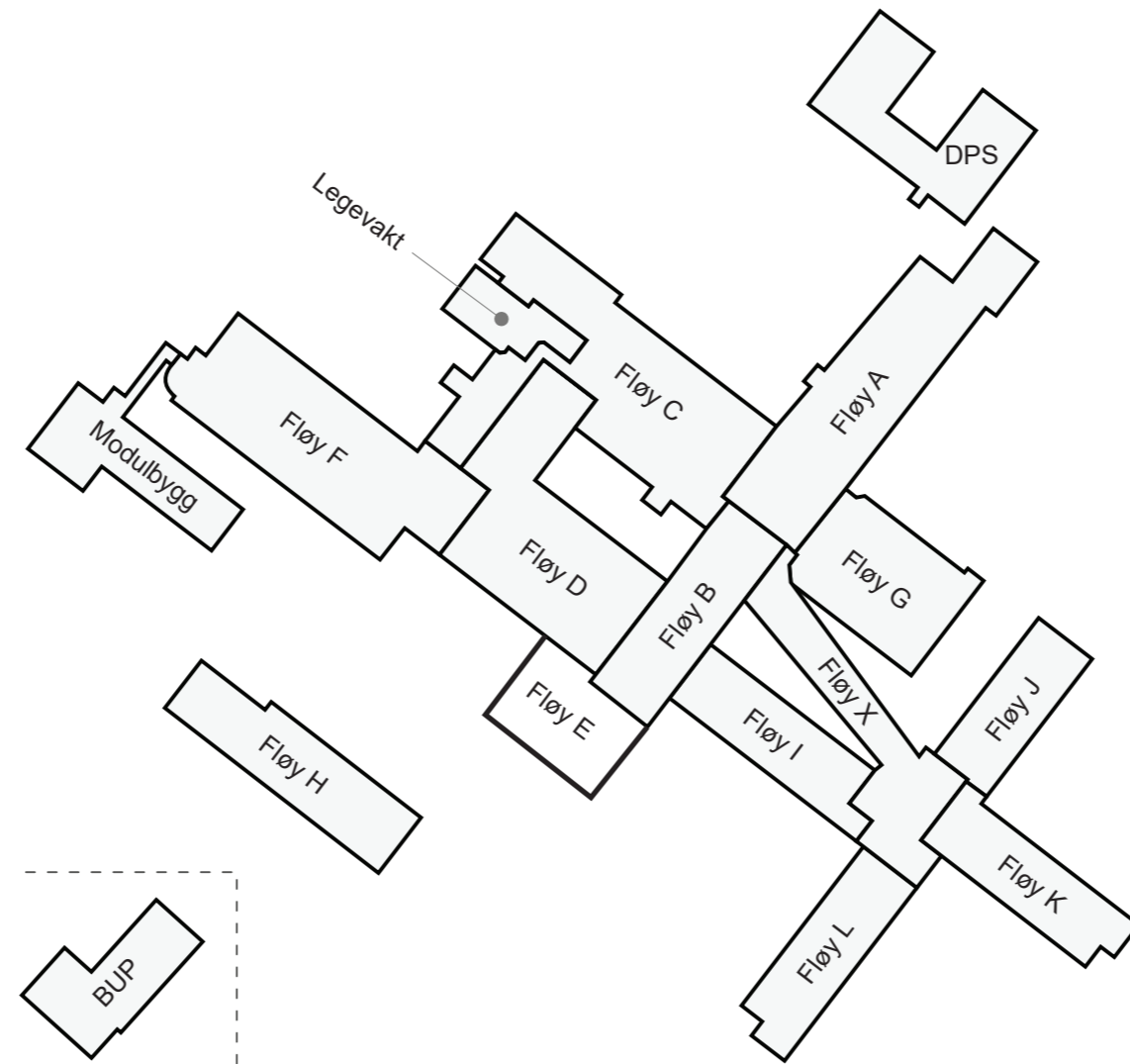
Mulighetsstudie i idefase
Ringerike Sykehus
Bærum Sykehus
Kongsberg Sykehus

PROSJEKT:
Bærum Sykehus
Sogeprest Marthe-Kaas vei 100, 1346 Østjum

OPPFØRINGSLEDER:
Vestre Viken HF
TEGNING: Plan 7 og 8

PROSJEKTNR: 15560 09.04.2015 REV.DATO
MALESTOKK: 1:250 FORMAT: A0
SIGN: VN KONT: MRB
TEGNINGSNR: A107

RINGERIKE SYKEHUS



TVERRGÅENDE PROSJEKTER:

Prosjekt: **R1 - Ikke-planlagte tiltak**
Lukke TG3-avvik
Areal: Hele sykehuset
År: 2017-2026
Forventet sluttkostnad: 10 MNOK

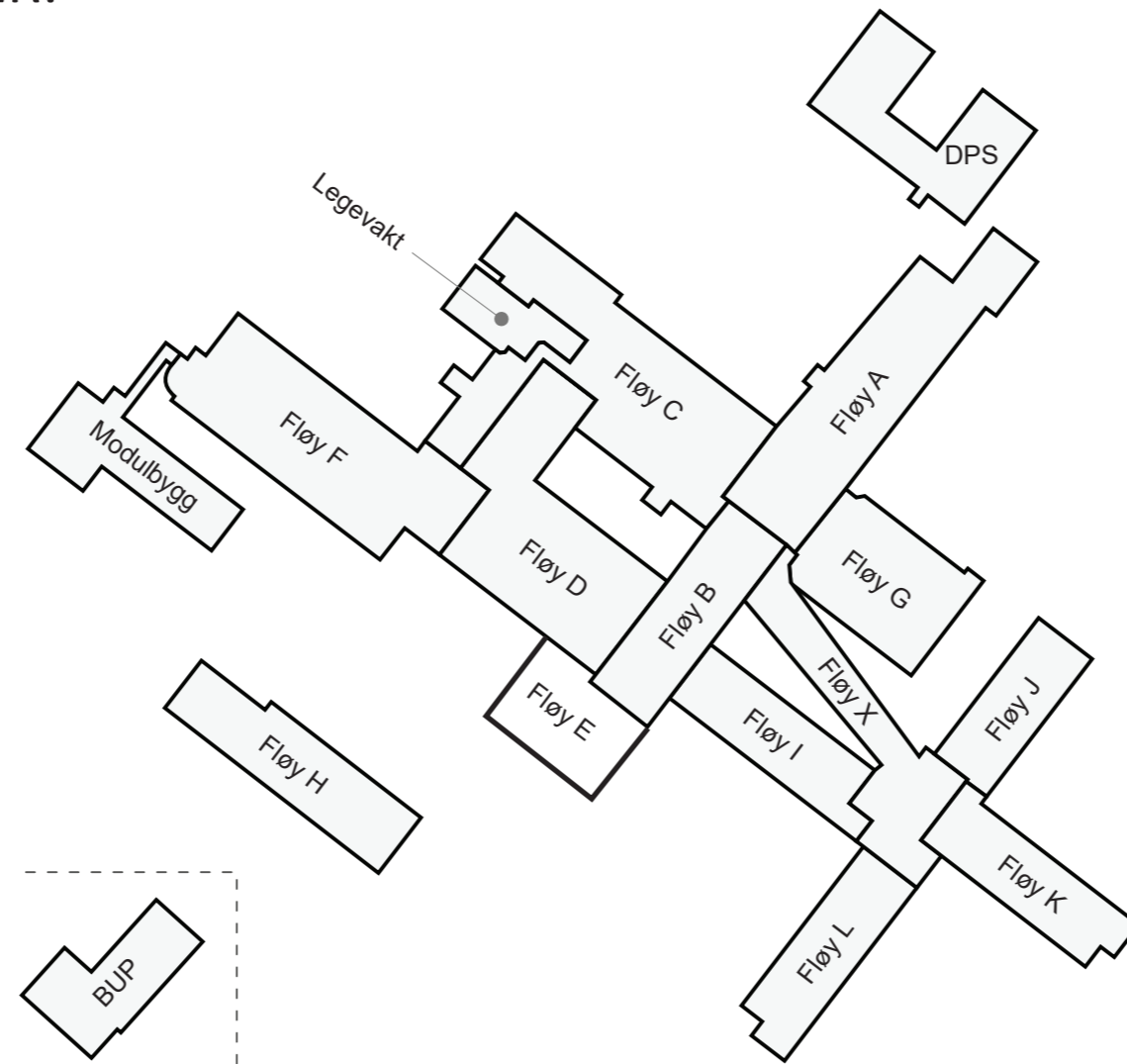
Prosjekt: **R4 - Sikker strømforsyning**
Lukke TG3-avvik
Areal: Hele sykehuset, primært A, B, G
År: 2018-2026
Forventet sluttkostnad: 24 MNOK

Prosjekt: **R11 - Utskifting av vinduer**
Lukke TG3-avvik
Areal: Fløy A, B, C, D, E
År:
Forventet sluttkostnad: 20 MNOK

Prosjekt: **R12 - Avløpsrør**
Lukke TG3-avvik
Areal: Fløy A, D, E
År: 2018
Forventet sluttkostnad: 2 MNOK

Prosjekt: **R16 - Resten av A-bygget**
Lukke TG3-avvik
Areal: 2451 kvm BTA
År: 2025
Forventet sluttkostnad: 15 MNOK

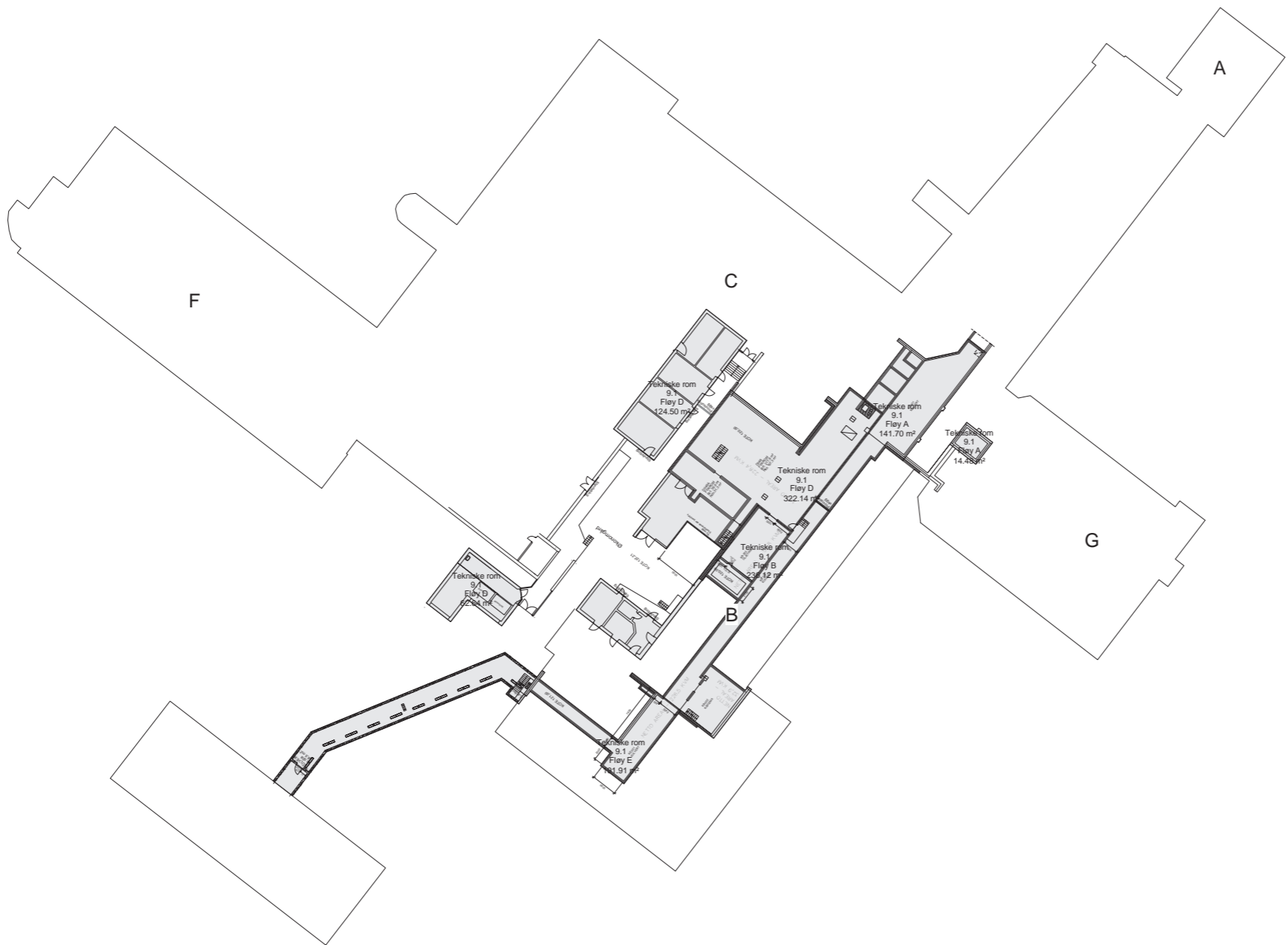
Prosjekt: **R18 - Tekniske rom** Lukke
TG3-avvik
Areal:
År: 2026
Forventet sluttkostnad: 2 MNOK



Hovedfunksjoner

9 Tekniske arealer

- FORELØPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETALJPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○



Rev	Dato	Tittel	Tege	Revnr
-----	------	--------	------	-------

TEGNINGSNR: A101 REVNR:



PROSJEKTTEAM:
ARK MOMENTUM ARKITEKTER AS, ROSENBERGGATEN 19C
PB 5218 MALØRSTUN, 5001 ØSLO, NORGE
TEL: +47 22 55 85 00, POST@MOMENTUMARK.NO
WWW.MOMENTUMARK.NO

Mulighetsstudie i idefase
Ringerike Sykehus
Bærum Sykehus
Kongsberg Sykehus

PROSJEKT:
Ringerike Sykehus
Arnsås Dybepark vei 1, 2011 Hærebos

OPPRAGSGIVER:
Vestre Viken HF

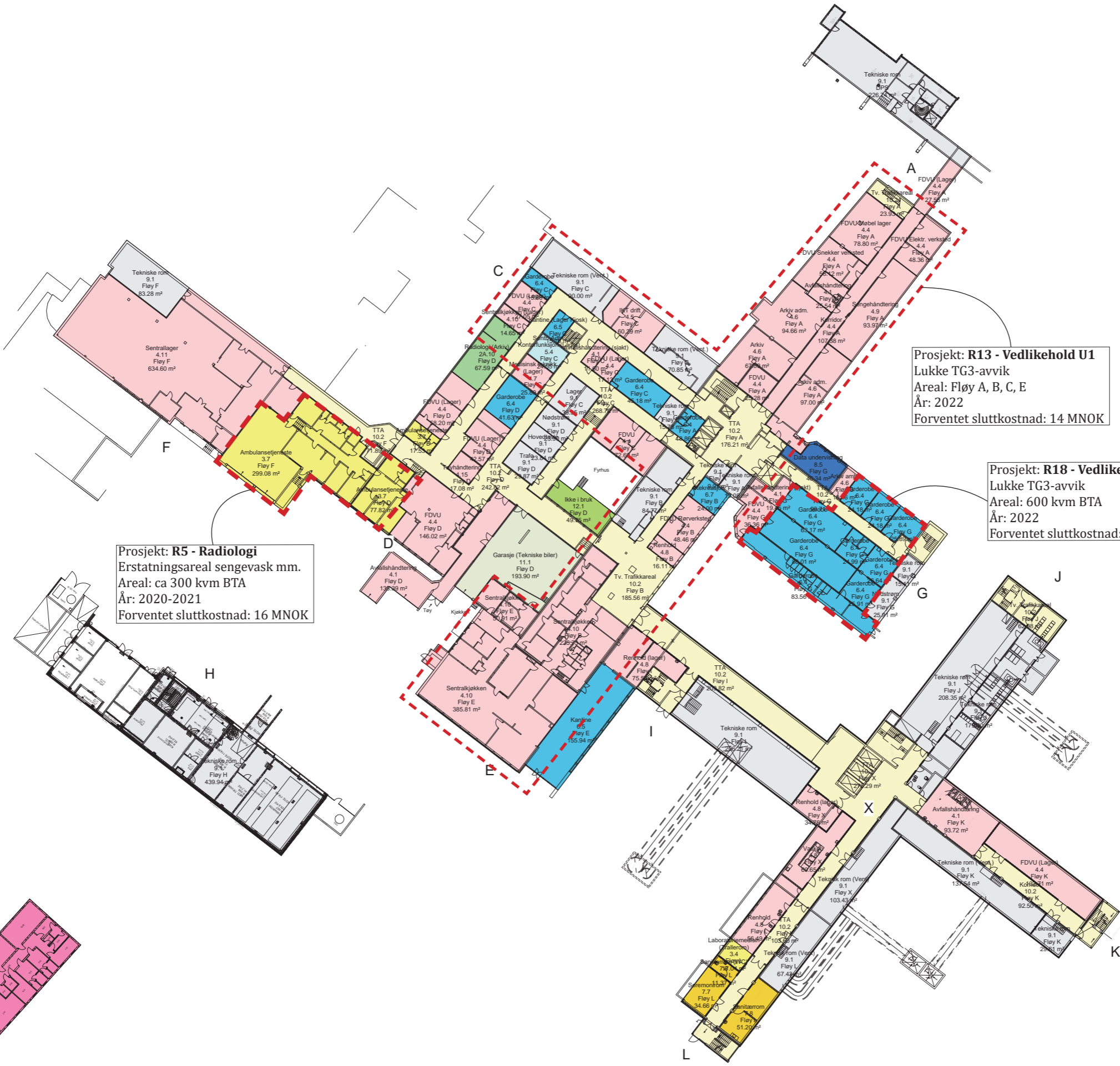
TEGNING:
Plan U2

PROSJEKTNR:	15560	20.04.2015	REV DATO
MALESTOKK:	1:250	FORMAT:	A0
SIGN: VN	KONT: MRB		
TEGNINGSNR:	A101	REVNR:	

Hovedfunksjoner

- 2A Somatikk - Undersøkelse og behandling
- 3 Medisinsk service
- 4 Ikke-medisinsk service
- 5 Administrasjon
- 6 Personalservice
- 7 Pasientservice
- 8 Undervisning og forskning
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer
- 11 Utomhus
- 12 Ikke i bruk

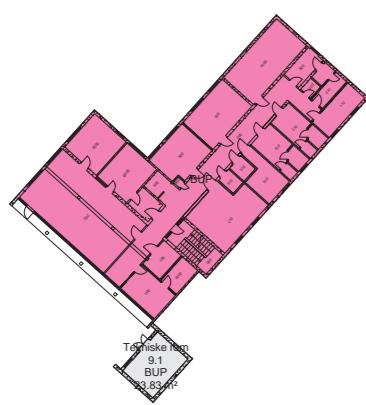
- FORELØPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETALJPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○



Prosjekt: R5 - Radiologi
 Erstatningsareal sengevask mm.
 Areal: ca 300 kvm BTA
 År: 2020-2021
 Forventet sluttkostnad: 16 MNOK

Prosjekt: R13 - Vedlikehold U1
 Lukke TG3-avvik
 Areal: Fløy A, B, C, E
 År: 2022
 Forventet sluttkostnad: 14 MNOK

Prosjekt: R18 - Vedlikehold Garderobe
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 600 kvm BTA
 År: 2022
 Forventet sluttkostnad: 2 MNOK



TEGNINGSNR: A102
MOMENTUM ARKITEKTER
 ARK
 MOMENTUM ARKITEKTER AS, ROSENBERGSGATEN 19C
 PB 5218 MAJORSTUA, 0201 SØLLO NORGE
 TLF +47 22 55 85 00, POST@MOMENTUMARK.NO
 WWW.MOMENTUMARK.NO

Mulighetsstudie i idefase
 Ringierke Sykehus
 Bærum Sykehus
 Kongsberg Sykehus

PROSJEKT: Ringierke Sykehus
 Anslått Dato: 1. 2011 Helsehus

OPPDRAGSGIVER: Vestre Viken HF

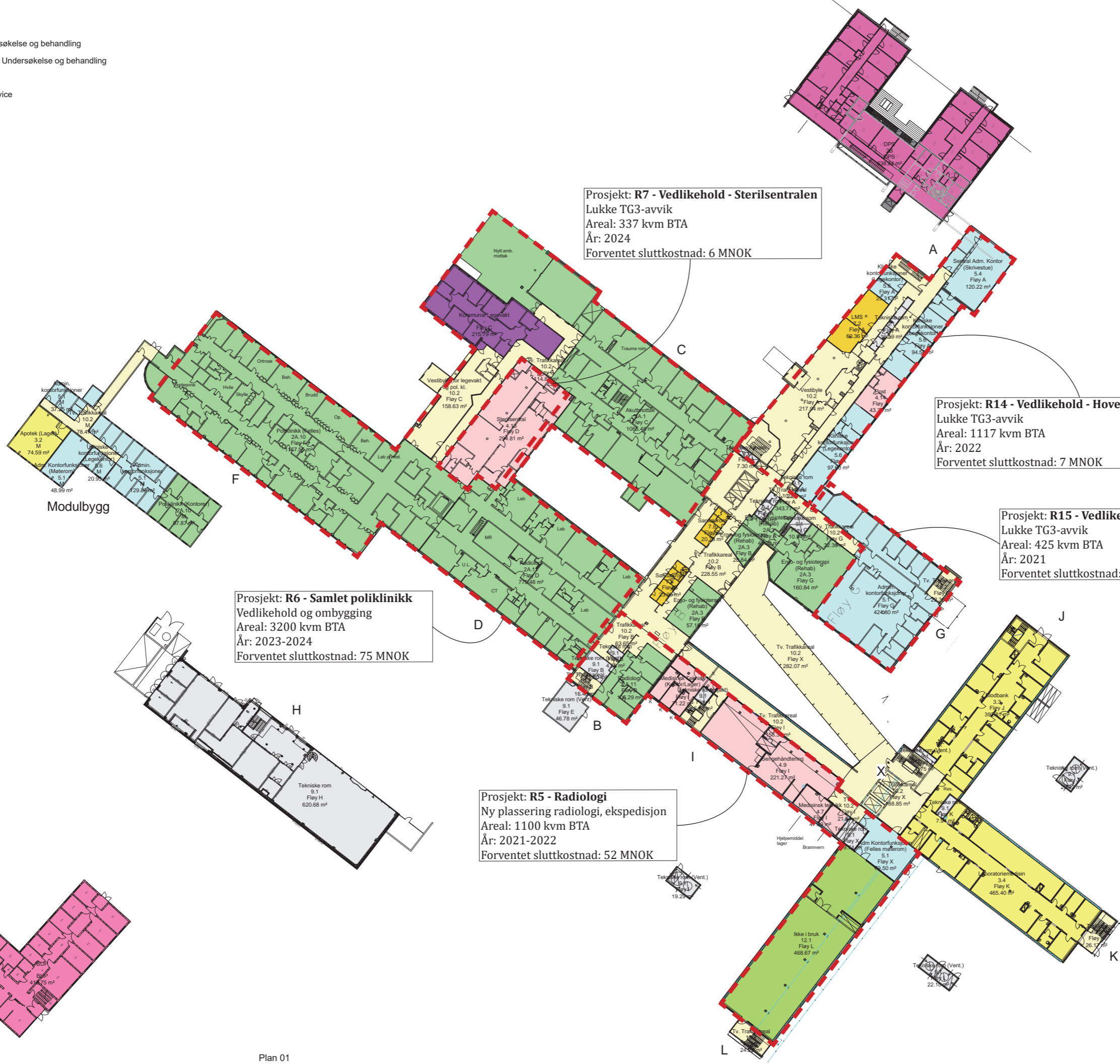
TEGNING: Plan U1

PROSJEKTNR: 15560	20.04.2015	REV DATO
MALESTOKK: 1:250	FORMAT: A0	
SIGN: VN	KONT: MRB	
TEGNINGSNR: A102		REVNR:

Hovedfunksjoner

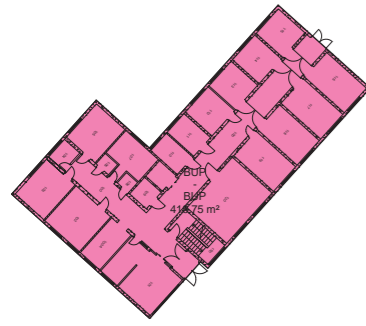
- 2A Somatikk - Undersøkelse og behandling
- 2B Psykiatri og Rus - Undersøkelse og behandling
- 3 Medisinsk service
- 4 Ikke-medisinsk service
- 5 Administrasjon
- 7 Pasientenservice
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer
- 12 Ikke i bruk
- BUP
- Kommunal Legevakt

- FORELØPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETAILPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○



Hovedfunksjoner

- BUP



Plan 01 BUP
1 : 250

Plan 01
1 : 250

Rev. Dato. Rev. Beskr.

TEGNINGSNR: A103

REVISJON

MOMENTUM
ARKITEKTER

PROSJEKTTEAM:
ARK

MOMENTUM ARKITEKTER AS, ROSENBERGGATEN 19C
PB 8219 BALDERSVEIEN, 0801 GJØLLER, NORGE
Tlf: +47 22 55 85 00, POST@MOMENTUMARK.NO
WWW.MOMENTUMARK.NO

Mulighetsstudie i idefase
Ringerike Sykehus
Bærum Sykehus
Kongsberg Sykehus

PROSJEKT:
Ringerike Sykehus
Anslutt Dypvass vei 1, 3511 Hæresås

OPPFØRINGSØVER:
Vestre Viken HF

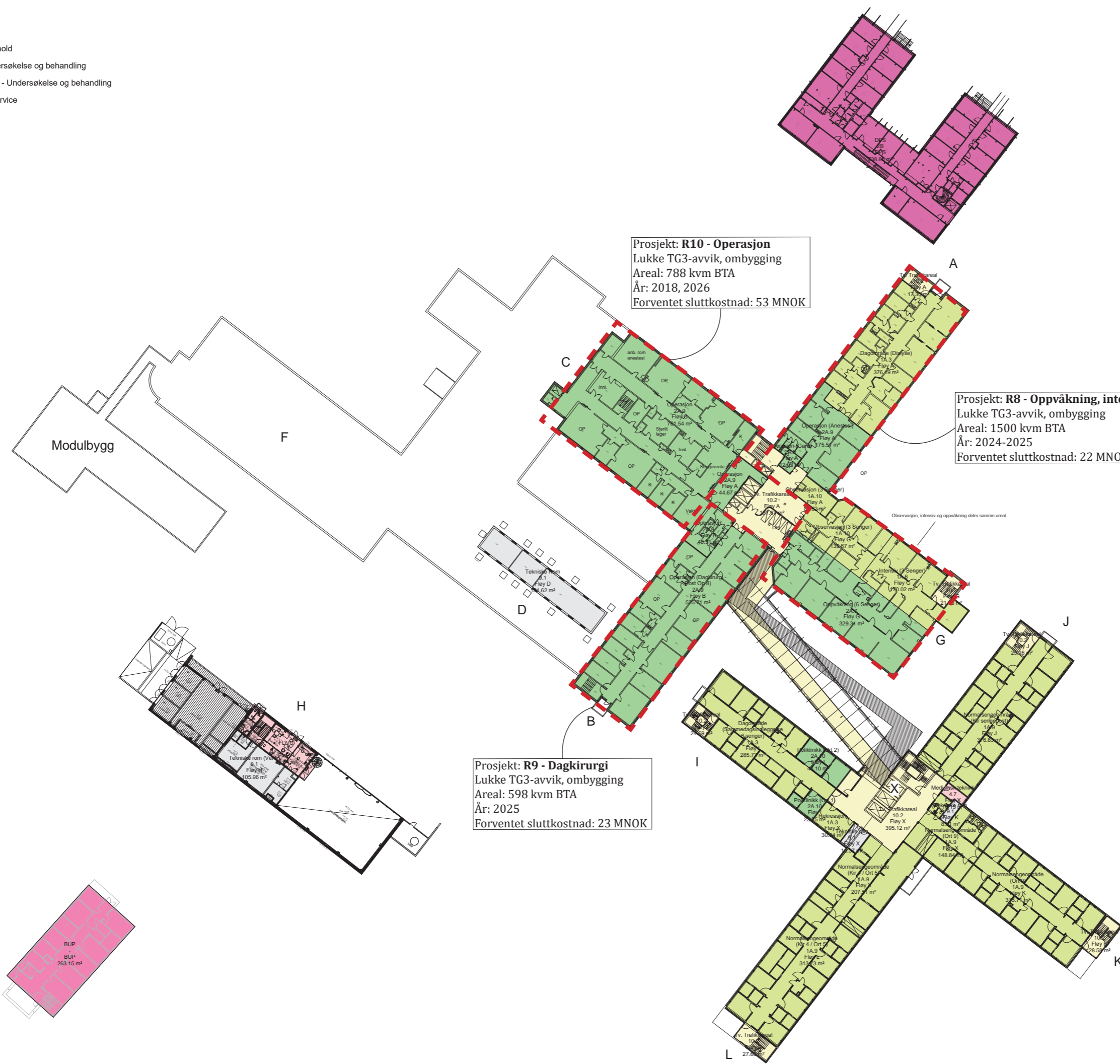
TEGNING:
Plan 1

PROSJEKTNR: 15560 20.04.2015 REV DATO
MALESTOKK: 1:250 FORMAT: A0
SIGN: VN KONT: MRB
TEGNINGSNR: A103 REVNR:

Hovedfunksjoner

- 1A Somatikk - Opphold
- 2A Somatikk - Undersøkelse og behandling
- 2B Psykiatri og Rus - Undersøkelse og behandling
- 4 Ikke-medisinsk service
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer

- FORELØPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETALJPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○



Prosjekt: R10 - Operasjon
 Lukke TG3-avvik, ombygging
 Areal: 788 kvm BTA
 År: 2018, 2026
 Forventet sluttkostnad: 53 MNOK

Prosjekt: R8 - Oppvåkning, intensiv, anestesi
 Lukke TG3-avvik, ombygging
 Areal: 1500 kvm BTA
 År: 2024-2025
 Forventet sluttkostnad: 22 MNOK

Prosjekt: R9 - Dagkirurgi
 Lukke TG3-avvik, ombygging
 Areal: 598 kvm BTA
 År: 2025
 Forventet sluttkostnad: 23 MNOK

Modulbygg

Hovedfunksjoner

- BUP

Rev. Dato. Tekn. Revnr.

TEGNINGSNR: A104

MOMENTUM
 ARKITEKTER

PROSJEKTTEAM: ARK

MOMENTUM ARKITEKTER AS, ROSENBERGGATEN 19C
 PB 5218 MALJORVIKUN, 0201 ØSLO, NORGE
 TLF: +47 22 55 85 00, POST@MOMENTUMARK.NO
 WWW.MOMENTUMARK.NO

Mulighetsstudie i idefase
 Ringerike Sykehus
 Bærum Sykehus
 Kongsberg Sykehus

PROSJEKT: Ringerike Sykehus
 Anslått Døgnpris: vel. 1, 2011 Helsebuss

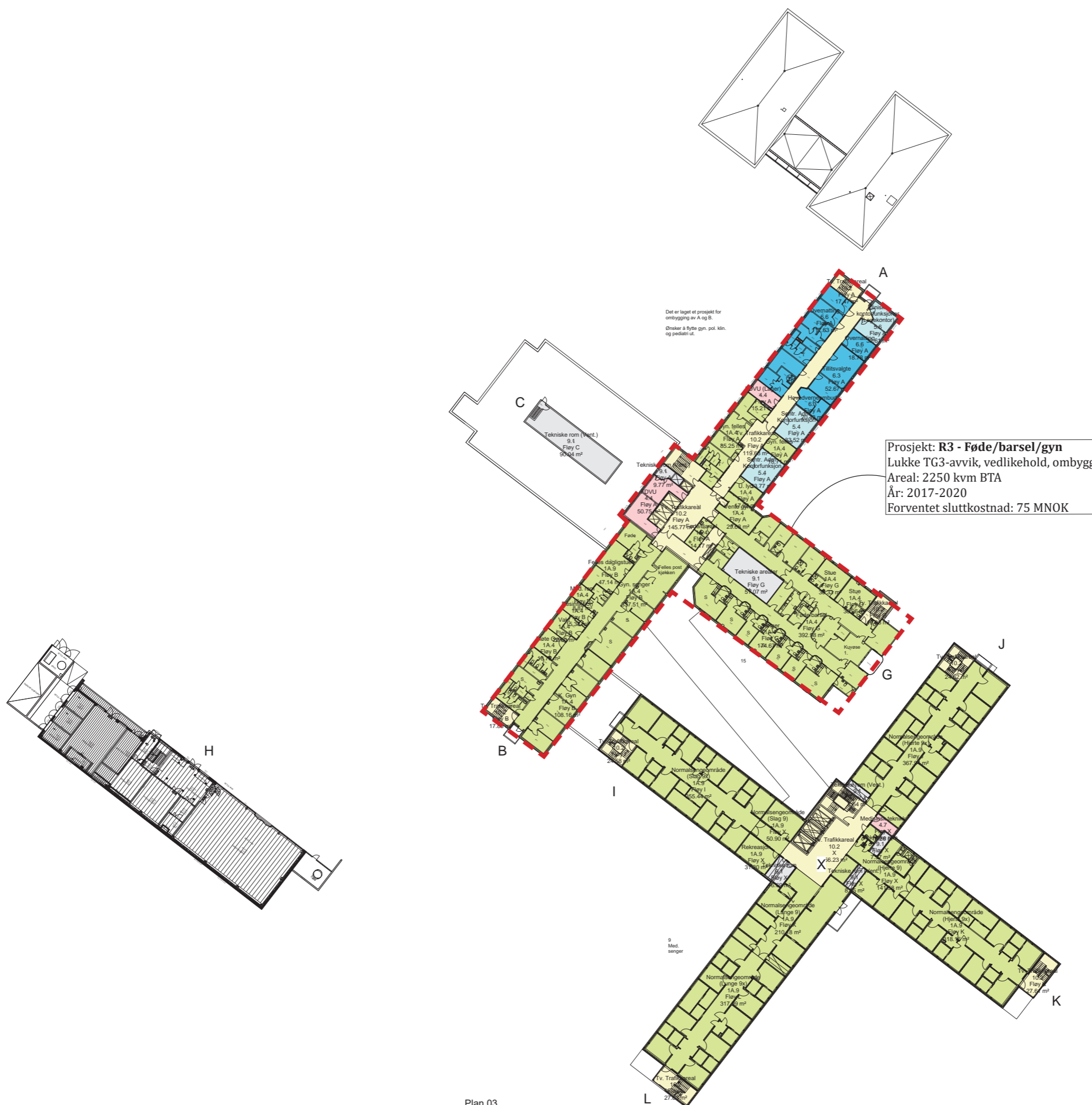
OPPRORAGSØVER: Vestre Viken HF
 TEGNING: Plan 2

PROSJEKTNR: 15560	20.04.2015	REV DATO
MALESTOKK: 1:250	FORMAT: A0	
SIGN: VN	KONT: MRB	
TEGNINGSNR: A104		REVNR:

Hovedfunksjoner

- 1A Somatikk - Opphold
- 4 Ikke-medisinsk service
- 5 Administrasjon
- 6 Personalservice
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer

- FORELØPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETALJPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○



Det er laget et prosjekt for ombygging av A og B. Ønsker å flytte gyn. pol. klin. og pediatri ut.

Prosjekt: R3 - Føde/barsel/gyn
 Lukke TG3-avvik, vedlikehold, ombygging
 Areal: 2250 kvm BTA
 År: 2017-2020
 Forventet sluttkostnad: 75 MNOK

Plan 03
1 : 250

Rev	Dato	Årsak	Utført av

TEGNINGSNR: A105 REVNR:



PROSJEKTTEAM:
ARK MOMENTUM ARKITEKTER AS, ROSENBERGGATEN 19C
 PB 5218 MALØRSTUA, 5201 SØLGAU, NORGE
 TLF: +47 22 55 85 00, POST@MOMENTUMARK.NO
 WWW.MOMENTUMARK.NO

Mulighetsstudie i idefase
 Ringerike Sykehus
 Bærum Sykehus
 Kongsberg Sykehus

PROSJEKT:
 Ringerike Sykehus
 Anslått Døgnpris: vel 1, 2011 Helsebuss

OPPRORGSØVER:
 Vestre Viken HF
 TEGNING:
 Plan 3

PROSJEKTNR:	15560	20.04.2015	REV DATO
MALESTOKK:	1:250	FORMAT:	A0
SIGN:	VN	KONT:	MRS
TEGNINGSNR:	A105	REVNR:	

Hovedfunksjoner

- 1A Somatikk - Opphold
- 2A Somatikk - Undersøkelse og behandling
- 4 Ikke-medisinsk service
- 5 Administrasjon
- 8 Undervisning og forskning
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer
- 12 Ikke i bruk
- Utlete

Hovedfunksjoner

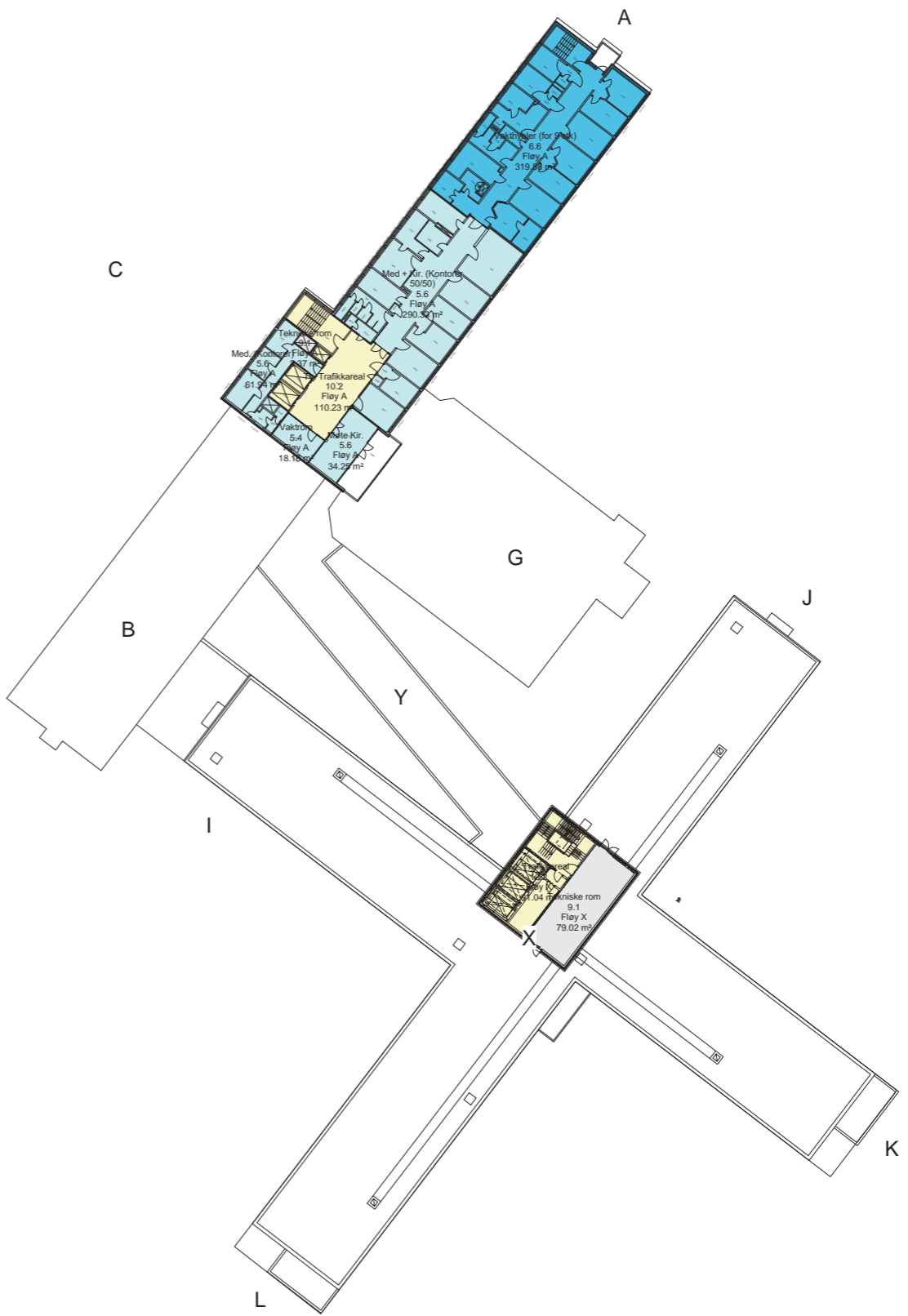
- 5 Administrasjon
- 6 Personalservice
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer

- FORELØPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETALJPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○

Prosjekt: R16 - Vedlikehold - Resten av A-fløyen
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 2451 kvm BTA (fordelt på 3 etasjer; 4, 5 og 6)
 År: 2025
 Forventet sluttkostnad: 15 MNOK



Plan 04
1 : 250



Plan 05
1 : 250

Rev	Dato	Utvalgt	Byggt	Revnr
TEGNINGSNR:				REVNR:
A106				
PROSJEKTTEAM: ARK				
MOMENTUM ARKITEKTER AS, ROSENBERGGATEN 19C PB 5218 MARISTEILIN, 0201 OSLO, NORGE TLF: +47 22 55 85 00, POST@MOMENTUMARK.NO WWW.MOMENTUMARK.NO				
PROSJEKT: Ringerike Sykehus Bærum Sykehus Kongsberg Sykehus				
OPPRAGSGIVER: Vestre Viken HF				
TEGNING: Plan 4 og 5				
PROSJEKTNR:	15560	20.04.2015	REV DATO:	
MALESTOKK:	1:250	FORMAT:	A0	
SIGN:	VN	KONT:	MRB	
TEGNINGSNR:	A106	REVNR:		

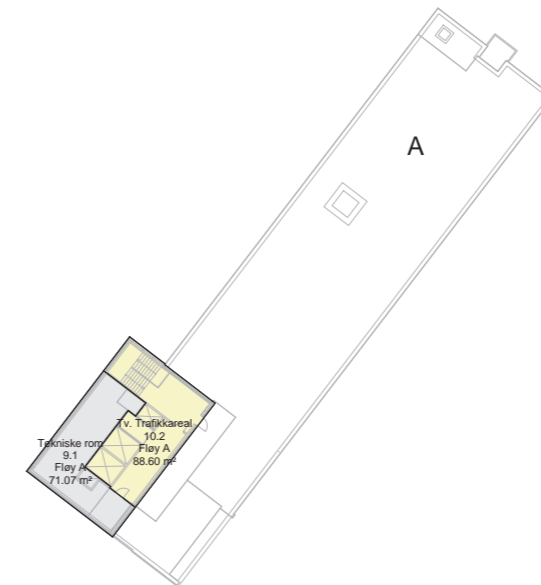
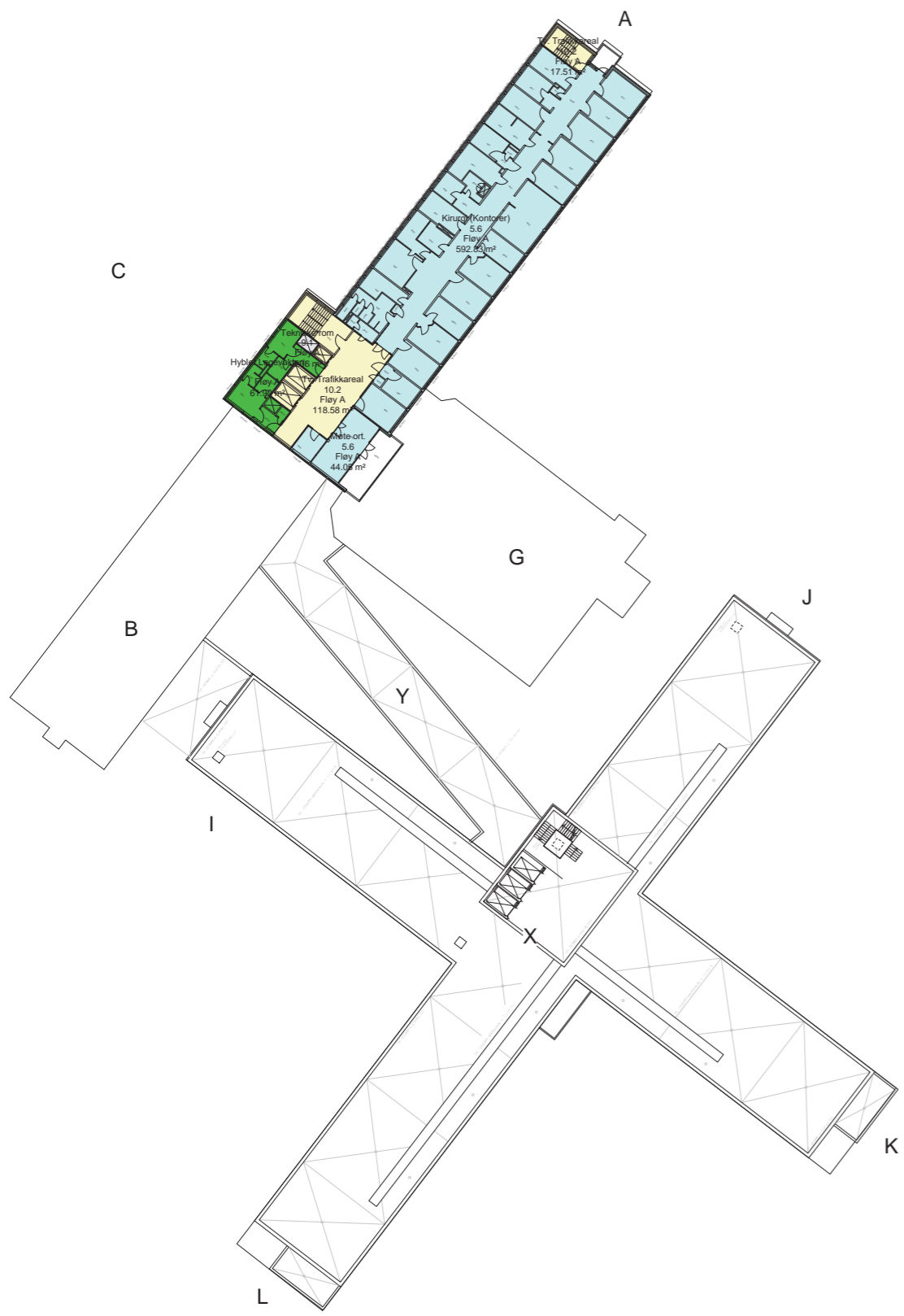
Hovedfunksjoner

- 5 Administrasjon
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer
- Utleie

Hovedfunksjoner

- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer

- FORELØPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETALJPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○



Plan 06
1 : 250

Plan 07
1 : 250

Rev	Dato	Tittel	Revnr
		TEGNINGSNR:	REVNR:
		A107	



PROSJEKTTEAM:
ARK MOMENTUM ARKITEKTER AS, ROSENBERGGATEN 19C
 PB 5218 MALØSTUELN, 2001 ØSLO, NORGE
 TLF: +47 22 55 85 00, POST@MOMENTUMARK.NO
 WWW.MOMENTUMARK.NO

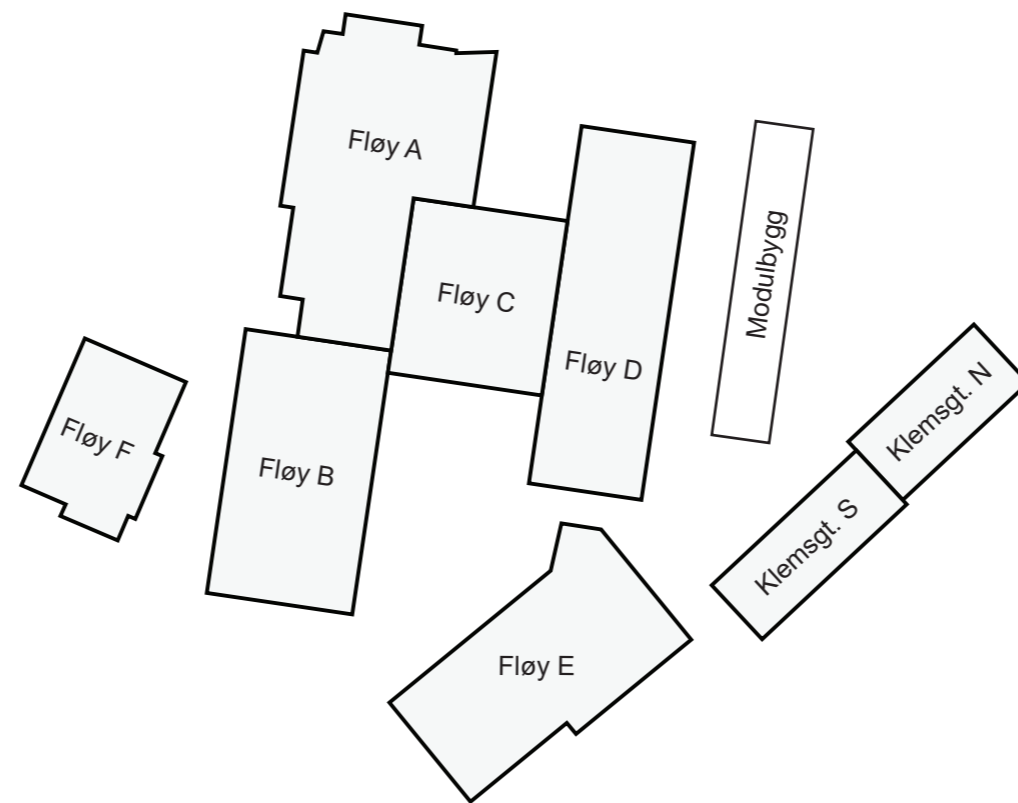
Mulighetsstudie i idefase
 Ringerike Sykehus
 Bærum Sykehus
 Kongsberg Sykehus

PROSJEKT:
Ringerike Sykehus
 Anslått Dybdepris ved 1. 2011 Helsebuss

OPPDRAGSGIVER:
Vestre Viken HF
 TEGNING:
Plan 6 og 7

PROSJEKTNR:	MALESTOKK:	FORMAT:	REV DATO:
15560	1:250	A0	20.04.2015
TEGNINGSNR:	SIGN:	KONT:	REVNR:
A107	VN	MRS	

KONGSBERG SYKEHUS



TVERRGÅENDE PROSJEKTER:

Prosjekt: K1 - Ikke-planlagte tiltak

Lukke TG3-avvik
Areal: Hele sykehuset
År: 2017-2026
Forventet sluttkostnad: 13 MNOK

Prosjekt: K3 - Bunnledning

Lukke TG3-avvik
Areal: Fløy ABCDE
År: 2017
Forventet sluttkostnad: 1,7 MNOK. I tillegg er 2,5 MNOK overført fra 2016.

Prosjekt: K4 - Sikker strømforsyning

Lukke TG3-avvik
Areal:
År: 2017-2026
Forventet sluttkostnad: 27 MNOK

Prosjekt: K6 - Sprinkling

Lukke TG3-avvik
Areal: Hele sykehuset
År: 2019-2024
Forventet sluttkostnad: 20 MNOK

Prosjekt: K8 - Fasade

Beis modulbygg mm
Areal: Fløy A, C, D, Modulbygg
År: 2017, 2019
Forventet sluttkostnad: 1,1 MNOK

Prosjekt: K10 - Vinduer og ytterdører

Lukke TG3-avvik
Areal: Fløy A, B (delvis) C, D, E
År: 2023-2024
Forventet sluttkostnad: MNOK

Prosjekt: K11 - Yttertak, takrenner, nedløp

Lukke TG3-avvik
Areal: Fløy E, (Fløy A og D)
År: 2026
Forventet sluttkostnad: 11 MNOK

Prosjekt: K12 - Adgangskontrollsystem

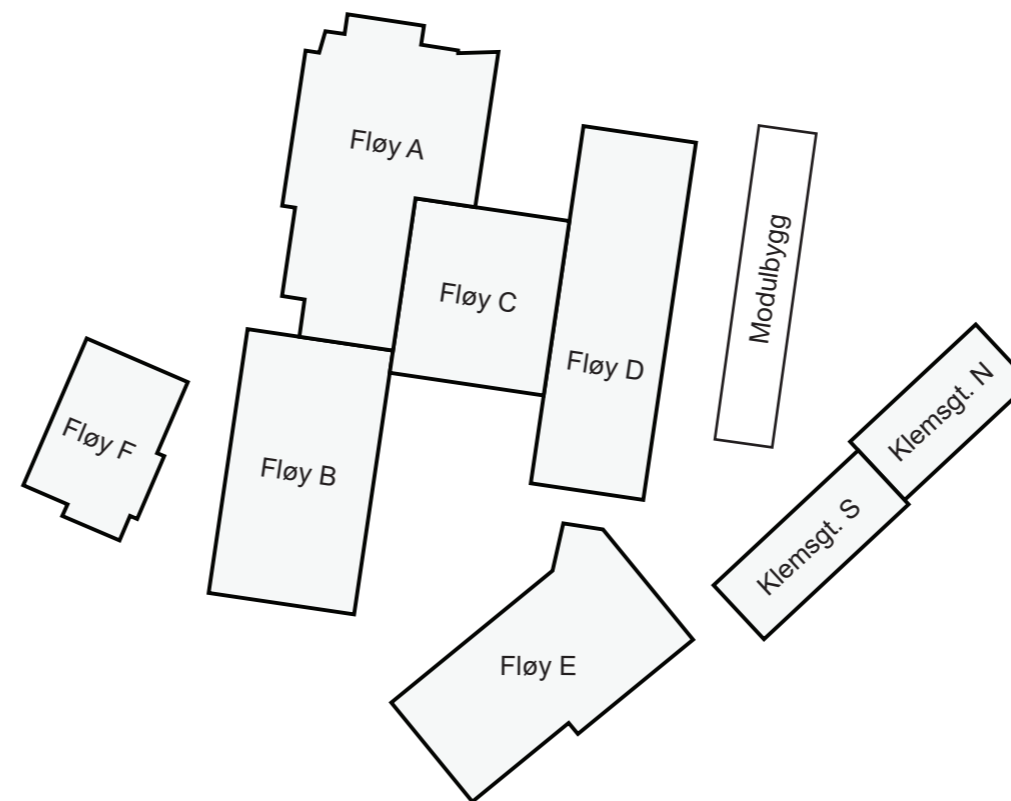
Nytt system
Areal: Skal dekke bl.a. fløy D.
År: 2026
Forventet sluttkostnad: 2 MNOK

Prosjekt: K13 - Bytte kjølemedium

Lukke TG3-avvik
Areal:
År: 2017
Forventet sluttkostnad: 0,1 MNOK

Prosjekt: K24 - E-bygget

Lukke TG3-avvik
Areal: Fløy E
År: 2025
Forventet sluttkostnad: 9 MNOK



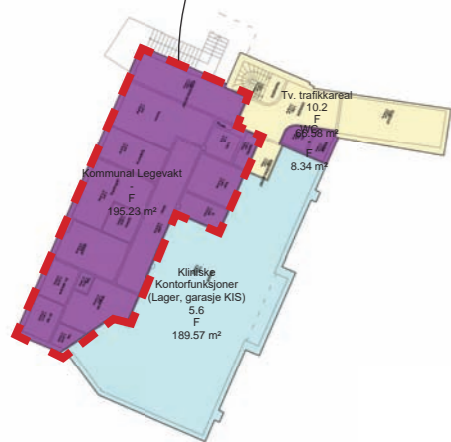
Hovedfunksjoner

- 3 Medisinsk Service
- 4 Ikke-medisinsk service
- 5 Administrasjon
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer
- 12 Ikke i bruk

Hovedfunksjoner

- 5 Administrasjon
- 10 Trafikkarealer
- Kommunal Legevakt

Prosjekt: **K7 - Sengenpostoppgradering**
 Erstatningsarealer - kontorer
 Areal: 143 kvm BTA
 År: 2018
 Forventet sluttkostnad: Inngår i totalt 120 MNOK for hele K7



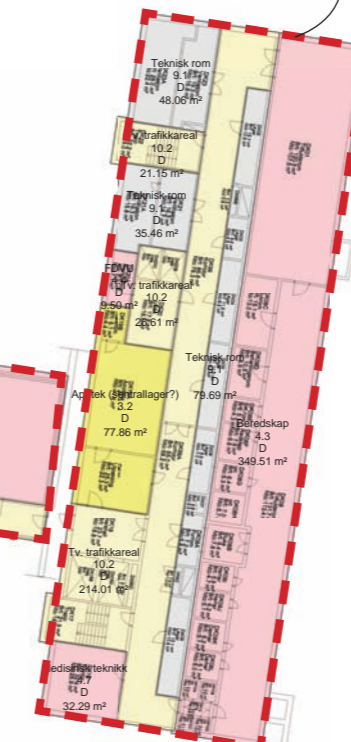
Prosjekt: **K22 - Vedlikehold Sentrallager**
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 220 kvm BTA
 År: 2023
 Forventet sluttkostnad: 1 MNOK



Prosjekt: **K21 - Vedlikehold Tøyhåndtering mm**
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 878 kvm BTA
 År: 2023
 Forventet sluttkostnad: 6 MNOK



Prosjekt: **K27 - Vedlikehold Apotek/lager, tekniske rom, beredskap**
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 897 kvm BTA
 År: 2025
 Forventet sluttkostnad: 5 MNOK



Plan U2
 1 : 200

Hovedfunksjoner

- 1A Somatikk - Opphold
- 2A Undersøkelse og behandling, somatikk
- 3 Medisinsk Service
- 4 Ikke-medisinsk service
- 5 Administrasjon
- 6 Personalservice
- 7 Pasientservice
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer

- FORELOPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETALJPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○

Prosjekt: K23 - Vedlikehold Sentralkjøkken, kantine, laboratorie
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 1067 kvm BTA
 År: 2024
 Forventet sluttkostnad: 10 MNOK

Prosjekt: K17 - Vedlikehold Sentrallager mm
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 598 kvm BTA
 År: 2022
 Forventet sluttkostnad: 5 MNOK

Prosjekt: K26 - Vedlikehold Garderober/ergo-fysioterapi
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 898 kvm BTA
 År: 2025
 Forventet sluttkostnad: 10 MNOK

Prosjekt: K19 - Vedlikehold Akuttmottak, observasjon mm
 Utvide mottaksrom, sikker strømforsyning, lukke TG3-avvik
 Areal: 851 kvm BTA
 År: 2019, 2023
 Forventet sluttkostnad: 17 MNOK



Plan U1
1:200

Rev. Dato. Beskr. Tegnr. Dato.

TEGNINGSNR: A102 REV:NR:

MOMENTUM
ARKITEKTER

PROSJEKTTEAM:
ARK MOMENTUM ARKITEKTER AS, ROSENBERGSGATEN 11C
 PB. 5116 MARSTRETTEN, 0303 OSLO, NORGE
 TLF. +47 22 55 85 00, POST@MOMENTUMARK.NO
 WWW.MOMENTUMARK.NO

Mulighetsstudie i idefase
 Ringrike Sykehus
 Bærum Sykehus
 Kongsberg Sykehus

PROSJEKT:
Kongsberg Sykehus
 Drammensveien 4, Kongsberg

OPPERANSVORER:
Vestre Viken HF

TEGNING:
Plan U1

PROSJEKTNR: 15560 11.05.2015 REV.DATO:
 MÅLSTOKK: 1:250 FORMAT: A0
 SIGN: VN KONT: MRD
 TEGNINGSNR: REV:NR:
A102

Hovedfunksjoner

- 2A Undersøkelse og behandling, somatikk
- 2B Psykiatri og rus - Undersøkelse og behandling
- 4 Ikke-medisinsk service
- 5 Administrasjon
- 7 Pasientservice
- 8 Undervisning og forskning
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer
- BUP

- FORELØPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETALJPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○



Prosjekt: K7 - Sengepostoppgradering
 Erstatningsarealer - rokadesengepost
 Areal: ca 500 kvm BTA
 År: 2019
 Forventet sluttkostnad: 120 MNOK totalt for hele K7

Prosjekt: K16 - Vedlikehold hovedinngang mm
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 322 kvm BTA
 År: 2022
 Forventet sluttkostnad: 5 MNOK

Prosjekt: K9 - Poliklinikk oppgradering
 D-fløy
 Areal: 765 kvm BTA
 År: 2025
 Forventet sluttkostnad: 24 MNOK

Prosjekt: K9 - Poliklinikk oppgradering
 B-fløy
 Areal: 805 kvm BTA
 År: 2024
 Forventet sluttkostnad: 23 MNOK

Plan 01
 1 : 200

Rev. Dato. Beskr. Teg. Dato.

TEGNINGSNR: A103 REVNR:

MOMENTUM ARKITEKTER

PROSJEKTTEAM:
ARK MOMENTUM ARKITEKTER AS, ROSENBERGSGATEN 10C
 PB. 2114 MARSHOLMEN, 0303 OSLO, NORGE
 TLF. +47 22 35 85 00, POST@MOMENTUMARK.NO
 WWW.MOMENTUMARK.NO

Mulighetsstudie i idefase
 Ringerike Sykehus
 Bærum Sykehus
 Kongsberg Sykehus

PROSJEKT
Kongsberg Sykehus
 Drammensveien 4, Kongsberg

OPPDRAGSGIVER
Vestre Viken HF

TEGNING:
Plan 01

PROSJEKTNR: 15560 13.04.2015 REV.DATO:
 MÅLSTOKK: 1:250 FORMAT: A0
 SIGN: VN KONT: MRD
 TEGNINGSNR: REVNR:
A103

Hovedfunksjoner

- 1A Somatikk - Opphold
- 2A Undersøkelse og behandling, somatikk
- 2B Psykiatri og rus - Undersøkelse og behandling
- 3 Medisinsk Service
- 4 Ikke-medisinsk service
- 5 Administrasjon
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer
- BUP

Prosjekt: **K28 - Vedlikehold Dagområde, dialyse mm**
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 685 kvm BTA
 År: 2026
 Forventet sluttkostnad: 13 MNOK

Prosjekt: **K14 - Vedlikehold - Laboratorie**
 Lukke TG3-avvik
 Areal: 380 kvm BTA
 År: 2019
 Forventet sluttkostnad: 6 MNOK

Prosjekt: **K7 - Sengepostoppgradering**
 2.etg. Lukke TG3-avvik, ombygging
 Areal: 765 kvm BTA
 År: 2020-2023
 Forventet sluttkostnad: 120 MNOK totalt for hele K7

Prosjekt: **K2 - Avd for bildediagnostikk**
 Multifunksjonslab, CT, generell ombygging
 Areal: 755 kvm BTA
 År: 2017-2018, 2026
 Forventet sluttkostnad: 32 MNOK

Plan 02
 1:200

Hovedfunksjoner

- 1A Somatikk - Opphold
- 2A Undersøkelse og behandling, somatikk
- 10 Trafikkarealer

Prosjekt: **K5 - Intensiv/oppvåkning**
 Sikker strømforsyning, vedlikehold, mindre ombygging
 Areal: ca 600 kvm BTA
 År: 2026
 Forventet sluttkostnad: 22 MNOK

Prosjekt: **K7 - Sengepostoppgradering**
 3.etg. Lukke TG3-avvik, ombygging
 Areal: 765 kvm BTA
 År: 2020-2023
 Forventet sluttkostnad: 120 MNOK totalt for hele K7

Plan 03
 1:200

Prosjekt: **K25 - Operasjon**
 Lukke TG3-avvik, sikker strømforsyning
 Areal: 739 kvm BTA
 År: 2018-2025
 Forventet sluttkostnad: 26 MNOK

- FORELOPIG ○
- SKISSEPROSJEKT ○
- FORPROSJEKT ○
- DETALJPROSJEKT ○
- RAMMESØKNAD ○
- IGANGSETTINGSØKNAD ○
- ARBEIDSTEGNING ○
- DOKUMENTASJON ○

Rev	Dato	Formål	Sign	Navn

TEGNINGSNR: A104
 REVNR:
MOMENTUM
ARKITEKTER
 PROSJEKTTEAM: ARK
MOMENTUM ARKITEKTER AS, ROSENBERGSGATEN 11C, PB. 2016 MARISTEILEN, 0203 OSLO, NORGE
 TLF +47 22 25 85 00, POST@MOMENTUMARK.NO
 WWW.MOMENTUMARK.NO

Mulighetsstudie i idefase
 Ringerike Sykehus
 Bærum Sykehus
 Kongsberg Sykehus

PROSJEKT: Kongsberg Sykehus
 Drammensveien 4, Kongsberg

OPPDRAGSGIVER: Vestre Viken HF
 TEGNING: Plan 02 og 03

PROSJEKTNR:	15560	14.04.2015	REV DATO:
MÅLSTOKK:	1:200	FORMAT:	A0
SIGN:	VN	KONT:	MRO
TEGNINGSNR:	A104	REVNR:	

Hovedfunksjoner

- 1A Somatikk - Opphold
- 2A Undersøkelse og behandling, somatikk
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer

Prosjekt: **K29 - Vedlikehold Teknisk rom**
Lukke TG3-avvik
Areal: 134 kvm BTA
År: 2026
Forventet sluttkostnad: 1 MNOK



Prosjekt: **K7 - Sengepostoppgradering**
4.etg. Lukke TG3-avvik, ombygging
Areal: 765 kvm BTA
År: 2020-2023
Forventet sluttkostnad: 120 MNOK totalt for hele K7

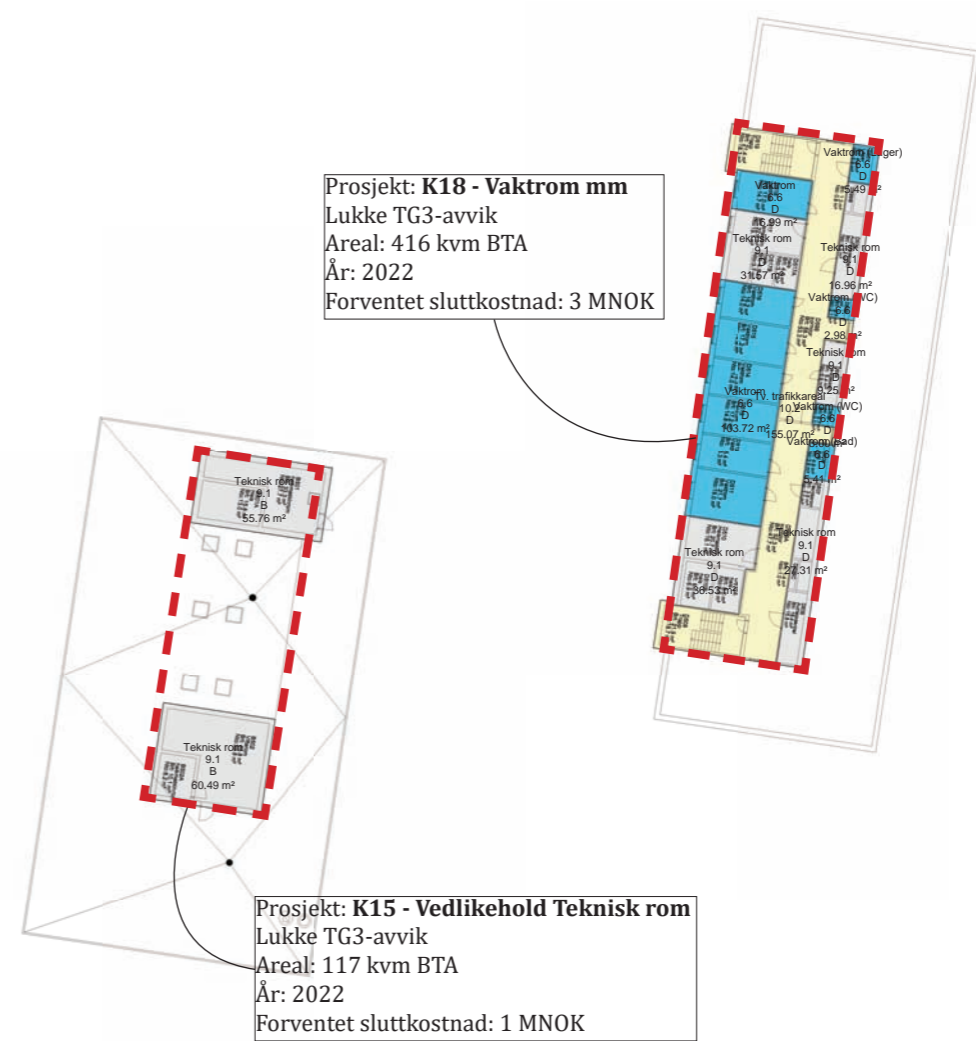
Prosjekt: **K20 - Vedlikehold Føde/barsel sengeområde**
Lukke TG3-avvik
Areal: 852 kvm BTA
År: 2024
Forventet sluttkostnad: 12 MNOK

Plan 04
1:200

Hovedfunksjoner

- 6 Personalservice
- 9 Tekniske arealer
- 10 Trafikkarealer

Prosjekt: **K18 - Vaktrom mm**
Lukke TG3-avvik
Areal: 416 kvm BTA
År: 2022
Forventet sluttkostnad: 3 MNOK



Prosjekt: **K15 - Vedlikehold Teknisk rom**
Lukke TG3-avvik
Areal: 117 kvm BTA
År: 2022
Forventet sluttkostnad: 1 MNOK

Plan 05
1:200

- FORELØPIG
- SKISSEPROSJEKT
- FORPROSJEKT
- DETALJPROSJEKT
- RAMMESØKNAD
- IGANGSETTINGSØKNAD
- ARBEIDSTEGNING
- DOKUMENTASJON

Rev. Dato. Navn. Type. Status.

TEGNINGSNR: A105

REVNØR:

MOMENTUM
ARKITEKTER

PROSJEKTTEAM:
ARK

MOMENTUM ARKITEKTER AS, ROSENBERGSGATEN 11C
PB. 2016 MARISTEILEN, 0303 OSLO, NORGE
TEL: +47 22 55 55 00, POST@MOMENTUMARK.NO
WWW.MOMENTUMARK.NO

Mulighetsstudie i idefase
Ringerike Sykehus
Bærum Sykehus
Kongsberg Sykehus

PROSJEKT:
Kongsberg Sykehus
Drammensveien 4, Kongsberg

OPPDRAUGSGIVER:
Vestre Viken HF

TEGNING:
Plan 04 og 05

PROSJEKTNR: 15560 14.04.2015 REV. DATO:
MALESTOKK: 1:250 FORMAT: A0
SIGN: VN KONT: MRD
TEGNINGSNR: REVNR:
A105

BRK-Forprosjektrapport Vedlegg Prosjektbeskrivelser



Prosjektnummer:			
Prosjektnavn:			
Revisjon:	Revisjonen gjelder:	Godkjent:	Dato:
A	Utkast til styringsgruppen		12.05.2015
B	Endelig versjon		
Arkivnr.:	Prosjektleder: Tom D. Lybeck	Godkjent av:	Dato: 15.05.2017

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	GENERELT OM DOKUMENTET	3
2	PROSJEKTBEKRIVELSER - BÆRUM	5
3	PROSJEKTBEKRIVELSER - RINGERIKE.....	47
4	PROSJEKTBEKRIVELSER - KONGSBERG	65

1 GENERELT OM DOKUMENTET

Dokumentet beskriver kort de tiltak/prosjekter som er vist i prosjektprogrammene for Bærum-, Ringerike- og Kongsberg sykehus, slik de fremkommer i hovedrapporten for BRK forprosjekt.

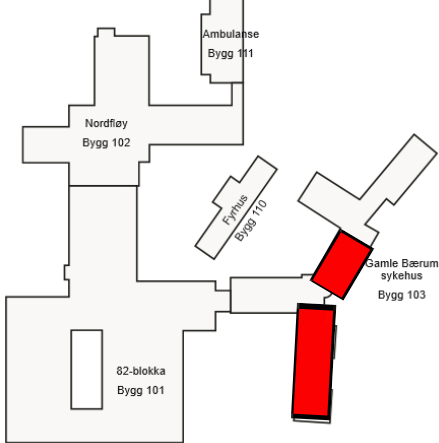

Innhold

1	GENERELT OM DOKUMENTET	3
2	PROSJEKTBEKRIVELSER – BÆRUM	5
2.1	B4 - DAGKIRURGI	5
2.2	B6 - SIKKER STRØMFORSYNING	7
2.3	B17 - VEDLIKEHOLD OPERASJONSAVDELING	8
2.4	B5 - POLIKLINIKK	9
2.5	B9 - OBSERVASJON	11
2.6	B10 - KONTORLØSNING	12
2.7	B11 - SENGEPOSTOPPGRADERING	14
2.8	B3 - LABORATORIEMEDISIN	16
2.9	B12 - POSTOP/INTENSIV	18
2.10	B13 - AVDELING FOR BILDEDIAGNOSTIKK, RADIOLOGI	20
2.11	B14 - AKUTTMOTTAK/STILLEROM	22
2.12	B8 - SPRINKLING	22
2.13	B7 - AVLØPSRØR	24
2.14	B15 - FASADEREHABILITERING	25
2.15	B16 - VINDUSUTSKIFTING	26
2.16	B18 - VEDLIKEHOLD – STERILSENTRALEN	27
2.17	B19 - HEISUTSKIFTING	28
2.18	B21 - VEDLIKEHOLD – FDVU, LAGER ETC	29
2.19	B22 - VEDLIKEHOLD - FØDEAVDELINGEN	30
2.20	B23 - VEDLIKEHOLD - ADMINISTRASJON	31
2.21	B24 - VEDLIKEHOLD - PRESTETJENESTE	32
2.22	B25 - VEDLIKEHOLD – GAMLE KJØKKEN	33
2.23	B26 - VEDLIKEHOLD NORDFLØY/OPERASJONSFLØY	34
2.24	B27 - VEDLIKEHOLD - VESTFLØY	35
2.25	B28 - VEDLIKEHOLD - POLIKLINIKK	36
2.26	B29 - VEDLIKEHOLD - SENTRALENTRE	37
2.27	B30 - VEDLIKEHOLD – SENGEPOST FØDE/BARSEL/GYN - NORD	38
2.28	B31 - VEDLIKEHOLD – GYN.POL	39
2.29	B32 - VEDLIKEHOLD – SENGEPOST FØDE/BARSEL/GYN - SYD	40
2.30	B33 - VEDLIKEHOLD – LAB/ADM/BLODBANK ETC	41
2.31	B34 - VEDLIKEHOLD – TEKNISK ROM	42
2.32	B35 - VEDLIKEHOLD – POLIKLINIKK (KONTORAREAL OG FORSKNING)	43
2.33	B36 - VEDLIKEHOLD – GYN.POL OG KONTOR ETC	44
2.34	B37 - VEDLIKEHOLD – BEREDSKAP/LAGER	45
2.35	B38 - VEDLIKEHOLD BYGG 110 OG 116	46
3	PROSJEKTBEKRIVELSER – RINGERIKE	47
3.1	R3 - KVINNEBARN-PROSJEKTET (FØDE/BARSEL/GYN)	47
3.2	R4 - SIKKER STRØMFORSYNING	48
3.3	R5 - AVDELING FOR BILDEDIAGNOSTIKK, RADIOLOGI	49
3.4	R6 - SAMLET POLIKLINIKK	51
3.5	R8 - OPPVÅRNING, INTENSIV, ANESTESI	52
3.6	R9 - DAGKIRURGI	53
3.7	R10 - OPERASJON	54
3.8	R7 - VEDLIKEHOLD - STERILSENTRAL	55

3.9	R11 - VEDLIKEHOLD – UTSKIFTING VINDUER.....	56
3.10	R12 - AVLØPSRØR.....	57
3.11	R13 - VEDLIKEHOLD – KJELLERETASJE, LAGER, FDVU	58
3.12	R14 - VEDLIKEHOLD – HOVEDINNGANG, KIOSK OG KONTOR.....	59
3.13	R15 - VEDLIKEHOLD – KONTOR/MØTEROM.....	60
3.14	R16 - VEDLIKEHOLD – A BYGGET	61
3.15	R17 - VEDLIKEHOLD - GARDEROBE	62
3.16	R18 - VEDLIKEHOLD – TEKNISKE ROM.....	63
3.17	R2 - HALLINGDAL SJUKESTUGU.....	64
4	PROSJEKTBSKRIVELSER – KONGSBERG	65
4.1	K1 - MEDISINROM INTENSIV	65
4.2	K2 - AVD.FOR BILDEDIAGNOSTIKK KLINIKK KONGSBERG - CT	66
4.3	K3 - BUNNLEDNING	67
4.4	K4 - SIKKER STRØMFORSYNING	67
4.5	K7 - SENGEPOSTOPPGRADERING	68
4.6	K8 - FASADEREHABILITERING	69
4.7	K13 - VEDLIKEHOLD BYTTE KJØLEMEDIUM.....	69
4.8	K25 - VEDLIKEHOLD OPERASJON	70
4.9	K6 - SPRINKLING	70
4.10	K14 - VEDLIKEHOLD LABORATORIE	71
4.11	K19 - VEDLIKEHOLD AKUTTMOttAK, OBSERVASJON MM.....	72
4.12	K15 - VEDLIKEHOLD TEKNISK ROM	73
4.13	K16 - VEDLIKEHOLD HOVEDINNGANG MM	73
4.14	K17 - VEDLIKEHOLD SENTRALLAGER MM	74
4.15	K18 - VEDLIKEHOLD VAKTROM MM.....	75
4.16	K10 - VINDUER OG YTTERDØRER.....	75
4.17	K21 - VEDLIKEHOLD TØYHÅNTERING MM	77
4.18	K22 - VEDLIKEHOLD SENTRALLAGER.....	77
4.19	K9 - POLIKLINIKK OPPGRADERING.....	78
4.20	K20 - VEDLIKEHOLD FØDE/BARSEL SENGEOMRÅDE	79
4.21	K23 - VEDLIKEHOLD SENTRALKJØKKEN, KANTINE, LABORATORIEMEDISIN	80
4.22	K24 - VEDLIKEHOLD E-BYGGET	80
4.23	K26 - VEDLIKEHOLD GARDEROBER/ERGOFYSIOTERAPI	81
4.24	K27 - VEDLIKEHOLD APOTEK/LAGER, TEKNISKE ROM OG BEREDSKAP	82
4.25	K5 - INTENSIV/OPPVÅKNING	82
4.26	K11 - YTTERTAK, TAKRENNER, NEDLØP.....	83
4.27	K12 - ADGANGSKONTROLLSYSTEM.....	84
4.28	K28 - VEDLIKEHOLD DAGOMRÅDE, DIALYSE MM.....	84
4.29	K29 - VEDLIKEHOLD TEKNISKE ROM.....	85

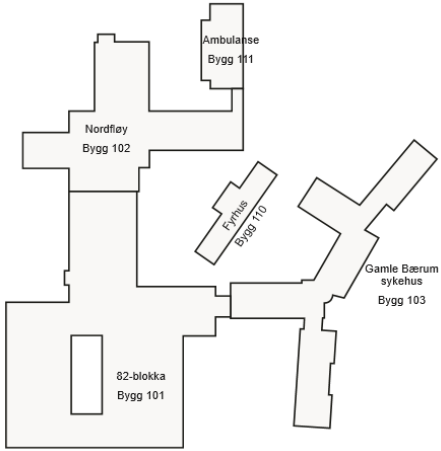
2 PROSJEKTBEKRIVELSER – BÆRUM

2.1 B4 - Dagkirurgi

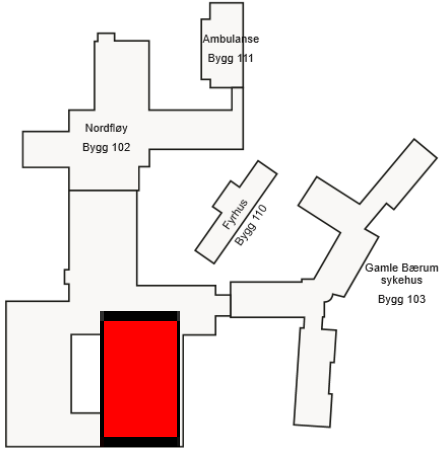

Prosjekt	B4 - Dagkirurgi	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p> <p>Oppgradering av arealene for å romme programønsket for ny dagkirurgi. Samtidig lukke alle TG3 tiltak; i hovedsak, sprinkling, el.kraft og avfallsanlegg. Utbedring av tilhørende fasade utføres som eget prosjekt.</p> <p>Se for øvrig forprosjektrapport</p>	<p><i>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</i></p> 	
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p>Behov for økt behandlingskapasitet i den Dagkirurgiske avdeling. Analyser i tidligfase har resultert i et program med 2 nye operasjonsstuer og et større postoperativt areal på avdelingen. Se for øvrig forprosjektrapport.</p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p>Bygg 103, 2. etg - 1114 m²</p>	<p><i>Oversiktstegning av aktuelt areal:</i></p> 
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p>42 mnok TG3-tiltak: 6 mnok Ombygging og øvrig vedlikehold: 36 mnok</p>	

<i>Tidsplan</i>	<i>Planlagt gjennomført i 2017 og 2018</i>
<i>Modenhetsnivå</i>	<i>Foreligger forprosjekt</i>
<i>Status i dag</i>	<i>Det er i dag behov for økt behandlingsskapasitet i den dagkirurgiske avdelingen. I tillegg behov for å lukke TG3 tiltak.</i>
<i>Mål</i>	<i>Øke behandlingsskapasitet på dagkirurgi og lukke TG3 tiltak.</i>
<i>Gjennomføringsstrategi</i>	<i>Dagens kir.ort. polikliniske virksomhet flytter ut fra Sørfløy. Poliklinikken flytter inn i Midtfløy i samme etasje, som i dag i hovedsak består av legekontorer. Disse evakueres og tilpasses polikliniske funksjonskrav. Som et resultat av flyttingen av poliklinikken, blir noen arealer i Vestfløy også innlemmet i prosjektet i anledning oppussing og tilrettelegging av funksjoner.</i>
<i>Andre tiltak i arealet</i>	<i>Sikker strømforsyning, mulig utskifting av heis, fasaderehabilitering og vindusutskifting</i>
<i>Usikkerhet</i>	<i>Usikkerhet beskrevet i Forenklet Forprosjektrapport DPB02 Dagkirurgi og erstatningsarealer.</i>
<i>Neste steg</i>	<i>Detaljprosjektering</i>
<i>Dokumentasjon</i>	<i>Forprosjekt Sikker strømforsyning Forenklet Forprosjektrapport DPB02 Dagkirurgi og erstatningsarealer.</i>

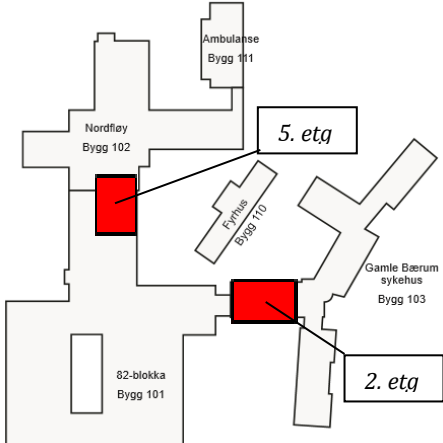


2.2 B6 - Sikker strømforsyning

Prosjekt	B6 - Sikker strømforsyning	
Prosjektbeskrivelse	<p>TG3 tiltak Sikker strømforsyning omfatter;</p> <p>Fase 1: Etablering av nødstrømsaggregater/ -fordelinger og UPS forsyning sentralt med tilførselskabler.</p> <p>Fase 2: Etablering av nødstrømfordelinger</p> <p>I tillegg inngår etablering av gruppe 2 roms fordelinger inklusive tilførselskabler for nye nordfløy, som ikke er beskrevet i BRK idefase.</p> <p>Komplettering av sikker strømforsyning gjøres for øvrig i det aktuelle ombyggings-/vedlikeholdsprosjektet.</p> <p>Se for øvrig eget notat/forenklet forprosjekt for Sikker strømforsyning</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
Utløsende prosjektbehov	Lukke TG3 tiltak vedr sikker strømforsyning	
Aktuelt areal	Hele sykehuset.	I hovedsak etablering av sikker strømforsyning for arealer knyttet til operasjon, intensiv, dagkirurgi, enkelte isolater og spesialrom i nye nordfløy, samt enkelte rom i akuttmottaket.
Forventet sluttkostnad	<p>36,3 mnok</p> <p>TG3-tiltak: 36,3 mnok</p> <p>Kostnader for komplettering (gr2-romfordelinger og tilførselskabler er medtatt i det enkelte ombyggings-/vedlikeholdsprosjektet (der hvor dette er kartlagt som TG3-avvik)</p>	
Tidsplan	<p>Hoveddelen gjennomføres i 2017 og 2018. Gjelder:</p> <p>Aggregater, UPS dagkirurgi og UPS 82-blokk, nødstrøm dagkirurgi og nødstrøm 82-blokk. Komplettering av sikker strømforsyning i Nye nordfløy: 2025</p> <p>Sikker strømforsyning for intensiv kompletteres i 2024 (kostnad for dette inngår i intensivprosjektet (se prosjekt nr 2.9)</p>	
Modenhetsnivå	Foreligger prinsippnotat for grensesnitt mellom sikker strømforsyningsprosjektet og de øvrige investeringstiltakene i prosjektprogrammet. Kostnadsanslag er utarbeidet. Dette ligger til grunn for anslagene gitt i investeringsplanen.	
Status i dag	Sykehuset har ikke tilfredsstillende sikker strømforsyning (nødstrøm med redundans)	
Mål	Lukke TG3 tiltak vedr sikker strømforsyning	
Gjennomføringsstrategi	Nødstrømaggregater og UPS sentral etableres i 2017 og 2018. Hovedsakelig gjøres øvrig oppgradering i sykehusets arealer gjennomføres koordinert med øvrige vedlikeholds- og ombyggingsprosjekter. Det er lagt opp til å komplettere sikker strømforsyning for operasjon og dagkirurgi så raskt som mulig, forslagsvis i løpet av 2018 og 2019.	
Andre tiltak i arealet	Øvrige vedlikeholds- og ombyggingsprosjekter	
Usikkerhet	Arbeid med sikker strømforsyning i operasjonsarealet koordineres med øvrige prioriterte tiltak i dette arealet; sprinkling, skifte avløpstrammer, utskifting av operasjonsøyler mm.	
Neste steg	Grensesnitt mot øvrige vedlikeholds- og ombyggingsprosjekter	
Dokumentasjon	Detaljprosjektering	
	Prinsippnotat for grensesnitt mellom sikker strømforsyning og øvrige tiltak i prosjektprogrammet. Kostnadsestimat for sikker strømforsyning	

2.3 B17 – Vedlikehold Operasjonsavdeling

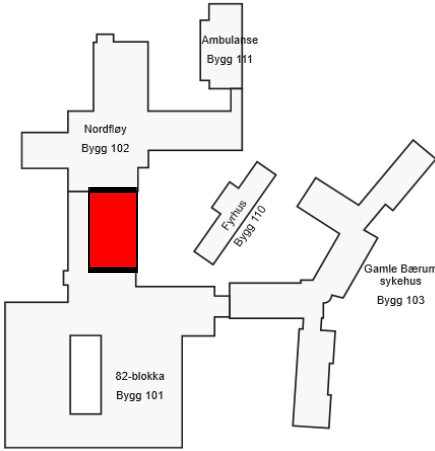
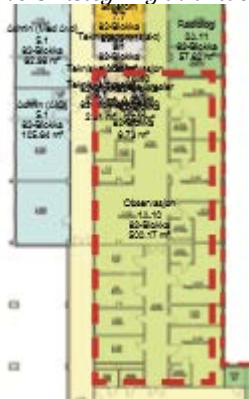
Prosjekt	B17 - Vedlikehold Operasjonsavdeling	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p>Lukking av TG3 avvik i operasjonsavdelingen, samt gjennomføring av en del mindre ombyggings- og vedlikeholdstiltak.</p> <p><i>Note: prosjektet må koordineres med prosjekt nr 2.12 sprinkling og 2.13 avløpsrør, samt 2.15 utskifting av vinduer i sørenden av arealet.</i></p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p>Behov for rehabilitering av alvorlige feil og mangler, TG3 avvik. Dette gjelder avløpsstammer med kritisk dårlig kvalitet, samt sprinkling av arealet. I tillegg en del mindre vedlikeholdstiltak. Utskifting av avløpsstammer og sprinkling av arealet er beskrevet i egne avsnitt; 2.12 og 2.13</p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p>Bygg 101, plan 3 – ca 2000 m2</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p> 
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p>TG3: 3 mnok. Knyttet i hovedsak til komplementering av sikker strømforsyning, med etablering av nødvendige gr.2-romsfordelere (inkl kabling) samt mindre arbeider på elektro og utskifting av himlingsplater.</p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p>Gjennomføres i 2 faser – sommer 2018 og sommer 2019. Beskrevet nærmere i forprosjektbeskrivelsen.</p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>	<p>Forenklet forprosjektbeskrivelse</p>	
<p><i>Status i dag</i></p>	<p>Området har tekniske anlegg med ulik alder og funksjonalitet.</p>	
<p><i>Mål</i></p>	<p>Lukket TG3-avvik. Forbedret funksjonalitet i Operasjonsavdelingen, ved bl.a. å sikre strømforsyning.</p>	
<p><i>Gjennomføringsstrategi</i></p>	<p>Se forprosjektbeskrivelse. Gjennomføring planlegges til sommer 2018 og sommer 2019</p>	
<p><i>Andre tiltak i arealet</i></p>	<p>Alle planlagte tiltak i området beskrevet i forprosjektbeskrivelse (utskifting avløpsstammer, sprinkling, vindusutskifting, diverse elektroarbeider mm)</p>	
<p><i>Usikkerhet</i></p>	<p>Gjennomføring med stram fremdrift i en luke på 7 uker hver sommer, hvor Operasjon holdes stengt. Usikkerhet knyttet til kapasitet på entreprenører og håndverkere i sommerperioden.</p>	
<p><i>Neste steg</i></p>	<p>Basert på alle tiltak som er identifisert som nødvendige i dette arealet bør det etableres en felles prosjektbeskrivelse, basert på den forenklede forprosjektbeskrivelsen som er vedlagt. Dette for å sikre at tiltakene blir tilstrekkelig koordinert i planleggings- og gjennomføringsfasen, selv om disse finansieres fra flere investeringsbudsjett.</p> <p><i>Detaljprosjektering</i></p>	
<p><i>Dokumentasjon</i></p>	<p>Forenklet forprosjektbeskrivelse Operasjon og Sterilsentral</p>	

2.4 B5 - Poliklinikk

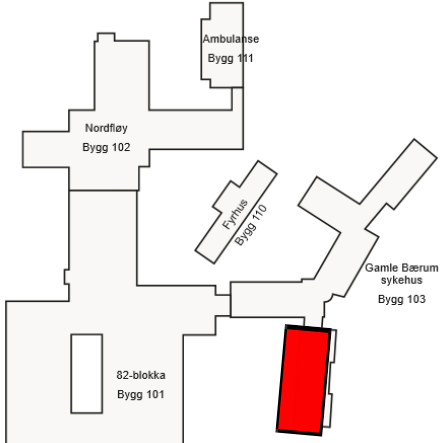
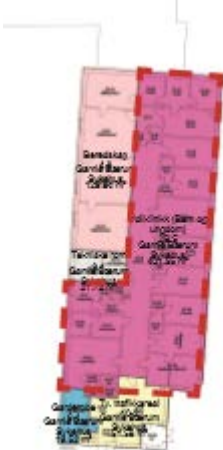
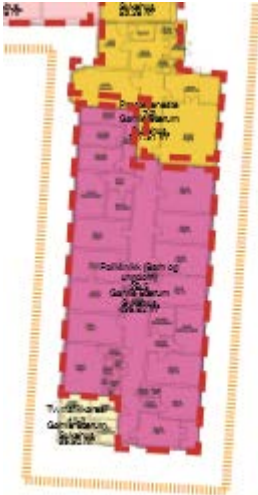
Prosjekt	B5 - Poliklinikk	
<p>Prosjektbeskrivelse</p>	<p>Del 1: Vedlikehold og ombygging av en halv 5. etasje Nord i 82.blokka. I dag er denne benyttet til medisinsk poliklinikk. Den delen som i dag benyttes til CRC (kliniske spesiallaboratorier) skal kun vedlikeholdes ved å lukke kartlagte TG3 avvik. TG3 avvik er registrert på vann og sanitær, samt for brannslukking.</p> <p>Del 2: Ombygging og vedlikehold av 2. etasje vestfløy i Gamle Bærum sykehus. I dag benyttet til kirurgisk-/ortopedisk poliklinikk.</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
<p>Utløsende prosjektbehov</p>	<p>Kapasitetsberegning av nødvendig antall konsultasjonsrom og spesiallaboratorier, samt behov for å utbedre vedlikeholdsetterselepet.</p>	
<p>Aktuelt areal</p>	<p>Ombygging og vedlikehold i nordenden av 5. etg 82 blokka Nord Vedlikehold i sydenden av 5. etg 82 blokka Nord Areal 5. etg 82 blokka: 750 m² Ombygging og vedlikehold av midtfløyen i 2. etasje bygg 103 (GBS) – 367 m²</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p> <p>2. etg:</p>  <p>5. etg:</p> 
<p>Forventet sluttkostnad</p>	<p>18 mnok, fordelt på ca 5 mnok for (i hovedsak vedlikehold) kir/ort pol 2. etg og 13 mnok for 5. etg 82-blokka (Bygg 101). TG3-tiltak: 8 mnok Ombygging og øvrig vedlikehold: 10 mnok</p> <p>I tillegg er 11 mnok disponert i 2017 (prosjekt B4) for å tilpasse 2. etasje i midtfløyen (bygg 103/GBS)* til kir/ort poliklinikk.</p> <p>*I forbindelse med utvidelse av dagkirurgien er det behov for å flytte deler kir/ort poliklinikk fra sørfløyen til midtfløyen i 2. etasje Bygg 103. Kostnader for etablering av dette arealet er disponert i 2017 og er knyttet til prosjekt: Dagkirurgi. Gjenstående vedlikeholdsbehov i denne etasjen blir</p>	


	<i>derfor ca 5 mnok og knytter seg til vestfløyen.</i>
<i>Tidsplan</i>	<i>2023 – 2024</i>
<i>Modenhetsnivå</i>	<i>Idefase</i>
<i>Status i dag</i>	<i>Behov for endringer for å få bedre utnyttelsesgrad av eksisterende rom. Prosjektet må avklare hvilke endringer som skal inngå i prosjektet. Funksjonelle behov er meldt inn i forbindelse med arealplansarbeidet, men må gjennomgås på nytt i lys av kostnadsrammen til prosjektet.</i>
<i>Mål</i>	<i>Ny planløsning i 5. etasje nordenden av nordfløy bygg 101 tilpasset fremtidig beregnet kapasitet for medisinsk poliklinikk. Løsningen gir riktig antall poliklinikkrom (inkl støtterom) for å håndtere fremskrevet poliklinisk aktivitet for medisin og kirurgi/ortopedi Ny/forbedret planløsning i 2. etasje vestfløy i bygg 103. Lukke TG3 tiltak</i>
<i>Gjennomføringsstrategi</i>	<i>Planlegge nedstengning av arealet koordinert med sykehusdriften.</i>
<i>Andre tiltak i arealet</i>	<i>Sprinkling, utskiftning av avløpsstammer</i>
<i>Usikkerhet</i>	<i>Antall spesiellaboratorier skal i henhold til framskrivningen øke. Disse rommene er normalt sett mer arealkrevende enn typiske konsultasjonsrom. Det er fra idefasen gjort en overordnet arealvurdering i forhold til å få plass til nødvendige rom, og det er en usikkerhet hvorvidt disse kan plasseres med nødvendige støtteareal begrenset til 2. og 5. etasje. Dette må avklares i mulighetsstudien.</i>
<i>Neste steg</i>	<i>Utarbeide mulighetsstudie for ny tilpasset planløsning i de aktuelle arealene.</i>
<i>Dokumentasjon</i>	

2.5 B9 - Observasjon

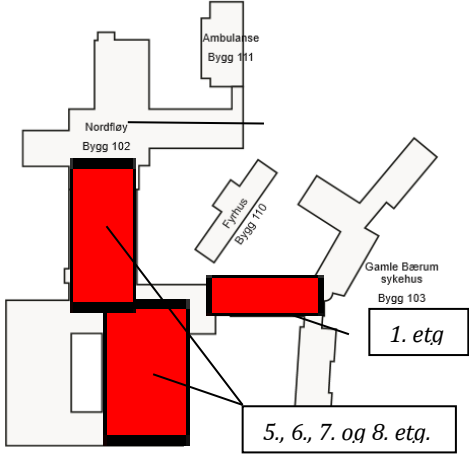

Prosjekt	B9 - Observasjon	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p><i>Ombygging til økt kapasitet og bedre funksjonalitet.</i></p> <p><i>Lett ombygging til bedret funksjonalitet og øket areal. Behov for flere observasjonsplasser. Det er overordnet vurdert som mulig å få tilpasset eksisterende areal til dette økte behovet. Det er dog ikke avklart hvorvidt det er ønskelig å gjennomføre ombyggingen i dette arealet, eller om det skal vurderes andre arealalternativer.</i></p>	<p><i>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</i></p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p><i>Beregnet behov for økt kapasitet på Observasjon</i></p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p><i>Bygg 101, 3. etg - 500 m²</i></p>	<p><i>Oversiktstegning av aktuelt areal:</i></p> 
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p><i>9 mnok</i> <i>TG3: 0</i></p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p><i>2019</i></p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>	<p><i>Idefase</i></p>	
<p><i>Status i dag</i></p>	<p><i>Det er i dag for liten kapasitet på Observasjon.</i></p>	
<p><i>Mål</i></p>	<p><i>Øke kapasitet på Observasjon. Ombygging av areal slik at det er kapasitet for 15 observasjonsplasser</i></p>	
<p><i>Gjennomføringsstrategi</i></p>	<p><i>Planlegges gjennomført i 2019, men dette avhenger hvorvidt det er ønskelig å gjennomføres utvidelsen i eksisterende areal eller om det skal sees på andre alternativer.</i></p>	
<p><i>Andre tiltak i arealet</i></p>	<p><i>Koordineres inn med øvrige tiltak – som avløpsstammer og sprinkling</i></p>	
<p><i>Usikkerhet</i></p>	<p><i>Usikkert hvorvidt økningen skal skje i eksisterende areal for observasjon.</i></p>	
<p><i>Neste steg</i></p>	<p><i>Forprosjekt (alternativt: mulighetsstudie dersom utvidelsen ikke skal gjennomføres der hvor observasjon er i dag)</i></p>	
<p><i>Dokumentasjon</i></p>		


2.6 B10 - Kontorløsning

Prosjekt	B10 - Kontorløsning	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p><i>Etablering av kontorløsning (erstatningsarealer) for fortrengete kontorfunksjoner spesielt på sengepostene.</i></p> <p><i>Kostnadsanslag basert på utflytting av BUP-arealer og ombygging av disse til kontor. Da det ikke er avklart hvorvidt arealet blir fristilt er det ikke utarbeidet andre kostnadsanslag enn hva som ligger som forutsetning for BRK idefasen. Prosjektet er presentert i prosjektprogrammet som «kontorløsning» for å synliggjøre behovet for å etablere erstatningsarealer før sengepostoppgraderingen kan starte.</i></p> <p><i>Lukke TG3 tiltak; El.kraft og avfallsanlegg</i></p>	<p><i>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</i></p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p><i>Kontorlokaler må etableres (beskrevet i idefasen : i Bygg 103, etg 1, U1 og U2) som følge av sengepostoppgradering og mulig fortrengete kontorplasser som følge av ny planløsning for sengepostene.</i></p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p><i>Bygg 103, etg 1, U1 og U2</i> <i>Arealer for BUP i dag.</i> <i>Totalt areal: 1562 m2.</i></p>	<p><i>Oversiktstegning av aktuelt areal:</i></p> <p><i>U2:</i></p>  <p><i>U1:</i></p> 

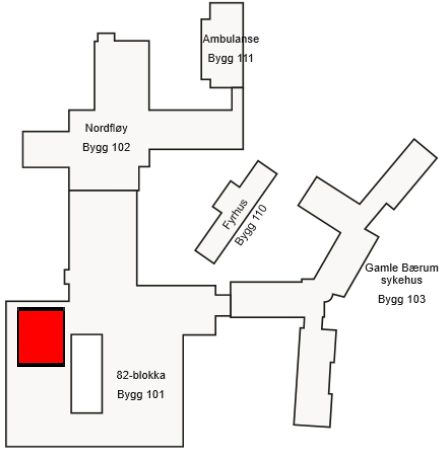
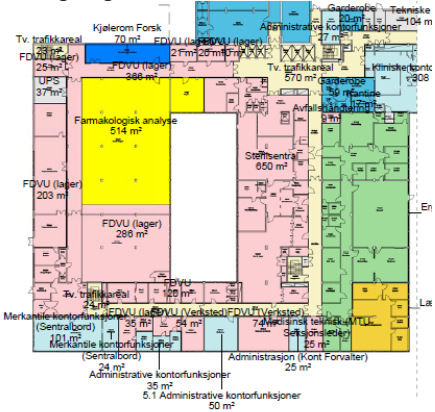
		<p>Plan 1:</p> 
Forventet sluttkostnad	<p>18 mnok TG3-tiltak: 6 mnok Ombygging og øvrig vedlikehold: 12 mnok</p>	
Tidsplan	<p>Rokade og etablering av kontorlokalene gjennomføres i 2019.</p>	
Modenhetsnivå	<p>Mulighetsstudie</p>	
Status i dag	<p>Behov for oppgradering av sengeposter. Dermed må kontorlokalene i dette området flyttes hit. I tillegg behov for å lukke TG3 tiltak.</p>	
Mål	<p>Frigjorte arealer for oppgradering av sengeposter, og etablering av kontorlokaler i Bygg 103. Lukke TG3 tiltak.</p>	
Gjennomføringsstrategi	<p>Flytte BUP slik at kontorlokalene kan bygges.</p>	
Andre tiltak i arealet	<p>Sprinkling, mulig utskifting av heis, og fasaderehabilitering</p>	
Usikkerhet	<p>Usikkerhet rundt hvor BUP skal flyttes</p>	
Neste steg	<p>Forprosjekt</p>	
Dokumentasjon		

2.7 B11 - Sengepostoppgradering

Prosjekt	B11 - Sengepostoppgradering	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p>Oppgradering av 6 sengeposter og etablering av nødvendig rokaadeareal for gjennomføring med sykehus i drift.</p> <p>Flytte / reetablere poliklinikk i 1. etg Bygg 103.</p> <p>Erstatningsarealer for fortrenkte arealer (i hovedsak kontorer) er forutsatt løst gjennom kontorløsningsprosjektet, ref 2.6</p> <p>I tillegg lukke TG3 tiltak;</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p>Behov for å øke andel av en-sengsrom og sikre framtidig sengekapasitet</p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p>1 sengepost i 8. etg. 2 sengeposter i 7. etg, 2 sengeposter i 6.etg, 1 sengepost i 5.etg.</p> <p>Etablering av onkologisk poliklinikk i plan 1 bygg 103.</p> <p>Totalt areal: 7.869 m2</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p>  <p>Bygg 103, 1. etg: Det er ikke endelig avklart hvor stor areal som er nødvendig å etableres for poliklinikken (fra (6. etg). Dette fremkommer først ved en mulighetsstudie.</p>

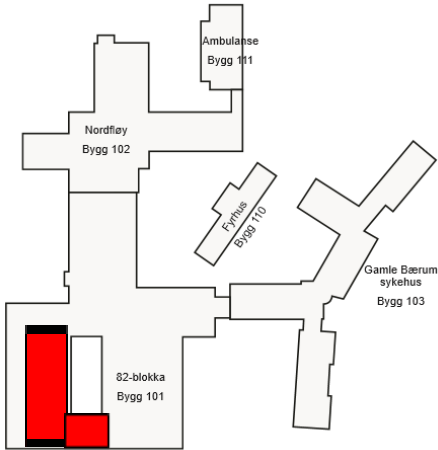

		
<i>Forventet sluttkostnad</i>	316 mnok TG3-tiltak 26 mnok Ombygging og øvrig vedlikehold: 290 mnok	
<i>Tidsplan</i>	Forprosjektering og detaljprosjektering i 2018-2019. Gjennomføring i 2019-2024	
<i>Modenhetsnivå</i>	Idefase	
<i>Status i dag</i>	Det er i dag behov for å øke andel av en-sengsrom og sikre framtidig sengekapasitet. I tillegg lukke TG3 tiltak	
<i>Mål</i>	Oppgradering og ombygging. Etablering av bad og sengerom (større andel 1-sengsrom) samt hente inn vedlikeholds-etterslep i aktuelt areal.	
<i>Gjennomføringsstrategi</i>	Etablere rokaideareal i første etappe. Dernext etablere sengepost i den utflyttede etasjen (etasje 6. nord). Videre rokade er ikke avklart, men av vedlikeholdshensyn vil det være en fordel å vedlikeholde/bygge om Nordfløyen av 82.blokka først, dernext Sørfløyen.	
<i>Andre tiltak i arealet</i>	Utbedring av avløpsstammer og sprinkling	
<i>Usikkerhet</i>	Rokadeplan, tilpasning av ny lay-out til eksisterende infrastruktur – som avløpsstammer. Det er en forutsetning at det er etablert nødvendige kontorarealer slik at funksjoner som i dag er i 1. etasje GBS (hvor poliklinikken reetableres) kan flyttes.	
<i>Neste steg</i>	Mulighetsstudie, med gjennomføringsstrategi. Dernext forprosjekt	
<i>Dokumentasjon</i>		

2.8 B3 - Laboratoriemedisin

Prosjekt	B3 - Laboratoriemedisin	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p> <p>Ombygging av lagerareal til laboratoriemedisin, som følge av funksjonsoverflytting fra Drammen. Arealet skal vedlikeholdes, ved å utbedre TG3 avvik. Disse omfatter i hovedsak utskifting av avløpsstammer og brannslukking. Sprinkling av arealet må sees opp imot pågående sprinkelprosjekt.</p> <p>Laboratoriet vil ligge under dagens arealer for laboratoriemedisin (plan 2) og det er ønskelig å se på muligheten for å ha en intern kommunikasjonsvei (trapp) mellom disse to etasjene.</p> <p>Prosjektet er ikke en del av tiltakene fra alternativ 1a (idefasen BRK)</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 	
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p>Funksjonsfordeling – Nytt Drammen sykehus</p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p>Bygg 101, 1. etg., 510 m²</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p>  <p>Plan 01 Innplassering 1 : 750</p>
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p>26 mnok TG3: 1 mnok Øvrig vedlikehold og ombygging: 25 mnok Kostnadsanslag for ombygging til laboratoriemedisin: 50250,- pr kvm. Ombyggingskostnad er vurdert ut i fra erfaringstall for tung ombygging av laboratoriearealer.</p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p>2023 Må stå klart før ibruktakelse av nye Drammen sykehus i 2024. Estimert tid i investeringsplanen er 2023, med oppstart planlegging og gjennomføring.</p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>	<p>Det er ikke gjort noen vurderinger i forhold til funksjonsbehov i arealet. Det er kun sett på teoretisk arealbehov som følge av programbehov for de aktuelle funksjonene.</p>	
<p><i>Status i dag</i></p>	<p>Arealet i benyttes i dag som sentrallager. Det er ikke medtatt ombygging i omliggende arealer for å tilpasse eller erstatte fortrengt areal.</p>	
<p><i>Mål</i></p>	<p>Nytt funksjonelt areal tilpasset laboratoriemedisin, med god intern kommunikasjon med eksisterende funksjoner i etasjen over. Tilpasset lager/vareflyt slik at det ikke er behov for ytterligere tilpasninger i omkringliggende lagerarealer. Arealet for laboratoriemedisin ved Bærum sykehus utvides, slik at det muliggjør overflytting av funksjon/aktivitet fra Drammen sykehus.</p>	
<p><i>Gjennomføringsstrategi</i></p>	<p>Ikke avklart</p>	
<p><i>Andre tiltak i arealet</i></p>	<p>Oppgradering av sterilsentralen og øvrig oppgradering av Lager/arealer til FDVU. Må vurdere om kostnader knyttet til arealet som skal bygges om til laboratoriemedisin har en for høy andel vedlikeholdskostnad sammenliknet med behovet på sterilsentralen.</p>	

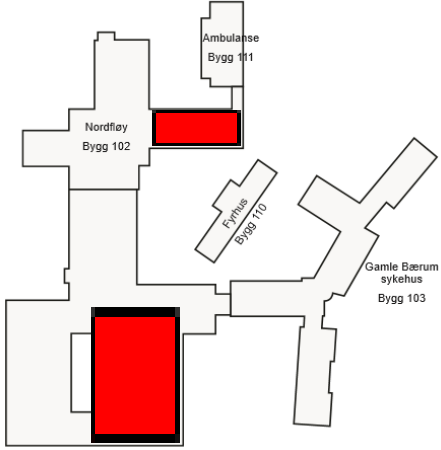

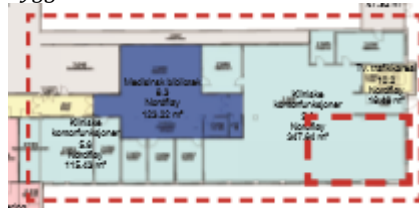
<i>Usikkerhet</i>	<i>Ukjent planløsning for fremtidig laboratoriemedisin. Behov for intern kommunikasjon/trapp. Ikke tilgang til dagslys, som hindrer mulighet for arbeidsplasser i dette arealet. Reduksjon av lagerareal krever en vurdering av lagerlogistikk og effektivisering av gjenstående lagerareal etter ombygging til laboratoriemedisin.</i>
<i>Neste steg</i>	<i>Oppstart mulighetsstudie og beslutning om igangsetting av forprosjekt.</i>
<i>Dokumentasjon</i>	

2.9 B12 - Postop/intensiv

Prosjekt	B12 - Postop/intensiv	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p>Vedlikehold og noe ombygging av postoperativ og intensiv, Bygg 101, 3. etg. Etablering av ny transportkorridor, om mulig, for å bedre pasientflyt fra operasjonsavdelingen</p> <p>Etablering av isolat på postoperativ er foreslått prioritert tidlig i investeringsperioden.</p> <p>I tillegg lukke TG3 tiltak; sprinkling og utskiftning av avløpsstammer.</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p>Behov for å øke kapasiteten på intensiv med 1 seng, samt bedre pasientlogistikken mellom operasjon, via postoperativ og intensiv. I tillegg lukke TG3 tiltak.</p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p>Bygg 101, 3. etg. - Ca 1000 m²</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p> 
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p>23 mnok TG3-tiltak: 3 mnok Ombygging og øvrig vedlikehold: 20 mnok</p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p>Bygge kontaktsmitteisolat: 2018 Generell ombygging/vedlikehold: 2024</p> <p>2 mnok er foreslått disponert i 2018 for etablering av kontaktsmitteisolat på postoperativ. Komplettering av sikker strømforsyning er foreslått gjennomført sammen med øvrig vedlikeholdstiltak i 2024.</p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>	<p>Mulighetsstudie</p>	
<p><i>Status i dag</i></p>	<p>Det er i dag for liten kapasitet på intensiv. Det er i tillegg behov for å bedre pasientlogistikken fra operasjon. Behov for å lukke TG3 tiltak.</p>	
<p><i>Mål</i></p>	<p>Arealet har utbedret vedlikeholdsetterslepet i henhold til MultiMap og i tillegg tilpasset arealet slik at det er enklere å transportere pasienter fra operasjon.</p>	
<p><i>Gjennomføringsstrategi</i></p>	<p>Prosjektet deles i to, hvor etablering av isolat på postoperativ periodiseres tidligere enn øvrig vedlikehold/ombygging.</p>	
<p><i>Andre tiltak i arealet</i></p>	<p>Det er planlagt vedlikehold i tilstøtende arealer, som operasjon og føde/barsel. Det planlegges med vindusutskiftning i sydfasade (2. og 3. etg) i forbindelse med tiltak på Operasjon sommer 2018. Hensiktsmessig å bygge kontaktsmitteisolatet samtidig med tiltakene i fase 1 Operasjon.</p>	
<p><i>Usikkerhet</i></p>	<p>Rokade - flytte sykehusfunksjoner ved gjennomføring av tiltaket.</p>	

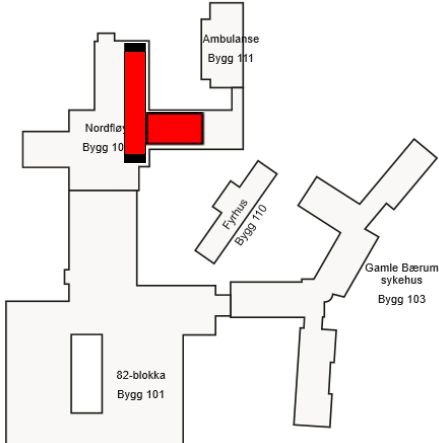

<i>Neste steg</i>	<i>Mulighetsstudie for hele prosjektet, fordelt på trinn 1 Isolat og trinn2 Ombygging/vedlikehold</i>
<i>Dokumentasjon</i>	<i>Beskrevet gjennomføring i Forprosjekt Operasjon og Sterilsentral</i>

2.10 B13 – Avdeling for bildediagnostikk, Radiologi

Prosjekt	B13 –Avd. for bildediagnostikk, Radiologi	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p>Oppgradering av arealet for å lukke TG3 vedlikeholdsetterslep (sprinkling og utbedring av avløpsstammer), samt etablering av nødvendige ekstra modaliteter i henhold til framskrevet behov.</p> <p><i>Note: prosjektet har også en relasjon til pågående prosjekt for etablering av MR2 i nytt areal (dagens styrerom). Dette prosjektet er ikke en del av BRK, men er besluttet gjennomført i 2017 og sikrer etablering av 1 modalitet av de beregnede 3 modalitetene som er behovet for fremtiden</i></p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p>Kapasitetsøkning med 1 MR, 1 CT. Minimum utbedre TG3- avvik i arealet.</p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p>Prosjektet fordeler seg på et hovedareal, dagens radiologi (2000 m² i plan 2 bygg 101), samt etablering av ny modalitet i bygg 102 plan 1 (under akuttmottak).</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p> <p>Bygg 101:</p>  <p>Bygg 102:</p> 
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p>46 mnok TG3-tiltak: 4 mnok Ombygging og øvrig vedlikehold: 42 mnok</p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p>Forslagsvis deles prosjektet i to faser, hvor fase 1 er etablering av CT i år 2022 og fase 2 er vedlikehold og ombygging i dagens arealer for bildediagnostikk for å tilpasse til en ny modalitet og lukke vedlikeholdsetterslep i år 2025.</p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>	<p>Idefase</p>	
<p><i>Status i dag</i></p>	<p>Behov for å lukke TG3 tiltak, samt øke kapasitet på CT og MR</p>	

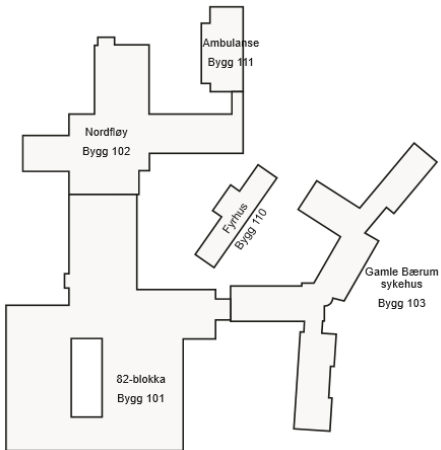
<i>Resultatmål</i>	<i>Fase1: etablering av CT i nytt areal, ved MR2 eller under akuttmottaket. Fase 2: lukking av vedlikeholdsetterslepet i arealene for avd. for bildediagnostikk (plan 2 bygg 101) samt etablering av ytterligere en modalitet i dette arealet, alternativt i tilknytning til MR2 eller under akuttmottaket.</i>
<i>Mål</i>	<i>Øke kapasiteten til totalt 12 modaliteter for bildediagnostikk Lukke TG3 og TG2-tiltak. Prosjektet deles i to faser for å sikre etablering av ny modalitet tidligere enn utbedring av vedlikeholdsetterslep i arealene til avd. for bildediagnostikk</i>
<i>Gjennomføringsstrategi</i>	<i>Fase 1: Etablering av CT i nær tilknytning til dagens MR2. Dette medfører behov for erstatningsarealer som ikke opprinnelig er medtatt i kostnadsanslaget, men som må dekkes av avsatte investeringsmidler for dette prosjektet. Kostnader for CT og den nødvendige utstyrsnære infrastrukturen er ikke medtatt i investeringsbudsjettet.</i>
<i>Andre tiltak i arealet</i>	<i>Utskiftning av avløpsstammer og sprinkling</i>
<i>Usikkerhet</i>	<i>Etablering av erstatningsarealer, rokadepplan. Uavklart om endringer i forbindelse med funksjonsfordelingen fra Drammen medfører ytterligere behov for økt kapasitet.</i>
<i>Neste steg</i>	<i>Mulighetsstudier for de aktuelle delprosjektene. Dernest forprosjekt</i>
<i>Dokumentasjon</i>	

2.11 B14 - Akuttmottak/stillerom

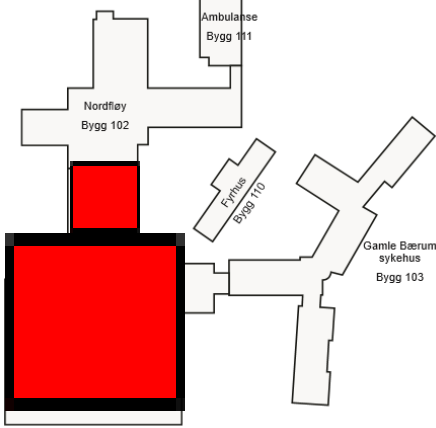
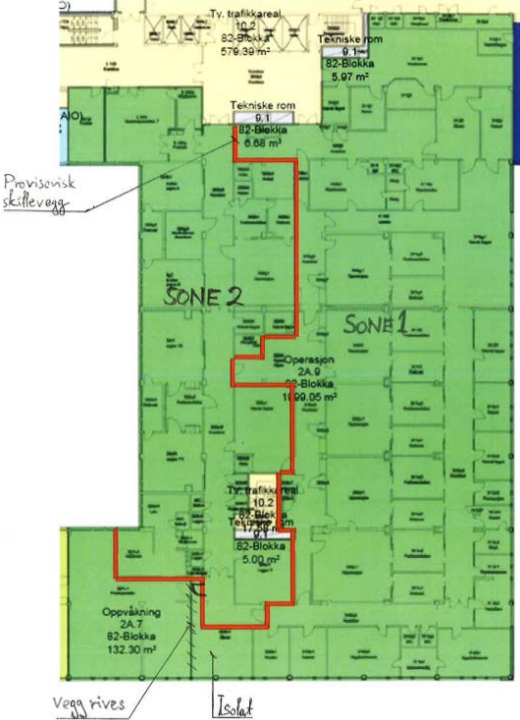
Prosjekt	B14 - Akuttmottak/stillerom	
Prosjektbeskrivelse	Ombygging av dagens akuttmottak-funksjoner for å forbedre funksjonalitet og øke areal. Lett ombygging.	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	Ønske om å samle akutfunksjoner mest mulig i 3. etasje. Behov for økt areal for å kunne gi et differensiert tilbud som følge av økte krav om færre sykehusinnleggelses. Behov for områder for avklaring og observasjon.	
Aktuelt areal	Bygg 102, 3. etg. - 919 m ²	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad	14 mnok TG3: 0 Ombygging og øvrig vedlikehold: 14 mnok	
Tidsplan	Gjennomføres i 2025	
Modenhetsnivå	Idéfase	
Status i dag	Akutfunksjonene ligger i dag på ulike steder, i tillegg til at enkelte funksjoner har for liten kapasitet.	
Mål	Økt kapasitet og funksjonalitet på akuttmottak. Akutfunksjoner samlet i 3. etg.	
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke avklart	
Andre tiltak i arealet	Sprinkling	
Usikkerhet	Må avklare hvorvidt legevakten skal fortsatt være lokalisert på Bærum Sykehus (i arealene ved akuttmottak). Sees i lys av tidsperspektivet på leieavtalen, og forventet periode for gjennomføringen.	
Neste steg	Mulighetsstudie	
Dokumentasjon		

2.12 B8 - Sprinkling

Prosjekt	B8 - Sprinkling	
Prosjektbeskrivelse	Sprinkling av arealer i bygg 101 og 103	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:

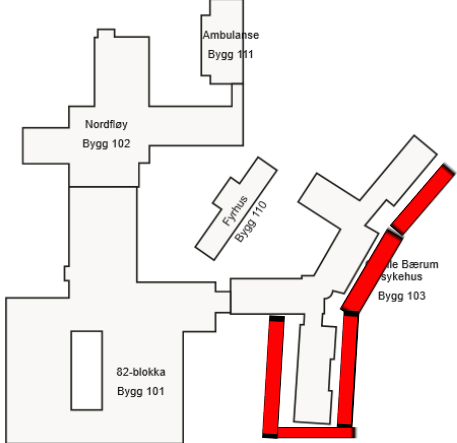
		
<i>Utløsende prosjektbehov</i>	<i>TG3-tiltak. Sprinkelanlegget ved Bærum Sykehus skal utvides/kompletteres etter pålegg fra branntilsynet.</i>	
<i>Aktuelt areal</i>	<i>Ca 42.000 m2</i>	
<i>Forventet sluttkostnad</i>	<p><i>TG3-tiltak: 10 mnok. Dette er kun en andel av sprinklingsprosjektet og ikke en forventet sluttkostnad for hele prosjektet. Det er ikke gjort noen overordnet kostnadsanslag for hele prosjektet, da det er naturlig at etablering av sprinkling inkluderer i aktuelle ombyggings og vedlikeholdsprosjektet slik de gjennomføres i henhold til prosjektprogrammet. Anslagsvis kostnad pr kvadratmeter er medtatt i ombyggings/vedlikeholdstiltakene der hvor det er registrert TG3-avvik for brannslukking.</i></p> <p><i>For de første tiltakene er dog dette løftet ut som eget prosjekt da det er allerede er inngått kontrakt for deler av arbeidet.</i></p> <p><i>Sprinklerarbeidene planlegges og prosjekteres i forhold til hvilket sprinklerventilsett de tilhører. Bærum sykehus har 6 ventilsett. Det er inngått kontrakt på gjennomføring av ett ventilsett, med opsjon på de øvrige.</i></p>	
<i>Tidsplan</i>	<i>Sprinklerprosjektene prosjekteres og gjennomføres i sammenheng med rehabiliteringer/ombygginger i de ulike arealene.</i>	
<i>Modenhetsnivå</i>	<i>Forprosjektert. Ventilsettene er kartlagt og kapasiteter er verifisert (trykk/vannmengde)</i>	
<i>Status i dag</i>	<i>Pr i dag er ca 4000 m2 ferdig sprinklet</i>	
<i>Mål</i>	<i>Lukke TG3-tiltak. Hele Bærum sykehus blir fullsprinklet. Brannsikringstiltak pålagt av branntilsynet blir utbedret</i>	
<i>Gjennomføringsstrategi</i>	<i>Tiltaket bør gjennomføres i løpet av de 10 neste årene, koordinert med planlagte ombyggings- og vedlikeholdsprosjekter.</i>	
<i>Andre tiltak i arealet</i>	<i>Gjennomføres samtidig med øvrige planlagte ombyggings og vedlikeholdsprosjekter. Sprinklertiltaket vil i hovedsak pågå over himling i korridorer og rom.</i>	
<i>Usikkerhet</i>	<i>Tilkost for å gjennomføre sprinklertiltak i ulike områder, og pågående sykehusdrift i området.</i>	
<i>Neste steg</i>	<i>Detaljprosjektering av gjennomføring i 2018 og 2019.</i>	
<i>Dokumentasjon</i>	<i>Leveransebeskrivelse – Utvidelse av sprinkelanlegg Bærum sykehus – 28.10.16</i>	

2.13 B7 - Avløpsrør

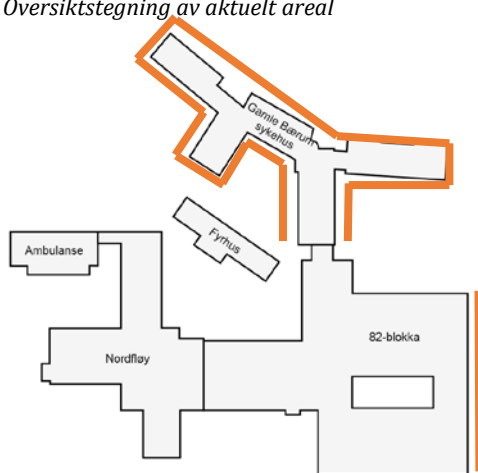
Prosjekt	B7 - Avløpsrør	
Prosjektbeskrivelse	<p>Utskifting av samtlige avløpsstammer i bygg 101. Det er identifisert behov for å utbedre avløpsrørene i 101 bygget som følge av at disse har tilstandsgrad TG3. Ved rehabilitering av sengepostene i 4., 5., 6., 7. og 8. etg, vil kostnad for utskifting av stammene inngå som del av øvrig rehabilitering. Tiltaket bør planlegges inn som del av rehabilitering/ombygging i de ulike områdene.</p> <p>Det er lagt til grunn at rørene er i så dårlig forfatning at de må skiftes ut i sin helhet. I neste fase bør det sjekkes nærmere i hvor stort omfang det kan benyttes rørfornyning. Dette er en rimeligere løsning som innebærer å rengjøre /høytrykksspyle rørene og deretter etablere et nytt rør på innsiden av det gamle røret, enten med en strømpeføring eller ved påføring av et armert poly-belegg.</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
Utløsende prosjektbehov	TG3-tiltak. Rørene er i svært dårlig tilstand og det er fare for sprekker/brudd med følgende lekkasje og skade på bygg og utstyr.	
Aktuelt areal	Bygg 101 (82-blokka). Det er totalt 108 avløpsstammer i dette bygget, hvorav samtlige bør skiftes/utbedres.	
Forventet sluttkostnad	TG 3. Gjennomført utskifting for 2,1 mnok i 2017. Planlagt gjennomført utbedring for 10 mnok i 2018 og 2019 i områdene for Operasjon og Sterilisentral, samt avgrenset areal (radiologi) mellom disse.	
Tidsplan	<p>Komplett utbedring av avløpsstammene i Bygg 101 bør gjennomføres i løpet av de 10 neste årene, og koordineres med planlagte ombyggings- og vedlikeholdsprosjekter.</p> <p>Fase1 2018: avløpsstammer gjennom Operasjon i sone 1 - alle nødvendige etasjer.</p> <p>Fase 2 2019: avløpsstammer gjennom Operasjon i sone 2 - alle nødvendige etasjer.</p> <p>Fase 3 - 2019-2024: avløpsstammer fortløpende i forbindelse med ombygging av sengeposter i 82-blokka</p> <p>Fase 4 - 2023: avløpsstammene knyttet til laboratoriemedisin bør utbedres i forbindelse med etablering av laboratorieareal i plan 1.</p>	
Modenhetsnivå	Gjennomført forenklet forprosjekt	
Status i dag	Gjennomført noen utskiftinger – ca 4 avløpsstammer. De resterende er i svært dårlig forfatning.	
Mål	Lukke TG3-tiltak. Utskifting av avløpsrør over bunnledning, med bygningsmessige hjelpearbeider og nødvendig tilbakestilling av areal. Redusert risiko for lekkasjer.	
Gjennomføringsstrategi	Planlegge etappevis utbedring. Stenge/flytte sykehusvirksomheten i arealet i gjennomføringsperioden.	
Andre tiltak i arealet	Koordineres med øvrige tiltak i 101 bygget	

Usikkerhet	Usikkerhet knyttet til om rørfornyning er mulig, samt omfang bygningsmessige hjelpearbeider i de ulike områdene.
Neste steg	Detaljerings og utskiftning i mindre – ikke kritiske – områder. Teste ut rørfornyning.
Dokumentasjon	Notat – utskiftning av avløpsstammer på Bærum sykehus

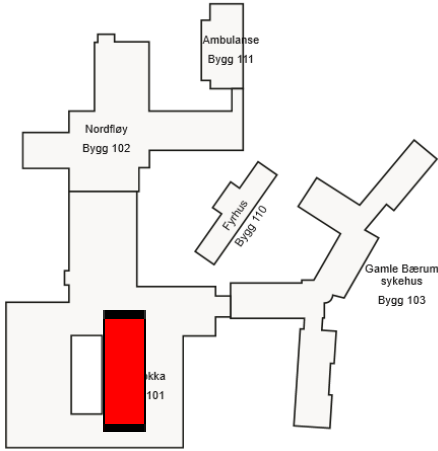

2.14 B15 - Fasaderehabilitering

Prosjekt	B15 - Fasaderehabilitering	
Prosjektbeskrivelse	Fasaderehabilitering av Gamle Bærum Sykehus. Lukking av TG 3 tiltak.	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	Risikovurdering. Fasadepuss faller ned fra yttervegg og kan skade personer og/eller materiell. Fasaden er merket med TG3 på bygg 103	
Aktuelt areal	Rundt hele sydfløyen og østsiden av midt- og nordfløy. Øvrig fasade er tidligere rehabilitert, og ikke av tilstand TG3. Men det er usikkert om dette er gjort på en slik måte som er ønsket. Likevel, en forespørsel til typisk entreprenør gir et kostnadsanslag på gjenværende fasade på ca 6,5 mnok, med en anslått faktor på 1,8 gir dette en P50 forventet prosjektkostnad på 12 mnok. Taknedløp	
Forventet sluttkostnad	TG3: 12 mnok	
Tidsplan	I påvente av at investeringstiltaket skal gjennomføres, forslagsvis i 2019, må det iverksettes noen strakstiltak; Etablering en prosedyre for å hindre at puss skades og faller nede må inneholde kontroll og utbedring av skader på takrenner og nedløp for å hindre nedfukting og frostskafer/nedfall av puss. Samtidig må pussfasaden sjekkes og løs puss hugges løs. Dette bør gjennomføres minst en gang årlig. Prosedyre for å hindre nedfall av is/snø må gjennomføres som visuelle kontroller til faste tider og etter behov må det som finnes av oppsamlet is/snø fjernes før det kan falle ned i skadelig mengde.	
Modenhetsnivå	Idefase, oppdatert kostnadsanslag basert på tilbakemelding fra typisk entreprenør	
Status i dag	Fasade med stort vedlikeholdsetterslep med fare for at deler faller ned.	
Resultatmål	Lukket TG3 tiltak. Fasade i god stand. Estetisk bra.	
Gjennomføringsstrategi	Konsekvenser for sykehusdrift sjekkes ut. Stillaser	
Andre tiltak i arealet	I U1, Gamle Bærum Sykehus, er det planlagt vindusutskiftning	
Usikkerhet	Sannsynligvis lite konflikt med sykehusdrift	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

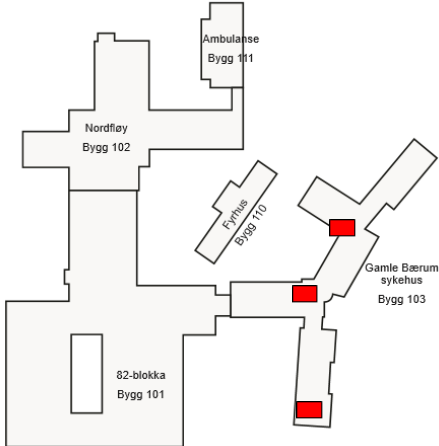

2.15 B16 - Vindusutskifting

Prosjekt	B16 - Vindusutskifting	
Prosjektbeskrivelse	Utskifting av vinduer i 2. og 3. etg, sydfasade bygg 101, samt U1 bygg 103	Oversiktstegning av aktuelt areal  <p>The diagram shows a floor plan of a building complex. The main building is outlined in orange. Labels include: 'Gamle Bærum sykehus' at the top right, 'Fyrtus' in the middle, '82-blokk' on the right side, 'Nordfløy' at the bottom left, and 'Ambulanse' on the far left.</p>
Utløsende prosjektbehov	TG3-tiltak. Vinduer med stort vedlikeholdsetterslep.	
Aktuelt areal	2. og 3. etg, sydfasade bygg 101, samt U1 bygg 103	
Forventet sluttkostnad	TG3: 7 mnok	
Tidsplan	Vinduene i sydfasade Bygg 101 skiftes i 2018. Vinduene i Bygg 103 skiftes i 2019.	
Modenhetsnivå	Forprosjekt	
Status i dag	Vinduene i angitt område har dårlig standard og må skiftes ut.	
Mål	Utbedret TG3 vedlikeholdsetterslep. Bedret inn klima og redusert energiforbruk.	
Gjennomføringsstrategi	Tiltaket i sydfasade Bygg 101 koordineres inn blant øvrige tiltak i fase 1 Operasjon. Hensiktsmessig å skifte både 2. og 3. et samtidig for å utnytte stillaser og øvrig rigging. Utskifting på Intensiv og Føde/Barsel må koordineres inn. Utbedring av vinduer for U1 GBS er foreslått gjennomført i 2019, i hovedsak fordi opprinnelig plan om å bygge om BUP-arealene til kontor fortsatt er en forutsetning for planen.	
Andre tiltak i arealet	Fase 1 Operasjon – flere tiltak	
Usikkerhet	Sykehusdrift Intensiv og Føde/Barsel avgrenses.	
Neste steg	Detaljprosjektering	
Dokumentasjon	Gjennomføring av fase 1 tiltak på Operasjon beskrevet i Forprosjekt Operasjon og Sterilsentral	

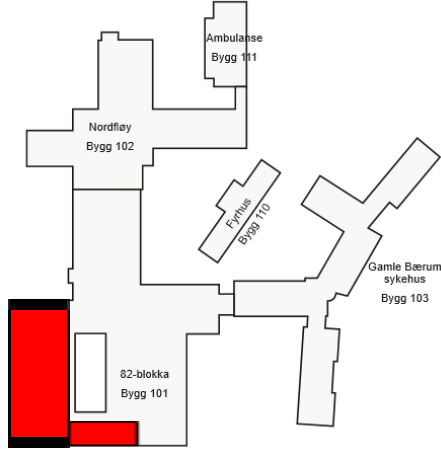
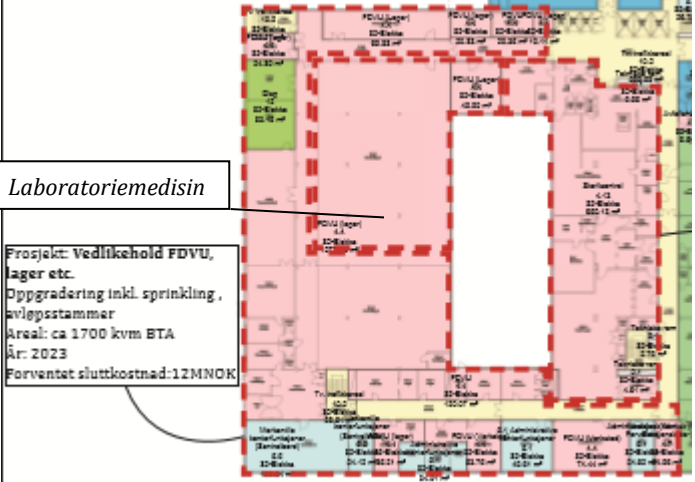
2.16 B18 - Vedlikehold – sterilsentralen

Prosjekt	B18 - Vedlikehold - sterilsentralen	
Prosjektbeskrivelse <i>Prosjektbeskrivelse</i>	<i>Tiltaket omhandler utbedring av TG3 tiltak i Sterilsentralen. Gjelder sprinkling og utskiftning av avløpsstammer.</i>	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov <i>Utløsende prosjektbehov</i>	<i>Behov for å lukke TG3-tiltak</i>	
Aktuelt areal <i>Aktuelt areal</i>	<i>Sterilsentral – 1. etg Bygg 101 – 650 m²</i>	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad <i>Forventet sluttkostnad</i>	<i>Kostnaden er inkludert under tiltakene Sprinkling 2.12 (1 mnok) og Avløpsrør 2.13 (2 mnok)</i>	
Tidsplan <i>Tidsplan</i>	<i>Gjennomføres i 2018 og 2019</i>	
Modenhetsnivå <i>Modenhetsnivå</i>	<i>Forprosjekt</i>	
Status i dag <i>Status i dag</i>	<i>Behov for å lukke TG3 tiltak på sprinkling og avløpsrør.</i>	
Mål <i>Mål</i>	<i>Lukke TG3-tiltak. Redusert risiko for lekkasje fra avløp inn i Sterilsentralen.</i>	
Gjennomføringsstrategi <i>Gjennomføringsstrategi</i>	<i>Sprinklerprosjektet gjennomføres i 2018. Utskiftning av avløpsstammer gjøres koordinert med fase 1 og 2 Operasjon.</i>	
Andre tiltak i arealet <i>Andre tiltak i arealet</i>	<i>Utskiftning av 3 autoklaver</i>	
Usikkerhet <i>Usikkerhet</i>	<i>Tilkomst til avløpsstammer – omfang bygningsmessige hjelpearbeider. Koordinering med sykehusdriften i Sterilsentralen.</i>	
Neste steg <i>Neste steg</i>	<i>Detaljprosjektering</i>	
Dokumentasjon <i>Dokumentasjon</i>	<i>Tiltakene nærmere beskrevet i Forprosjekt Operasjon og Sterilsentral</i>	

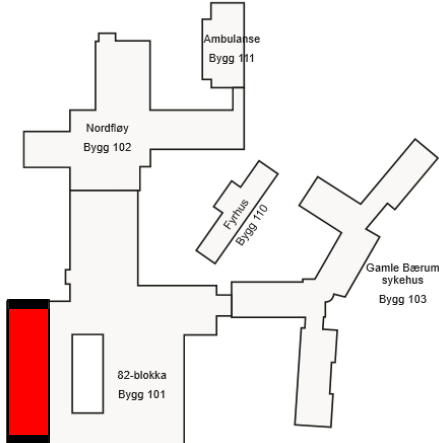

2.17 B19 - Heisutskifting

Prosjekt	B19 - Heisutskifting	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p>Vurdering om behov for utskiftning av 3 heiser i bygg 103 (GBS). Utbedring av TG3-tiltak. I hovedsak er det heis i sørenden av bygget som har behov for å skiftes ut. Det gjør at det sannsynlig er avsatt et for stort investeringsanslag for dette tiltaket.</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p>Vedlikeholdsbehov. Minimum 1, alternativt 3, heiser i Gamle Bærum Sykehus må skiftes ut.</p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p>Bygg 103</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p> 
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p>TG3: 24 mnok</p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p>Gjennomføres i 2026</p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>	<p>Idefase</p>	
<p><i>Status i dag</i></p>	<p>Heisene har vedlikeholdsbehov</p>	
<p><i>Mål</i></p>	<p>Velfungerende, nye heiser. Lukket TG3 tiltak.</p>	
<p><i>Gjennomføringsstrategi</i></p>	<p>Sikre logistikk og transportbehov i området under utskiftningen.</p>	
<p><i>Andre tiltak i arealet</i></p>	<p>I 2026 er det planlagt andre vedlikeholdstiltak i Bygg 103 (Prestetjeneste, Midtfløy, Nordfløy og Vestfløy)</p>	
<p><i>Usikkerhet</i></p>	<p>Logistikk i området under gjennomføring. Trolig for høyt kostnadsanslag for tiltaket.</p>	
<p><i>Neste steg</i></p>	<p>Forprosjekt</p>	

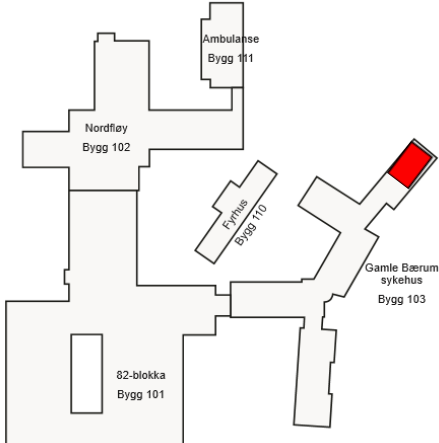
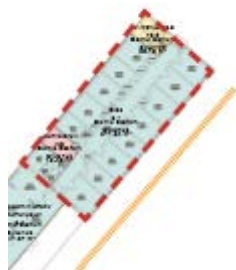
2.18 B21 - Vedlikehold – FDVU, lager etc

Prosjekt <i>Prosjektbeskrivelse</i>	B21 - Vedlikehold – FDVU, lager etc <i>Oppgradering av arealer, inkludert utbedring av TG3 tiltak - sprinkling og utskifting av avløpsstammer. Bedre kontor- og verkstedfasiliteter.</i> <i>Prosjektet er periodisert samtidig med prosjekt Laboriemedisin ref. 2.8 da det er naturlig å gjennomføre øvrige vedlikeholdsarbeider i dette arealet samtidig med etablering av lab.</i>		<i>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</i> 
<i>Utløsende prosjektbehov</i>	<i>Behov for å utbedre TG3 tiltak og oppgradering av verkstedarealet</i>		
<i>Aktuelt areal</i>	<i>Bygg 101, 1. etg – 1700 m2</i>	<i>Oversiktstegning av aktuelt areal:</i> 	
<i>Forventet sluttkostnad</i>	<i>TG3: 12 mnok</i>		
<i>Tidsplan</i>	<i>2023</i>		
<i>Modenhetsnivå</i>	<i>Idéfase</i>		
<i>Status i dag</i>			
<i>Mål</i>	<i>Oppgraderte arealer, utbedret TG3-tiltak.</i>		
<i>Gjennomføringsstrategi</i>	<i>Foreløpig ikke avklart</i>		
<i>Andre tiltak i arealet</i>	<i>Gjennomføre alle nødvendige ombyggings- og vedlikeholdstiltak, som sprinkling og utbedring av avløpsstammer</i>		
<i>Usikkerhet</i>	<i>Flytte funksjoner i gjennomføringsperioden – som lager</i>		
<i>Neste steg</i>	<i>Forprosjekt</i>		
<i>Dokumentasjon</i>			

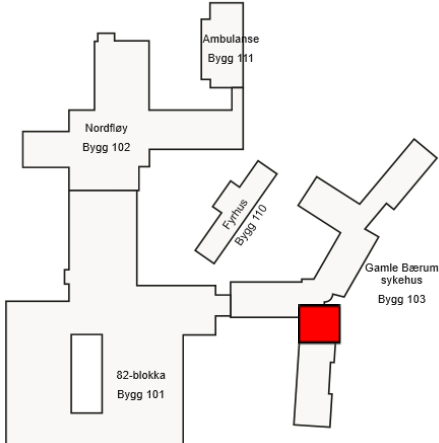
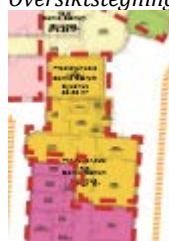
2.19 B22 - Vedlikehold - fødeavdelingen

Prosjekt	B22 - Vedlikehold – Fødeavdeling	
<i>Prosjektbeskrivelse</i> Gjennomføring av TG3 tiltak; i hovedsak utskifting av avløpsstammer. Arealet er sprinklet i 2016/2017.	<i>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</i> 	
<i>Utløsende prosjektbehov</i> Aktuelt areal	Lukking av TG3-avvik. Bygg 101, etg 3, 934 m ² <i>Oversiktstegning av aktuelt areal:</i> 	
<i>Forventet sluttkostnad</i>	TG3: 10 mnok.	
<i>Tidsplan</i>	2021	
<i>Modenhetsnivå</i>	Idéfase	
<i>Status i dag</i>	Behov for å lukke Tg3 tiltak.	
<i>Mål</i>	Lukke TG3 tiltak	
<i>Gjennomføringsstrategi</i>	Planlegge gjennomføring av alle aktuelle tiltak i området samtidig	
<i>Andre tiltak i arealet</i>	Sprinkling for øvrig i tilstøtende arealer, utskiftning av avløpsrør og utskiftning av vinduer i sydfasade.	
<i>Usikkerhet</i>	Rokade	
<i>Neste steg</i>	Forprosjekt	
<i>Dokumentasjon</i>		

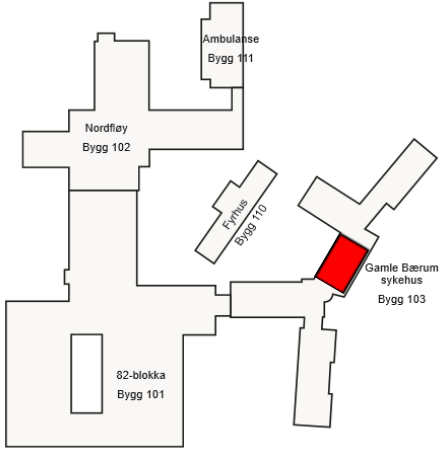

2.20 B23 - Vedlikehold - administrasjon

Prosjekt	B23 - Vedlikehold – Administrasjon	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p>Utbedring av TG3 tiltak innen følgende områder; sprinkler, elkraft (generelle anlegg, fordelinger, lys el.varme og driftstekniske anlegg) og avfallshåndtering</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p>En rekke TG3 –avvik</p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p>Bygg 103, 2. etg – 311 m2 – administrative kontorfunksjoner</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p> 
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p>TG3: 6 mnok</p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p>2024</p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>	<p>Idefase</p>	
<p><i>Status i dag</i></p>	<p>TG3 Vedlikeholdsetterslep på en del anleggsdeler – som beskrevet over.</p>	
<p><i>Mål</i></p>	<p>Lukke TG3 tiltak</p>	
<p><i>Gjennomføringsstrategi</i></p>	<p>Arbeider koordineres inn i området for å gjennomføre alle relevante tiltak under ett.</p>	
<p><i>Andre tiltak i arealet</i></p>	<p>Mulig utskifting av heiser og fasaderehabilitering, samt mulig utskifting av vinduer. Disse er tenkt gjennomført uavhengig av hverandre.</p>	
<p><i>Usikkerhet</i></p>	<p>Rokade – alternativt flytte Administrasjon under gjennomføringen</p>	
<p><i>Neste steg</i></p>	<p>Forprosjekt</p>	
<p><i>Dokumentasjon</i></p>		

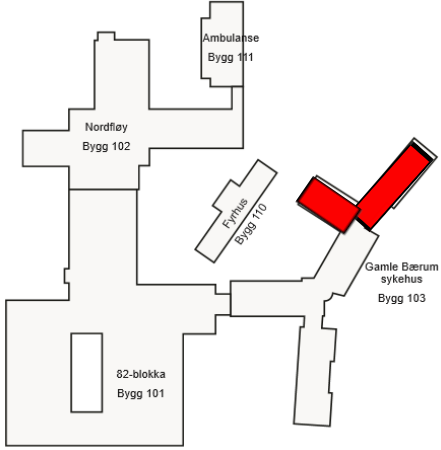

2.21 B24 - Vedlikehold - prestetjeneste

Prosjekt	B24 - Vedlikehold - Prestetjeneste	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p>Utbedring av TG3 tiltak innen følgende områder; sprinkler, elkraft (generelle anlegg, fordelinger, lys el.varme og driftstekniske anlegg) og avfallshåndtering.</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p>Utbedre TG3 vedlikeholdsbehov</p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p>Bygg 103, etg U1 – 229 m2</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p> 
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p>TG3: 1 mnok.</p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p>2026</p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>	<p>Idefase</p>	
<p><i>Status i dag</i></p>	<p>TG3 Vedlikeholdsetterslep på en del anleggsdeler – som beskrevet over.</p>	
<p><i>Mål</i></p>	<p>Lukke TG3-tiltak</p>	
<p><i>Gjennomføringsstrategi</i></p>	<p>Arbeider koordineres inn i området for å gjennomføre alle relevante tiltak under ett.</p>	
<p><i>Andre tiltak i arealet</i></p>	<p>Mulig utskifting av heiser og fasaderehabilitering, samt mulig utskifting av vinduer. Disse er tenkt gjennomført uavhengig av hverandre.</p>	
<p><i>Usikkerhet</i></p>	<p>Vedlikeholdet må gjennomføres koordinert med at arealet er i bruk, da det ikke finnes erstatningsarealer for denne type virksomhet. Må se på muligheten for å gjøre tiltakene på tidspunkt hvor det ikke er aktivitet i arealene.</p>	
<p><i>Neste steg</i></p>	<p>Forprosjekt</p>	
<p><i>Dokumentasjon</i></p>		

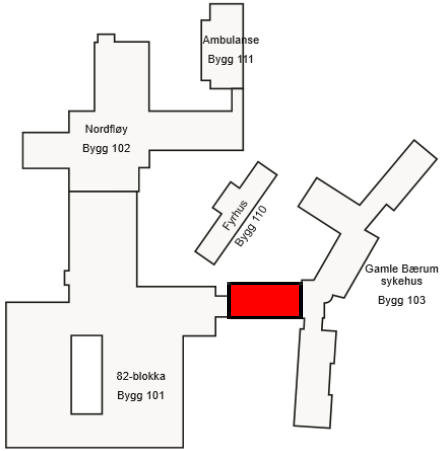

2.22 B25 - Vedlikehold – gamle kjøkken

Prosjekt	B25 - Vedlikehold – Gamle kjøkken	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p><i>Utbedring av TG3 tiltak innen følgende områder; sprinkler, elkraft (generelle anlegg, fordelinger, lys el.varme og driftstekniske anlegg) og avfallshåndtering</i></p>	<p><i>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</i></p>  <p>A site plan showing several buildings. Building 103 (Gamle Bærum sykehus) is highlighted in red. Other buildings shown include Ambulans Bygg 111, Nordfløy Bygg 102, Ryttstue Bygg 110, and 82-blokka Bygg 101.</p>
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p><i>Utbedre TG3 vedlikeholdsbehov</i></p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p><i>Bygg 103, etg U1, 420 m²</i></p>	<p><i>Oversiktstegning av aktuelt areal:</i></p>  <p>An aerial-style overview drawing of the site. A red dashed line outlines the area of the project, which is highlighted in green. The drawing shows the layout of buildings and surrounding areas.</p>
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p><i>TG3: 2 mnok</i></p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p><i>2026</i></p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>	<p><i>Idefase</i></p>	
<p><i>Status i dag</i></p>	<p><i>TG3 Vedlikeholdsetterslep på en del anleggsdeler – som beskrevet over.</i></p>	
<p><i>Mål</i></p>	<p><i>Lukke TG3 tiltak</i></p>	
<p><i>Gjennomføringsstrategi</i></p>	<p><i>Arbeider koordineres inn i området for å gjennomføre alle relevante tiltak under ett.</i></p>	
<p><i>Andre tiltak i arealet</i></p>	<p><i>Mulig utskifting av heiser og fasaderehabilitering, samt mulig utskifting av vinduer. Disse er tenkt gjennomført uavhengig av hverandre.</i></p>	
<p><i>Usikkerhet</i></p>	<p><i>Arealet står ubrukt i dag, men det er ikke avklart hvorvidt arealet skal tas i bruk etter oppgradering. Arealet vil fremstå som ubrukbart selv om TG3-avvikene lukkes. Skal arealet tas i bruk til sykehusfunksjoner må det gjøres en ombygging slik at arealene. Kostnader for dette er ikke medtatt.</i></p>	
<p><i>Neste steg</i></p>	<p><i>Forprosjekt</i></p>	
<p><i>Dokumentasjon</i></p>		

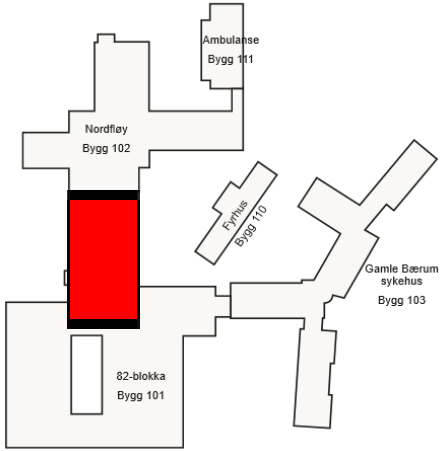

2.23 B26 - Vedlikehold Nordfløy/operasjonsfløy

Prosjekt	B26 - Vedlikehold – Nordfløy/operasjonsfløy	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3 tiltak innen følgende områder; sprinkler, elkraft (generelle anlegg, fordelinger, lys el.varme og driftstekniske anlegg) og avfallshåndtering	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	Utbedre TG3 vedlikeholdsbehov	
Aktuelt areal	Bygg 103, etg U1, 1000 m2	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad	TG3: 3 mnok	
Tidsplan	2026	
Modenhetsnivå	Idefase	
Status i dag	TG3 Vedlikeholdsetterslep på en del anleggsdeler – som beskrevet over.	
Mål	Lukke TG3 tiltak	
Gjennomføringsstrategi	Arbeider koordineres inn i området for å gjennomføre alle relevante tiltak under ett.	
Andre tiltak i arealet	Mulig utskifting av heiser og fasaderehabilitering, samt mulig utskifting av vinduer. Disse er tenkt gjennomført uavhengig av hverandre.	
Usikkerhet	Rokade – flytte sykehusfunksjoner under gjennomføringen	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

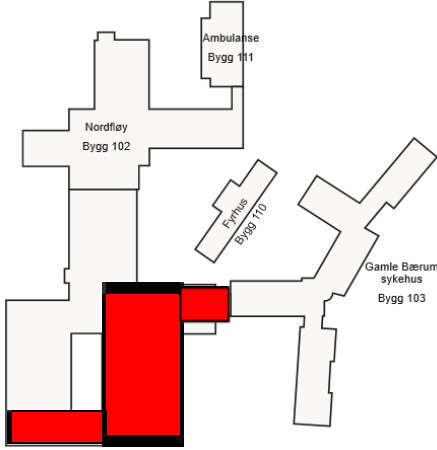

2.24 B27 - Vedlikehold - vestfløy

Prosjekt	B27 - Vedlikehold - Vestfløy	
Prosjektbeskrivelse Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3 tiltak innen følgende områder; sprinkler, elkraft (generelle anlegg, fordelinger, lys el.varme og driftstekniske anlegg) og avfallshåndtering	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov Utløsende prosjektbehov	Utbedre vedlikeholdsbehov	
Aktuelt areal Aktuelt areal	Bygg 103, etg U1, 589 m2	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad Tidsplan Modenhetsnivå Status i dag Mål Gjennomføringsstrategi Andre tiltak i arealet Usikkerhet Neste steg Dokumentasjon	TG3: 2 mnok 2026 Idefase TG3 Vedlikeholdsetterslep på en del anleggsdeler – som beskrevet over. Lukke TG3 tiltak Arbeider koordineres inn i området for å gjennomføre alle relevante tiltak under ett. Mulig utskifting av heiser og fasaderehabilitering, samt mulig utskifting av vinduer. Disse er tenkt gjennomført uavhengig av hverandre. Rokade - flytte sykehusfunksjoner under gjennomføringen Forprosjekt	

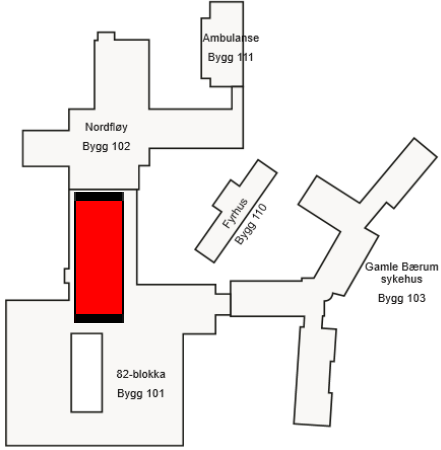
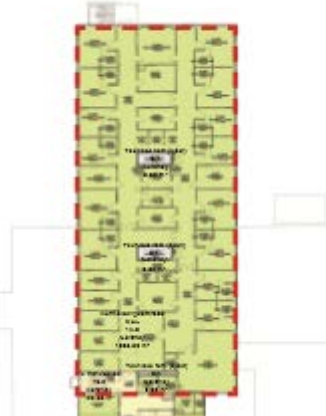
2.25 B28 - Vedlikehold - poliklinikk

Prosjekt	B28 - Vedlikehold - Poliklinikk	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p><i>Behov for ombygging, samt utbedring av TG3 tiltak – sprinkling og utbedring av avløpsstammer</i></p>	<p><i>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</i></p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p><i>Ombyggingsbehov, samt TG3 tiltak – sprinkling og utskiftning av avløpsstammer.</i></p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p><i>Bygg 101, 8. etg – 1200 m2</i></p>	<p><i>Oversiktstegning av aktuelt areal:</i></p> 
<i>Forventet sluttkostnad</i>	<i>TG3: 5 mnok</i>	
<i>Tidsplan</i>	<i>2026</i>	
<i>Modenhetsnivå</i>	<i>Idefase</i>	
<i>Status i dag</i>	<i>TG3 vedlikeholdsetterslep på avløpsstammer og brannslukning</i>	
<i>Mål</i>	<i>Lukke TG3 tiltak</i>	
<i>Gjennomføringsstrategi</i>	<i>Sprinkling og utskiftning av avløpsstammer gjennomføres med drift i arealene, men må koordineres med virksomheten og avskjermet om mulig.</i>	
<i>Andre tiltak i arealet</i>	<i>Ombygging av sengeposter i etasjene under, medfører trolig et behov for å koordinere utskiftingsrekkefølgen på avløpsstammene.</i>	
<i>Usikkerhet</i>	<i>Rokade. Sykehusdrift under ombyggingen</i>	
<i>Neste steg</i>	<i>Forprosjekt</i>	
<i>Dokumentasjon</i>		

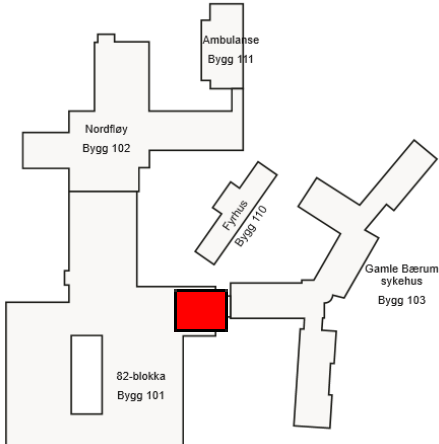

2.26 B29 - Vedlikehold - sentralkjøkken

Prosjekt	B29 - Vedlikehold - Sentralkjøkken	
Prosjektbeskrivelse	Utbedre TG3 tiltak - sanitærinstallasjoner	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
Utløsende prosjektbehov	TG3 tiltak	
Aktuelt areal	Bygg 101, etg U1 – 3031 m2	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p> 
Forventet sluttkostnad	TG3: 5 mnok	
Tidsplan	2024	
Modenhetsnivå	Idefase	
Omfang	Sentralkjøkken med tilliggende funksjoner	
Status i dag	Behov for å utbedre avløpsstammer med forgreninger til utstyr. Disse har TG3 status, og det er risiko for lekkasjer.	
Mål	Lukke TG3 tiltak på sanitæranlegg	
Gjennomføringsstrategi	Planlegge tilkomst til alle avløpsstammer – koordinere med drift av kjøkkenområdet.	
Andre tiltak i arealet	Ingen kjente	
Usikkerhet	Usikkerhet knyttet til omfang bygningsmessige hjelpearbeider for å skifte avløpsstammene.	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

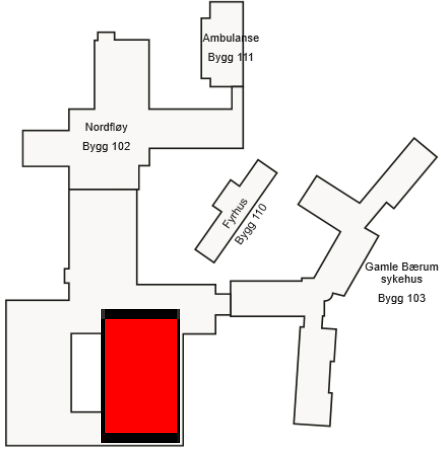
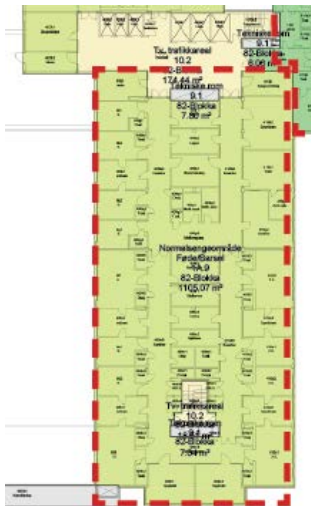
2.27 B30 - Vedlikehold – sengepost føde/barsel/gyn - nord

Prosjekt	B30 - Vedlikehold – Sengepost føde/barsel/gyn - nord	
Prosjektbeskrivelse	Utbedre funksjonalitet og TG3 tiltak	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	Utbedring av TG3 tiltak.	
Aktuelt areal	Bygg 101, 4. etg nord – 1236 m ²	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad	TG3: 5 mnok	
Tidsplan	2024	
Modenhetsnivå	Idefase	
Status i dag	Lukke TG3 tiltak på brannslukning og sanitæranlegg	
Mål	Lukke TG3 tiltak på brannslukning og sanitæranlegg	
Gjennomføringsstrategi	Planlegge tidsrom for gjennomføring og Koordinere alle nødvendige tiltak inn samtidig.	
Andre tiltak i arealet	Gyn.pol. og føde/barsel/gyn syd. Sprinkling og utbedring avløpsstammer	
Usikkerhet	Rokade – flytte sykehusdrift under gjennomføring. Omfang bygningsmessige hjelpearbeider ved utskiftning avløpsstammer.	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

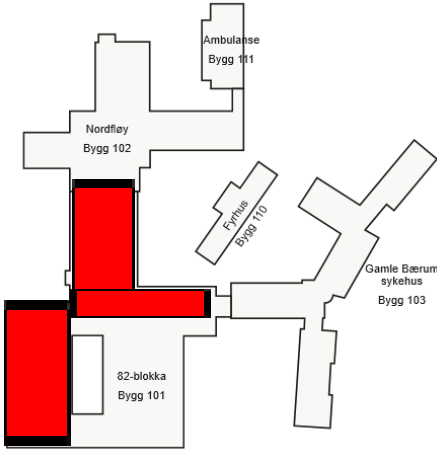
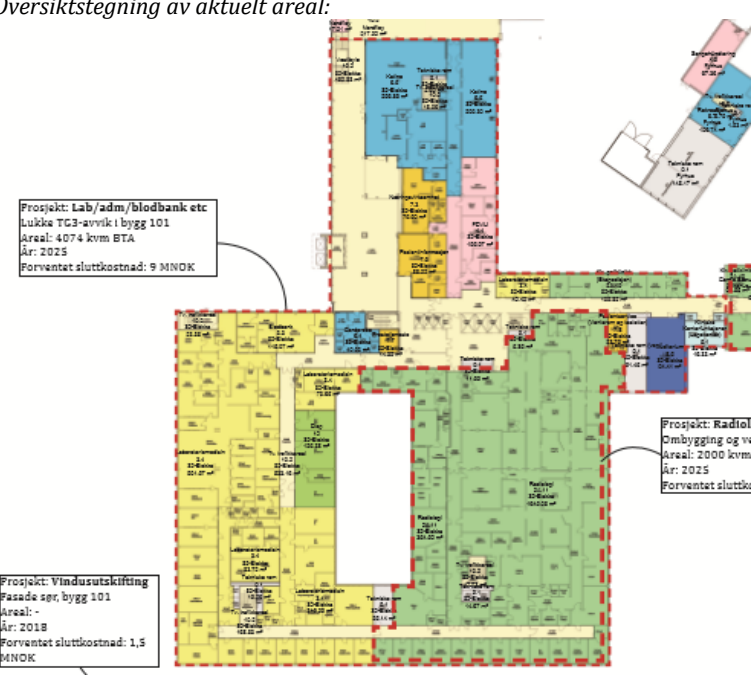
2.28 B31 - Vedlikehold – gyn.pol

Prosjekt	B31 - Vedlikehold – Gyn pol	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p><i>Utbedre TG3 tiltak – sanitæranlegg og brannsløkning</i></p>	<p><i>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</i></p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p><i>TG3 tiltak på sanitæranlegg og brannsløkning.</i></p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p><i>Bygg 101, 4. etg – 611 m²</i></p>	<p><i>Oversiktstegning av aktuelt areal:</i></p> 
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p><i>TG3: 2 mnok</i></p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p><i>2024</i></p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>	<p><i>Idefase</i></p>	
<p><i>Status i dag</i></p>	<p><i>Behov for å lukke TG3 tiltak på brannsløkning og sanitæranlegg</i></p>	
<p><i>Mål</i></p>	<p><i>Lukke TG3 tiltak på brannsløkning og sanitæranlegg</i></p>	
<p><i>Gjennomføringsstrategi</i></p>	<p><i>Planlegge tidsrom for gjennomføring og Koordinere alle nødvendige tiltak inn samtidig.</i></p>	
<p><i>Andre tiltak i arealet</i></p>	<p><i>Føde/barsel/gyn syd og føde/barsel/gyn nord. Sprinkling og avløpsstammer. Koordinering med vedlikeholdstiltak i øvrig gyn. poliklinikk (ref 2.33)</i></p>	
<p><i>Usikkerhet</i></p>	<p><i>Rokade – flytte sykehusdrift under gjennomføring. Omfang bygningsmessige hjelperearbeider ved utskiftning avløpsstammer.</i></p>	
<p><i>Neste steg</i></p>	<p><i>Forprosjekt</i></p>	
<p><i>Dokumentasjon</i></p>		

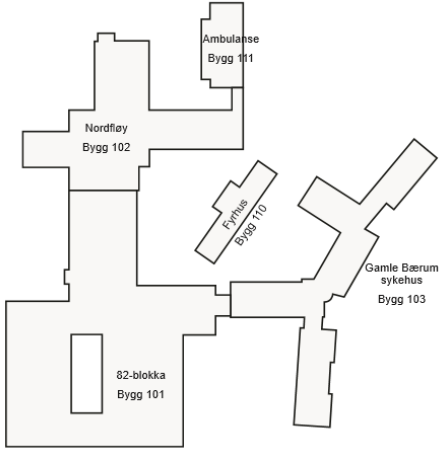
2.29 B32 - Vedlikehold – sengepost føde/barsel/gyn - syd

Prosjekt	B32 - Vedlikehold – Sengepost føde/barsel/gyn - syd	
Prosjektbeskrivelse	Utbedre funksjonalitet og TG3 tiltak	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	Utbedring av TG3 tiltak.	
Aktuelt areal	Bygg 101, 4. etg syd – 1105 m ²	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad	TG3: 5 mnok	
Tidsplan	2024	
Modenhetsnivå	Idefase	
Status i dag	Lukke TG3 tiltak på brannslukning og sanitæranlegg	
Mål	Lukke TG3 tiltak på brannslukning og sanitæranlegg	
Gjennomføringsstrategi	Planlegge tidsrom for gjennomføring og Koordinere alle nødvendige tiltak inn samtidig.	
Andre tiltak i arealet	Gyn pol, føde/barsel/gyn nord. Sprinkling og avløpstammer.	
Usikkerhet	Rokade – flytte sykehusdrift under gjennomføring. Omfang bygningsmessige hjelpearbeider ved utskiftning avløpsstammer.	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

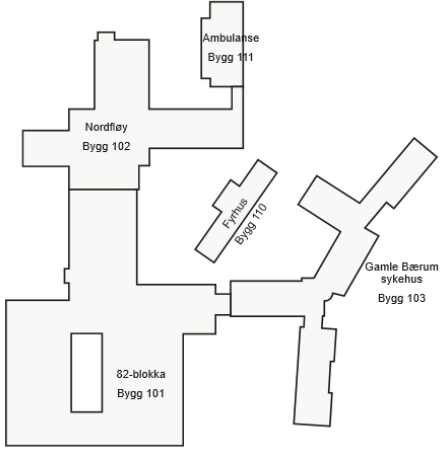
2.30 B33 - Vedlikehold – lab/adm/blodbank etc

Prosjekt	B33 - Vedlikehold – Lab/adm/blodbank etc	
Prosjektbeskrivelse	Utbedre TG3 tiltak på sanitæranlegg og brannsløkning	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
Utløsende prosjektbehov	TG3 tiltak.	
Aktuelt areal	Bygg 101, 2. etg – 4074 m2	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p> 
Forventet sluttkostnad	TG3: 9 mnok	
Tidsplan	2025	
Modenhetsnivå	Idefase	
Status i dag	Behov for utbedring av TG3 behov på avløpsstammer og sprinkleranlegg	
Mål	Lukke TG3 tiltak	
Gjennomføringsstrategi	Planlegge koordinert gjennomføring i aktuelle arealer. Koordineres med sykehusdrift.	
Andre tiltak i arealet	Tilstøtende tiltak i arealene til avd. for bildediagnostikk, Radiologi	
Usikkerhet	Rokade – flytte sykehusdrift under gjennomføring. Omfang bygningsmessige hjelpearbeider ved utskifting avløpsstammer.	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

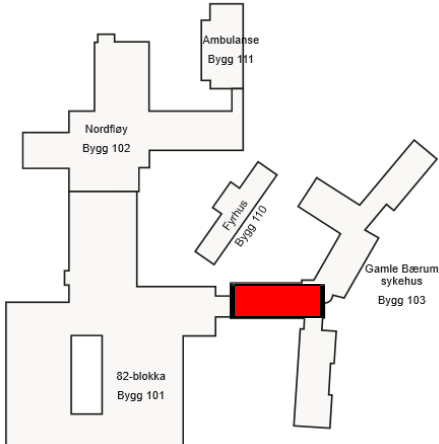

2.31 B34 - Vedlikehold – teknisk rom

Prosjekt	B34 - Vedlikehold – Teknisk rom	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3 tiltak vedr sanitæranlegg og brannslukningsanlegg	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	TG3 tiltak	
Aktuelt areal	Bygg 101, 9. etg - 1519 m ²	Oversiktstegning av aktuelt areal:
Forventet sluttkostnad	TG3: 3 mnok	
Tidsplan	2025	
Modenhetsnivå	Idefase	
Status i dag	Behov for utbedring av TG3 behov på avløpsstammer og sprinkleranlegg.	
Mål	Lukke TG3 tiltak	
Gjennomføringsstrategi	Planlegge tiltak i teknisk rom	
Andre tiltak i arealet	Fasaderehabilitering	
Usikkerhet	Gjennomføring uten å komme i konflikt med tekniske anlegg som server bygget	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

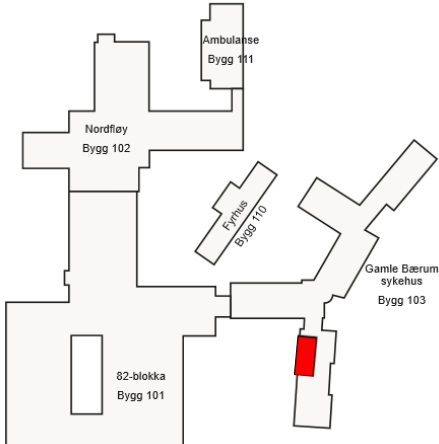

2.32 B35 - Vedlikehold – poliklinikk (kontorareal og forskning)

Prosjekt	B35 - Vedlikehold – Poliklinikk (kontorareal og forskning)	
Prosjektbeskrivelse	<p>Utbedring av TG3 tiltak innen følgende områder; sprinkler, elkraft (generelle anlegg, fordelinger, lys el.varme og driftstekniske anlegg) og avfallshåndtering</p> <p>Deler av dette arealet utbedres i 2017 i forbindelse med etablering av kontorarbeidsplasser som erstatningsareal for etablering av MR2 og utvidet dagkirurgi.</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
Utløsende prosjektbehov	TG3 tiltak	
Aktuelt areal	103, etg 3, 2370 m ²	Oversiktstegning av aktuelt areal:
Forventet sluttkostnad	TG3: 14 mnok	
Tidsplan	2026	
Modenhetsnivå	Idefase	
Status i dag	Behov for utbedring av TG3 behov på ovennevnte anlegg.	
Mål	Lukke TG3 tiltak	
Gjennomføringsstrategi	Planlegge koordinert gjennomføring i aktuelle arealer. Koordineres med sykehusdrift.	
Andre tiltak i arealet	Fasaderehabilitering og mulig utskiftning heiser, samt vindurehabilitering.	
Usikkerhet	Ikke avklart hvor mye av virksomheten som blir berørt av vedlikeholdstiltakene. Arealet har for en stor andel kontorplasser, men det er også forskningsarealer.	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

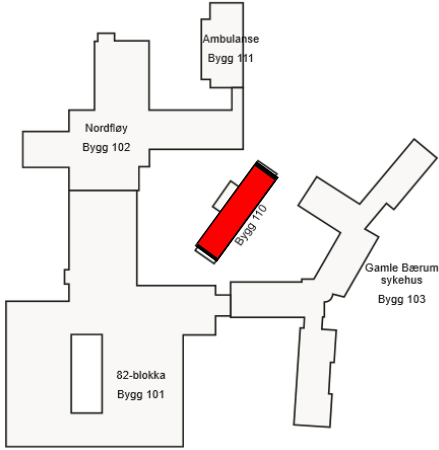
2.33 B36 - Vedlikehold – gyn.pol og kontor etc

Prosjekt	B36 - Vedlikehold – Kontor etc	
Prosjektbeskrivelse Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3 tiltak innen følgende områder; sprinkler, elkraft (generelle anlegg, fordelinger, lys el.varme og driftstekniske anlegg) og avfallshåndtering	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov Utløsende prosjektbehov	TG3 tiltak	
Aktuelt areal Aktuelt areal	103, etg 4, 617 m2	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad Forventet sluttkostnad	TG3: 6 mnok	
Tidsplan Tidsplan	2024	
Modenhetsnivå Modenhetsnivå	Idefase	
Status i dag Status i dag	Behov for utbedring av TG3 behov på ovennevnte anlegg.	
Mål Mål	Lukke TG3 tiltak	
Gjennomføringsstrategi Gjennomføringsstrategi	Planlegge koordinert gjennomføring i aktuelle arealer. Koordineres med sykehusdrift.	
Andre tiltak i arealet Andre tiltak i arealet	Fasaderehabilitering og mulig utskiftning heiser, samt vindusrehabilitering. Koordinering med vedlikeholdstiltak i øvrig gyn. poliklinikk (ref 2.28)	
Usikkerhet Usikkerhet	Rokade – flytte sykehusdrift under gjennomføring.	
Neste steg Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon Dokumentasjon		

2.34 B37 - Vedlikehold – beredskap/lager

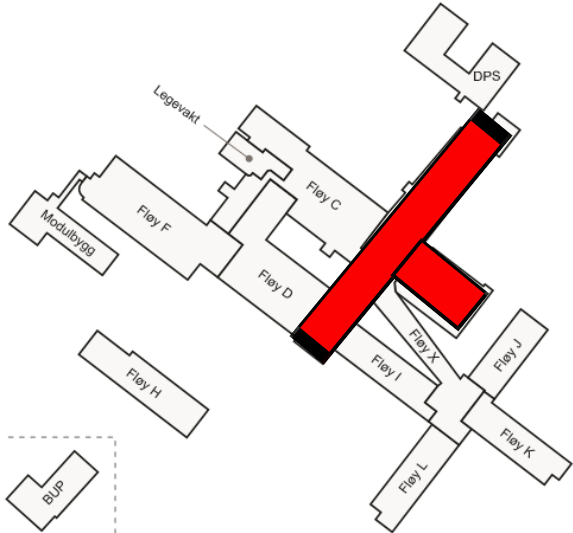

Prosjekt	B37 - Vedlikehold – Beredskap/lager	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p><i>Utbedring av TG3 tiltak innen følgende områder; sprinkler, elkraft (generelle anlegg, fordelinger, lys el.varme og driftstekniske anlegg) og avfallshåndtering.</i></p>	<p><i>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</i></p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p><i>TG3 tiltak</i></p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p><i>103, etg U2, 127 m2</i></p>	<p><i>Oversiktstegning av aktuelt areal:</i></p> 
<i>Forventet sluttkostnad</i>	<i>TG3: 1 mnok</i>	
<i>Tidsplan</i>	<i>2026</i>	
<i>Modenhetsnivå</i>	<i>Idefase</i>	
<i>Status i dag</i>	<i>Behov for utbedring av TG3 behov på ovennevnte anlegg.</i>	
<i>Mål</i>	<i>Lukke TG3 tiltak</i>	
<i>Gjennomføringsstrategi</i>	<i>Planlegge koordinert gjennomføring i aktuelle arealer. Koordineres med sykehusdrift.</i>	
<i>Andre tiltak i arealet</i>	<i>Mulig utskiftning heiser</i>	
<i>Usikkerhet</i>	<i>Rokade – flytte sykehusdrift under gjennomføring.</i>	
<i>Neste steg</i>	<i>Forprosjekt</i>	
<i>Dokumentasjon</i>		

2.35 B38 - Vedlikehold bygg 110 og 116

Prosjekt	B38 - Vedlikehold	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3 tiltak - varmeanlegg og brannslukningsanlegg	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	TG3 tiltak	
Aktuelt areal	Bygg 110 / 116, 1. og 2. etg – 1030 m ²	
Forventet sluttkostnad	TG3: 0,4 mnok	
Tidsplan	2026	
Modenhetsnivå	Idefase	
Status i dag	Behov for utbedring av TG3 tiltak	
Mål	Lukke TG3 tiltak	
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke klart	
Andre tiltak i arealet	Ingen kjente	
Usikkerhet		
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

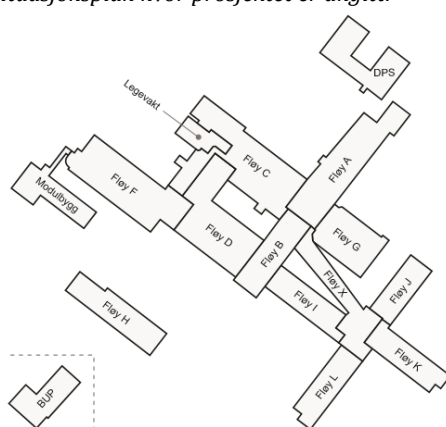
3 PROSJEKTBEKRIVELSER – RINGERIKE

3.1 R3 - KvinneBarn-prosjektet (Føde/Barsel/Gyn)

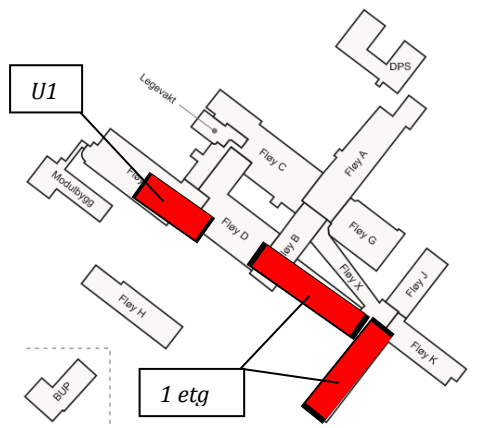

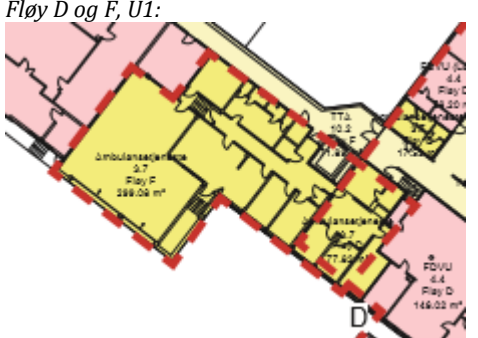
Prosjekt	R3 - Føde/Barsel/Gyn	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p> <p>Ombygging og vedlikeholdsprosjekt for å samle gyn. føde og barsel i et Kvinnebarn senter. Sikre framtidig kapasitet for fødestuer og døgnseger for barsel, samt poliklinisk aktivitet. Etablere isolater og ensengsrom.</p> <p>Lukke TG3 tiltak i Føde/Barsel/Gyn i 3. etg fløy B, A og G.</p> <p>Fløy B: vinduer, yttertak, vann og sanitær, varmeanlegg, ventilasjonsanlegg, el.anlegg (generelle anlegg, fordelinger, lys, el.varme og driftsteknisk) og avfallsanlegg</p> <p>Fløy A: vinduer, vann og sanitær, varmeanlegg, lys, el.varme og driftsteknisk, samt avfallsanlegg.</p> <p>Fløy G: el.kraft (generelle anlegg og fordelinger), lys, el.varme og driftsteknisk</p> <p>Prosjektet er nærmere beskrevet i Forprosjektrapport BRK DPR01 Føde, barsel, gynekologisk avdeling</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 	
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p>Lukke TG3 tiltak og ombygging for bedre funksjonalitet.</p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p>Fløy A, B og G, 3. etg. – 2250 kvm BTA</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p> 
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p>75 mnok TG3-tiltak: 18 mnok Ombygging og øvrig vedlikehold: 57 mnok</p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p>Planlagt gjennomført i perioden 2017-2020</p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>	<p>Foreligger oppgraderingsplan og forprosjektrapport</p>	
<p><i>Status i dag</i></p>	<p>Behov for utbedring av TG3 tiltak. I tillegg ombyggingsbehov for å samle føde/barsel/gyn i 3. etg fløy A og B. Se for øvrig Forprosjektrapport BRK DPR01 Føde, barsel, gynekologisk avdeling</p>	

Mål	Lukke TG3 tiltak og ombygging for å forbedre funksjonalitet på føde/barsel/gyn
Gjennomføringsstrategi	Gjennomføringsplan og byggefase inndeling er beskrevet i tilhørende forprosjekt
Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning
Usikkerhet	Usikkerhet og risiko er beskrevet i Forprosjektrapport BRK DPR01 Føde, barsel, gynekologisk avdeling
Neste steg	Detaljprosjektering. Oppstart bygging sommeren 2017
Dokumentasjon	Forprosjektrapport BRK DPR01 Føde, barsel, gynekologisk avdeling, Oppgraderingsplan og Forprosjekt Sikker strømforsyning

3.2 R4 - Sikker strømforsyning

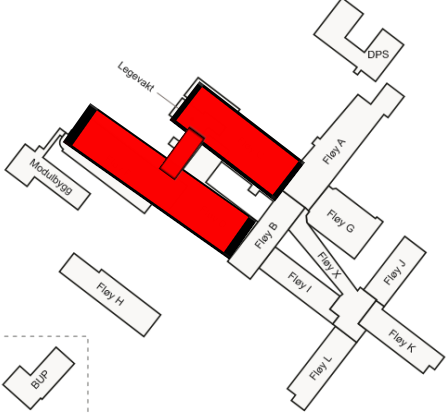

Prosjekt	R4 - Sikker strømforsyning	
Prosjektbeskrivelse	<p>TG3 tiltak Sikker strømforsyning omfatter; Fase 1: Etablering av nødstrømsaggregater/-fordelinger og UPS forsyning sentralt med tilførselskabler. Fase 2: Etablering av nødstrømfordelinger</p> <p>I tillegg inngår etablering av gruppe 2 roms fordelinger inklusive tilførselskabler for akuttmottaket, som ikke er beskrevet i BRK idefase.</p> <p>Komplettering av sikker strømforsyning gjøres for øvrig i det aktuelle ombyggings-/vedlikeholdsprosjektet.</p> <p>Se for øvrig eget notat/forenklet forprosjekt for Sikker strømforsyning</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
Utløsende prosjektbehov	Lukke TG3 tiltak vedr sikker strømforsyning	
Aktuelt areal	Hele sykehuset	I hovedsak etablering av sikker strømforsyning for arealer knyttet til operasjon, dagkirurgi, spesialrom poliklinikk/radiologi, intensiv (bygg ABG) samt et rom i akuttmottaket.
Forventet sluttkostnad	24 mnok TG3-tiltak: 24 mnok Kostnader for komplettering (gr2-romfordelinger og tilførselskabler er medtatt i det enkelte ombyggings-/vedlikeholdsprosjektet (der hvor dette er kartlagt som TG3-avvik)	
Tidsplan	Hoveddelen gjennomføres i 2018. Gjelder Aggregater og UPS, samt komplettering av sikker strømforsyning til operasjon. Øvrige komplettering av sikker strømforsyning gjennomføres 2021-2026 koordinert med øvrige ombygging/vedlikeholdstiltak i aktuelle areal.	
Modenhetsnivå	Foreligger prinsippnotat for grensesnitt mellom sikker strømforsyningsprosjektet og de øvrige investeringstiltakene i prosjektprogrammet. Kostnadsanslag er utarbeidet. Dette ligger til grunn for anslagene gitt i investeringsplanen.	
Status i dag	Sykehuset har ikke tilfredsstillende sikker strømforsyning (nødstrøm med redundans)	
Mål	Lukke TG3 tiltak vedr sikker strømforsyning	
Gjennomføringsstrategi	Nødstrømaggregater og UPS sentral etableres i 2018. Øvrig oppgradering i sykehusets arealer gjennomføres koordinert med øvrige vedlikeholds- og ombyggingsprosjekter.	
Andre tiltak i arealet	Øvrige vedlikeholds- og ombyggingsprosjekter	
Usikkerhet	Grensesnitt mot øvrige vedlikeholds- og ombyggingsprosjekter	
Neste steg	Detaljprosjektering	
Dokumentasjon	Prinsippnotat for grensesnitt mellom sikker strømforsyning og øvrige tiltak i prosjektprogrammet. Kostnadsestimat for sikker strømforsyning	

3.3 R5 – Avdeling for bildediagnostikk, Radiologi

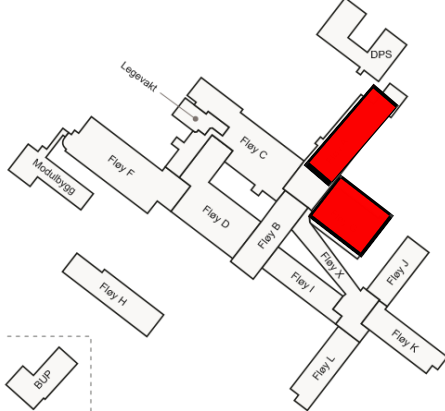
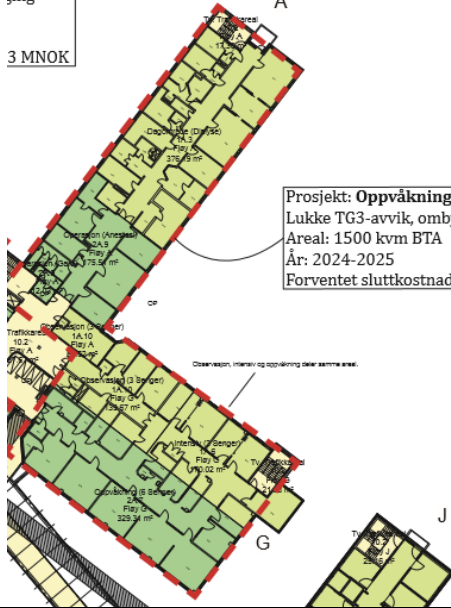
Prosjekt	R5 – Avdeling for bildediagnostikk, Radiologi	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p>Fløyen for radiologi er i dag i dårlig stand. Det vurderes å etablere nytt areal for avd. for bildediagnostikk i fløy L og fløy I i 1. etg. Sengevask i fløy I flyttes til underetasjen. Fløy L er i dag ikke innredet. En slik plassering av avdelingen gir god forbindelse til en eventuell ny legevakt og vil bli liggende sentralt i anlegget. Som en konsekvens av dette må det finnes erstatningsareal for dagens sengehåndtering (Fløy I). Et alternativ er at arealer i underetasjen som ambulansetjenesten flytter ut av benyttes til dette. Kapasitet på MR og CT er sprengt og ny CT planlegges inn i nytt areal i Fløy L. Ekspedisjon vurderes i sambruk m poliklinikk</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p>Lukke TG3 tiltak i arealer som etableres for Radiologi. Flytte funksjonen, og påfølgende rokade med andre funksjoner.</p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p>Erstatningsarealer i U1, fløy D og F: 300 kvm BTA m2 Ny plassering avd. for bildediagnostikk, 1. etg, fløy I og L: 1100 m2 Ekspedisjon fløy B: uavklart</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal: Fløy I og L, 1. etg:</p>  <p>Fløy D og F, U1:</p> 
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p>68 mnok TG3: 23 mnok</p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p>Planlagt gjennomført i perioden 2020-2022</p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>	<p>Mulighetsstudie</p>	
<p><i>Status i dag</i></p>	<p>Arealene for radiologi er i dag i for dårlig stand med omfattende TG3 tilstand på mange anleggsdeler. Ved flytting vil dagens areal for bildediagnostikk vedlikeholdes og tilpasses ny funksjon (se poliklinikkprosjektet)</p> <p>Erstatningsarealer dersom disse finnes i fløy D og F i U1:</p>	

	<p>TG3 tiltak på vinduer og ytterdører, vann, sanitær, varme, ventilasjon, el.anlegg og avfallsanlegg.</p> <p>Vurderinger av ny lokalisering for avd. for bildediagnostikk, Fløy L.</p> <p>Undersøkelser for egnethet gjort våren 2017: Anbefalt romhøyde for radiologi er 3,2 meter.</p> <p>Man kan bruke lavere romhøyder, men dette gir noen begrensinger.</p> <p>Fløy L og Fløy I har romhøyde på 2,86 cm. Dette er romhøyde som gi begrensinger til utstysvalg og begrensinger til full funksjonalitet til flere typer nytt røntgenutstyr. Overflytting av eksisterende røntgenlabber ansees som mulig. Multilab 1 og 2 krever takoppheng direkte i betong, uten unistrut.</p> <p>Lave etasjehøyde gir også utfordringer til mere skjerming for MR. Antatt stor utfordring for eventuelt en fremtidig 3-tesla.</p> <p>Etablering i Fløy L og I vil sannsynlig medføre krav til forsterkninger av dekker.</p>
Mål	Etablering av avd. for bildediagnostikk i egnede nye lokaler. Lukke TG3 tiltak, flytte/samle funksjoner og ombygging for økt funksjonalitet
Gjennomføringsstrategi	Planlegge rocade, gjennomføre trinnvis utbygging og istandsetting av arealer.
Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning
Usikkerhet	Rokadeplan – midlertidige arealer for sykehusdrift. Endelig plassering, og bruk av L fløy, er en usikkerhet i prosjektet. Så er også mulig etablering av sengevask i arealer som ser ut til å være lengre unna sengefløyene enn ønskelig. Mulighetsstudien må ta opp i seg alternative løsninger.
Neste steg	Mulighetsstudie, dernest forprosjekt
Dokumentasjon	

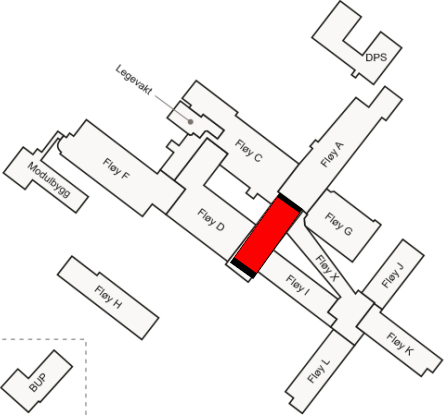

3.4 R6 – Samlet poliklinikk

Prosjekt	R6 – Samlet poliklinikk	
Prosjektbeskrivelse	<p>Lukke TG3 tiltak og bygge om for å samle poliklinikkene i 1. etg fløy F, D og C. Generelt flyttes poliklinikker ut av sengeområdene for å øke kapasiteten her. Dagens radiologiarealer bygges om for å samle poliklinikkene.</p> <p>TG3 tiltakene består av; ytterdører (fløy D og C), vann, sanitær, varme og ventilasjon (fløy D), el.anlegg generell og fordelinger, lys, el.varme og driftsteknisk (fløy F, D og C)</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
Utløsende prosjektbehov	Lukke TG3 tiltak og ombygging for å samle poliklinikkene.	
Aktuelt areal	<p>Fløy D, 1. etg: 775 m² Fløy F, 1. etg: 1140 m² Fløy C, 1. etg: 1288 m² Totalt areal: ca 3200 m²</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p>  <p>Prosjekt: Vedlikehold - Sterilsentralen Lukke TG3-avvik Areal: 337 kv m BTA År: 2024 Forventet sluttkostnad: 6 MNOK</p> <p>Prosjekt: Samlet poliklinikk Vedlikehold og ombygging Areal: 3200 kv m BTA År: 2023-2024 Forventet sluttkostnad: 75 MNOK</p>
Forventet sluttkostnad	75 mnok TG3-tiltak: 22 mnok Ombygging og øvrig vedlikehold: 53 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i perioden 2023-2024	
Modenhetsnivå	Mulighetsstudie	
Status i dag	Poliklinikk må flyttes ut av arealer med sengeposter for å få plass til nødvendig sengeantall. Hensiktsmessig å samle poliklinikkene i 1. etg fløy F, D og C. Dette innebærer ombygging samtidig som TG3 tiltak lukkes.	
Mål	Lukke TG3 tiltak, flytte/samle funksjoner og ombygging for økt funksjonalitet	
Gjennomføringsstrategi	Planlegge rocade, gjennomføre trinnvis utbygging og istandsetting av arealer.	
Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning og vindusutskiftning	
Usikkerhet	Rokadeplan – midlertidige arealer for sykehusdrift	
Neste steg	Skisseprosjekt, dernest forprosjekt	
Dokumentasjon		

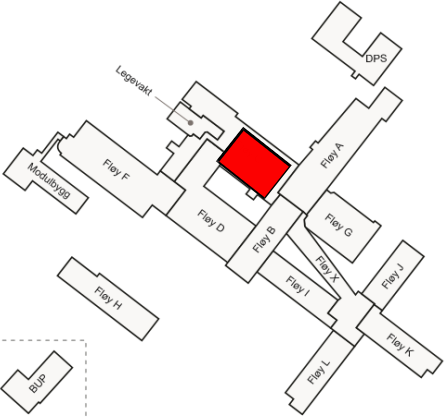
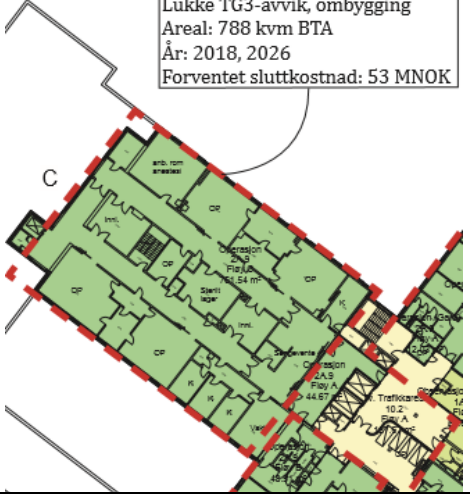
3.5 R8 - Oppvåkning, intensiv, anestesi

Prosjekt	R8 - Oppvåkning, intensiv, anestesi	
Prosjektbeskrivelse	<p>Lukke TG3 tiltak i tillegg til en mindre ombygging av telemetrisentral (omrokking), noe ombygging for postop-intensiv og dialyse.</p> <p>TG3 tiltakene består av i G-fløy el.anlegg, generelle anlegg og fordelinger, samt lys, el.varme og driftstekniske anlegg.</p> <p>I A-fløy består TG3 tiltakene av vann- og sanitæranlegg og varme, samt avfallsanlegg.</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
Utløsende prosjektbehov	Lukke TG3 tiltak i tillegg til ombygging. Det er ønskelig med en bedre funksjonell sammenheng i området	
Aktuelt areal	<p>Fløy G, 2. etg: 627 m²</p> <p>Fløy A, 2. etg: 866 m²</p> <p>Totalt ca 1500 m²</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p>  <p>3 MNOK</p> <p>Prosjekt: Oppvåkning, intensiv, anestesi Lukke TG3-avvik, ombygging Areal: 1500 kvm BTA År: 2024-2025 Forventet sluttkostnad: 22 MNOK</p>
Forventet sluttkostnad	<p>22 mnok</p> <p>TG3-tiltak: 8 mnok</p> <p>Øvrig vedlikehold og ombygging: 14 mnok</p>	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2024 og 2025	
Modenhetsnivå	Mulighetsstudie	
Status i dag	Observasjon, intensiv og oppvåkning deler samme areal. Arealene har ikke god nok funksjonalitet for tilfredsstillende sykehusdrift, og det er behov for å lukke TG3 - avvik.	
Mål	Lukke TG3 tiltak og bygge om for å utbedre funksjonalitet.	
Gjennomføringsstrategi	Planlegge rocade for å klargjøre området for ombygging	
Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning, vindusutskiftning	
Usikkerhet	Flytte sykehusdrift under gjennomføring.	
Neste steg	Skisseprosjekt	
Dokumentasjon		

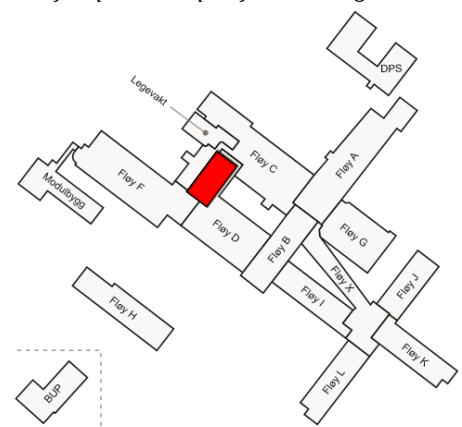

3.6 R9 - Dagkirurgi

Prosjekt	R9 - Dagkirurgi (1 stue)	
Prosjektbeskrivelse	Lukke TG3 tiltak i tillegg til ombygging av dagkirurgisk stue i eksisterende areal. Alternative plasseringer kan utredes nærmere. TG3 tiltakene består av vann- og sanitæranlegg, varmeanlegg, el.anlegg (generelle anlegg og fordelinger, samt lys, el.varme og driftstekniske anlegg), samt avfallsanlegg	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	Lukke TG3 tiltak i tillegg til ombygging. Det er behov for en stue til da en av stuenes er svært liten.	
Aktuelt areal	Fløy B, 2. etg: 598 m ²	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad	23 mnok TG3-tiltak: 10 mnok Øvrig vedlikehold og ombygging: 13 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2025	
Modenhetsnivå	Mulighetsstudie	
Status i dag	Det er behov for en stue til på dagkirurgi. En av stuenes er svært liten.	
Mål	Lukke TG3 tiltak og bygge om for å øke kapasitet / funksjonalitet	
Gjennomføringsstrategi	Flytte / stenge dagkirurgi en periode for å gjennomføre ombygging	
Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning og vindusutskiftning	
Usikkerhet	Flytte sykehusdrift under gjennomføring	
Neste steg	Skisseprosjekt	
Dokumentasjon		

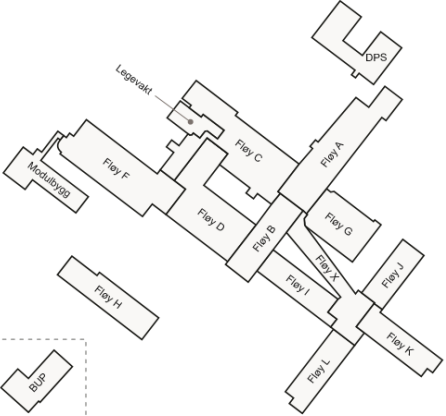
3.7 R10 - Operasjon

Prosjekt	R10 - Operasjon (1 stue)	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p>Lukke TG3 tiltak i tillegg til ombygging av operasjonsstue i eksisterende areal for å øke kapasitet. Må da finne erstatningsareal for anestesiorom. Alternative plasseringer kan utredes nærmere.</p> <p>TG3 tiltakene består av el.anlegg, generelle anlegg og fordelinger, samt lys, el.varme og driftstekniske anlegg</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p>Lukke TG3 tiltak i tillegg til ombygging. Det er behov for en stue til.</p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p>Fløy C, 2. etg: 788 m²</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>Prosjekt: Operasjon Lukke TG3-avvik, ombygging Areal: 788 kvm BTA År: 2018, 2026 Forventet sluttkostnad: 53 MNOK</p> </div> 
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p>53 mnok, TG3-tiltak: 8 mnok, hvorav 1 mnok disponeres i 2018 for å ferdigstille sikker strømforsyning. Øvrig vedlikehold og ombygging: 45 mnok</p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p>Planlagt gjennomført i 2025, samt komplementering av sikker strømforsyning i 2018</p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>	<p>Mulighetsstudie</p>	
<p><i>Status i dag</i></p>	<p>Det er behov for en stue til på operasjon.</p>	
<p><i>Mål</i></p>	<p>Lukke TG3 tiltak og bygge om for å øke kapasitet / funksjonalitet</p>	
<p><i>Gjennomføringsstrategi</i></p>	<p>Flytte / stenge operasjon en periode for å gjennomføre ombygging</p>	
<p><i>Andre tiltak i arealet</i></p>	<p>Sikker strømforsyning, vindusutskiftning</p>	
<p><i>Usikkerhet</i></p>	<p>Flytte sykehusdrift under gjennomføring</p>	
<p><i>Neste steg</i></p>	<p>Skisseprosjekt</p>	
<p><i>Dokumentasjon</i></p>		

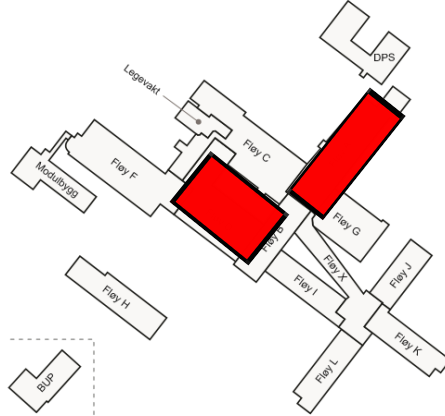

3.8 R7 - Vedlikehold - sterilsentral

Prosjekt	R7 - Vedlikehold sterilsentral	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p>Lukke TG3 tiltak. Dette omfatter utbedring av tekniske anlegg - som vann, sanitær, varme og ventilasjon, el.anlegg generell og fordelinger, lys, el.varme og driftsteknisk, samt avfallsanlegg.</p>	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p>Lukke TG3 tiltak.</p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p>Fløy D, 1. etg: 337 m²</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p> 
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p>6 mnok TG3-tiltak: 6 mnok</p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p>Planlagt gjennomført i 2024</p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>	<p>Mulighetsstudie</p>	
<p><i>Status i dag</i></p>	<p>Behov for å utbedre TG3 tiltak innen ovennevnte anleggsdeler.</p>	
<p><i>Mål</i></p>	<p>Lukke TG3 tiltak og utbedre funksjonalitet.</p>	
<p><i>Gjennomføringsstrategi</i></p>	<p>Planlegge utbedring med midlertidig lokalisering eller nedstengning av sterilsentral.</p>	
<p><i>Andre tiltak i arealet</i></p>	<p>Sikker strømforsyning, vindusutskiftning</p>	
<p><i>Usikkerhet</i></p>	<p>Omfang TG3 tiltak</p>	
<p><i>Neste steg</i></p>	<p>Forprosjekt</p>	
<p><i>Dokumentasjon</i></p>		

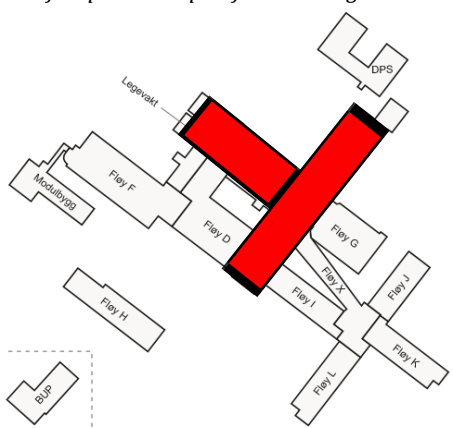

3.9 R11 - Vedlikehold – utskifting vinduer

Prosjekt	R11 - Utskifting av vinduer	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p><i>Utskifting av vinduer i fløyene A, B, C, D og E i alle etasjer med unntak av 3. etg i fløy A og B.</i></p> <p><i>3.etg i fløy A og B gjennomføres i forbindelse med Kvinne-barn prosjektet.</i></p>	<p><i>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</i></p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p><i>Lukke TG3 tiltak</i></p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p><i>Fløy A, B, C, D og E, alle etasjer med unntak av 3. etg. i fløy A og B</i></p>	
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p><i>20 mnok</i> <i>TG3-tiltak: 20 mnok</i></p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p><i>Vises i prosjektprogrammet med en forventet gjennomføring i 2026. Det må vurderes om deler av prosjektet kan gjennomføres samtidig med aktuelle ombyggings/vedlikeholdsprosjekter for å samle tiltakene mest mulig. Det er en utfordring gjennomføre dette på en slik måte da årlig investeringsramme ikke muliggjør gjennomføring av for mange prosjekter per år.</i></p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>	<p><i>Mulighetsstudie</i></p>	
<p><i>Status i dag</i></p>	<p><i>Vinduer i ovennevnte områder har TG3 status og må skiftes. 3. etg fløy A og B skiftes i forbindelse med Kvinne Barn rehabiliteringen</i></p>	
<p><i>Mål</i></p>	<p><i>Lukke TG3 tiltak</i></p>	
<p><i>Gjennomføringsstrategi</i></p>	<p><i>Vindusutskifting gjennomføres koordinert med øvrige vedlikeholds og ombyggingstiltak i arealene.</i></p>	
<p><i>Andre tiltak i arealet</i></p>	<p><i>Øvrige tiltak i området</i></p>	
<p><i>Usikkerhet</i></p>	<p><i>Flytte /avskjerme sykehusdrift under gjennomføring</i></p>	
<p><i>Neste steg</i></p>	<p><i>Forprosjekt og planlegging fortløpende ved gjennomføring av tiltak i arealene.</i></p>	
<p><i>Dokumentasjon</i></p>		

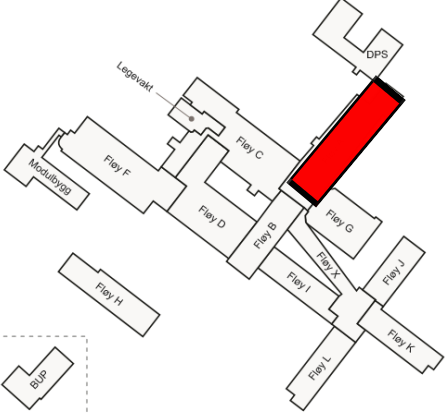

3.10 R12 - Avløpsrør

Prosjekt	R12 - Avløpsrør	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik. Enkelte avløpsstammer er kritisk dårlige og må skiftes.	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	Lukke TG3 tiltak	
Aktuelt areal	Fløy A, D og E	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad	2 mnok, knyttet til arbeider med KvinneBarn prosjektet. Øvrige investeringer er inkludert i de ombygging- vedlikeholdsprosjektene hvor dette er aktuelt. Mao det er ikke skilt ut et eget avløpsprosjekt for hele Ringerike. TG3-tiltak: 2 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2018	
Modenhetsnivå	Mulighetsstudie	
Omfang		
Status i dag	I ovennevnte områder har avløpsrørene TG3 status og må skiftes. I Kvinne Barn skiftes rørene under rehabiliteringen.	
Mål	Lukke TG3 tiltak	
Gjennomføringsstrategi	Avløpsrør i fløy A og B skiftes ut i forbindelse med Kvinne Barn rehabiliteringen. Øvrige arealer kartlegges og skiftes ut koordinert med gjennomføring av andre tiltak i området.	
Andre tiltak i arealet		
Usikkerhet	Tilstand på avløpsstammene i resten av bygget	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

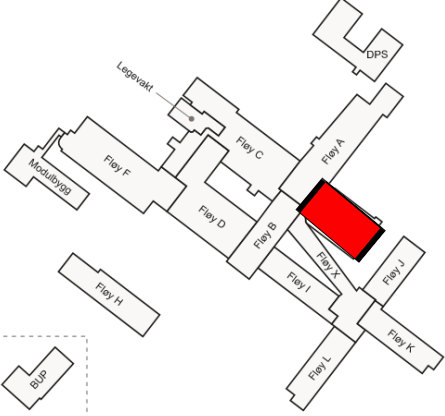

3.11 R13 - Vedlikehold – kjelleretasje, lager, FDVU

Prosjekt	R13 - Kjelleretasje, lager, FDVU	
Prosjektbeskrivelse Utbedring av TG3 tiltak i U1. Tiltakene omhandler yttertak (D-fløy), vann-, sanitæranlegg og varme (A, B og E fløy), ventilasjon (B og E fløy) og el.anlegg (A, B og C fløy) Note: selv om kartleggingen viser TG3 på kategorien for yttertak utbedres dette enten som et eget tiltak, eller som en del av vedlikeholdet i den øverste etasjen.	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt: 	
Utløsende prosjektbehov	Lukke TG3 tiltak	
Aktuelt areal	U1 i fløy A, B, C og E	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad	14 mnok TG3-tiltak: 14 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2022	
Modenhetsnivå	Mulighetsstudie	
Status i dag	Arealene er i dårlig teknisk stand.	
Mål	Lukke TG3 tiltak	
Gjennomføringsstrategi	Avklare endelig behov i forprosjekt og gjennomføre U1 samlet.	
Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning, utbedre avløpsrør, vindusutskiftning	
Usikkerhet	Påvirkning tiliggende arealer	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

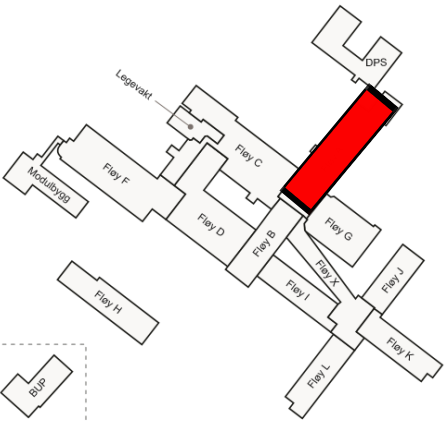

3.12 R14 - Vedlikehold – hovedinngang, kiosk og kontor

Prosjekt	R14 - Hovedinngang, kiosk og kontor	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3 tiltak i U1. Tiltakene omhandler vann- og sanitæranlegg, varme, ventilasjon, el.anlegg (lys, el.varme og driftstekniske anlegg) og avfallsanlegg	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	Lukke TG3 tiltak.	
Aktuelt areal	Fløy A, 1. etg. 1117 m ²	Oversiktstegning av aktuelt areal:  <div data-bbox="1125 1120 1452 1209" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Prosjekt: Vedlikehold - Hovedinngang, kiosk, kontor Lukkes TG3-avvik Areal: 1117 kvrm BTA År: 2022 Forventet sluttkostnad: 7 MNOK </div>
Forventet sluttkostnad	7 mnok TG3-tiltak: 7 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2022	
Modenhetsnivå	Mulighetsstudie	
Status i dag	Arealene er i dårlig teknisk stand og vurderes som dårlig egnet som inngangsparti.	
Mål	Lukke TG3 tiltak	
Gjennomføringsstrategi	Avklare endelig behov i forprosjekt og gjennomføre hele arealet samlet.	
Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning, vindusutskiftning	
Usikkerhet	Påvirkning på tiliggende arealer	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

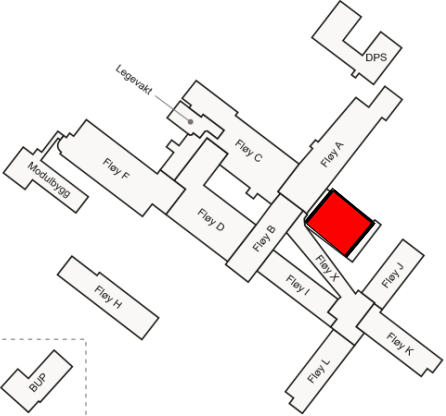

3.13 R15 – Vedlikehold – Kontor/møterom

Prosjekt	R15 – Vedlikehold av kontor møterom	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p><i>Utbedring av TG3 tiltak. Tiltakene omhandler el.anlegg (lys, el.varme og driftstekniske anlegg).</i></p> <p><i>Arealet vedlikeholds slik at det er mulig å bruke som eventuelle erstatningsarealer for kontorarbeidsplasser som fortrenses som følge av ombygginger.</i></p>	<p><i>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</i></p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p>Lukke TG3 tiltak.</p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p>Fløy G, plan 1 425 kvm BTA</p>	<p><i>Oversiktstegning av aktuelt areal:</i></p>  <div data-bbox="1013 952 1428 1064" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Prosjekt: R15 - Vedlikehold - Erstatningsareal kontorer Lukke TG3-avvik Areal: 425 kvm BTA År: 2021 Forventet sluttkostnad: 2 MNOK</p> </div>
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p>2 mnok TG3-tiltak: 2 mnok</p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p>Planlagt gjennomført i 2021</p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>		
<p><i>Status i dag</i></p>		
<p><i>Mål</i></p>	<p>Lukke TG3 tiltak</p>	
<p><i>Gjennomføringsstrategi</i></p>		
<p><i>Andre tiltak i arealet</i></p>	<p>Sikker strømforsyning</p>	
<p><i>Usikkerhet</i></p>		
<p><i>Neste steg</i></p>	<p>Forprosjekt</p>	
<p><i>Dokumentasjon</i></p>		

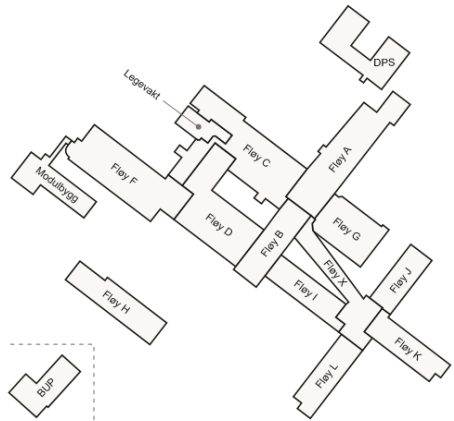
3.14 R16 - Vedlikehold – A bygget

Prosjekt	Resten av A-bygget	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3 tiltak i A bygget – 4., 5. og 6. etg. Gjelder vann- og sanitæranlegg og varme, elkraft (lys, el.varme og driftstekniske anlegg) og avfallsanlegg.	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	Lukke TG3 tiltak.	
Aktuelt areal	Fløyt A, 4., 5. og 6. etg.: 2451 m ² (817 m ² pr etg)	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad	15 mnok TG3-tiltak: 15 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2025	
Modenhetsnivå	Mulighetsstudie	
Status i dag	Arealene har mangler en del tekniske mangler og må oppgraderes.	
Mål	Lukke TG3 tiltak	
Gjennomføringsstrategi	Flytte virksomheten ut av lokalene ved gjennomføring.	
Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning, vindusutskiftning	
Usikkerhet	Påvirkning tilliggende arealer	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

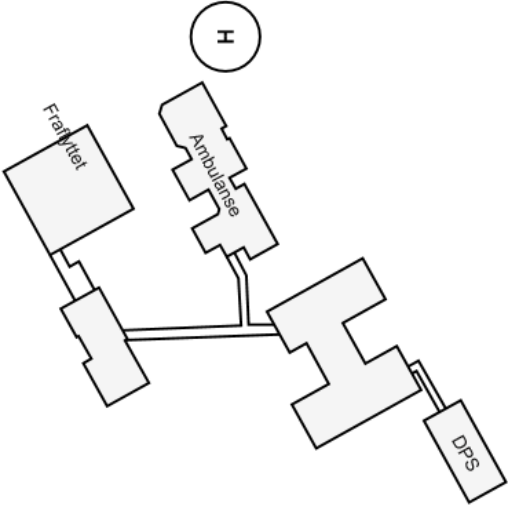
3.15 R17 - Vedlikehold - garderobe

Prosjekt	R17 – Vedlikehold Garderobe	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3 tiltak i G fløy, etasje U1.	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:
		
Utløsende prosjektbehov	Lukke TG3 tiltak innen el.kraft generelle anlegg og fordelinger, lys, el.varme og driftstekniske anlegg.	
Aktuelt areal	Fløyt G, etg U1, 600 m2	Oversiktstegning av aktuelt areal:
		
Forventet sluttkostnad	2 mnok TG3-tiltak: 2 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2022	
Modenhetsnivå	Mulighetsstudie	
Status i dag	Garderobene har TG3 status på el.kraftanlegget.	
Mål	Lukke TG3 tiltak	
Gjennomføringsstrategi	Gjennomføres i sammenheng med øvrig elektrotiltak i området.	
Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning, vindusutskiftning	
Usikkerhet		
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

3.16 R18 - Vedlikehold – tekniske rom

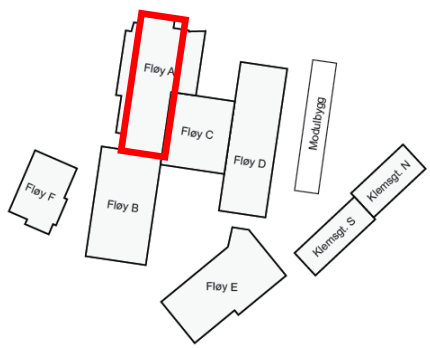
Prosjekt	R18 – Vedlikehold Tekniske rom	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3 tiltak i flere tekniske rom i bygg A,B,C,D og E.	Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	Lukke TG3 tiltak i tekniske rom	
Aktuelt areal	Bygg A,B,C,D og E, totalt ca 1000 kvm	
Forventet sluttkostnad	2 mnok TG3-tiltak: 2 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2026	
Modenhetsnivå	Mulighetsstudie	
Status i dag	Varierende standard på tekniske rom. Noen arealer har TG3 tiltak som må utbedres.	
Mål	Lukke TG3 tiltak, kartlagt i MultiMap	
Gjennomføringsstrategi	Etablere midlertidig drift under utbedring	
Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning, vindusutskiftning	
Usikkerhet	Mulig driftstans på enkelte anlegg under gjennomføringen	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

3.17 R2 - Hallingdal sjukestugu

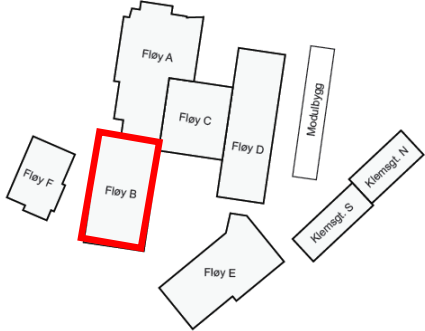

Prosjekt	R2 - Hallingdal sjukestugu	
Prosjektbeskrivelse	<p>Utbedring av TG3 tiltak på Hallingdal sjukestugu;</p> <ul style="list-style-type: none"> Hovedforsyning strøm – avbruddsfri strømforsyning og nødstrøm Innvendig kledning, overflater (gulv, vegg, himling) i kontor, møterom, bibliotek og fagarkiv Elkraftanlegg (generelle anlegg, fordelinger, lys, elvarme, driftstekniske anlegg) i avfall (sentralt lager/stasjon), lett radiologi og tyngre laboratorier, analyse og blodbank 	<p>Situasjonsplan hvor prosjektet er angitt:</p> 
Utløsende prosjektbehov	Lukke TG3-avvik	
Aktuelt areal	Ca 2000 m2	
Forventet sluttkostnad	10 mnok TG3: 10 mnok	
Tidsplan	Gjennomføres i 2022	
Modenhetsnivå	Idefase	
Status i dag	Arealene har i dag store vedlikeholds- og oppgraderingsbehov på enkelte anleggsdeler.	
Mål	Lukke TG3 tiltak	
Gjennomføringsstrategi	Utbedringene på strømanlegget gjennomføres samordnet og koordinert med sykehusdriften. Kontorlokalene flyttes til andre arealer under oppgraderingen	
Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning	
Usikkerhet	Rokadeplan - Sykehusdrift under oppgraderingen	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

4 PROSJEKTBEKRIVELSER – KONGSBERG

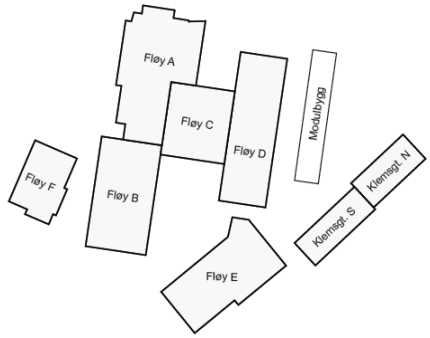
4.1 K1 - Medisinrom intensiv

Prosjekt	K1 - Medisinrom intensiv	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik, ombygging	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov		
Aktuelt areal	Fløy A, 3. etg, 48,7 m ² berørt areal. (nettoareal) Enkel ombygging som berører følgende rom: rent lager, apparatrom, eksisterende medisinrom og vaktrom.	Oversiktstegning av aktuelt areal: Arealet ligger i A fløyen – 3 etg.
Forventet sluttkostnad	1 mnok	
Tidsplan	Utføres i 2017	
Modenhetsnivå	Plantegning foreligger, ARK skal utarbeide enkel beskrivelse, hente inn tilbud juni. Forventet oppstart arbeider august.	
Status i dag		
Mål	Lukke TG3-avvik	
Gjennomføringsstrategi	Utføres i 2017	
Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning, Sprinkling, Vinduer og ytterdører	
Usikkerhet		
Neste steg		
Dokumentasjon		

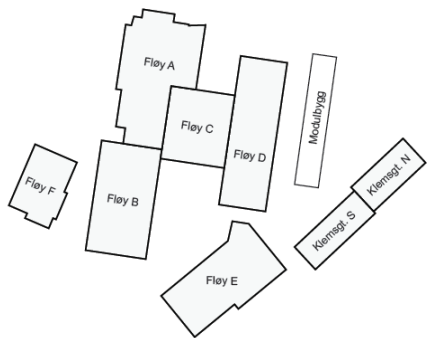
4.2 K2 - Avd.for bildediagnostikk klinikk Kongsberg - CT

Prosjekt	K2 - Avd for bildediagnostikk	
<p><i>Prosjektbeskrivelse</i></p>	<p><i>Utbedring av TG3-avvik i avdelingen; Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk.</i></p> <p><i>Tilpasse bygg og teknikk for plassering av ny CT, samt generell ombygging som følge av dette.</i></p>	<p><i>Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt:</i></p> 
<p><i>Utløsende prosjektbehov</i></p>	<p><i>TG3-avvik, behov for bedre logistikk, ny CT.</i></p>	
<p><i>Aktuelt areal</i></p>	<p><i>Fløy B, 2. etg, 755 kvm BTA</i></p>	<p><i>Oversiktstegning av aktuelt areal:</i></p> 
<p><i>Forventet sluttkostnad</i></p>	<p><i>32 mnok</i> <i>TG3-tiltak: 18 mnok</i> <i>Øvrige vedlikehold og ombygging: 14 mnok</i></p>	
<p><i>Tidsplan</i></p>	<p><i>Trinn 1: 2017-2018, Etablering av CT i arealet</i> <i>Trinn 2: 2026, generell vedlikehold og ombygging for å bedre logistikk</i></p>	
<p><i>Modenhetsnivå</i></p>	<p><i>Forprosjekt</i></p>	
<p><i>Status i dag</i></p>	<p><i>Bygging er ikke påbegynt</i></p>	
<p><i>Mål</i></p>	<p><i>Lukke TG3-avvik, bedre logistikk, modernisering og generell bedret opplevelse av arealene</i></p>	
<p><i>Gjennomføringsstrategi</i></p>	<p><i>Bygges i 2 trinn. Trinn 1= CT med støtterom, samt resterende arbeider multifunksjonslab. Trinn 2= generell ombygging og TG3-utbedring.</i></p>	
<p><i>Andre tiltak i arealet</i></p>	<p><i>Sikker strømforsyning, Sprinkling, Vinduer og ytterdører</i></p>	
<p><i>Usikkerhet</i></p>	<p><i>Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik. Hvordan eventuell ny MR påvirker prosjektet.</i></p>	
<p><i>Neste steg</i></p>	<p><i>Detaljprosjekt for del som omhandler CT, samt resterende arbeider ifm multifunksjonslab.</i></p>	
<p><i>Dokumentasjon</i></p>	<p><i>Forprosjektrapport DPK02</i></p>	

4.3 K3 - Bunnledning

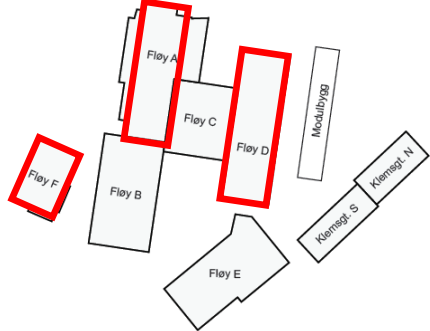
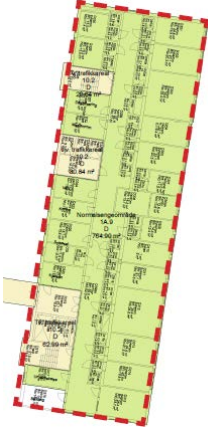
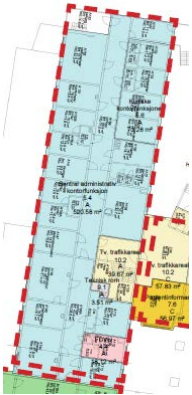
Prosjekt	K3 - Bunnledning	
Prosjektbeskrivelse	Utskifting bunnledning. TG3 tiltak	
	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt:	
		
Utløsende prosjektbehov	Svært dårlig tilstand på bunnledning – TG3	
Aktuelt areal	Fløy A, B, C, D og E	Oversiktstegning av aktuelt areal:
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 1,7 mnok + overført 2,5 mill kr fra 2016, Totalt budsjett er 4,2 mill kr	
Tidsplan	Utføres i 2017, som en videreføring av arbeid/planer fra 2016	
Modenhetsnivå		
Status i dag	Kontrakt er inngått. Oppstartsmøte er avholdt, arbeidene vil bli gjennomført i juli måned.	
Mål	Lukke TG3-avvik	
Gjennomføringsstrategi	Utføres i 2017	
Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning	
Usikkerhet	Påvirkning tilliggende arealer, omfang TG3-avvik.	
Neste steg		
Dokumentasjon		

4.4 K4 - Sikker strømforsyning

Prosjekt	K4 - Sikker strømforsyning	
Prosjektbeskrivelse	TG3 tiltak Sikker strømforsyning omfatter; Fase 1: Etablering av nødstrømsaggregater/-fordelinger og UPS forsyning sentralt med tilførselskabler. Fase 2: Etablering av nødstrømfordelinger I tillegg inngår etablering av gruppe 2 roms fordelinger inklusive tilførselskabler for dagkirurgi, som ikke er beskrevet i BRK idefase. Komplettering av sikker strømforsyning gjøres for øvrig i det aktuelle ombyggings-/vedlikeholdsprosjektet. Se for øvrig eget notat/forenklet forprosjekt for Sikker strømforsyning	
	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt:	
		
Utløsende prosjektbehov	TG3-avvik	
Aktuelt areal	Hele sykehuset	Oversiktstegning av aktuelt areal:
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 27 mnok	
Tidsplan	Fase 1: 2017-2018, Fase 2: 2018, 2024, 2026	
Modenhetsnivå	Forprosjekt	
Status i dag	Bygging er ikke påbegynt	
Mål	Lukke TG3-avvik	
Gjennomføringsstrategi	Samkjøres med aktuelle ombyggingsprosjekter	
Andre tiltak i arealet	Samtlige ombyggingsprosjekter	
Usikkerhet	Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik. Hvordan eventuell ny MR påvirker prosjektet.	

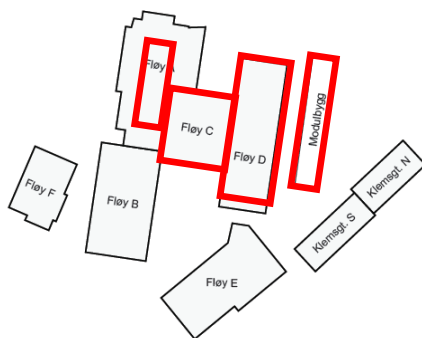
Neste steg	Detaljprosjekt
Dokumentasjon	Forprosjekt Sikker strømforsyning

4.5 K7 - Sengepostoppgradering

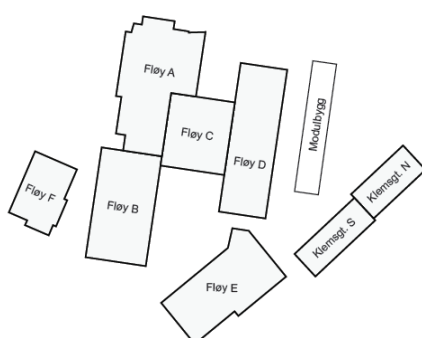
Prosjekt	K7 - Sengepostoppgradering	
Prosjektbeskrivelse	<p>Utbedring av TG3-avvik i avdelingen; Fast inventar, Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk.</p> <p>Ombygging av 3 sengeposter Ombygging rokaideareal Ombygging for fortrenkte kontor plasser</p>	<p>Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt:</p> 
Utløsende prosjektbehov	TG3-avvik, dårlig funksjonalitet – f.eks. mangel på bad til pasienter, mangel på ensengsrom, ugunstig arealutnyttelse.	
Aktuelt areal	<p>Fløy D, 2.-4. etg, 2295 kvm BTA Rokadeareal i fløy 1A: ca 500 kvm BTA Rokadeareal i fløy F: 143 kvm BTA</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal: Eksempel sengepost 3.etg:</p>  <p>Rokadeareal1.etg:</p> 
Forventet sluttkostnad	<p>120 mnok TG3-tiltak: 55 mnok Øvrig vedlikehold og ombygging: 65 mnok</p>	
Tidsplan	<p>Planlagt gjennomført 2017-2023 Rokadearealer: 2019, Sengeposter: 2020-2023</p>	
Modenhetsnivå	Forenklet forprosjekt	
Status i dag	Bygging er ikke påbegynt	
Mål	Lukke TG3-avvik, bedre logistikk, modernisering og generell bedret opplevelse av arealene. Bedre tilbud til pasientene.	
Gjennomføringsstrategi	Forslag til faseplan er beskrevet i forprosjektrapport	

Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning, Sprinkling, Yttertak, takrenner, nedløp, vinduer og ytterdører
Usikkerhet	Påvirkning tilliggende arealer, bygging under drift og faseinndeling, omfang TG3-avvik. Løsning for POP poliklinikk, løsning for fortrenge kontorplasser. Planløsningen er ikke ferdig utviklet slik den nå foreligger, utfordringer med å finne løsning som svarer på prosjektbehovet.
Neste steg	Forprosjekt
Dokumentasjon	Forprosjektrapport DPK01

4.6 K8 - Fasaderehabilitering

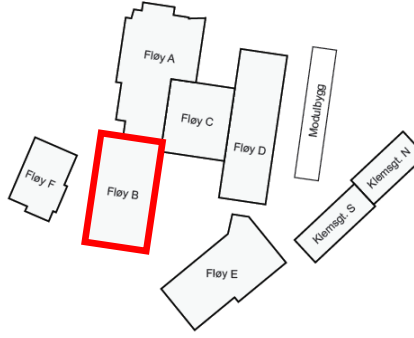

Prosjekt	K8 - Fasade	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik, vedlikehold.	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	TG3-avvik, behov for beising og reparasjon av panel modulbygget, maling og reparasjon av mur fasade A-fløy, maling og reparasjon av mur og murstein fasade C-fløy, reparasjon av murstein fasade D-fløy	
Aktuelt areal	Modulbygg, fløy A (tekn.rom) og C (U.etg) og D	
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 1,1 mnok	
Tidsplan	Trinn 1: 2017 (modulbygg), Trinn 2: 2019 (A, C)	
Modenhetsnivå		
Status i dag	Innhentet tilbud på beising og reparasjon av panel modulbygget, maling og reparasjon av mur fasade mot nord C-fløy og maling/ reparasjon av mur A-fløy fasade mot øst.	
Mål	Lukke TG3-avvik	
Gjennomføringsstrategi	Utføres i 2 trinn	
Andre tiltak i arealet	Vinduer og ytterdører, Yttertak, takrenner, nedløp, Teknisk rom	
Usikkerhet	Omfang TG3-avvik	
Neste steg	Detaljprosjekt/utføring	
Dokumentasjon		

4.7 K13 - Vedlikehold Bytte kjølemedium

Prosjekt	K13 - Vedlikehold Bytte kjølemedium	
Prosjektbeskrivelse	Bytte kjølemedium	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	Utskifting av ikke godkjent kjølemedium R22	
Aktuelt areal	Fløy A, B, C, D	Oversiktstegning av aktuelt areal:
Forventet sluttkostnad	0,1 mnok - fullfinansiering av prosjektet fra 2016.	
Tidsplan	Arbeidet ferdigstilt januar 2017.	
Modenhetsnivå		
Status i dag	FERDIG	

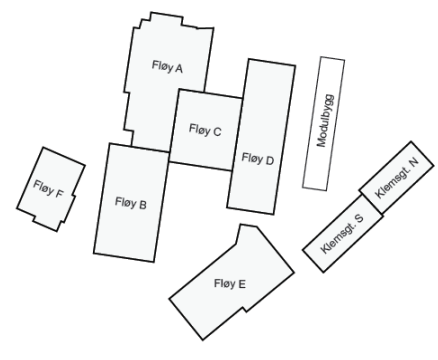
Mål	
Gjennomføringsstrategi	
Andre tiltak i arealet	
Usikkerhet	
Neste steg	FERDIG
Dokumentasjon	

4.8 K25 - Vedlikehold operasjon

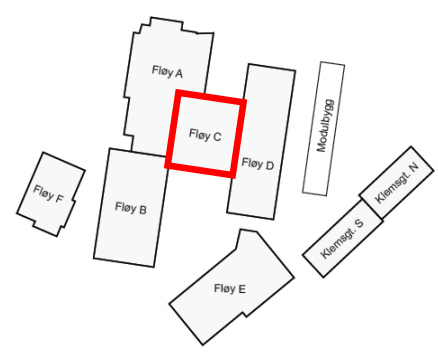

Prosjekt	K25 - Vedlikehold Operasjon	
Prosjektbeskrivelse	<p>Utbedring av TG3-avvik i avdelingen; Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk.</p> <p>Ombygging av deler av avdelingen</p>	<p>Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt:</p> 
Utløsende prosjektbehov	<p>TG3-avvik, dårlig arealutnyttelse, mangel på areal til bl.a. lager, forberedelsesrom, medisinrom og kontor. Dette er i utgangspunktet et rent vedlikeholdsprosjekt, men anslått investeringskostnad er såpass høy at det vil være mulig å heve kvaliteten på arealene når vedlikehold utføres.</p>	
Aktuelt areal	<p>Fløy B, 3. etg, 739 kvm BTA</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p> 
Forventet sluttkostnad	<p>26 mnok hvorav TG3-tiltak= 26 mnok.</p>	
Tidsplan	<p>Trinn 1: 2018 komplettering av sikker strømforsyning Trinn 2: 2025 øvrig vedlikehold ref TG3 -avvik</p>	
Modenhetsnivå		
Status i dag	<p>Bygging er ikke påbegynt</p>	
Mål	<p>Lukke TG3-avvik, om mulig bedre logistikk, modernisering og generell bedret opplevelse av arealene</p>	
Gjennomføringsstrategi	<p>Bygges i 2 trinn</p>	
Andre tiltak i arealet	<p>Sikker strømforsyning, Sprinkling, Vinduer og ytterdører</p>	
Usikkerhet	<p>Påvirkning tiliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.</p>	
Neste steg	<p>Forprosjekt</p>	
Dokumentasjon		

4.9 K6 - Sprinkling

Prosjekt	K6 - Sprinkling	
Prosjektbeskrivelse	<p>Utbedring av TG3-avvik</p>	<p>Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt:</p>

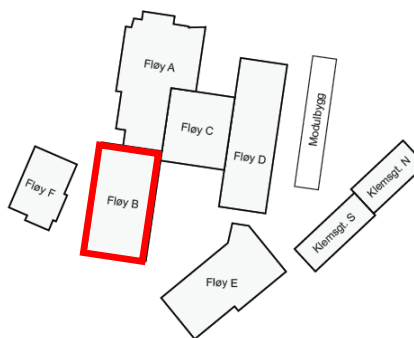
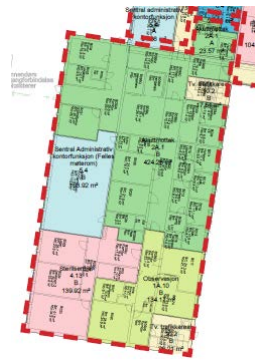
		
<i>Utløsende prosjektbehov</i>	TG3-avvik	
<i>Aktuelt areal</i>	Hele sykehuset	Oversiktstegning av aktuelt areal:
<i>Forventet sluttkostnad</i>	TG3-tiltak: 20 mnok	
<i>Tidsplan</i>	2019-2024	
<i>Modenhetsnivå</i>	Konseptfase	
<i>Status i dag</i>	Bygging er ikke påbegynt	
<i>Mål</i>	Lukke TG3-avvik	
<i>Gjennomføringsstrategi</i>	Samkjøres med aktuelle ombyggingsprosjekter. Start med etablering av sprinklersentral, og dernest i takt med aktuelle ombyggingsprosjekt.	
<i>Andre tiltak i arealet</i>	Samtlige ombyggingsprosjekter	
<i>Usikkerhet</i>	Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.	
<i>Neste steg</i>	Forprosjekt. Først på overordnet nivå, dvs. en studie av sprinkleranlegg for hele sykehuset. Deretter detaljprosjekteres det videre i de aktuelle ombyggingsprosjektene.	
<i>Dokumentasjon</i>		

4.10 K14 - Vedlikehold laboratorie

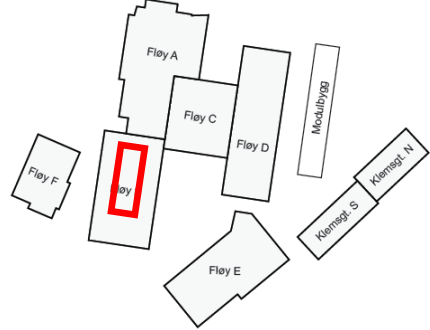

Prosjekt	K14 - Vedlikehold - Laboratorie	
<i>Prosjektbeskrivelse</i>	Utbedring av TG3-avvik i avdelingen; Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk.	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt: 
<i>Utløsende prosjektbehov</i>	TG3-avvik, generelt dårlig teknisk standard.	
<i>Aktuelt areal</i>	Fløy C, 2. etg, 380 kvm BTA	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
<i>Forventet sluttkostnad</i>	TG3-tiltak: 6 mnok	
<i>Tidsplan</i>	Planlagt utført i 2019	
<i>Modenhetsnivå</i>		
<i>Status i dag</i>	Bygging er ikke påbegynt	

Mål	Lukke TG3-avvik
Gjennomføringsstrategi	Utføres i 2019
Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning, Sprinkling, Vinduer og ytterdører
Usikkerhet	Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.
Neste steg	Forprosjekt
Dokumentasjon	

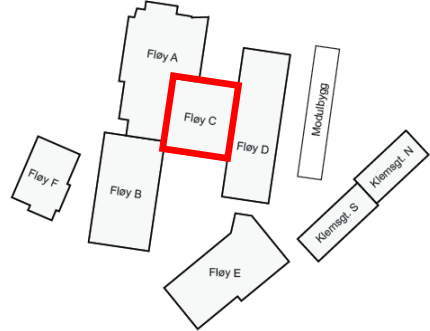
4.11 K19 - Vedlikehold akuttmottak, observasjon mm


Prosjekt	K19 - Vedlikehold - Akuttmottak, observasjon mm.	
Prosjektbeskrivelse	Utvide mottaksrom. Lukke TG3-avvik; Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk, og Sikker strømforsyning	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	Plassmangel og behov for å lukke TG3-avvik	
Aktuelt areal	Fløy B, U1, 851 kvm BTA	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 17 mnok	
Tidsplan	Utvidelse mottaksrom planlagt utført 2019. Lukking av TG3 tiltak inklusive komplettering av sikker strømforsyning i 2023	
Modenhetsnivå		
Status i dag	Bygging er ikke påbegynt	
Mål	Bedre logistikk og funksjonalitet, og lukke TG3 avvik.	
Gjennomføringsstrategi	Utvidelse av mottaksrom gjennomføres i 2019.	
Andre tiltak i arealet	Sprinkling, Vinduer og ytterdører	
Usikkerhet	Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift)	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

4.12 K15 - Vedlikehold teknisk rom

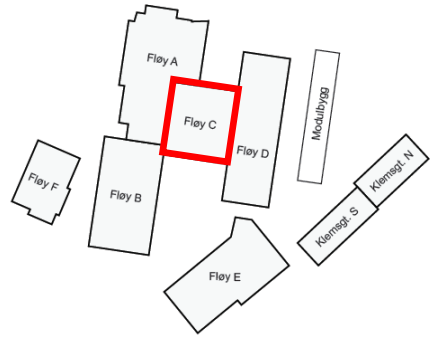

Prosjekt	K15 - Vedlikehold - Teknisk rom	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik i teknisk rom; Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk.	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	TG3-avvik	
Aktuelt areal	Fløy B, 5. etg, 117 kvm BTA	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 1 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2022	
Modenhetsnivå		
Status i dag	Behov for å utbedre TG3 vedlikeholdsetterslep	
Mål	Lukke TG3-avvik	
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke avklart	
Andre tiltak i arealet	Vinduer, ytterdører, Sprinkling	
Usikkerhet	Mulig behov for midlertidig drift av tekniske anlegg under gjennomføring av tiltaket	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

4.13 K16 - Vedlikehold hovedinngang mm

Prosjekt	K16 - Vedlikehold - Hovedinngang mm	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik; Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk.	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	TG3-avvik	
Aktuelt areal	Fløy C, 1. etg, 322 kvm BTA	Oversiktstegning av aktuelt areal:

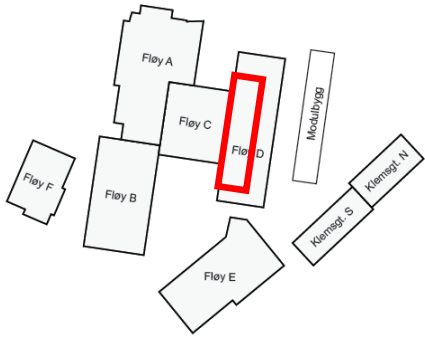
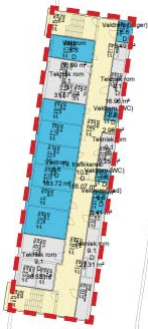
		
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak= 5 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2022	
Modenhetsnivå		
Status i dag	Behov for å utbedre TG3 vedlikeholdsetterslep	
Mål	Lukke TG3-avvik	
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke avklart	
Andre tiltak i arealet	Vinduer, ytterdører, Sprinkling	
Usikkerhet	Mulig behov for midlertidig hovedinngang under gjennomføring.	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

4.14 K17 - Vedlikehold sentrallager mm

Prosjekt	K17 - Vedlikehold – Sentrallager mm	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik i avdelingen; Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk.	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	TG3-avvik	
Aktuelt areal	Fløy C, U1. etg, 598 kvm BTA	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 5 mnok	

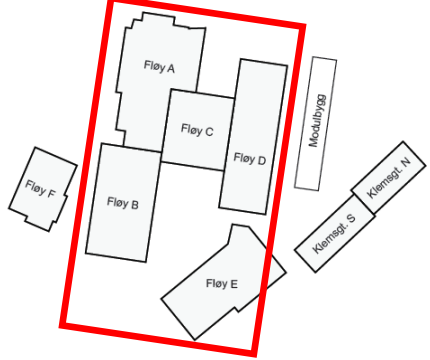
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2022
Modenhetsnivå	
Status i dag	Behov for å utbedre TG3 vedlikeholdsetterslep
Mål	Lukke TG3-avvik
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke avklart
Andre tiltak i arealet	Sprinkling, Vinduer og ytterdører, Fasade
Usikkerhet	Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.
Neste steg	Forprosjekt
Dokumentasjon	

4.15 K18 - Vedlikehold vaktrom mm

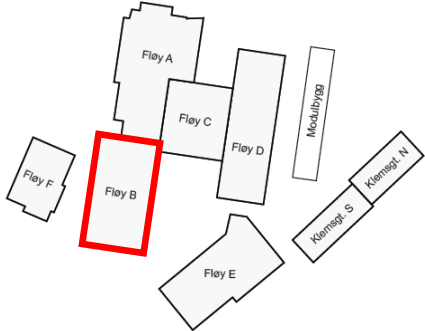
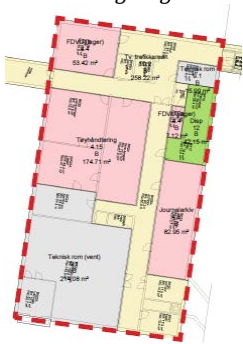
Prosjekt	K18 - Vedlikehold - Vaktrom mm	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik i avdelingen; Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk.	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	TG3-avvik	
Aktuelt areal	Fløy D, 5. etg, 416 kvm BTA	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 3 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2022	
Modenhetsnivå		
Status i dag	Behov for å utbedre TG3 vedlikeholdsetterslep	
Mål	Lukke TG3-avvik	
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke avklart	
Andre tiltak i arealet	Sprinkling, Vinduer og ytterdører, Yttertak, takrenner og nedløp,	
Usikkerhet	Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

4.16 K10 - Vinduer og ytterdører

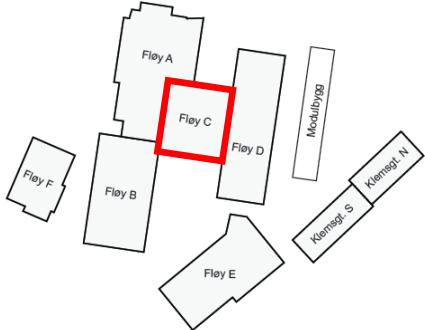
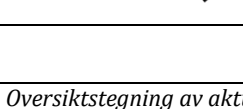
Prosjekt	K10 - Vinduer og ytterdører	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik; Vinduer og ytterdører i fløyene A, B, C, D og E.	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt:

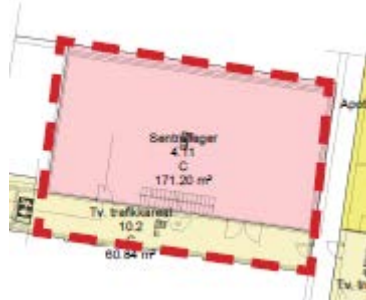
		
<i>Utløsende prosjektbehov</i>	TG3-avvik	
<i>Aktuelt areal</i>	Vinduer og ytterdører i fløyene A, B, C, D og E	Oversiktstegning av aktuelt areal:
<i>Forventet sluttkostnad</i>	TG3-tiltak: 12 mnok	
<i>Tidsplan</i>	Trinn 1: 2023, Trinn 2: 2024	
<i>Modenhetsnivå</i>		
<i>Status i dag</i>	Behov for å utbedre TG3 vedlikeholdsetterslep	
<i>Mål</i>	Lukke TG3-avvik	
<i>Gjennomføringsstrategi</i>	Bygges i 2 trinn	
<i>Andre tiltak i arealet</i>	Fasade, Yttertak, takrenner, nedløp	
<i>Usikkerhet</i>	Påvirkning tiliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.	
<i>Neste steg</i>	Forprosjekt	
<i>Dokumentasjon</i>		

4.17 K21 - Vedlikehold tøyhåndtering mm

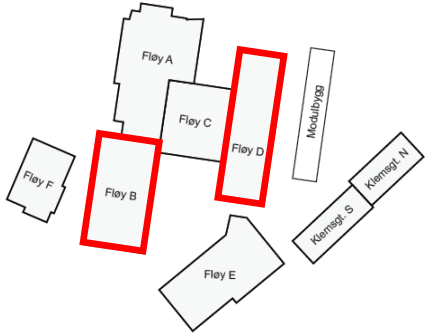
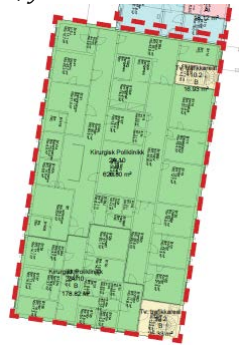
Prosjekt	K21 - Vedlikehold Tøyhåndtering mm	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt:
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik; Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk.	
Utløsende prosjektbehov	TG3-avvik	
Aktuelt areal	Fløy B, kjelleretg, 878 kvm BTA	
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 6 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2023	
Modenhetsnivå		
Status i dag	Behov for å utbedre TG3 vedlikeholdsetterslep	
Mål	Lukke TG3-avvik	
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke avklart	
Andre tiltak i arealet	Sprinkling, Vinduer og ytterdører	
Usikkerhet	Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik. Hvordan eventuell ny MR påvirker prosjektet. Sikker strømforsyning tar i bruk deler av arealet.	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		


4.18 K22 - Vedlikehold sentrallager

Prosjekt	K22 - Vedlikehold Sentrallager	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt:
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik; Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk.	
Utløsende prosjektbehov	TG3-avvik	
Aktuelt areal	Fløy C, kjelleretg (U2), 220 kvm BTA	

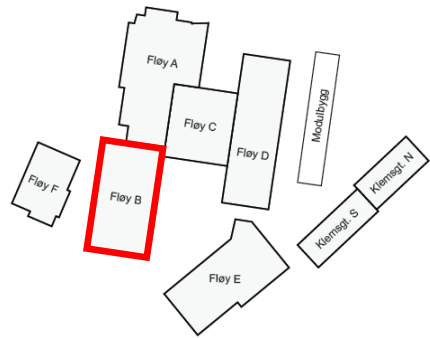

		
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 1 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2023	
Modenhetsnivå		
Status i dag	Behov for å utbedre TG3 vedlikeholdsetterslep	
Mål	Lukke TG3-avvik	
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke avklart	
Andre tiltak i arealet	Sprinkling, Vinduer, ytterdører, Fasade	
Usikkerhet	Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

4.19 K9 - Poliklinikk oppgradering

Prosjekt	K9 - Poliklinikk oppgradering	
Prosjektbeskrivelse	<p>Utbedring av TG3-avvik; yttertak, takrenner og nedløp, Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk.</p> <p>I tillegg ombygging av poliklinikk for å forbedre funksjonalitet, samordne plassering av ulike fagmiljøer og øke kapasitet på enkelte områder.</p>	<p>Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt:</p> 
Utløsende prosjektbehov	<p>Med: For lite toaletter, dårlig skjerming av pasienter. Mangler venterom. Vaskerom har ikke riktig håndtering av ren/uren sone. Dårlig funksjonsutnyttelse.</p> <p>Kirurgisk-ortopedisk-gynokologisk: mangler lager, for få behandlingsrom, uhensiktsmessig planløsning. Forøvrig et ønske om samling av poliklinikk.</p> <p>I tillegg behov for å utbedre TG3 avvik.</p>	
Aktuelt areal	<p>Fløy B og D, 1. etg, Fløy B: 805 kvm BTA Fløy D: 765 kvm BTA</p>	<p>Oversiktstegning av aktuelt areal:</p> <p>Fløy B:</p>  <p>Fløy D:</p>

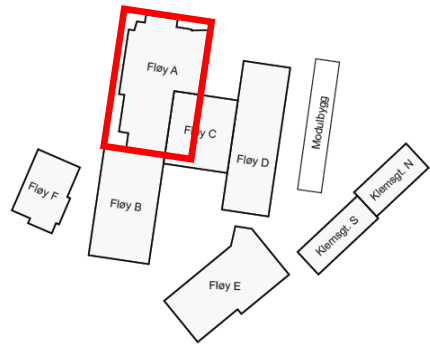
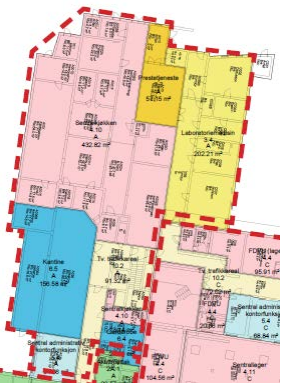
		
Forventet sluttkostnad	47 mnok TG3-tiltak: 26 mnok Øvrig vedlikehold og ombygging: 21 mnok	
Tidsplan	Fløy B: 2024, Fløy D: 2025	
Modenhetsnivå		
Status i dag	Behov for å utbedre TG3 vedlikeholdsetterslep, samt ombygging for å øke funksjonalitet	
Mål	Lukke TG3-avvik, øke kapasitet, bedre funksjonalitet, logistikk og arealutnyttelse, modernisering og generell bedret opplevelse av arealene.	
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke avklart	
Andre tiltak i arealet	Sprinkling, Vinduer, ytterdører,	
Usikkerhet	Erstatningsarealer under gjennomføring. Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.	
Neste steg	Mulighetsstudie, med planskisse. Dernest forprosjekt	
Dokumentasjon		

4.20 K20 - Vedlikehold Føde/barsel sengeområde

Prosjekt	K20 - Vedlikehold Føde/barsel sengeområde	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik; Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	TG3-avvik	
Aktuelt areal	Fløy B, 4. etg, 852 kvm BTA	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 12 mnok	

Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2024
Modenhetsnivå	
Status i dag	Arealene har TG3 vedlikeholdsbehov
Mål	Lukke TG3-avvik
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke avklart
Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning, Sprinkling Vinduer, ytterdører,
Usikkerhet	Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.
Neste steg	Forprosjekt
Dokumentasjon	

4.21 K23 - Vedlikehold sentralkjøkken, kantine, laboratoriemedisin

Prosjekt	K23 - Vedlikehold Sentralkjøkken, kantine, laboratoriemedisin, kapell, stellerom, kjølerom mm	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik; Vann og sanitær, Varme, Kjøling, Elkraft, Tele og automatikk og Avfallsanlegg	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	TG3-avvik	
Aktuelt areal	Fløy A, U. etg, 1067 kvm BTA	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 10 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2024	
Modenhetsnivå		
Status i dag	Arealene har TG3 vedlikeholdsbehov	
Mål	Lukke TG3-avvik	
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke avklart	
Andre tiltak i arealet	Sprinkling, Yttertak, takrenner og nedløp,	
Usikkerhet	Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

4.22 K24 - Vedlikehold E-bygget

Prosjekt	K24 - Vedlikehold E-bygget	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik i fløyen; Vann og sanitær, Varme, Elkraft, Tele og automatikk, fast inventar	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt:

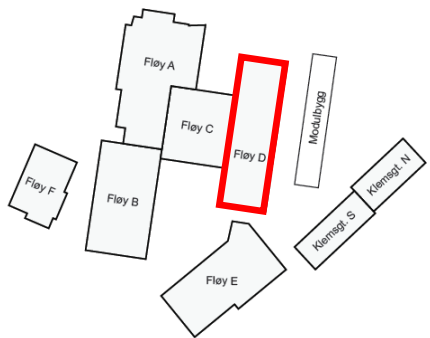
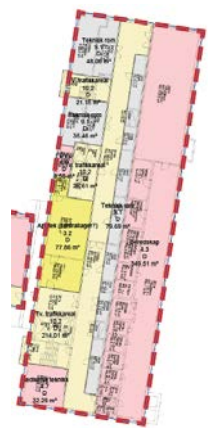
Utløsende prosjektbehov	TG3-avvik	
Aktuelt areal	E-bygget, 1637 kvm BTA	
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 9 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2025	
Modenhetsnivå		
Status i dag	Arealene har TG3 vedlikeholdsbehov	
Mål	Lukke TG3-avvik	
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke avklart	
Andre tiltak i arealet	Vinduer, ytterdører, Sprinkling, yttertak, takrenner og nedløp,	
Usikkerhet	Påvirkning tiliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

4.23 K26 - Vedlikehold garderøber/ergofysioterapi

Prosjekt	K26 - Vedlikehold Garderøber/ ergofysioterapi	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik; Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk.	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt:
Utløsende prosjektbehov	TG3-avvik	
Aktuelt areal	Fløy D, U. etg, 898 kvm BTA	Oversiktstegning av aktuelt areal:
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 10 mnok	

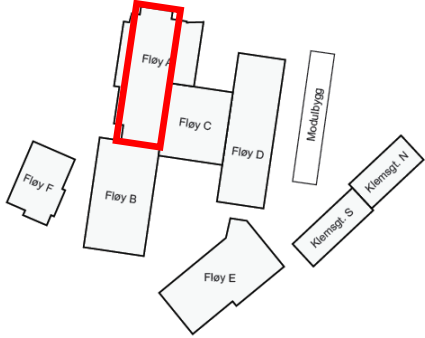
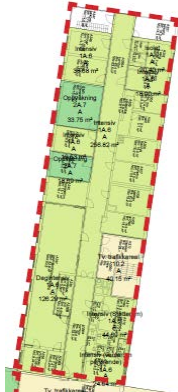
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2025
Modenhetsnivå	
Status i dag	Arealene har TG3 vedlikeholdsbehov
Mål	Lukke TG3-avvik
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke avklart
Andre tiltak i arealet	Sprinkling, Yttertak, takrenner og nedløp
Usikkerhet	Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.
Neste steg	Forprosjekt
Dokumentasjon	

4.24 K27 - Vedlikehold apotek/lager, tekniske rom og beredskap

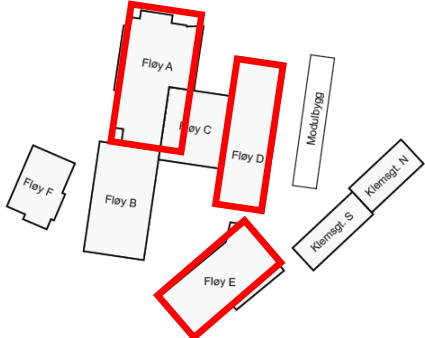
Prosjekt	K27 - Vedlikehold Apotek/lager, tekniske rom og beredskap	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik i avdelingen; Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk.	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	TG3-avvik	
Aktuelt areal	Fløy D, kjelleretg., 897 kvm BTA	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 5 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2025	
Modenhetsnivå		
Status i dag	Arealene har TG3 vedlikeholdsbehov	
Mål	Lukke TG3-avvik	
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke avklart	
Andre tiltak i arealet	Sprinkling, Yttertak, takrenner og nedløp	
Usikkerhet	Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

4.25 K5 - Intensiv/oppvåkning

Prosjekt	K5 - Intensiv/oppvåkning	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik i avdelingen; Fast inventar, Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, Elkraft, Tele og automatikk, Avfallsanlegg.	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt:

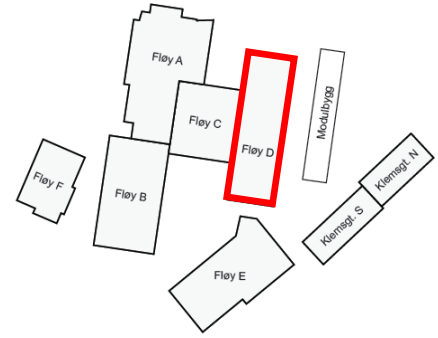
	<i>I tillegg noe mindre ombygging. Har i dag for liten kapasitet og areal for enkelte funksjoner.</i>	
<i>Utløsende prosjektbehov</i>	<i>TG3-avvik. Manglende plass ift fremskrevet kapasitet – trenger bedre arealutnyttelse. Har behov for luftsmitteisolat.</i>	
<i>Aktuelt areal</i>	<i>Fløy A, 3. etg, ca 600 kvm BTA</i>	<i>Oversiktstegning av aktuelt areal:</i> 
<i>Forventet sluttkostnad</i>	<i>22 mnok TG3-tiltak: 19 mnok Øvrig vedlikehold og ombygging: 3 mnok</i>	
<i>Tidsplan</i>	<i>Planlagt gjennomført i 2026</i>	
<i>Modenhetsnivå</i>	<i>Konseptfase</i>	
<i>Status i dag</i>	<i>Arealene har TG3 vedlikeholdsbehov. Det er også for liten kapasitet for fremtidens aktivitet. Behov for ombygging / utvidelse.</i>	
<i>Mål</i>	<i>Lukke TG3-avvik, bedre logistikk, modernisering og generell bedret opplevelse av arealene</i>	
<i>Gjennomføringsstrategi</i>	<i>Foreløpig ikke avklart</i>	
<i>Andre tiltak i arealet</i>	<i>Sikker strømforsyning, Sprinkling, Vinduer, ytterdører, yttertak, takrenner og nedløp,</i>	
<i>Usikkerhet</i>	<i>Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.</i>	
<i>Neste steg</i>	<i>Skisseprosjekt, dernest Forprosjekt</i>	
<i>Dokumentasjon</i>		

4.26 K11 - Yttertak, takrenner, nedløp

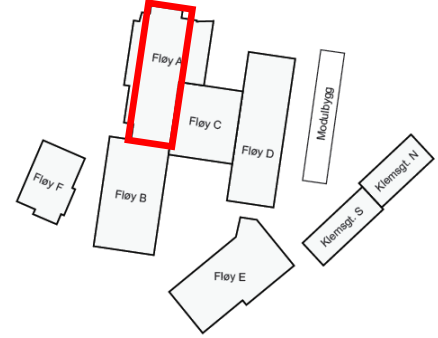
Prosjekt	K11 - Yttertak, takrenner, nedløp	
<i>Prosjektbeskrivelse</i>	<i>Utbedring av TG3-avvik, fløy A, D og E; Yttertak, takrenner og nedløp * nytt takbelegg på D og A fløy i henholdsvis 2015 og 2016</i>	<i>Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt:</i> 
<i>Utløsende prosjektbehov</i>	<i>TG3-avvik</i>	
<i>Aktuelt areal</i>	<i>Fløy A: 3241 kvm BTA Fløy D: 5803 kvm BTA</i>	<i>Oversiktstegning av aktuelt areal:</i>


	Fløy E: 1661 kvm BTA
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 9 mnok
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2026
Modenhetsnivå	
Status i dag	Arealene har TG3 vedlikeholdsbehov på yttertak, takrenner og nedløp.
Mål	Lukke TG3-avvik
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke avklart
Andre tiltak i arealet	Vinduer og ytterdører, Fasade
Usikkerhet	Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.
Neste steg	Forprosjekt
Dokumentasjon	

4.27 K12 - Adgangskontrollsystem

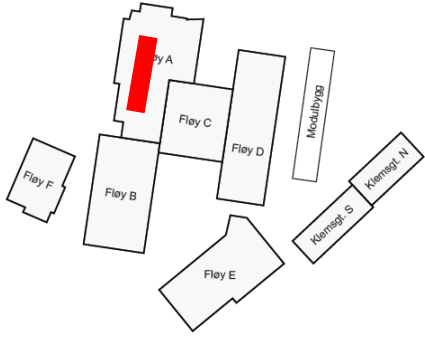
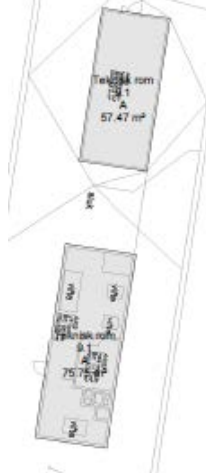
Prosjekt	K12 - Adgangskontrollsystem	
Prosjektbeskrivelse	Registrert TG3-avvik på adgangskontrollsystem for fløy D. Det er ikke adgangskontrollsystem for sykehuset. Avsatt midler for mindre utbedringer av lokale kortlesere om behov. Fløy D har kun en ytterdør. Vurdere adgangskontroll her.	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	Sikkerhet	
Aktuelt areal	Fløy D *trolig ikke utelukkende.	Oversiktstegning av aktuelt areal:
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 2 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2026	
Modenhetsnivå	Konseptfase	
Status i dag		
Mål	Lukke TG3-avvik	
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke avklart	
Andre tiltak i arealet	Sikker strømforsyning, Sprinkling, Vinduer og ytterdører, El.kraft, Tele og automatisering, VVS	
Usikkerhet	Påvirkning tilliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

4.28 K28 - Vedlikehold dagområde, dialyse mm

Prosjekt	K28 - Vedlikehold Dagområde, dialyse mm	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik; Fast inventar, Vann og sanitær, Varme, Ventilasjon, El.kraft, Tele og automatikk og Avfallsanlegg	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	TG3-avvik	
Aktuelt areal	Fløy A, 2. etg, 685 kvm BTA	Oversiktstegning av aktuelt areal:

		
Forventet sluttkostnad	TG3-tiltak: 13 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2026	
Modenhetsnivå		
Status i dag	Behov for å lukke TG3 avvik	
Mål	Lukke TG3-avvik	
Gjennomføringsstrategi	Foreløpig ikke avklart	
Andre tiltak i arealet	Sprinkling, Vinduer og ytterdører, Yttertak, takrenner og nedløp	
Usikkerhet	Påvirkning tiliggende arealer (bygging under drift), omfang TG3-avvik.	
Neste steg	Forprosjekt	
Dokumentasjon		

4.29 K29 - Vedlikehold tekniske rom

Prosjekt	K29 - Vedlikehold Teknisk rom	
Prosjektbeskrivelse	Utbedring av TG3-avvik; Vann og sanitær, varme, elkraft, avfall.	Situasjonsplan, hvor prosjektet er angitt: 
Utløsende prosjektbehov	TG3-avvik	
Aktuelt areal	Fløy A, 4. etg, 134 kvm BTA	Oversiktstegning av aktuelt areal: 
Forventet sluttkostnad	1 mnok	
Tidsplan	Planlagt gjennomført i 2026	
Modenhetsnivå		

<i>Status i dag</i>	<i>Bygging er ikke påbegynt</i>
<i>Mål</i>	<i>Lukke TG3-avvik</i>
<i>Gjennomføringsstrategi</i>	<i>Bygges i 2026</i>
<i>Andre tiltak i arealet</i>	<i>Vinduer og ytterdører, Yttertak, takrenner, nedløp, Fasade</i>
<i>Usikkerhet</i>	<i>Omfang TG3-avvik</i>
<i>Neste steg</i>	<i>Forprosjekt/ Detaljprosjekt</i>
<i>Dokumentasjon</i>	

Dato: 20. oktober 2022
Saksbehandler: Rune Abrahamsen

Saksfremlegg

Status nytt sykehus Drammen

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	104/2022	31.10.2022

Forslag til vedtak

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Drammen, 24. oktober 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

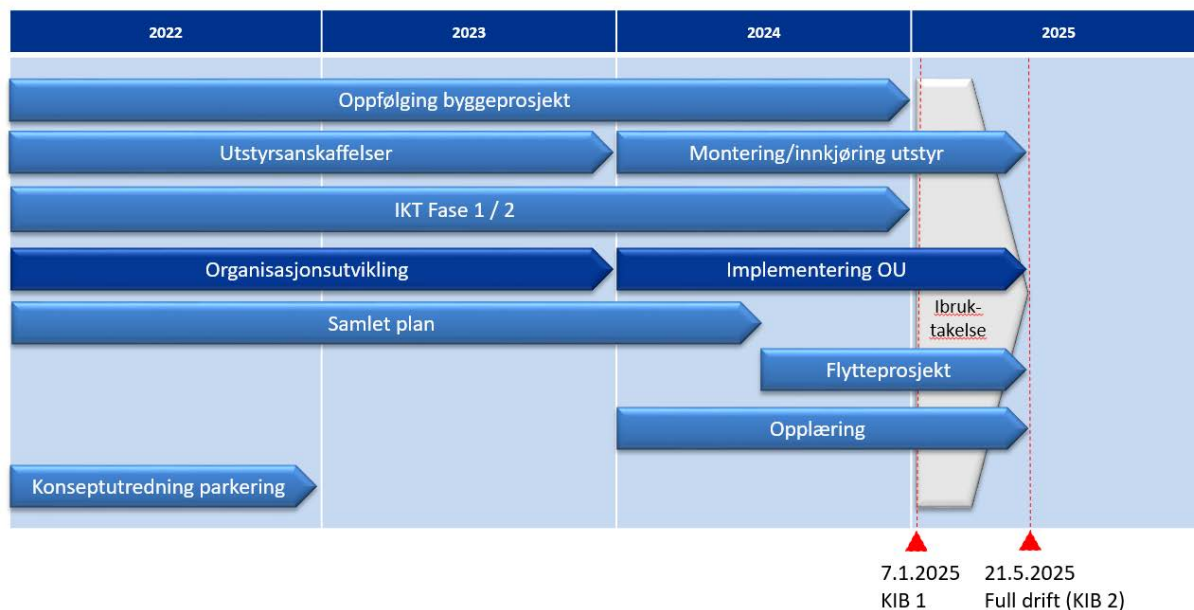
Bakgrunn

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

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

Saksutredning

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



Status byggeprosjektet

Byggeprosjektet, PNSD, har meldt forsinkelser i ferdigstilling av råbygg og tett hus-entreprenene for behandlingsbygg A og B. Det er derfor nødvendig å replanlegge fremdrift for disse byggene, samt sengebyggene. PNSD vil fremlegge revidert fremdriftsplan for Prosjektstyret i november 2022.

Forsinkelsene innebærer at oppsatt dato for Mechanical complete (MC) utsettes og vil kunne påvirke planlagt tidsplan for tidlig ibruktakelse (KIB-1) og reetablering av akuttsøyle (KIB-2). Poliklinikkbyggene, Psykiatribyggene og Adkomstbygget påvirkes ikke av endringer i revidert fremdriftsplan.

Prosjektleder nytt sykehus, vil legge frem revidert fremdriftsplan og eventuelle konsekvenser mht. plan for ibruktakelse for VVHF, så snart disse foreligger.

Organisasjon

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

Bygg- og teknisk infrastruktur

I den enkelte entreprise for bygg og teknisk infrastruktur, har entreprenør kontrakt med PNSD. VV-NSD er ikke involvert i fremdriftsplanlegging eller oppfølging av fremdrift i byggefasen. Det samme gjelder økonomioppfølging av entrepriser.

For å sikre gode LCC vurderinger, tekniske løsninger og produktvalg, er det viktig med god samhandling mellom PNSD og VV-NSD. Entrepriseplanen omfatter i dag 51 entrepriser og

oppfølging av den enkelte entreprise fordeles i «bygg gruppen» i VV-NSD. Samhandlingen mellom PNSD og VV-NSD følges opp kontinuerlig og merkes med status grønn, gul eller rød i intern oversikt (grønn – god/tilstrekkelig samhandling, gul – involvering lavere enn forventet, rød – lav/manglende involvering).

Tilhørende aktivitet graderes i høy, middels og lav.

Der samhandling er markert gult, er involveringen av VVHF for lav i forhold til helseforetakets forventninger. Årsaken kan være liten forståelse for VVHF interesse i entreprisene, eller at det er ansatt prosjekt-/byggeledere som ikke kjenner historikken og rollene i prosjektet godt nok. Det jobbes kontinuerlig med å styrke samarbeidet med alle fagmiljøer.

Det er per i dag 8 entrepriser hvor samhandlingen vurderes som «gul», en reduksjon fra 11 i rapporteringen for september, og ingen som «rød». Det arbeides kontinuerlig med å styrke samhandlingen innen disse områdene.

Betegnelse	Veiledende byggestart	Ansvarlig VV-NSD	Aktivitet VVNSD i prosjekt	Samhandling VVHF/PNSD
Tett hus - sentralbygg	04.01.2022	Terje Steffenakk	Høy	
Totalentreprise psykiatribygg	21.03.2022	Henning/Alle	Middels	
Varme og kjøleanlegg - sentralbygg	28.02.2022	Henning Arnesen	Høy	
Luftbehandling - behandlings- og servicebygg	18.04.2022	Henning Arnesen	Høy	
Luftbehandling - poliklinikk- og sengebygg	07.06.2022	Henning Arnesen	Høy	
Totalentreprise adkomstbygg	03.10.2022	Erik Bjørnstad	Lite	
Meldingsvarsler	04.03.2024	Ikke fordelt bygg / Mehmet	Lav	
Kjøle- og fryserom/anlegg (maskiner)	06.03.2023	Henning Arnesen	Lav	

Avd. for Eiendomsforvaltning- og utvikling i VVHF har ansatt en teknisk forvalter for NSD. Denne ressursen er utleid til Sykehusbygg i 80% stilling for å følge opp FDV leveranser fra entreprenører, og sikre god struktur. Resterende 20% brukes sammen med bygg-gruppa i VV-NSD. Dette viser seg å være en godt fungerende kombinasjon. Teknisk forvalter har stor interesse i å sikre god kvalitet på FDV leveransene og har VVHF perspektivet med seg i sitt arbeid for PNSD.

Utstyr

Anskaffelsesarbeidet følger i hovedsak oppsatt plan, men med noen mindre avvik. Dette skyldes til dels forsinkelser i oppstart i PNSD eller manglende og/eller utfordrende medvirkning fra VVHF.

Anskaffelser hvor VVHF har ansvaret, følges opp gjennom Prioriteringsutvalg MTU investeringer og behandling i foretaksledelsen.

Utstyrsanskaffelsene omfatter i dag totalt 71 utstyrs pakker. Utstyrsgruppa i VV-NSD følger opp den enkelte utstyrs pakke mht. oppstart iht. plan, fremdrift og kostnad, men med spesielt fokus på utstyrs pakkene der VVHF har et totalt gjennomføringsansvar. Dette omfatter 10 utstyrs pakker, som alle viser grønn status, bortsett fra 3 pakker med gul status mht. kostnad og 1 pakke mht. fremdrift, ref. figur.

Anskaffelse	Anskaffelse navn	Planlagt oppstart	Planlagt kontrakt dato	Ansvar	Oppstart	Fremdrift	Kostnad
U6C.9120	Nukleærmedisin	31.01.2023	14.09.2023	VVHF			
U6C.9140	Dental-/kjeveøntgen	01.09.2023	22.12.2023	VVHF			
U6C.9170	Mammografi	28.03.2022	30.06.2022	VVHF			
U6C.9180	Ultralyd	02.05.2022	31.01.2023	VVHF			
U6E.9460	Infusjonsutstyr	31.05.2022	30.06.2023	VVHF			
U6E.9470	Kirurgiske instrument	31.03.2023	29.09.2023	VVHF			
U6F.9500	Dialyse	02.09.2024		VVHF			
U6F.9510	Endoskopi	30.08.2022	30.06.2023	VVHF			
U6G.9640	Verkstedsutstyr	06.02.2023	18.12.2023	VVHF			
U6G.9720	Test- og måleutstyr	01.12.2022	28.04.2023	VVHF			

Flere store og komplekse anskaffelser nærmer seg kunngjøring eller er kunngjort, eksempelvis analysehall, hvor det pågår forhandlinger med tilbyderne og med planlagt kontraktinngåelse i des. 2022.

Prisstigning påvirker budsjettene for utstyrsanskaffelsene. Dette skyldes generell prisvekst, effekter av pandemien og krigen i Ukraina, med bl.a. høye stålpriser, økte kostnader til halvledere, transport og logistikk.

Det har videre skjedd en utvikling innen fagene, som krever justering av utstyrsnivået, samt ny kunnskap som avdekker mangler i utstyrsprogrammet. Samlet utgjør endringene en usikkerhet i budsjettene. PNSD og VV-NSD har kartlagt avvik og prisjusteringer for å synliggjøre avviket fra priser som har ligget i dRofus fra 2018. Dette er lagt til grunn i Budsjettrevisjon 8 i byggeprosjektet. I denne prosessen er priser i dRofus oppdatert, feil artikkelvalg justert, slik at utstyrsprosjektet skal ha et riktig styringsnivå for anskaffelsene fremover.

Usikkerhet i priser gjelder også for anskaffelsene som VVHF har ansvaret for. Mange av disse anskaffelsene er derimot allerede gjennomført (eksisterende utstyr), slik at prisøkningen har mindre effekt for VVHF. Gjenværende budsjettpriser tar utgangspunkt i 2018 priser og innmelding i ØLP er basert på disse. Det er ikke korrigert for kroneverdi utvikling etter 2018, noe som potensielt kan medføre feil budsjettering for gjenværende VVHF anskaffelser.

Mangler i kravspesifikasjon, som følge av for dårlig forankring i fagmiljøet, har ført til utfordringer ved flere av anskaffelsene, noe som viser viktigheten av fagmiljøenes prioritering i arbeidet med anskaffelsene.

I noen tilfeller har også leverandørmarkedet vist manglende interesse, noe som har ført til mangelfulle tilbud som må avvises og derved potensielle utfordringer mht. forsinkelser.

IKT

PNSD har etablert en IKT-plan, hvor formålet er å få frem en samlet plan for implementering av nødvendige IKT-systemer fram mot åpning av nytt sykehus i 2025. IKT-planen danner basis for IKT-leveranser og IKT-systemtilpasninger til nytt sykehus (fase 2).

I planen er det definert 16 tilpasningsprosjekter, ref. nedenfor stående figur. Disse er per i dag i hovedsak i kartleggingsfasen og detaljerte fremdriftsplaner er under utarbeidelse. Fremtidig statusrapportering vil omfatte fremdrift og status for det enkelte tilpasningsprosjekt.

Prosjekt navn	Planlagt oppstart	Planlagt kontrakt dato	Ansvar	Ansvarlig VV-NSD	Oppstart	Fremdrift	Kostnad
Tilpasninger PAS/EPJ			PNSD	Benedicte A. Engnestangen			
Tilpasninger kurve			PNSD	Benedicte A. Engnestangen			
Tilpasninger helselogistikk			PNSD	Mehmet Øzdemir			
Tilpasninger lab			PNSD	Benedicte A. Engnestangen			
Doseplan, OIS og QA-system			PNSD	Linda			
Sporingssystem sterilisentralen			PNSD	Benedicte A. Engnestangen			
Tilpasninger bildediagnostikk			PNSD	Jan Øystein Kaltrud			
Tilpasninger ERP			PNSD	Benedicte A. Engnestangen			
Tilpasninger med. kreftbehandling			PNSD	Benedicte A. Engnestangen			
Tilpasning matforsyning			PNSD	Benedicte A. Engnestangen			
Tilpasninger BIM/FDV			PNSD	Mehmet Øzdemir			
Tilpasninger RMA			PNSD	Jan Øystein Kaltrud			
Sanntid sporing og lokalisering			PNSD	Mehmet Øzdemir			
Integrasjon identity management			PNSD	Mehmet Øzdemir			
Øvrige adm. systemtilpasninger			PNSD	Mehmet Øzdemir			
Øvrige kliniske systemtilpasninger			PNSD	Mehmet Øzdemir			

VV-NSD vil koordinere arbeidet i det enkelte tilpasningsprosjekt mellom PNSD og VVHF. Status for øvrige IKT-prosjekter rapporteres tertialvis IKT-rapport NSD.

Organisasjonsutvikling

Status for delprosjekter tilknyttet organisasjonsutvikling er basert på innhentet status for det enkelte delprosjekt per september 2022. Alle delprosjekter registreres i porteføljestyringsverktøyet Clarity og omfatter pågående, planlagte og avsluttede delprosjekter. I denne rapporten omhandles kun status for pågående delprosjekter. Per september omfatter dette følgende delprosjekter med følgende status:

Portefølje: VVHF - NSD - Pågående prosjekter

Navn	Eier	Leder	Fase	Resurser	Tid	Omfang	Risiko	Kvalitet	Konsekvens	Gjennomføring
TVERRGÅENDE										
VVHF - NSD - Akuttinntak og observasjonspost	Buene, Inger Meland; Hørthe, Kirsten	Hochnowski, Krzysztof	Utredning	🟢	🔴	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
VVHF - NSD - Fremtidens kontortjeneste	Abrahamsen, Rune Aksel	Haugen, Ann-Kristin Bjerke	Utredning	🟢	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🔴
VVHF - NSD - Intervensjon	Malmer-Høvik, Jon Haakon	Rangseter, Hilde Marit	Utredning	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
DS										
VVHF - NSD - Sterilforsyning	Buene, Inger Meland	Lillebø, Sølvi	Utredning	🟢	🔴	🟢	🟡	🟢	🟢	🟡
VVHF - NSD - Intensiv fase 2	Buene, Inger Meland	Hoff, Karen Borge	Utredning	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
VVHF - NSD - Operasjon	Buene, Inger Meland	Grosser, Johannes	Utredning	🟡	🟡	🟡	🟡	🟢	🟢	🟢
KIS										
VVHF - NSD - Eiendom	Furnes, Narve H.	Bjørnstad, Erik	Utredning	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🔴
VVHF - NSD - Logistikk	Furnes, Narve H.	Steine, Frode	Utredning	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
VVHF - NSD - Renhold	Furnes, Narve H.	Enersen, Kjersti Lohne	Utredning	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
VVHF - NSD - Sentralkjøkken	Furnes, Narve H.	Bråthen, Jane Ø.	Prosjektrapport til godkjenning av SG	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
KMD										
VVHF - NSD - Felles prøvemottak	Casati, Bettina; Steinsvik, Trude	Grøndahl, Ragnhild	Utredning	🟢	🔴	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢
VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Blodbank	Steinsvik, Trude	Rånes, Ragnhild	Utredning	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Biokjemi	Steinsvik, Trude	Steffarud, Line Bugge Klem	Utredning	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Mikrobiologi	Steinsvik, Trude	Hole, Janne	Utredning	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
ANDRE										
VVHF - NSD - Pilotprosjekt sporing MTU på BS	Løken, Cecilie B.	Pedersen, Ulla	Gjennomføre	🟢	🔴	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢

🟢 Som planlagt 🟡 Mindre avvik 🔴 Større avvik 🟡 P.T ikke målbar

Rapporten omfatter videre oversikt over endringer i status i det enkelte delprosjekt siden forrige rapporteringsperiode. For delprosjekter som endres fra grønt til gult eller som rapporteres røde, gis utfyllende kommentar mht. avvik, konsekvens og tiltak. Ses det bort fra endring i status på «Tid», rapporteres det for inneværende periode ikke med avvik fra forrige rapportering. Statusendring i «Tid», skyldes endring i rapporteringsrutiner og ikke ytterligere forsinkelse i inneværende periode.

Plan

Arbeidet med utarbeidelse av rammeverk for flytteprosess og klargjøring er påbegynt. Dette arbeidet skal sikre de overordnede føringene for flytteprosessen, at pasientsikkerheten skal være så god som mulig, nedetiden skal være så kort som mulig og ordinær drift skal gjenopprettes så raskt som mulig.

Arbeidet med anskaffelse av flyttetjenester har startet i samarbeid med Sykehusinnkjøp. Dette vil innbefatte både rådgivningstjeneste og flyttetjeneste. I henhold til milepæler for VVHF, som ligger i Samlet Plan, pågår det nå en kartlegging og kvalitetssikring for hva som skal flyttes når, både når det gjelder funksjoner og utstyr. Særsilt når det gjelder stort bygningspåvirkende MTU, er det avgjørende å belyse alle avhengigheter.

Det er innledet samarbeid med prosjektorganisasjonen for Nye Stavanger Universitets sjukehus (Nye SUS) om planverk og verktøy for forberedelse til ibruktakelse og flytting. Prosjektsjef Klinikk DS og assisterende prosjektdirektør VV-NSD, var observatører ved fase 2 flytting av utstyr og pasienter ved Herlev Hospital, Danmark, 16. – 18. september. Dette for å sikre læring og erfaringsoverføring.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør konstaterer at byggeprosjektet har meldt forsinkelser i ferdigstilling av råbygg og tett hus-entreprisene for behandlingsbygg A og B. Det er derfor nødvendig å replanlegge fremdrift for disse byggene, samt sengebyggene.

Administrerende direktør vil påse at revidert fremdriftsplan og eventuelle konsekvenser mht. plan for ibruktakelse for VVHF følges opp, og at styret orienteres så snart disse foreligger.

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

Revidert mandat, med tilhørende endret møtestruktur, gir administrerende direktør mulighet for tettere oppfølging og deltakelse av arbeidet i mottaksprosjektet.

Administrerende direktør konstaterer at aktiviteter innen den enkelte faggruppe og pågående delprosjekter, i hovedsak gjennomføres iht. plan.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar informasjonen til orientering.

Dato: 11.10.2022
Saksbehandler: Eli Årnot

Saksfremlegg

Medarbeiderundersøkelsen ForBedring i Vestre Viken HF 2022

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	105/2022	31.10.2022

Forslag til vedtak

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

Drammen 24.10. 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Spørreundersøkelsen ForBedring er nasjonal, og ble i 2022 gjennomført i Vestre Viken HF (VVHF) i perioden 1. februar til 28. februar. Spørreskjemaet er sendt til ansatte som har en 1% stilling eller mer, ansatte i engasjementsstillinger og ansatte som har permisjon med lønn.

Resultatene fra spørreundersøkelsen brukes i det lokale forbedringsarbeidet av pasientsikkerhetskultur og helse, miljø og sikkerhet (HMS). Rapporten er en av flere datakilder i det systematiske arbeidet med å redusere risiko for uønskede hendelser i pasientbehandlingen og arbeidsmiljøet. «Snakk om forbedring» er et av flere andre verktøy som skal tas i bruk i forbedringsarbeidet i VVHF. Dette verktøyet tar for seg ti områder, herunder blant annet psykologisk trygghet og åpenhet som handler om at det er trygt å stille spørsmål og si ifra om bekymringer og uønskede hendelser samt komme med forslag til forbedringer. God pasientsikkerhet og godt arbeidsmiljø påvirker hverandre, og må sees i en sammenheng.

Saksutredning

Svarprosent

Det er viktig for troverdighet til resultatet at flest mulig deltar med sine synspunkter. Svarprosenten for VVHF i år var 75, og dette karakteriseres som representativt for utvalget. Det er imidlertid lavere enn fjoråret hvor svarprosenten var 82, slik at det bør iverksettes tiltak for å øke deltakelsen i 2023.

Resultater

Ledere på alle nivåer får resultatene etter undersøkelsen gjennom en rapport for den enheten de er leder for. Overordnet leder får i tillegg tilgang til alle rapporter for sine underliggende enheter. I tillegg blir det utarbeidet rapporter for alle ledergrupper. Rapportene inkluderer også sammenlignbare skår fra 2021, der det er mulig.

For å få egen rapport må det være minimum 5 besvarelser. Dersom det ikke er tilfelle, inngår svarene i rapporten på nivået over. Rapportene med resultater var tilgjengelig for lederne fra midten av mars 2022.

Hovedområder og tolkning av rapporter

ForBedring kartlegger ulike forhold innenfor hovedområder som virker inn på pasientsikkerheten med tanke på ansattes trivsel, motivasjon og arbeidshelse. Dette gir et godt grunnlag for videre forbedrings- og bevaringsarbeid.

Skår på hovedområder for VVHF totalt:

	Antall svar	Resultat i år	Skår >=75 i år%	Resultat i fjor
ENGASJEMENT	5941	82	83%	81
TEAMARBEIDSKLIMA	5941	85	87%	84
ARBEIDSFORHOLD	5942	68	66%	69
SIKKERHETSKLIMA	5920	83	83%	83
PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	5894	81	77%	80
OPPLEVD LEDERADFERD	5899	84	84%	83
TOPPLEDERS ROLLE I SIKKERHETSARBEIDET	3873	73	62%	74
FYSISK MILJØ	5939	73	69%	72
OPPFØLGING	5802	71	69%	69
PANDEMI	5921	76	76%	74

Hvert hovedområde består av enkeltspørsmål (3 til 6). Resultatene presenteres i rapporten på en skala fra 1 – 100 der 1 er mest belastende/minst ønsket og 100 minst belastende/mest ønsket.

VVHF skiller seg ikke nevneverdig ut blant andre helseforetak innenfor hovedområdene, med unntak av «*Toppleders rolle i sikkerhetsarbeidet*», der VVHF skårer blant de 15% beste i Helse Sør-Øst (HSØ).

Det området hvor det er størst forskjeller i HSØ er «*Arbeidsforhold*». Sykehuset Telemark, Sykehuset Østfold, A-hus og VVHF skårer lavest blant helseforetakene. Årsaker til at disse foretakene skiller seg ut er sammensatt.

En nærmere gjennomgang av resultatene i VVHF innenfor dette temaet, viser store variasjoner mellom enhetene. Det at gjennomsnittskåret i foretaket er så lavt må imidlertid følges opp spesielt. Tilbakemeldinger fra verneombudene i foretakets klinikker støtter opplevelsen av høy arbeidsbelastning.

Ved å benytte en oppfølgingsrapport der alle skår for alle enheter er sammenstilt, er det mulig å raskt finne de enhetene med lavt skår og som har hatt en markant nedgang siden forrige undersøkelse. Disse enhetene skal følges opp spesielt.

Det er også enkelt å finne de enhetene som har hatt en markant forbedring siden forrige undersøkelse, samt de som har skår over gjennomsnittet. Det er viktig å hente frem de gode eksemplene, og lære av de enhetene som har hatt effekt av sine tiltak.

Ved å se på området “Arbeidsforhold” og foreta den sorteringen som nevnt over, er det 37 enheter i VVHF som har hatt en markant nedgang innenfor området og som samtidig har skår under gjennomsnittet totalt. Det er samtidig 28 enheter som har hatt en markant forbedring fra 2021 og som har skår over gjennomsnittet.

De underliggende spørsmålene under temaet “Arbeidsforhold” omhandler hvorvidt den ansatte har tilstrekkelig med ressurser for å gjøre jobben sin, om arbeidsbelastninger er passe stor og om ansatt rekker å ta pause/spise lunsj i løpet av arbeidsdagen.

Det kan se ut som at det er de store sengepostene som opplever høyest belastning og som har størst nedgang i skår. Det gjelder også legegrupper ved store spesialiteter, samt enkelte ledergrupper. Årsaker til dette er som nevnt sammensatt, men en forklaring kan være økt sykefravær som igjen kan føre til høyere belastning for de som er på jobb. Økt fravær fører til økt bruk av vikarer som igjen kan gi større grad av utrygghet og en høyere psykisk belastning.

Det meldes også om økt opplevelse av vold og trusler ved enkelte enheter, selv om det ikke fremkommer av de overordnede tallene. Dette området følges opp, og det skal gjennomføres risikovurderinger ved de enkelte enhetene. Ved enheter med høy risiko skal det innføres tiltak.

I 2021 ble temaet «Pandemi» tatt med, som ett nytt tema i dialogen om hvordan jobbe med pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Pasientsikkerhet er alltid et sentralt tema, og særlig i en tid hvor flere har opplevd økt arbeidsbelastning og økt sykefravær i forbindelse med pandemien. Det er nyttig å diskutere både om pandemien har påvirket arbeidsmiljøet, og på hvilken måte den har preget arbeidet.

Temaområdene “Opplevd lederadferd” og “Sikkerhetsklima” skal inngå som oppfølgingsindikatorer i lederavtalene for 2023. Underspørsmålene innenfor områdene kan benyttes i oppfølgingen på alle aktuelle ledernivå. Enheter med skår som er lavere enn gjennomsnitt for foretaket i 2022, skal lage tiltak i sine handlingsplaner innenfor området.

Den partssammensatte arbeidsgruppen som arbeider med Forbedringsundersøkelsen i VVHF har et overordnet ansvar for at enheter med lave skår følges opp i linjen. Særlig der det er vedvarende lave skår. Klinik- og stabsdirektørene får sine resultater fra nevnte oppfølgingsrapport, og det er et godt grunnlag og en god oversikt over hvilke enheter som trenger nærmere oppfølging og eventuell bistand.

Forskning

Forskning viser at enheter som er opptatt av forbedring, og der ansatte føler at det er trygt å si i fra eller komme med forslag til endringer, har bedre forutsetning for å forbedre pasientsikkerhetskulturen. Travle og komplekse arbeidsmiljø med mangel på ressurser og for stor arbeidsbelastning, viser seg å gå ut over pasientsikkerheten. Det pågår mye bra forbedringsarbeid ved den enkelte enhet, men forskningsdata viser stor variasjon mellom arbeidsmiljøer – og at arbeidsmiljøet er svært krevende mange steder. Hvis de gode intensjonene hos ledelsen ikke understøtter de faktiske arbeidsprosessene, kan det oppleves som frustrerende og at arbeidsmiljøet føles mer belastende. Dette understøtter at samtalen om arbeidsmiljø er svært viktig.

Viljen, evnen og ønske om forbedring må ligge i kulturen ved det enkelte arbeidssted, og er viktig for å utvikle pasientsikkerhetskulturen. Undersøkelser viser at involvering av pasienter og ansatte i utvikling av tjenestene er viktig for at kulturen skal forankres hos den enkelte.

Kilde: Kirsten Brubakk

Oppfølging av ForBedring

Det er leder sitt ansvar å følge opp resultatene i undersøkelsen, med støtte fra verneombud og i samarbeid med alle ansatte i sin enhet. Verneombudet skal tas med på råd under planlegging og gjennomføring av tiltak som har betydning for arbeidsmiljøet innenfor ombudets verneområde (Arbeidsmiljølovens § 6.2.4). Det er naturlig å samarbeide med verneombud blant annet ved gjennomgang av rapporten og planlegging av videre arbeid i enheten.

Verneombudet skal ivareta alle ansattes interesser i saker som angår arbeidsmiljø, og skal særlig påse at arbeidstakerne får den nødvendige instruksjon, øvelse og opplæring. I dette inngår å påse at arbeidet er tilrettelagt slik at de ansatte kan utføre arbeidet på en helse- og sikkerhetsmessig forsvarlig måte. For å kunne utøve denne påseplikten skal verneombudene ha tilgang på rapporter og kartlegginger angående arbeidsmiljø.

Tillitsvalgte har også en viktig rolle i dette arbeidet, med blant annet å oppfordre og motivere ansatte til å svare på undersøkelsen samt å delta aktivt i oppfølgingsarbeidet. Dette er en viktig arena for ansatte til å kunne påvirke eget arbeidsmiljø.

Oppfølgingsarbeidet inkluderer å:

- samtale rundt resultatene og valg av områder det skal jobbes videre med
- gjennomføre HMS-runde
- gjennomføre Snakk om Forbedring
- gjennomføre risikovurdering av de viktigste HMS-områdene, minimum vold og trusler, brann og psykososialt arbeidsmiljø i elektronisk risikomodul (e-Håndbok)
- utarbeide handlingsplan med konkrete tiltak innen 15. juni 2022

Ledelse i alle ledd er viktig for å skape forbedringskultur. Forskning viser at leders engasjement er avgjørende for godt forbedringsarbeid, og spesielt viktig er forbedringsarbeidet innenfor pasientsikkerhetskulturen.

ForBedring skal følges opp i hele lederlinjen, og indikatorene “Opplevd lederadferd” og “Sikkerhetsklimate” er nye indikatorer i lederavtalene for 2023. De vil bli fulgt opp spesielt i administrerende direktør sine møter med klinikkdirektørene.

Ved å benytte oppfølgingsrapporten tilsvarende beskrivelsen tidligere, er det enkelt å finne de enhetene som skårer lavt eller som har betydelig nedgang fra tidligere år.

Spørsmål innenfor området “Opplevd lederadferd” skal avdekke hvorvidt ansatt føler at nærmeste leder har forventninger til arbeidet, følger opp hendelser og er tilgjengelig ved behov. Viktig er også spørsmålet som går på om leder oppmuntrer ansatt til å si fra når ansatt har en annen mening. I 2022 er det 42 enheter som har lavere skår enn gjennomsnitt VVHF og som har markant nedgang fra fjoråret, samtidig er det 38 enheter som ligger over gjennomsnittet i skår og som har markant fremgang. Ledere som gjør tiltak som gir høy grad av forbedring må løftes frem og overføre erfaringen til andre ledere. Der det er lave skår, og spesielt lave skår over tid er det viktig å innføre tiltak slik at de ansatte erfarer at det gjøres noe for å bedre forholdene. Det motsatte kan føre til redusert engasjement.

Spørsmål innenfor “Sikkerhetsklimate” skal avdekke hvorvidt den ansatte føler det er trygt å melde fra om kritikkverdige forhold, om ansatt oppmuntres til å melde avvik og om ansatt ville føle seg trygg som pasient ved enheten. Alle viktige spørsmål for å anslå om det er en trygg meldekultur i miljøet. Resultatene viser at 27 enheter har lavere skår en gjennomsnittet totalt og har markant nedgang fra i fjor, mens 16 enheter har skår over gjennomsnitt og markant forbedring fra i fjor.

Flere av enhetene som har lave skår innenfor “Sikkerhetsklimate”, har også lave skår innenfor “Opplevd lederadferd”. Det samme er tilfelle for de enhetene med høy skår og betydelig forbedring innenfor “Sikkerhetsklimate”. De har også høy skår på “Opplevd lederadferd”.

Godt lederskap er viktig, og overordnet leder skal identifisere underordnede ledere med lave skår på «Opplevd lederadferd»:

- Er det flere informasjonskilder som sier noe om effekten av lederskapet (driftsresultater, tilsyn, revisjoner, meldinger fra vernetjenesten eller tillitsvalgte)?
- Hva kan/bør overordnet leder støtte med? Har det vært gjennomført tiltak uten effekt på lederskapet?
- Er det behov for å gjennomføre en faktaundersøkelse og/eller iverksette tiltak?

Det er utarbeidet oppfølgingsguide til hjelp for ledere i oppfølgingsarbeidet. Oppfølgingsguide og prosedyre for oppfølging ligger i e-Håndbok. Disse følger som vedlegg i saken.

Resultatene etter ForBedring er behandlet i foretaksledelsen og lagt frem som orienteringssak i Hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU). Innspill i HAMU var blant annet å lære av enheter med høy skår samt at de klinikkvise AMU’ene er en god arena for analyse av resultatene og oppfølging av tiltak i klinikkene.

Administrerende direktørs vurdering

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

Det er imidlertid stor spredning i ansattes opplevelse av høy arbeidsbelastning, og dette må følges opp særskilt ved de aktuelle enhetene. Flere enn ønskelig svarer at de ikke har vært involvert i oppfølgingen av forrige undersøkelse, og forventningen om at ansatte involveres vil bli tydelig kommunisert. Tiltak etter ForBedring følges opp gjennom hele lederlinjen, sammen med tiltak etter HMS-runden og «Snakk om forbedring». Dette inkluderer administrerende direktørs ledergruppe.

Det lokale forbedringsarbeidet, med tiltak og handlingsplaner, følges opp i administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikkene. Erkjennelse av hvor stor betydning god ledelse og et trygt ytringsklima har for pasientsikkerheten har resultert i at indikatorene “Opplevd lederadferd” og “Sikkerhetsklimate” er nye indikatorer i lederavtalene for 2023.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar resultatene og videre oppfølging av medarbeiderundersøkelsen ForBedring 2022 til etterretning.

Vedlegg:

1. Forbedring 2022 Standardrapport
2. Oppfølgingsguide for ledere
3. Prosedyre for oppfølging

FORSIDE

ForBedring 2022 Standardrapport for Vestre Viken HF

Norsk helsetjeneste skal være pasientens helsetjeneste. Helsesektoren er en virksomhet med høy risiko, og det hender at pasienter og brukere blir unødig skadet i møte med helsetjenesten.

Denne undersøkelsen er en samordning av medarbeiderundersøkelsen, helse-, miljø- og sikkerhets - kartlegging (HMS) samt pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. Resultatene fra denne spørreundersøkelsen skal brukes til lokalt forbedringsarbeid av pasientsikkerhetskultur, arbeidsmiljø og HMS. Undersøkelsen gir ledere og medarbeidere informasjon om hvordan arbeidsforholdene oppleves, og gir innspill til risikovurdering av pasientsikkerheten, arbeidsmiljøet og HMS i enheten. Denne rapporten er en av flere datakilder til det systematiske arbeidet med å redusere risiko for uønskede hendelser i pasientbehandling og arbeidsmiljøet.

God pasientsikkerhet og godt arbeidsmiljø påvirker hverandre, og bør sees i en sammenheng ved kartlegging og forbedring.



OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

DELTAKELSE I UNDERSØKELSEN

Det er viktig for troverdigheten til resultatene at flest mulig deltar med sine synspunkter. Svarprosent er et resultat, og kan være et tiltaksområde. Hvis svarprosenten er lavere enn 70%, er det viktig å undersøke hva som kan gjøres i fremtiden for å få til en bedre deltakelse. Kriteriene for deltakelse i ForBedring inkluderer nå alle ansatte som har en stillingsprosent.

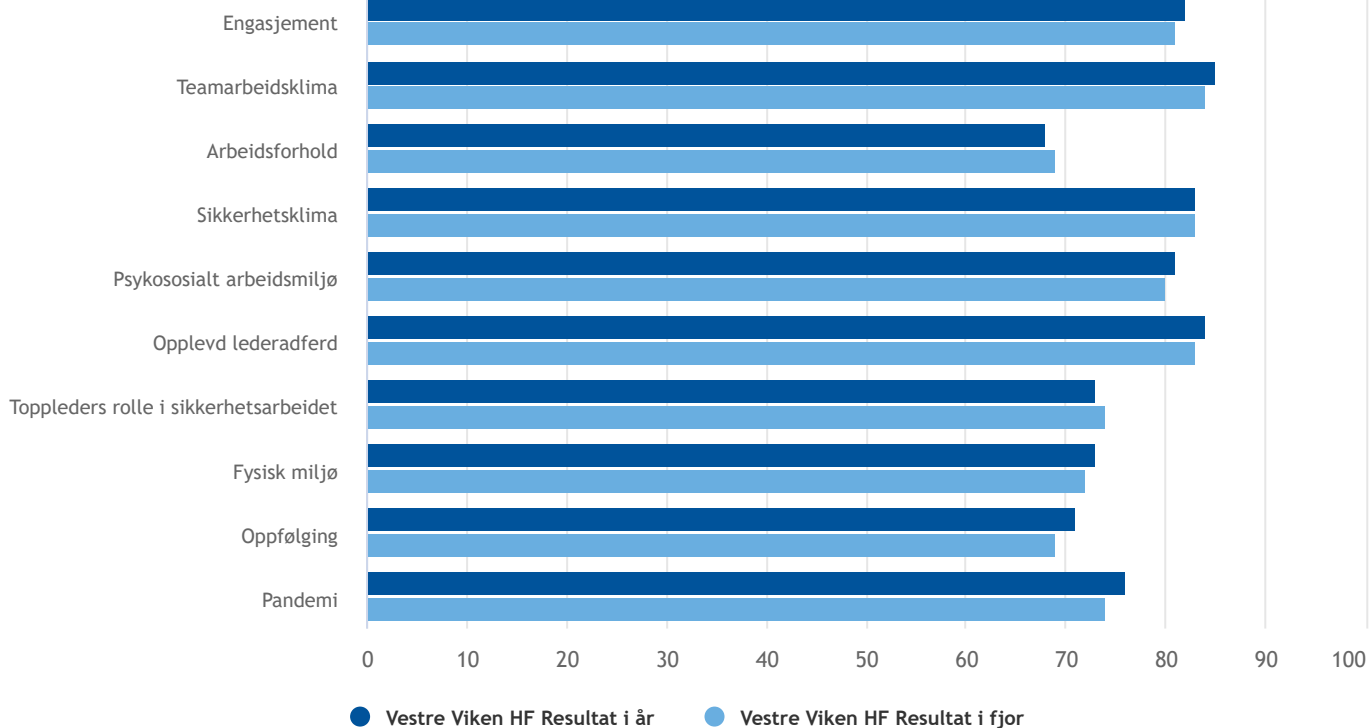
invitasjoner	Svar	svarprosent
7947	5943	75%

Invitasjoner Totalt antall utsendte spørreskemaer per rapport
 Svar Antall svar er antall spørreskjema som er fullført
 Svarprosent Andel fullførte spørreskjema av totalt utsendte skjema

HOVEDRESULTAT PER TEMA

Under oppsummeres hovedresultatene på de ulike temaområdene i undersøkelsen. Detaljene for hvert temaområde fremkommer utover i rapporten. På side fire vises veiledningen til hvordan tabellene skal leses. Skår >=75 vises kun på denne siden og indikerer hvor mange prosent av de ansatte som har svart «Litt enig» eller «Helt enig».

	Antall svar	Resultat i år	Skår >=75 i år%	Resultat i fjor	Skår >=75 i fjor%	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
ENGASJEMENT	5941	82	83%	81	82%		82
TEAMARBEIDSKLIMA	5941	85	87%	84	86%		84
ARBEIDSFORHOLD	5942	68	66%	69	67%		71
SIKKERHETSKLIMA	5920	83	83%	83	83%		82
PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	5894	81	77%	80	76%		80
OPPLEVD LEDERADFERD	5899	84	84%	83	83%		84
TOPPLEDERS ROLLE I SIKKERHETSARBEIDET	3873	73	62%	74	63%		68
FYSISK MILJØ	5939	73	69%	72	67%		73
OPPFØLGING	5802	71	69%	69	66%		70
PANDEMI	5921	76	76%	74	73%		73



Om rapporten

ForBedring kartlegger ulike forhold som virker inn på pasientsikkerheten og ansattes trivsel, motivasjon, og arbeidshelse. Rapporten gir en oppsummering av svarene, og er et redskap til å iverksette et forbedringsarbeid.

Bruk rapporten til å:

1. Utforske resultatene i samarbeid med medarbeidere og lokalt verneombud.
2. Velge ut bevarings- og forbedringsområder.
3. Utarbeide tiltak som legges inn i handlingsplanen for egen enhet.

Oppfølging

Forbedringsbehov som går på tvers av enheter eller som ikke kan løses av enheten, løftes til det nivået som kan håndtere problemstillingen.

Det er nødvendig å ha en samtale i medarbeidergruppen for å finne ut hva resultatene i rapporten faktisk betyr, og hvilke områder som oppleves som viktigst å prioritere som bevarings- og forbedringsområder.

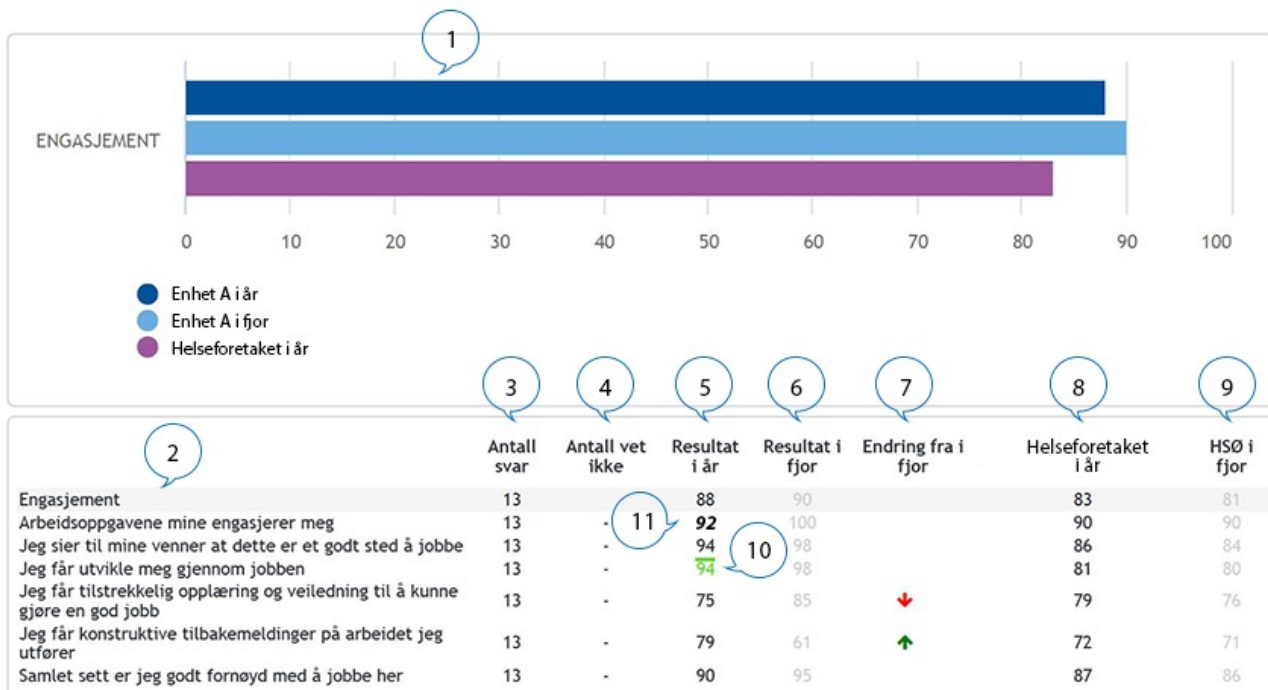
Spørreskjemaet er laget for å få frem ulike oppfatninger. Variasjon i svarene er derfor naturlig og ønskelig. Variasjonen gjenspeiler ulike måter å forstå og fortolke de forhold det spørres om. Viktige nyanser og fortolkninger kommer best frem i samtaler med de som kjenner forholdene i den enheten det rapporteres for. Selv et resultat hvor enheten skårer blant de med 15 % høyest skår kan vise seg å være et forbedringsområde. Et resultat blant de med 15 % lavest skår, kan i noen tilfeller være et naturlig resultat, og noe som enheten ikke oppfatter som ett forbedringsområde.

Enheter som har gjennomgående høye skår, bør vurdere om annen informasjon kan være relevant for å utarbeide bevarings- og forbedringstiltak. Dette kan for eksempel være interne kartlegginger, revisjoner, brukerundersøkelser etc.

OM RAPPORTEN

Lesing av resultatene

Hvert resultatområde har en innledning, og resultatet er presentert med en graf og en tabell. Grupper av spørsmål som hører naturlig sammen oppsummeres i et tema.



1. Grafisk presentasjon av temaene. **Mørk blå farge er enhetens resultat i år**, **lys blå farge er enhetens resultat i fjor** og **lilla farge er helseforetakets resultat i år**
2. Tema vises i den øverste raden og inneholder grupper av spørsmål som naturlig hører sammen. Tallene som vises på samme linje som Tema, gjelder samlet for de underliggende spørsmålene
3. Kolonne «Antall svar» viser antall personer som har besvart spørsmålet
4. Kolonne «Antall vet ikke» viser antall personer som har valgt «Vet ikke/ikke relevant»
5. Kolonne «Resultat i år» viser enhetens resultat på en skala fra 0-100. 0 regnes som minst ønskelig/mest belastende og 100 regnes som minst belastende/mest ønskelig
6. Kolonne «Resultat i fjor», viser enhetens resultat i fjor
7. Kolonne «Endring fra i fjor», viser om det har vært en signifikant endring siden i fjor
8. Kolonnen viser helseforetakets samlede resultat i år
9. Kolonnen viser helseregionens samlede resultat i fjor
10. **Blå skrift og understrek** understrek indikerer at enheten er blant de med 15% med lavest skår. **Grønn skrift og overstrek** indikerer at enheten er blant de med 15% høyest skår
11. Tall som er **uthevet i fet og kursiv** indikerer høy spredning. Det er kun der variasjon på et spørsmål eller tema er betydelig større enn normalt at resultatet presenteres i **fet og kursiv**

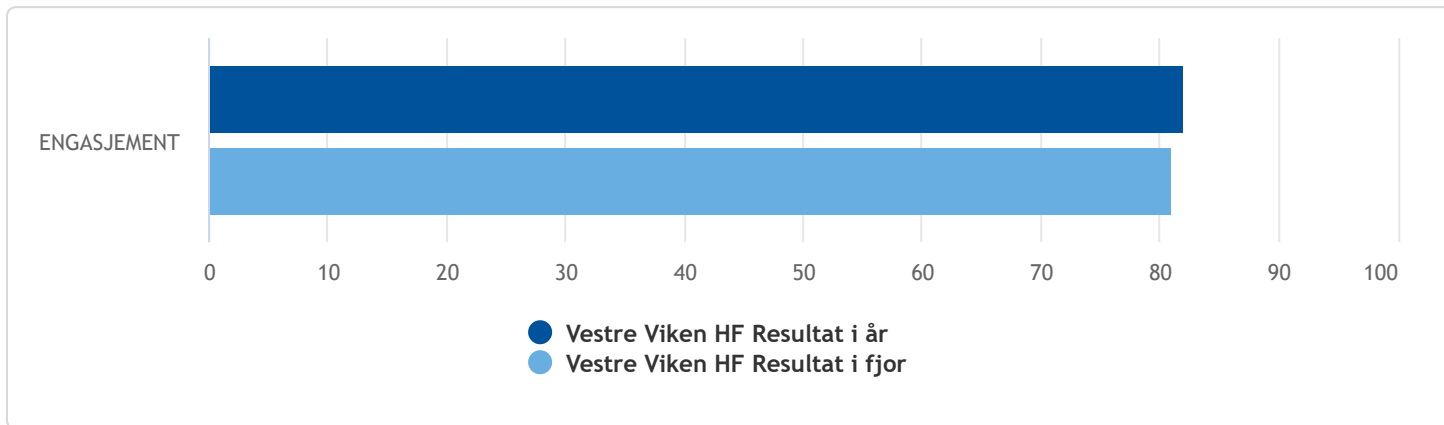
ENGASJEMENT

Engasjerte medarbeidere er de som får anerkjennelse, tilbakemeldinger og mulighet for personlig utvikling gjennom sitt arbeid. Engasjement virker inn på en rekke ulike prestasjoner.

Høyt jobbengasjement virker positivt inn på motivasjon og jobbutførelse, det fremmer service og lojalitet.

Engasjement gir bedre økonomisk resultat og reduserer turnover, ulykker, svinn og kvalitetsfeil.

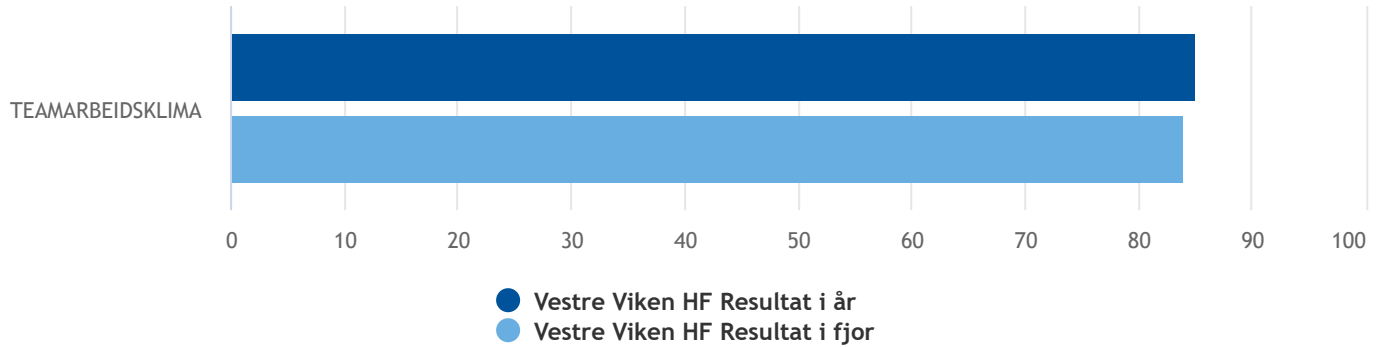
Høy skår indikerer et høyt engasjement.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Engasjement	5941		82	81		82
Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg	5933	10	90	91		90
Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe	5912	31	85	84		85
Jeg får utvikle meg gjennom jobben	5917	26	81	80		80
Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne gjøre en god jobb	5896	47	77	75		77
Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører	5918	24	72	71		72
Samlet sett er jeg godt fornøyd med å jobbe her	5933	10	86	86		87

TEAMARBEIDSKLIMA

Teamarbeidsklima belyser åpenhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper, både internt og på tvers av enheter. Manglende koordinering og samhandling mellom enheter i sykehus er et risikoområdet innen pasientsikkerhet som det er viktig å kartlegge. Høy skår indikerer et godt teamarbeidsklima.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Teamarbeidsklima	5941		85	84		84
Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her	5855	87	85	84		84
Samarbeid med andre enheter fungerer godt	5781	161	77	77		77
Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det	5930	12	91	90		91
Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår	5929	13	91	91		91
Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her	5189	754	79	78		78

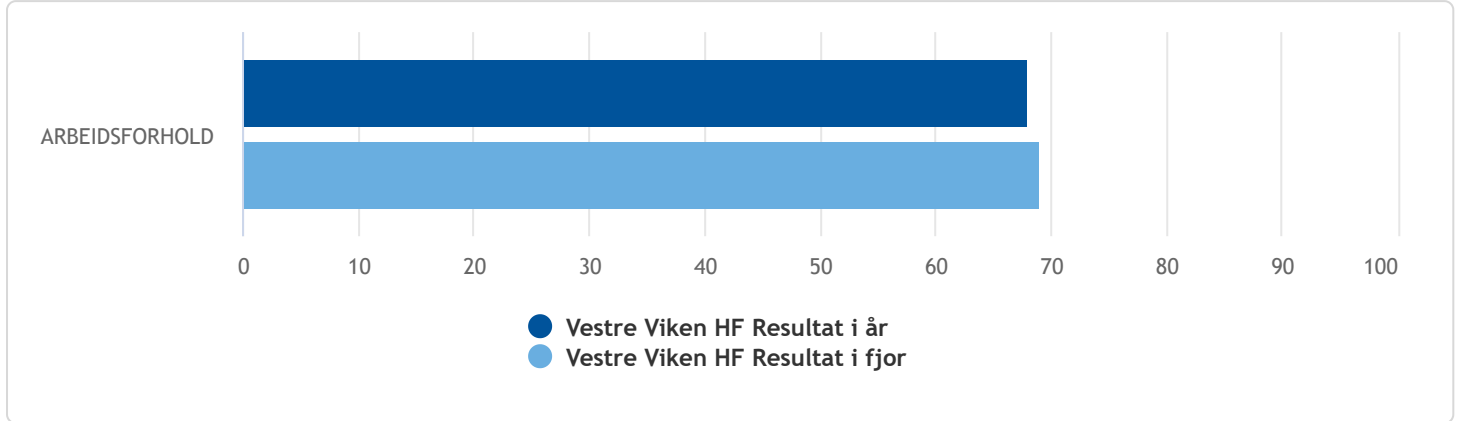
ARBEIDSFORHOLD

Arbeidsforhold belyser arbeidsmengde og tempo, samt tilgjengelige ressurser og hjelpemidler.

Det tar opp ulike belastninger som kan virke negativt inn på motivasjon og helse.

Det er viktig å ha under oppsikt.

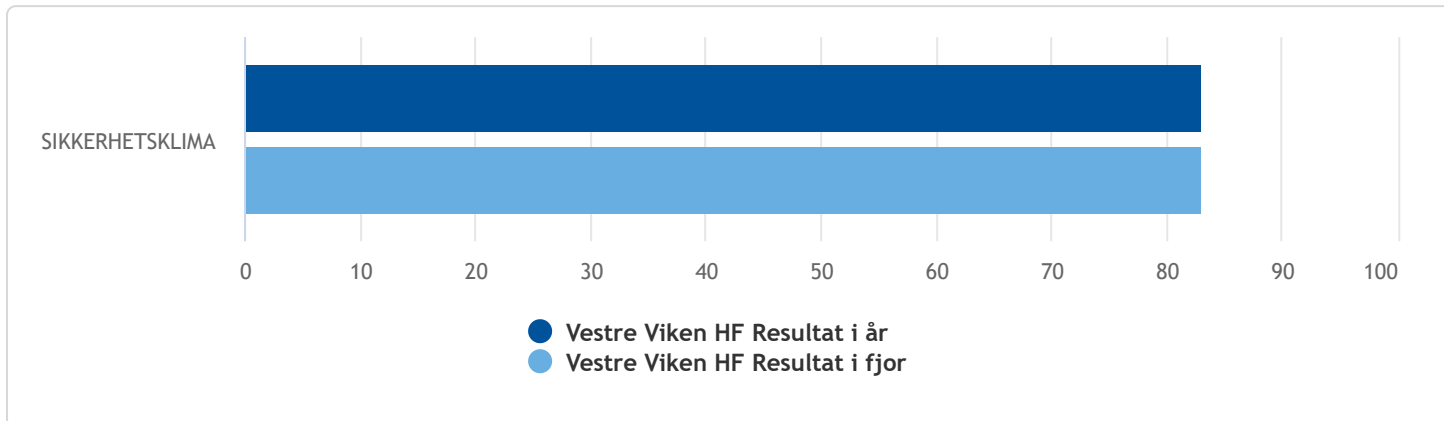
Høy skår indikerer at det finnes tilstrekkelig med ressurser og hjelpemidler, samt at arbeidsmengde og tempo er lite belastende.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Arbeidsforhold	5942		68	69		71
Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min	5921	22	72	73		74
Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)	5925	18	61	64		65
Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten	5920	23	70	69		74

SIKKERHETSKLIMA

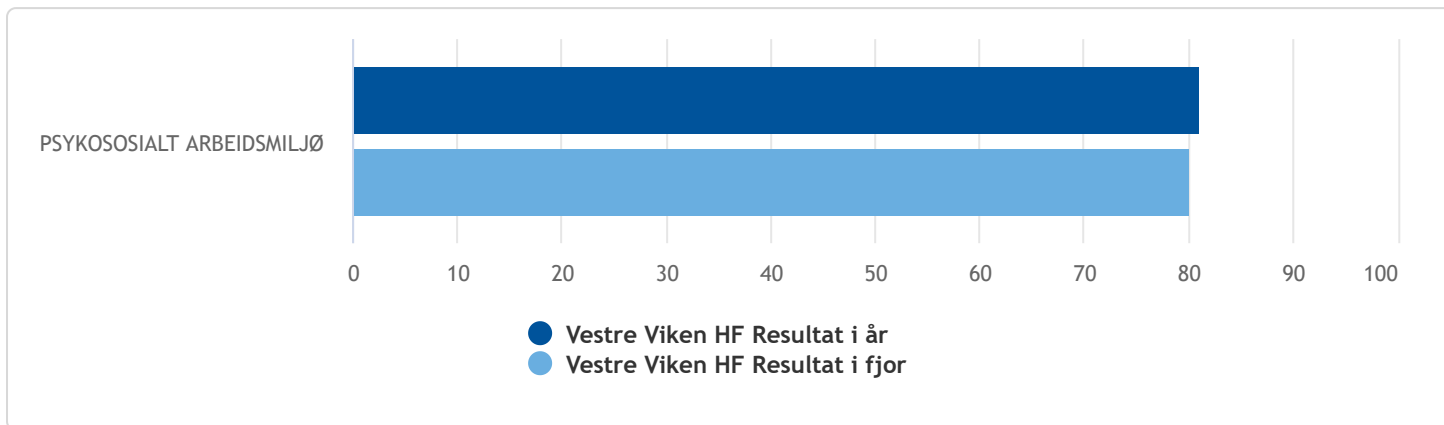
Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Sikkerhetsklima	5920		83	83		82
Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil	5747	196	87	87		86
Det er trygt å si i fra om kritikkverdige forhold her	5792	151	80	80		79
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	5816	127	81	80		79
Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten	5562	381	82	82		81
Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig	4642	1301	83	84		83
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	5576	367	86	86		86

PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ

Teamet psykososialt arbeidsmiljø tar opp mobbing, trakassering, diskriminering og hvordan ansatte blir ivaretatt hvis en hendelse skulle oppstå. Høy skår indikerer trygt arbeidsmiljø og god håndtering av eventuelle konflikter.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Psykososialt arbeidsmiljø	5894		81	80	80	
Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler	4485	1458	71	71	73	
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av de siste 12 månedene	5323	620	83	83	83	
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	5376	567	82	82	81	
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	5252	691	92	92	93	
Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering	5757	186	83	81	81	
Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte	5254	689	71	70	70	

Diskriminering

Diskriminering betyr å behandle noen mindre gunstig enn andre. Ordet brukes oftest for å betegne en usaklig eller urimelig forskjellsbehandling av individer på grunnlag av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder og andre vesentlige forhold ved en person. Diskriminering er forbudt etter Arbeidsmiljøloven §13-1 og etter Likestillingsloven §6.

Mobbing

Mobbing er at noen gjentatte ganger blir utsatt for negative handlinger eller atferd fra en eller flere personer, og har vansker med å forsvare seg mot dette.

Trakassering

Trakassering er handlinger, unnlater eller ytringer som virker eller har til formål å virke krenkende, skremmende, fiendtlige, nedverdiggende eller ydmykende.

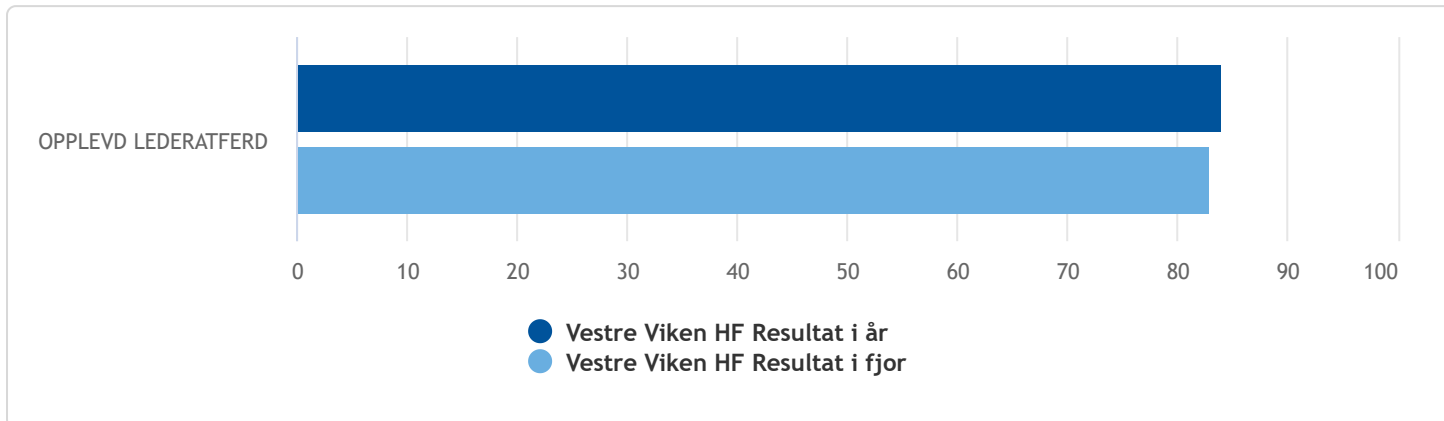
Både mobbing og trakassering er forbudt etter Arbeidsmiljøloven § 4-1. og § 4-3.

Seksuell trakassering

Seksuell trakassering er uønsket seksuell oppmerksomhet som har som formål eller virkning å være krenkende, skremmende, fiendtlig, nedverdiggende, ydmykende eller plagsom. Seksuell trakassering er forbudt, ifølge likestillings- og diskrimineringsloven § 13 og Arbeidsmiljøloven § 4-1. og § 4-3

OPPLEVD LEDERATFERD

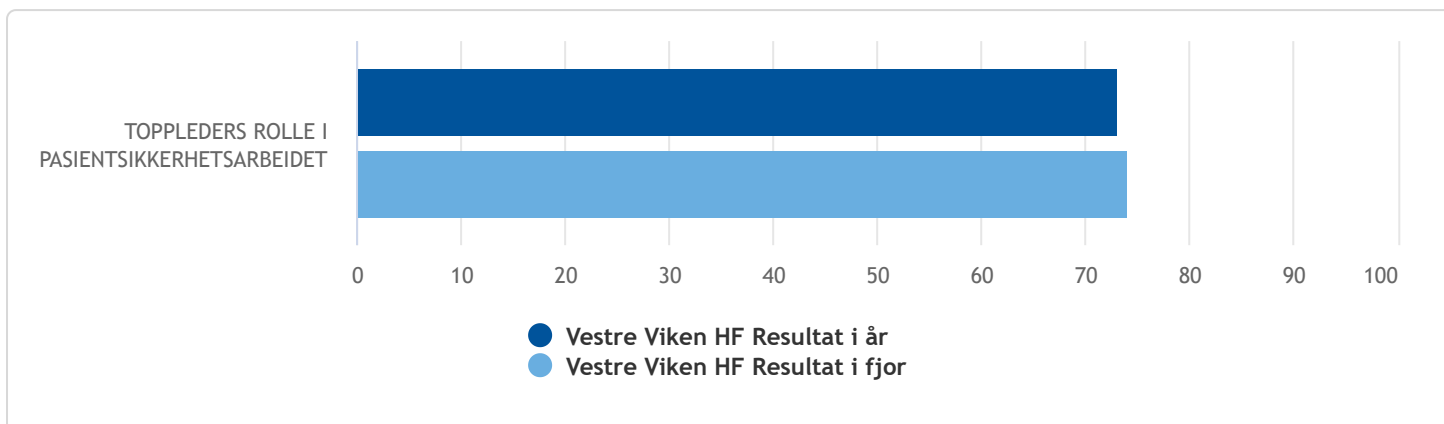
Temaet belyser relasjonen mellom leder og medarbeidere.
Ledelse har stor betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.
Høy skår indikerer god ledelse.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Opplevd lederadferd	5899		84	83		84
Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid	5826	117	86	86		85
Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	5871	72	86	85		86
Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag	5626	317	83	83		83
Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si ifra når jeg har en annen mening	5733	210	81	79		80

TOPPLEDERS ROLLE I PASIENTSIKKERHETSARBEIDET

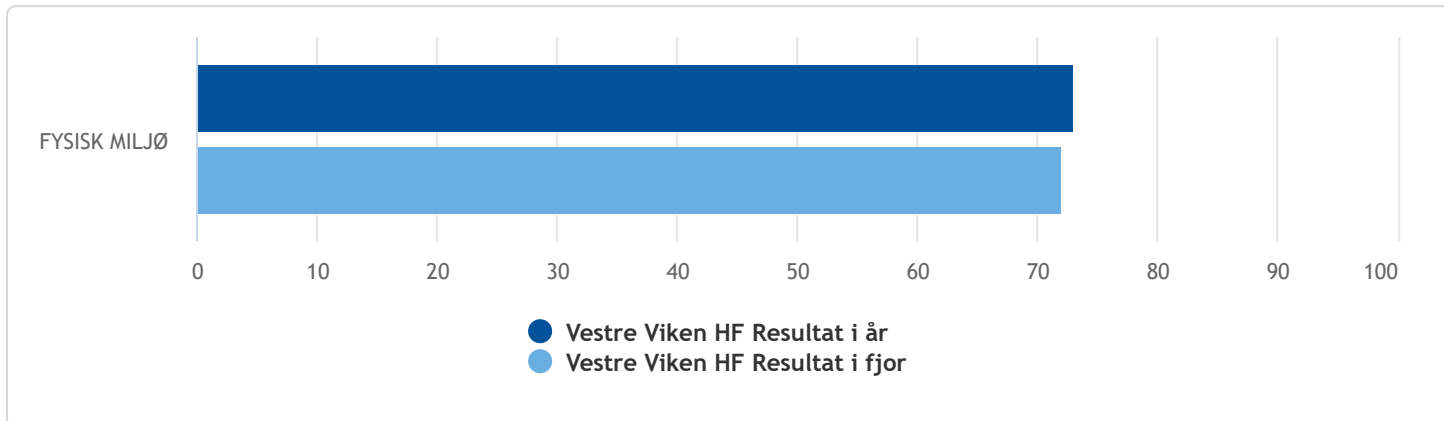
Høy skår indikerer tillit til at administrerende direktør støtter godt opp om arbeidet med pasientsikkerheten.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Toppleders rolle i sikkerhetsarbeidet	3873		73	74		68
Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket	3873	2070	73	74		68

FYSISK MILJØ

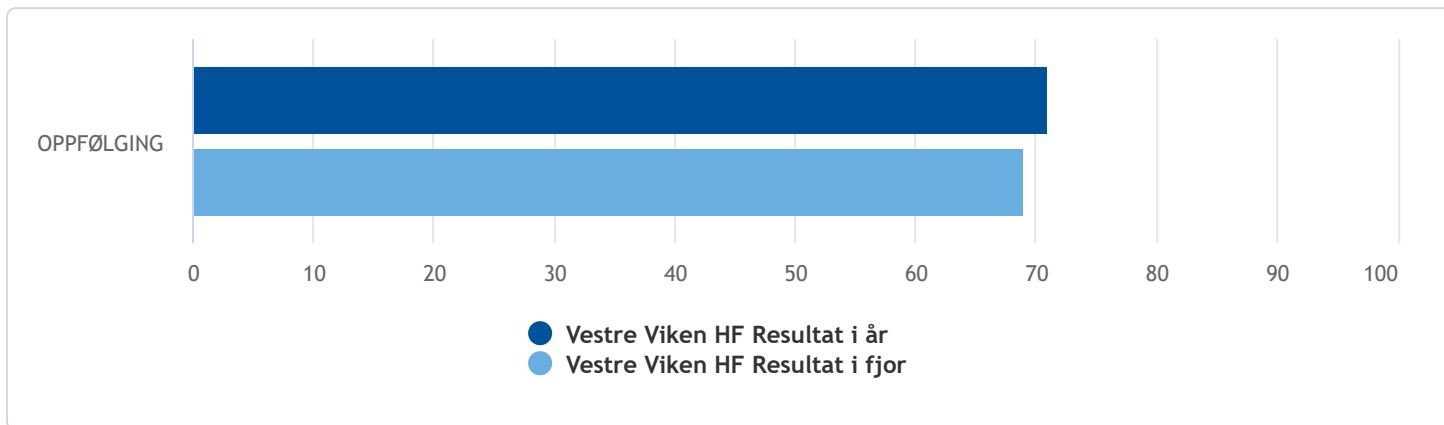
Temaet kartlegger ulike forhold som kan medføre helseplager, og skal bidra til å ivareta kravene i arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning.
Det er ønskelig med høy skår på dette teamet.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Fysisk miljø	5939		73	72		73
Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjoner, og lignende.)	5908	35	52	50		54
Her arbeides det godt med brannvern	5610	333	75	74		76
Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges	5627	316	62	61		64
Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske farer	4497	1446	79	78		79
Her arbeides det godt med smittevern	5796	147	88	86		85
Her arbeides det godt med strålevern	2799	3144	78	77		77
Her er sikkerheten ved bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler, eller utstyr godt ivaretatt	4185	1758	83	82		83
Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet	4569	1374	71	71		72

OPPFØLGING

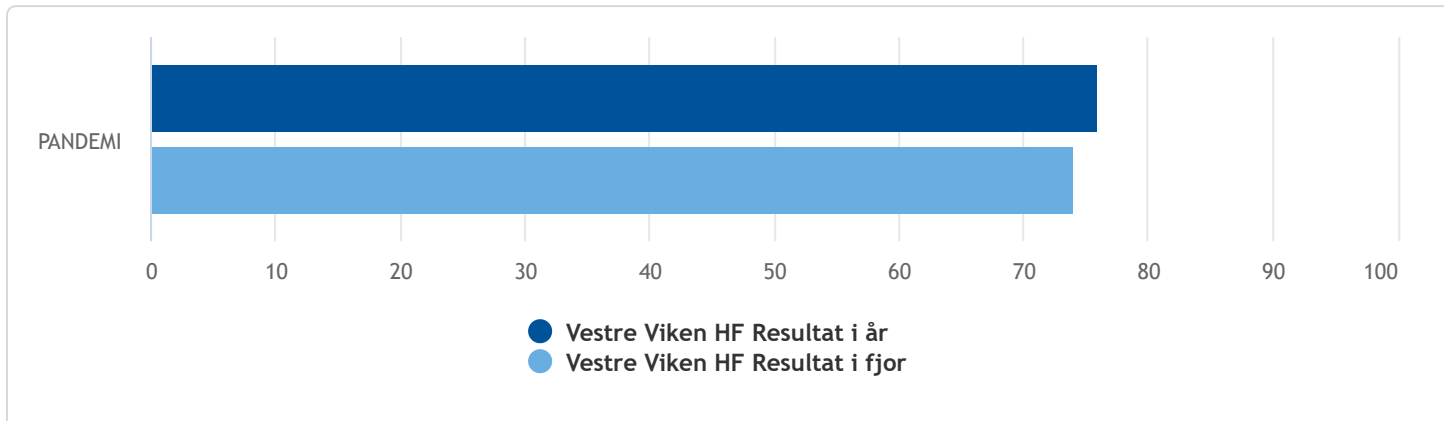
Oppfølging av undersøkelsen kartlegger om det arbeides systematisk med forbedringer og om de ansatte var involvert i oppfølgingen av forrige undersøkelse. Høy skår indikerer at det arbeides systematisk med forbedringer og at det er en høy grad av involvering.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Oppfølging	5802		71	69		70
Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten	5622	321	77	76		75
Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen	4698	1245	65	60		63

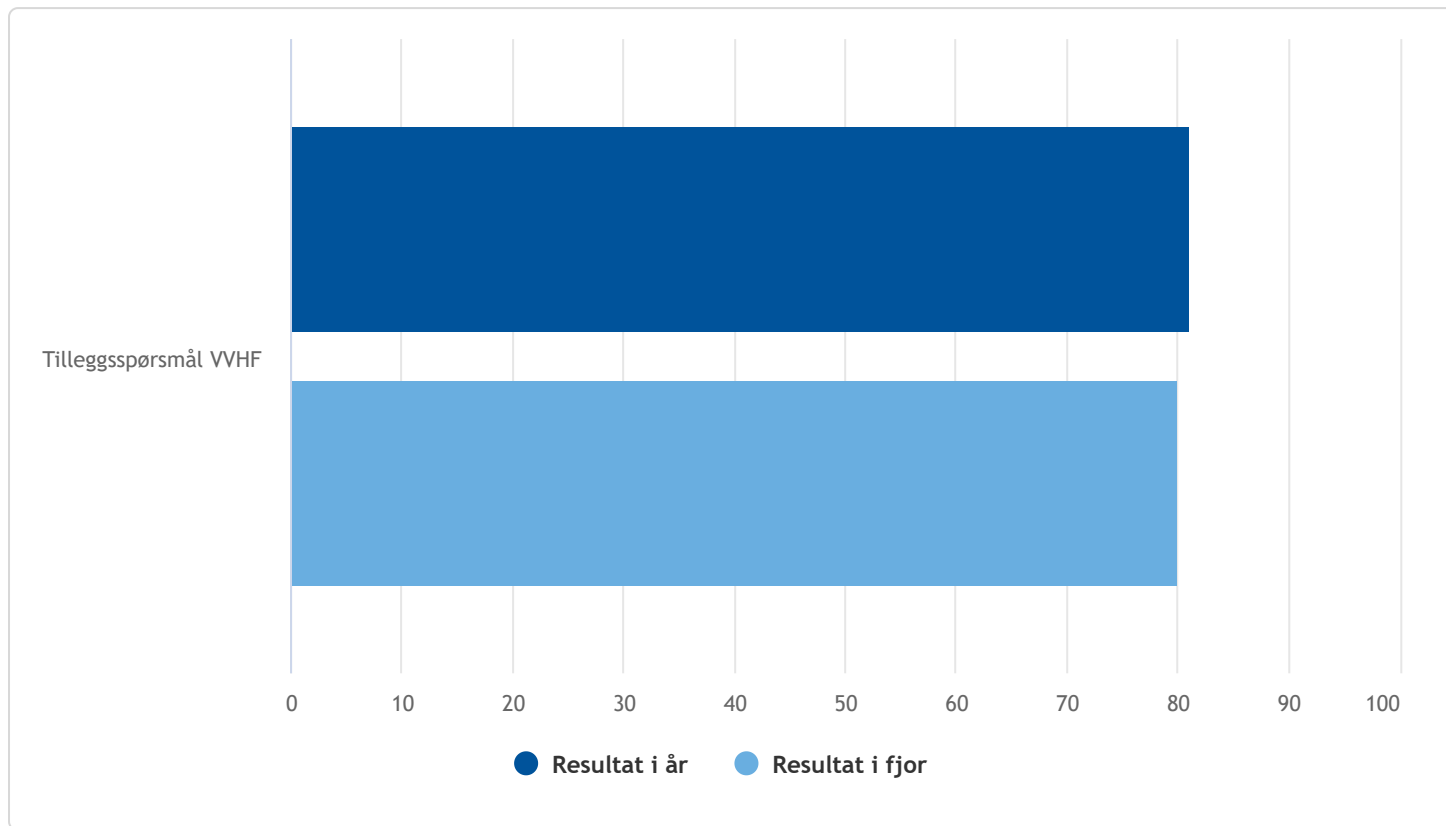
PANDEMI

Pandemien har preget helsetjenesten på mange ulike måter. For 2021 er temaet «Pandemi» tatt med, som ett nytt tema i dialogen om hvordan jobbe med pasientsikkerheten og arbeidsmiljøet. Det kan være nyttig å diskutere både om pandemien har påvirket arbeidsmiljøet, og på hvilken måte den har preget arbeidet, før en jobber med tiltak.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Pandemi	5921		76	74		73
Mitt arbeid har blitt endret under pandemien (nye oppgaver, jobbe ved andre avdelinger, arbeid hjemmefra ol.)	5574	369	60	63		61
Her har ledere og medarbeidere støttet hverandre under pandemien.	5821	122	87	86		85
Jeg har blitt involvert i endringsprosessene under pandemien.	5389	554	69	68		67
Her fikk vi raskt på plass gode rutiner for smittevern.	5594	349	85	81		79
Jeg har fått god opplæring i smittevern her (inkl. bruk av personlig verneutstyr der det har vært påkrevet).	5561	382	85	82		80
Jeg har fått utvikle meg faglig til tross for smitteverntiltakene (deltatt på fagdager, faglige lunsjer, veiledning, digital kurs/konferanser, digitale fagsamlinger, ol.)	5664	279	62	56	↑	57
Jeg har følt meg trygg på jobb under pandemien.	5882	61	83	78		78

TILLEGGSPØRSMÅL - VESTRE VIKEN HF



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	HSØ i fjor
Tilleggsspørsmål VVHF	5404	-	81	80		80
Min nærmeste leder har fokus på pasientsikkerhet	5404	539	81	80		80

TILLEGGSPØRSMÅL - VESTRE VIKEN HF

Tilleggsspørsmål Vestre Viken HF

JEG HAR VÆRT UTSATT FOR VOLD ELLER TRUSLER PÅ JOBB SISTE 12 MÅNEDER?

- 1. Ja
- 10% i år
- 10% i fjor

Total:(5943 Svar) i år
Total:(6251 Svar) i fjor

ForBedringsundersøkelsen

Oppfølgingsguide for ledere





- Innledning
- Oppfølgingsprosessen steg for steg
- Handlingsplan i Synergi – og de gode tiltakene

ForBedring – hva og hvorfor


Nasjonalt årlig spørreundersøkelse som grovkartlegger HMS inkludert arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.

Resultatene skal brukes til lokalt forbedringsarbeid



Hovedtemaer i undersøkelsen:

- Engasjement
- Teamarbeidsklima
- Arbeidsforhold
- Sikkerhetsklima
- Psykososialt arbeidsmiljø
- Opplevd lederatferd
- Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet
- Fysisk miljø
- Oppfølging
- Pandemi



Arbeidsmiljøloven § 1-1:
**Et trygt, forsvarlig og
helsefremmende
arbeidsmiljø**

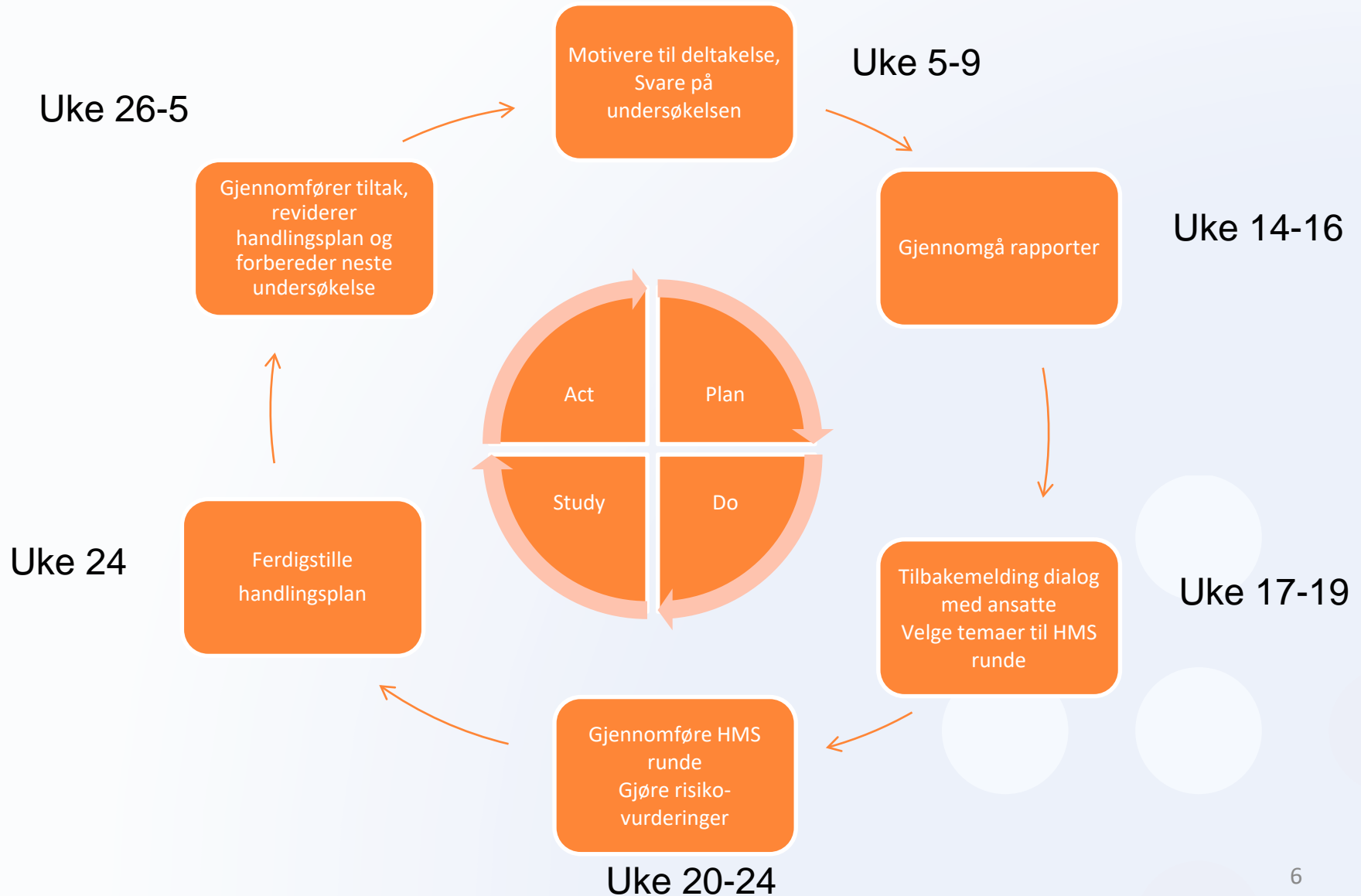
**Pasientsikkerhet
Kvalitet og service
Gode arbeidsprestasjoner**

God driftsøkonomi

Økt trivsel

Lavere sykefravær

Årshjul for ForBedring



Trinn 1: Validering (Januar)

- Leder mottar en oversikt over sine medarbeidere
- Leder sikrer at de riktige medarbeiderne er registrert i enheten

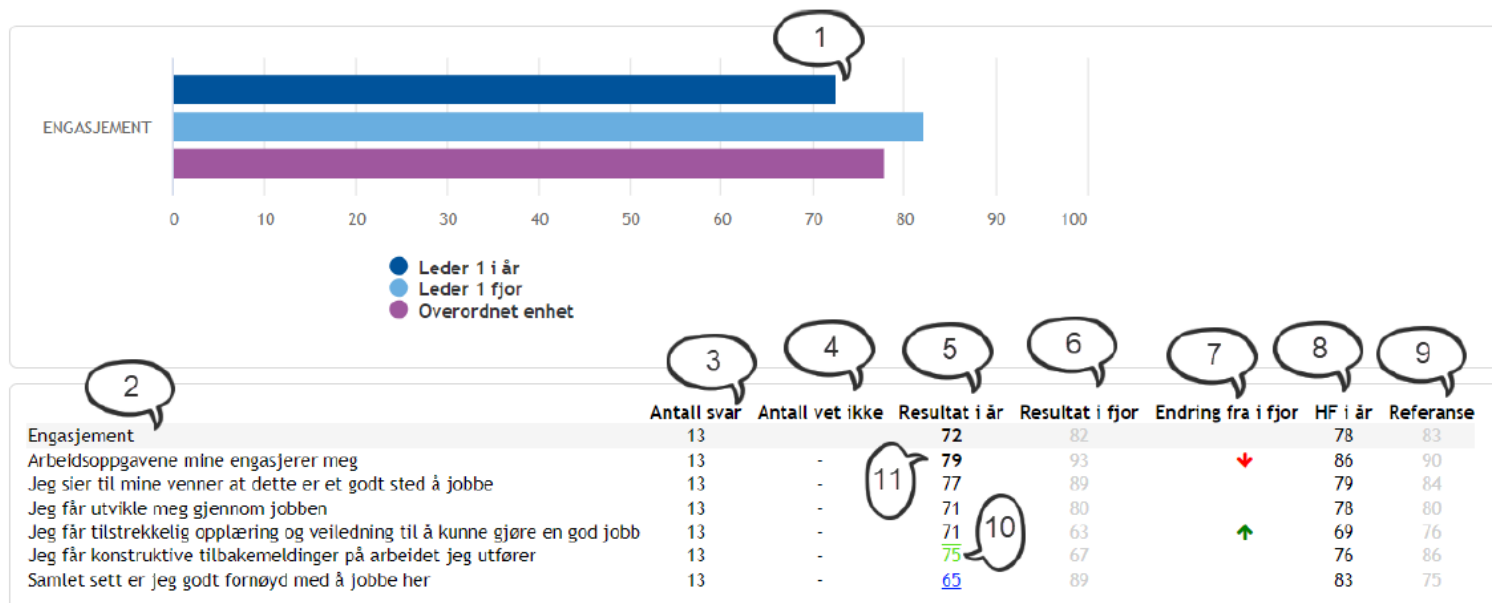
Trinn 2: Utsvaring (Februar)

- Forbereder egen enhet -> Leder informerer medarbeiderne om undersøkelsen og viktigheten av å svare
- Gjennomfører undersøkelsen -> leder legger til rette for å kunne svare
- VO bør motivere flest mulig til å svare

Trinn 3: Rapport (Mars/april)

- Leder mottar rapport
- Rapporten gjøres kjent for alle ansatte
- Leder forbereder tilbakemeldingsmøtet: Hva betyr tallene i rapporten
- Gå gjennom rapporten med VO før tilbakemeldingsmøtet

ENHETSRAPPORT



1. Grafisk presentasjon av temaene. **Mørk blå farge er enhetens resultat i år, lys blå farge er enhetens resultat i fjor og lilla farge er helseforetakets resultat i år**
2. Tema vises i den øverste raden og inneholder grupper av spørsmål som naturlig hører sammen. Tallene som vises på samme linje som Tema, gjelder samlet for de underliggende spørsmålene
3. Kolonne «Antall svar» viser antall personer som har besvart spørsmålet
4. Kolonne «Antall vet ikke» viser antall personer som har valgt «Vet ikke/ikke relevant»
5. Kolonne «Resultat i år» viser enhetens resultat på en skala fra 0-100. 0 regnes som minst ønskelig/mest belastende og 100 regnes som minst belastende/mest ønskelig
6. Kolonne «Resultat i fjor», viser enhetens resultat i fjor
7. Kolonne «Endring fra i fjor», viser om det har vært en signifikant endring siden i fjor
8. Kolonne «HF i år» viser årets resultat samlet for helseforetaket
9. Kolonne «Referanse», viser helseregionens resultat i 2019
10. **Blå skrift og understrek** understrek indikerer at enheten er blant de med 15% med lavest skår. **Grønn skrift og overstrek** indikerer at enheten er blant de med 15% høyest skår
11. Tall som er **uthevet i fet og kursiv** indikerer høy spredning. Det er kun der variasjon på et spørsmål eller tema er betydelig større enn normalt at resultatet presenteres i **fet og kursiv**

Andre aktuelle kilder i oppfølgingsarbeidet

Det anbefales å benytte informasjon fra andre kilder enn ForBedring under tilbakemeldingsmøtet for å få et mer helhetlig bilde.

- Avvik/uønskede hendelser (eksterne/interne tilsyn)
- Evaluering av fjorårets handlingsplan
- Skadestatistikk/- sykefravær
- Medarbeidersamtaler
- Pasientsikkerhetsvisitt
- Tidligere HMS-runder
- Forbedringstavler
- Tavlemøter
- AMU føringer
- mv...

Trinn 4:
Tilbakemeldings-
møte
(April/Mai)


- Gjennomføres som en gruppesamtale
- Alle må møte forberedt
- Bruk vedlagte spørsmålsliste som utgangspunkt


Aktuelle spørsmål på tilbakemelding- og oppfølgingsmøte


Aktuelle spørsmål:


1. Hva liker du best ved arbeidsmiljøet i din enhet?
2. Hva er du mest stolt av ved sikkerhetskulturen i din enhet?
3. Hva kan vi gjøre for å **bygge videre på det som fungerer bra?**
4. Hva ønsker du forbedringer på i arbeidsmiljøet og/eller innenfor pasientsikkerhet?
5. Hvilke tiltak må vi sette inn for å få en forbedring? Hva må vi konkret gjøre for å få forbedring?
6. Hvordan måler vi forbedringen? Hvordan merker vi at vi har blitt bedre?
7. Hvilke områder vil vi velge til HMS-runden?

Tilbakemeldingsmøtet - gjennomføring

- 
- Presenter resultatene fra undersøkelsen

- 
- Knytt noen faktabaserte kommentarer til endringer fra sist, spesielle forhold du merker deg og minn om tiltak i handlingsplanen som dere har gjennomført/jobbet med siden forrige undersøkelse.

- 
- Gå gjennom ett og ett spørsmål ([se forrige slide](#)) av gangen. Leder må sikre at alle deltakerne får kommet med sine innspill, bruk rundt rundt bordet. Noter gjerne på en flippover eller via pc og prosjektor.

- 
- Gruppen drøfter innspillene som er kommet fram og blir enige om / prioriterer 2 til 4 forslag til forbedringsområder/bevaringsområder som det skal arbeides videre med.
 - Risikovurdering – områder som skårer lavt skal risikovurderes – ref. trinn 6

- Innspill/forhold som ikke er kommet frem i selve undersøkelsen kan også tas med.

- Det avtales hvem som i tillegg til leder og verneombud skal delta på HMS-runden, og hvilke tema som gjennomgås

- Gruppesamtalen avsluttes med at leder etterspør om alle deltakerne har fått kommet med sine innspill.
- Handlingsplan ferdigstilles etter at HMS runde og risikovurdering er gjennomført

Trinn 5: HMS- runde (Mai)

- Leder skal i samarbeid med verneombudet planlegge og gjennomføre HMS runden i henhold til prosedyre [ID: 50966](#)
- Sjekklisten finner du her: [Sjekkliste HMS-runden](#)

Trinn 5: HMS runden

- Leder skal i samarbeid med verneombudet planlegge og gjennomføre HMS runden i henhold til prosedyre [ID: 50966](#)
- Sjekklisten finner du her: [Sjekkliste HMS-runden](#)
- Den kan brukes i sin helhet, eller den kan brukes som en klipp- og lim liste for de områdene en ønsker å kartlegge, eller som er aktuelle for den enkelte enhet/avdeling.
- Resultatene fra ForBedring vil gi et grunnlag for prioritering av områder
- Punktene om brannvern, kjemikalier/stoffkartotek, og vold og trusler skal vurderes hvert år.

Trinn 6: Risikovurdering (Mai)

- Før utarbeiding av handlingsplan skal det gjennomføres [risikovurdering](#) av de områdene som skårer lavt. Det gjelder både områder fra ForBedring og områder fra HMS-runden.
- Leder gjennomfører risikovurderingene i samarbeid med verneombud og 1-2 medarbeidere.

Trinn 6: Risikovurdering

- Før utarbeiding av handlingsplan skal det gjennomføres risikovurdering av de områdene som skårer lavt. Det gjelder både områder fra ForBedrings undersøkelsen og områder fra HMS-runden.
- Leder gjennomfører risikovurderingene i samarbeid med verneombud og 1-2 medarbeidere. [Prosedyre ID: 154](#)
- Ta utgangspunkt i temaene og spørsmålene fra undersøkelsen. Vurder dem med hensyn til sannsynlighet og konsekvens i forhold til uheldige arbeidshelse- eller pasientsikkerhetseffekter
- Forhold som gir uakseptabel risiko skal tas med inn i handlingsplanarbeidet.

Tips til risikovurderingen

- Avgrens -> hva er det som skal risikovurderes?
- Liten gruppe!
- Innhent evt innspill på hendelser på forhånd fra dem som ikke deltar
- Effektiviser prosessen -> sett opp prioriterte hendelser på forhånd

Trinn 7: Utarbeide handlingsplan (Mai/Juni)

- Leder skal i samarbeid med medarbeidere og verneombud utarbeide en handlingsplan med konkrete tiltak senest medio juni 2022.
- Handlingsplanen skal lages i Synergi som handlingsplantype Forbedring, og gjøres kjent for alle ansatte i enheten
- Nødvendige tiltak med større kostnader enn det enheten kan ta over eget budsjett, tas med til neste års budsjettprosess. Alternativt tas saken opp i linjen.

- NB – Det skal lages ny handlingsplan hvert år.
- Foretaket blir målt på Aktive handlingsplaner. Gammel handlingsplan med åpne tiltak regnes ikke som en aktiv handlingsplan. Man må lage nye tiltak hvert år.
- Hvis dere har tiltak fra forrige år som ikke er ferdigstilt, bruk funksjonen for å kopiere handlingsplanen eller tiltakene inn i ny handlingsplan

Finne tiltak

Hva er gode tiltak:

Aktivitet som iverksettes for å oppnå en bestemt virkning

Hva er gode tiltak?

Kan vi måle effekten av dette tiltaket

De gode tiltak:

- Godt beslutningsgrunnlag
- Tiltakene må være realistiske og gjennomførbare
- Plan for oppfølging av tiltak
- Velge tiltaksutfører

HVOR GODE ER FORBEDRINGSTILTAKENE ?

Veldig gode

Etablering av barrierer

Færre arbeidstrinn

Ensartet utstyr

Ledelsesmessig fokus

Gjennomgripende
kulturendring

Nedsatt avhengighet til
å huske

Gode

Sjekklister

Sikkert design på utstyr

Sikker muntlig
kommunikasjon (ISBAR)
(Closed Loop)

Færre avbrytelser og
forstyrrelser

Elektroniske
journalssystemer

Mindre gode

Advarsler

Innskjerper

Mere undervisning

Nye prosedyrer

Økt omhu

Trinn 8: gjennomføre tiltak og vurdere effekt

- Leder skal følge opp handlingsplanen regelmessig og sørge for at medarbeiderne informeres om gjennomførte tiltak, endrede tiltak, endrede frister osv.
- Oppfølgingen anbefales som en del av dagsordenen for allerede etablerte møter i enheten eller ledergruppen.
- Gjør en vurdering av om tiltaket har bidratt til det ønsket resultat. Kan restrisikoen aksepteres? Må det gjøres ytterligere tiltak?

Linjens oppfølging

- Enhetsleder skal rapportere oppover i linjen på status etter ForBedrings undersøkelsen og HMS runden
- Leder på overordnet nivå vurderer om det fremkommer problemstillinger, trender eller tendenser ved arbeidsmiljø eller pasientsikkerhet i kartleggingen som bør eller som kun kan håndteres på overordnet nivå.
- Dette kan for eksempel gjelde tverrgående problemstillinger og forhold knyttet til flyt, systemer eller strukturer.
- Dersom saken ikke løses på nærmeste overordnede nivå, legges saken fram for leder på nivået over.

Ønske om bistand? Ta kontakt med:

- Kvalitetsavdelingen
- HR
- HMS
- Vernetjenesten



Dokument-ID: 103879

Versjon: 3

Utarbeidet av: Bente Monsen og Henning Brueland

Status:

Godkjent

Dokumentansvarlig:

Monica Holmen Skjeldrum

Godkjent av:

Eli Årnot

Godkjent fra:

17.05.2022

Målgruppe

Alle ansatte i Vestre Viken

Hensikt

Sikre god og enhetlig gjennomføring og oppfølging av ForBedringsundersøkelsen.

Undersøkelsens formål er å kartlegge arbeidsmiljøfaktorer og pasientsikkerhetskulturen i den enkelte enhet som grunnlag for kvalitets- og forbedringsarbeid.

Ansvar

Ledere med personalansvar

Fremgangsmåte

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) og Forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten sier at alle ledere skal ha en oversikt over risikoforhold innenfor HMS og pasientsikkerhet i sin enhet. Dette skal gjøres blant annet gjennom kartlegging (ForBedring, Snakk om forbedring og HMS-runden), risikovurdering og utarbeidelse av handlingsplan.

ForBedring er en nasjonal årlig spørreundersøkelse som grovkartlegger HMS, inkludert arbeidsmiljø, og pasientsikkerhetskulturen. Undersøkelsen sendes til ansatte i februar. Det er et mål at alle ansatte besvarer undersøkelsen. Resultatene er tilgjengelige for leder etter ca. fem uker.

Arbeidet med undersøkelsen er et kontinuerlig arbeid som skal følges opp gjennom hele året.

Ledere på alle nivå skal som minimum gjennomføre følgende trinn:

Kvalitetssikre ansatte som skal besvare undersøkelsen (januar)

Leder mottar en oversikt over sine medarbeidere på epost.

Leder skal kvalitetssikre at de riktige medarbeiderne som skal besvare spørreundersøkelsen er registrert.

Svare på undersøkelsen (Februar)

Leder informerer medarbeiderne om undersøkelsen og legger praktisk til rette for at alle kan svare.

Leder og verneombud motiverer flest mulig til å svare.

Rapport med resultater etter undersøkelsen (Mars)

Leder mottar rapport og resultatene skal gjøres kjent for alle ansatte.

Leder gjennomgår rapporten med verneombud.

Tilbakemeldingsmøte (April/Mai)

Kan gjennomføres som en gruppesamtale

Ta utgangspunkt i vedlagte veiledning og spørsmålsliste (Se vedlegg **Oppfølgingsguide for ledere**)

Snakk om forbedring

Snakk om forbedring skal gjennomføres ved alle avdelinger.

HMS-runde (Mai)

Leder skal i samarbeid med verneombudet planlegge og gjennomføre HMS runden i henhold til prosedyre [ID: 50966](#)

Sjekklisten finner du her: [Sjekkliste HMS-runden](#)

Risikovurdering (Mai)

Før utarbeidning av handlingsplan skal det gjennomføres risikovurdering av de områdene som skårer lavt. Det gjelder både områder fra ForBedring og områder fra HMS-runden.

Leder gjennomfører risikovurderingene i samarbeid med verneombud og 1-2 medarbeidere.

Utarbeide HMS-handlingsplan i Synergi (Mai/juni)

Leder skal i samarbeid med medarbeidere og verneombud utarbeide en handlingsplan med konkrete tiltak senest innen 15. juni. Handlingsplanen skal lages i Synergi som handlingsplatype Forbedring ([Brukerveiledning](#)).

Dokumentasjon på gjennomført HMS-runde og eventuell risikovurdering legges ved som tilknyttet dokument
Nødvendige tiltak med større kostnader enn det enheten kan ta over eget budsjett, tas med til neste års budsjettprosess.
Alternativt tas saken opp i linjen.

For å få et mer helhetlig bilde, må det også benyttes informasjon fra andre kilder i tillegg til resultatene etter
ForBedringsundersøkelsen ved utarbeidelse av HMS-handlingsplan.

Dette er for eksempel:

- Avvik/uønskede hendelser (eksterne/interne tilsyn)
- Snakk om forbedring
- Evaluering av fjorårets handlingsplan
- Skadestatistikk/- sykefravær
- Medarbeidersamtaler
- Pasientsikkerhetsvisitt
- Tidligere HMS-runder
- Forbedringstavler
- Tavlemøter
- AMU føringer
- mv...

Gjennomføre tiltak og vurdere effekt

Leder skal følge opp handlingsplanen regelmessig og sørge for at medarbeiderne informeres om gjennomførte tiltak, endrede tiltak, endrede frister osv.

Oppfølgingen anbefales som en del av dagsordenen for allerede etablerte møter i enheten eller ledergruppen. Det skal vurderes om tiltaket har bidratt til det ønskede resultat, eller om det gjøres ytterligere tiltak.

Oppfølging i linjen

Leder på overordnet nivå vurderer om det fremkommer problemstillinger, trender eller tendenser ved arbeidsmiljø eller pasientsikkerhet i kartleggingen som bør eller som kun kan håndteres på overordnet nivå.

Dette kan for eksempel gjelde tverrgående problemstillinger og forhold knyttet til flyt, systemer eller strukturer.

Dersom saken ikke løses på nærmeste overordnede nivå, legges saken fram for leder på nivået over.

Endringer fra forrige versjon

- Korrigert for endret gjennomføringsperiode fra 2021
- Korrigert for endret gjennomføringsperiode fra 2022

Vedlegg

- [ForBedring - Oppfølgingsguide for ledere jan 2022.pptx](#)

Dato: 19. Oktober 2022
Saksbehandler: Kristine K Sahlberg

Saksfremlegg

Forskning i VVHF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	106/2002	31.10.2022

Forslag til vedtak

Administrerende direktør foreslår at styret tar saken til orientering.

Drammen, 24. Oktober 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Avdeling for forskning og innovasjon (stab medisin og helsefag) har systemansvaret for forskning og innovasjon. Gjennomføringen og ledelse av de enkelte forsknings- og innovasjonsprosjekter utføres i klinikkene. Forskning kan føre til innovasjon, og innovasjonsprosjekter kan ha elementer av forskning, som forskning på effekter av tjenesten. Innen området digital hjemmeoppfølging er det eksempelvis flere forskningsprosjekter pågående/under planlegging. I tillegg er en del systemer og prosesser sammenfallende i forskning og innovasjon.

Måltall for forskning og innovasjon, inklusive arbeid med kliniske behandlingsstudier, ble presentert i styret 30. mai 2022 (sak 64/2022). Det er derfor valgt å presentere to prosjekter i denne saken og i styremøtet.

Saksutredning

To prosjekter, som er i skjæringspunktet mellom forskning og innovasjon vil bli presentert for styret i møtet. Begge prosjektene breddes til andre institusjoner/foretak. Prosjektene er eksempler på synergier mellom forskning og innovasjon.

Brukerstyrt oppfølging av epilepsi, ved Marte Roa Syvertsen, lege, PhD, Nevrologisk avdeling, Drammen sykehus og Leder for EpilepsiNett – Nasjonalt nettverk for evidensbasert epilepsisorg «Vestre Viken HF utarbeidet i 2019 innhold og prosedyrer for digital hjemmeoppfølging (DHO) av epilepsi og var det første sykehuset i landet som innførte dette i klinisk praksis.

Nå har sykehus i alle fire helseregioner innført DHO for epilepsi, og det utarbeides en minimetodevurdering i samarbeid med FHI. For at en ny arbeidsmetode, som DHO for epilepsi, skal kunne anbefales nasjonalt i samarbeid med FHI, er god dokumentasjon av gevinster og resultater avgjørende. Slik dokumentasjon bør gjennomføres i rammen av et forskningsprosjekt. Vestre Viken har startet et omfattende forskningsprosjekt sammen med andre sykehus som bruker DHO for epilepsi (Haukeland og St. Olavs) for å kartlegge både samfunnsøkonomiske og kliniske effekter av slik oppfølging.»

The Norwegian Exercise and Atrial Fibrillation Trials, ved Marius Myrstad overlege og forsker, Medisinsk avdeling og Forskningsavdelingen, Bærum sykehus

«Tre og en halv prosent av den voksne befolkningen, minst 140 000 nordmenn, har atrieflimmer. Livsstil kan trolig påvirke både sykdomsforløp, symptomer og livskvalitet, men vi har til nå manglet støtte fra forskning til konkrete treningsanbefalinger for pasienter med atrieflimmer. Formålet med NEXAF-studiene er å kartlegge hvordan fysisk aktivitet og treningsintensitet påvirker sykdomsforløpet i to ulike pasientgrupper; fysisk inaktive personer med atrieflimmer og idrettsutøvere med treningsutløst atrieflimmer. I begge studiene randomiseres deltakerne til treningsintervensjoner eller til en kontrollgruppe. Hovedendepunktet i studiene, tid med rytmeforstyrrelsen atrieflimmer, måles med en hjerterytmemonitor som implanteres under huden, monitorerer atrieflimmer kontinuerlig og sender data trådløst via en smartphone-app til forskerne. Treningsmengde- og intensitet måles ved hjelp treningsklokker, som også sender data trådløst via smarttelefon. Denne bruken av teknologi i forskning gir svært høy oppløsning på data om både hjerterytmene og treningsvaner og studiene forventes å gi resultater som kan gi støtte for å utvikle internasjonale treningsanbefalinger for store pasientgrupper.»

Administrerende direktørs vurderinger

Dette er to gode eksempler på hvordan forskning og innovasjon kan spille sammen, til beste for pasienter og brukere. Administrerende direktør foreslår at styret tar saken til orientering.

Dato: 23. oktober 2022
Saksbehandler: Ulrich Spreng

Saksfremlegg

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Vestre Viken

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	107/2022	31.10.22

Forslag til vedtak

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

Drammen, 24. oktober 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgsektoren er førende for arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Forskriften er bygget opp rundt PDSA syklusen (plan – do – study – act), og skal gjennom tydeligere og mer tjenestetilpassede krav bidra til å gi helseforetaket et godt verktøy for systematisk styring og ledelse, samt kontinuerlig forbedring.

I kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Forskriften viser til at risikovurdering bør skje som en kontinuerlig prosess, og det anbefales at den følger en kjent standard.

Saksutredning

Vestre Viken arbeider systematisk for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet.

«Team Pasientsikkerhet» har som oppgave å gjennomgå alvorlige utilsiktede hendelser, å ha oversikt over kvalitetsindikatorer, resultater fra kreftregisteret og tilbakemeldinger fra myndigheter, pasienter og brukere.

«Team kontinuerlig forbedring» utdanner forbedringsagenter og forbedringsveiledere for å bygge opp en robust gruppe med ansatte som har kunnskap i forbedringsmodellen og som bidrar til å spre og bygge forbedringskompetanse videre i organisasjonen.

Når det identifiseres risikoområder i forhold til pasientsikkerhet og kvalitet, så spilles disse inn til «Team kontinuerlig forbedring» som så setter i gang relevante forbedringsarbeider. I noen tilfeller fører arbeidet til innovasjoner.

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere tiltak som viser seg å være effektive. Kvalitetsforbedring handler om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester.

Sammen med «Snakk om forbedring» og utarbeidelsen av HMS-handlingsplaner er dette en systematisk satsing mot «Trygge ansatte = Trygge pasienter».

Det er etablert et system for å følge med på kvalitet og pasientsikkerhet som består av:

- Målinger, styringsdata og kvalitetsindikatorer
- Resultater fra kreftregisteret
- Registrering og analyse av uønskede hendelser
- Revisjoner og tilsyn
- Tilbakemeldinger fra pasienter og brukere

Denne saken omhandler kvalitetsindikatorer og tilbakemeldinger fra pasienter og brukere. Presentasjon med figurer/grafar er vedlagt saken.

Kvalitetsindikatorer

Per september 2022 finnes det totalt 184 nasjonale kvalitetsindikatorer, derav 34 innen psykisk helsevern og rus og 102 innen «somatikk spesialist». Den 15. September 2022 ble 46 nasjonale kvalitetsindikatorer publisert/aktualisert. [Presentasjon publisering](#) (var unntatt offentlighet til 15.9.22)

Resultater som blir presentert er for 1. tertial 2022.

Kvalitetsindikatorerne innen psykisk helsevern og rus viser at Vestre Viken HF starter helsehjelp iht. veilederen. Pakkeforløpstider (pasientforløpstider) er fortsatt lavere enn målet (80 prosent innen standardforløpstid). Andel pasienter (barn, unge og voksne) som medvirker i egen behandling er relativt høy. Tvangsmiddelbruken hos voksne er lavere enn tidligere. Reduksjon i bruken av tvangsmidler (etter psykisk helsevernloven § 4-8) er et viktig forbedringsarbeid i klinikk for psykisk helse og rus, og det har blitt utarbeidet handlingsplaner for flere seksjoner. Flere epikriser i PHR ferdigstilles nå innen 1 (7) dag(er).

Innen somatikken har Vestre Viken HF gode resultater når det gjelder prosessindikatorerne «epikrisetid», «utsettelse av operasjoner» og «korridorpasienter».

Andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 24 timer er på 62 prosent. Andelen burde være høyere og skyldes kapasitet for øyeblikkelig hjelp operasjoner og organisering av operasjonsprogrammet. Fra høsten 2022 skal en del av pasientene som tilhører Drammen sykehus, og som har pådratt seg et hoftebrudd, kjøres direkte til Kongsberg sykehus og opereres der.

Andel pasienter som behandles med hjemmedialyse (peritonealdialyse) er økende, og ligger på 20 prosent. Vestre Viken HF har i en lang periode ligget lavt på dette område. Derfor er det igangsatt ett prosjekt som skal øke andelen til minst 30 prosent. Mens bare Drammen sykehus tidligere har hatt et tilbud innen hjemmedialyse er tilbudet siden 2021 utvidet til alle somatiske sykehus.

Forekomsten av postoperative infeksjoner etter proteseoperasjoner ifm. hoftebrudd er høyere enn ønsket og årsaken for dette undersøkes nærmere. Når det gjelder postoperative infeksjoner etter planlagte leddproteseoperasjoner er det igangsatt en mini-metodevurdering for «dekolonisering». Andel pasienter som behandles innen standard forløpstid for kreftsykdommer er lavere enn målet på 70 prosent. Forbedringsprosjekter for å forkorte forløpstidene pågår.

Tilbakemeldinger fra pasienter og brukere

Folkehelseinstituttet har gjennomført en brukererfaringsundersøkelse ved alle norske sykehus (periode 01.08.2021 til 31.10.2021). Resultatene viser at pasienttilfredsheten er noe lavere i Vestre Viken HF enn gjennomsnittet i Norge. Spesielt i områdene «pasienterfaringer pårørende», «pasienterfaringer pleiepersonalet» og «pasienterfaringer ventetid» scorer Vestre Viken HF lavt. Resultatene varierer for de fire somatiske sykehus og klinikkene følger opp brukererfaringsundersøkelsen.

Administrerende direktørs vurderinger

Kvalitetsindikatorerne som er presentert her, viser at Vestre Viken HF innenfor de fleste områder ligger på gjennomsnittet eller bedre, men at det også er områder der det er behov for ekstra oppmerksomhet og målrettede tiltak.

Resultatene fra den nasjonale brukererfaringsundersøkelse viser at pasienttilfredsheten er noe lavere i Vestre Viken enn gjennomsnittet i Norge. Det er satt i gang et arbeid for å forbedre Vestre Viken HF's egen brukerundersøkelse for å kunne følge tettere opp.

Administrerende direktør anbefaler at styret i Vestre Viken HF tar arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til orientering.

Dato: 23.10.2022
Saksbehandler: Ulrich Spreng

Saksfremlegg

Konsernrevisjonens rapport «Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester»

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	108/2022	31.10.22

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Drammen, 24. oktober 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Helse- og omsorgstjenesten har de siste årene hatt stor oppmerksomhet på å sikre likeverdige og faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Dette skal blant annet gjøres ved å redusere uønsket variasjon i kvalitet og tilbud på helsetjenestene. For noen pasientgrupper er variasjon ønsket, ventet og et kvalitetstegn. For andre pasientgrupper er variasjonen uforklarlig, uønsket og viser at helsehjelpen ikke er likeverdig i befolkningen. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg kan det medføre feil bruk av ressurser ved at pasienter med liten eller ingen nytte av helsehjelp, får dette på bekostning av pasienter med behov for helsehjelp.

Variasjon i helsehjelp kan belyses gjennom ulike innfallsvinkler. En innfallsvinkel er å benytte indikatorer for nasjonale kvalitetsregistre for å se på variasjon i kvalitet på behandlingsresultatet. En annen innfallsvinkel er bruk av Helseatlas som viser ulik forbruk av helsetjenester innenfor ulike geografiske områder.

Konsernrevisjonen i HSØ har i 2022 utført revisjon "Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester". Målet med revisjonen var å kartlegge hvordan helseforetak og sykehus i regionen anvender kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i pasienttilbud og kvalitet i selve pasientbehandlingen.

Saksutredning

Revisjonen er gjennomført med gjennomgang av dokumenter, spørreundersøkelse og intervjuer. Innledningsvis ble det gjort en gjennomgang av oppdrag og bestillingsdokumenter, Helseatlas, medisinske kvalitetsregistre, styresaker fra det regionale helseforetaket og helseforetak, og aktuelle rapporter om temaet. Konsernrevisjonen innledet kartleggingen med utsending av et spørreskjema til klinikkledere/divisjonsledere og avdelingsledere i alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, samt et utvalg private ideelle sykehus som Helse Sør-Øst RHF har samarbeid med. I etterkant av at spørreundersøkelsen var besvart, ble det gjennomført intervjuer med fagdirektører samt klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere ved tre helseforetak, henholdsvis Vestre Viken HF, Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF. Formålet med intervjuene var å få utdypende informasjon om de temaene som inngikk i spørreundersøkelsen.

Revisjonen viser at flere helseforetak og sykehus har etablert hensiktsmessige strukturer og prosesser for å kunne nå samlede mål og krav, herunder målet om å redusere uønsket variasjon. Andre helseforetak og sykehus har imidlertid ikke kommet like langt i dette arbeidet, noe som innebærer en større risiko for at pasienter ikke tilbys riktig behandling eller at pasientbehandlingen ikke er i tråd med beste praksis. Ut ifra dette er konsernrevisjonens konklusjon at det er behov for bedre balanse i styringen ved flere helseforetak og sykehus, for å øke oppmerksomheten på kvalitet i helsetjenestene.

Konklusjonen bygger på følgende vurderinger:

- Målet om å redusere uønsket variasjon er ikke tydelig kommunisert i styringslinjen.
- Det er varierende bruk av kvalitetsregistre og Helseatlas i avdelingenes forbedringsarbeid.
- Uønsket variasjon inngår i for liten grad som tema i styringslinjens oppfølgingsmøter.

Rapporten fra konsernrevisjonen er vedlagt saksfremlegget.

Det kommer ikke frem i rapporten hvilke helseforetak som har etablert hensiktsmessige strukturer og prosesser for å kunne nå samlede mål og krav, herunder målet om å redusere uønsket variasjon.

Vestre Viken HF har deltatt i spørreundersøkelsen og intervjuene. Målet om å redusere uønsket variasjon kommuniseres tydelig i styringslinjen. Blant annet i forbindelse med arbeidet

«Sykehus i nettverk». Resultater fra kvalitetsregistre og helseatlas brukes aktivt i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Uønsket variasjon er regelmessig tema i styringslinjens oppfølgingsmøter. Reduksjon av uønsket variasjon er en del av Vestre Vikens gevinstplan

Helseatlas for kvalitet utgis av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) og beskriver kvaliteten av utvalgte nødvendige helsetjenester, derav kvaliteten og variasjonen mellom de ulike bo- og opptaksområdene i Norge.

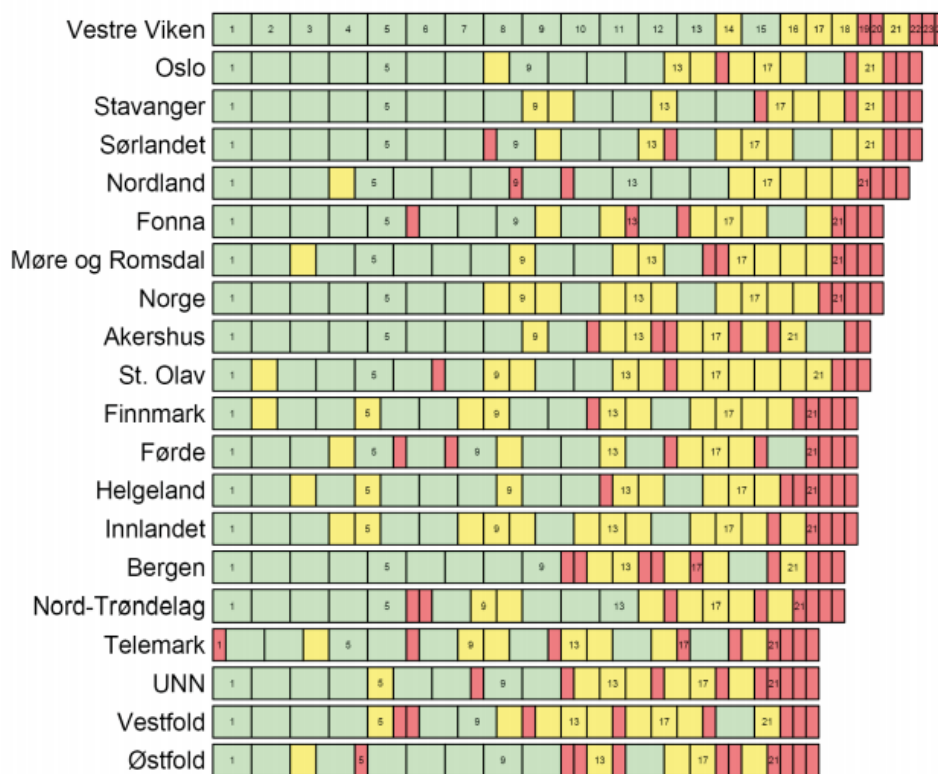
Tilstander som omfattes av undersøkelsen er alvorlig hjerte-karsykdom, kreft, diabetes, nyresykdom og hoftebrudd.

Atlasen er skrevet i samarbeid med 12 nasjonale medisinske kvalitetsregistre, og resultatene er basert på 31 utvalgte kvalitetsindikatorer som måler kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester. Resultatene gjelder spesialisthelsetjenesten og perioden 2017–2019.

I resultatene i helseatlasen går det frem at Vestre Viken skiller seg ut som det opptaksområdet som har flest kvalitetsindikatorer med høy måloppnåelse (58 %), og var samtidig blant opptaksområdene med færrest indikatorer med lav måloppnåelse (21 %).

I figuren nedenfor fremkommer det at Vestre Viken var et opptaksområde som samlet sett hadde høyest måloppnåelse for indikatorer som ble valgt til å måle kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester – etterfulgt av opptaksområdene Oslo, Stavanger og Sørlandet.

Bosatte i opptaksområdene

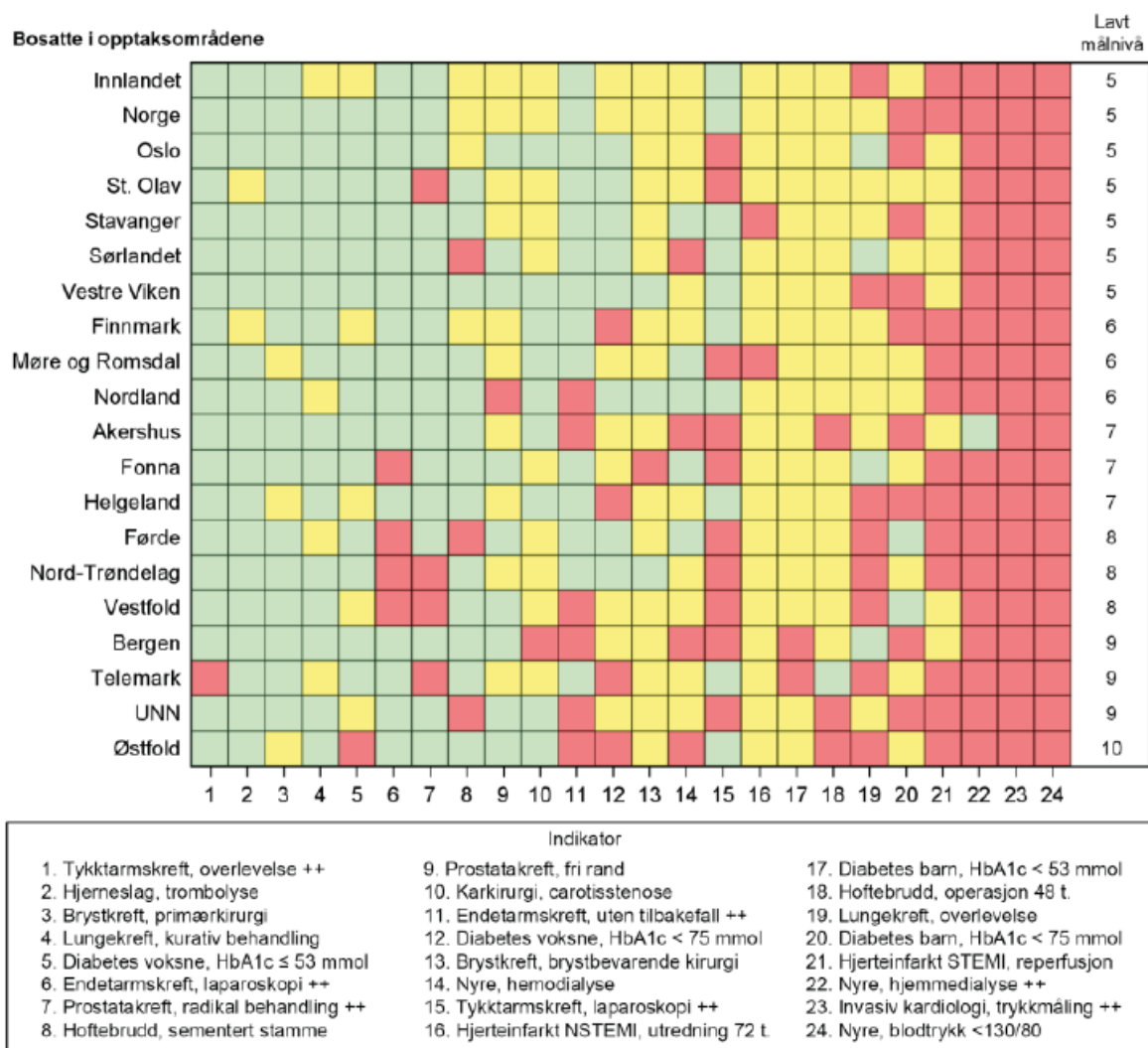


Indikator		
1. Tykktarmskreft, overlevelse ++	9. Prostatakreft, fri rand	17. Diabetes barn, HbA1c < 53 mmol
2. Hjerneslag, trombolyse	10. Karkirurgi, carotisstenose	18. Hoftebrudd, operasjon 48 t.
3. Brystkreft, primærkirurgi	11. Endetarmskreft, uten tilbakefall ++	19. Lungekreft, overlevelse
4. Lungekreft, kurativ behandling	12. Diabetes voksne, HbA1c < 75 mmol	20. Diabetes barn, HbA1c < 75 mmol
5. Diabetes voksne, HbA1c ≤ 53 mmol	13. Brystkreft, brystbevarende kirurgi	21. Hjerterinfarkt STEMI, reperfusjon
6. Endetarmskreft, laparoskopi ++	14. Nyre, hemodialyse	22. Nyre, hjemmedialyse ++
7. Prostatakreft, radikal behandling ++	15. Tykktarmskreft, laparoskopi ++	23. Invasiv kardiologi, trykkmåling ++
8. Hoftebrudd, sementert stamme	16. Hjerterinfarkt NSTEMI, utredning 72 t.	24. Nyre, blodtrykk <130/80

Kilde: Nasjonale medisinske kvalitetsregistre/FHI/SSB



Det bemerkes at fremstillingen av resultatene har blitt endret etter at den først var publisert. I den nåværende fremstillingen rangeres helseforetakene bare etter antall områder med lav måloppnåelse og ikke lengre en kombinasjon av antall områder med lav måloppnåelse (røde kvadrater) og antall områder med høy måloppnåelse (grønne kvadrater). Vestre Viken har i likhet med Innlandet, Oslo, St. Olav, Stavanger og Sørlandet fem områder (røde kvadrater) med lav måloppnåelse. Disse er nå rangert etter alfabetet, og derfor står Vestre Viken som sist av disse.



Kilde: Nasjonale medisinske kvalitetsregistre/FHI/SSB



Administrerende direktørs vurderinger

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

Det betyr ikke at det ikke er uønsket variasjon i Vestre Viken, og arbeidet med å redusere uønsket variasjon er viktig fremover. Arbeidet med "sykehus i nettverk" er et viktig bidrag til å levere likeverdige helsetjenester.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar konsernrevisjonens rapport til orientering.

Vedlegg:

Rapport fra konsernrevisjonens revisjon «Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester»



Konsernrevisjonen Rapport 9/2021

Revisjon

Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester

14. okt. 2022



Introduksjon

I Norge er det et mål at befolkningen skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester på tvers av geografi og sosiale grupper. Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet.

Flere internasjonale studier tyder på at Norge kommer godt ut på denne type mål sammenlignet med andre høyinntektsland. Stiftelsen The Commonwealth Fund har siden 2004 sammenlignet helsetjenesten i elleve høyinntektsland, deriblant Norge. I undersøkelsen for 2021 blir helsetjenestene i Norge rangert som nummer 1. Studien har tatt for seg fem forskjellige kriterier på helsetjenestene; tilgang, behandling, effektivitet, rettferdighet og resultater.

Flere undersøkelser av helsetjenester som gis i Norge, har samtidig vist at det er variasjon i både kvalitet på pasientbehandlingen innenfor flere fagområder, samt i forbruk av helsetjenester. For noen pasientgrupper er variasjon ønsket, ventet og et kvalitetstegn. For andre pasientgrupper er variasjonen uforklarlig, uønsket og viser at helsehjelpen ikke er likeverdig i befolkningen. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet.

Å redusere uønsket variasjon er et av fem satsningsområder i Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst. Videre har det i Oppdrags- og bestillingsdokumentet (OBD) til helseforetak og sykehus gjennom flere år vært mål om å redusere uønsket variasjon.

Revisjonen har undersøkt om helseforetakene og sykehusene har etablert et system som sikrer at de har oversikt over status på kvalitet og forbruk innen ulike fagområder, for gjennom det kunne redusere eventuell uønsket variasjon. I den sammenheng har revisjonen kartlagt hvordan helseforetak og sykehus anvender nasjonale kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk.

For å undersøke dette har vi definert følgende problemstillinger:

1. På hvilken måte er målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet og forbruk formidlet i styringslinjen?
2. På hvilken måte benyttes styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å sikre et likeverdig tilbud og oppnå en god kvalitet i pasientbehandlingen?
3. På hvilken måte er målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet og forbruk fulgt opp i styringslinjen?

Revisjonen er gjennomført i tidsrommet februar - september 2022

Innhold

1. KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER	4
1.1 BEHOV FOR BEDRE BALANSE I STYRINGEN FOR Å ØKE OPPMERKSOMHETEN PÅ KVALITET I HELSETJENESTENE.....	4
1.2 ANBEFALINGER.....	6
2. KONTEKST	7
2.1 OPPMERKSOMHET PÅ UØNSKET VARIASJON	7
3. TILNÆRMING.....	11
3.1 INNFALLSVINKEL	11
3.2 METODIKK OG GJENNOMFØRING	12
3.3 AVGRENSNING	13
3.4 REVISJONSGRUNNLAG	13
4. FORMIDLING AV MÅL OG KRAV	14
4.1 OBSERVASJONER	14
4.2 VURDERINGER.....	18
5. AVDELINGENES ARBEID MED Å REDUSERE UØNSKET VARIASJON	20
5.1 OBSERVASJONER	20
5.2 VURDERINGER.....	25
6. RAPPORTERING OG OPPFØLGING	27
6.1 OBSERVASJONER	27
6.2 VURDERINGER.....	30
VEDLEGG 1	32
VEDLEGG 2	33

1. Konklusjoner og anbefalinger

1.1 Behov for bedre balanse i styringen for å øke oppmerksomheten på kvalitet i helsetjenestene

Helsetjenesten skal være likeverdig og rettferdig fordelt i befolkningen. All utredning, diagnostisering og behandling skal legge kunnskapsbasert praksis til grunn. Dette fordrer at ledelsen på alle nivåer både planlegger og følger opp pasientbehandlingen gjennom prosesser for kontinuerlig forbedring.

Helseforetakene er store og komplekse organisasjoner med en rekke mål og krav som kan være krevende å håndtere. Denne revisjonen har kartlagt hvordan helseforetak og sykehus i regionen arbeider med å nå målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til hvilket pasienttilbud som gis, samt kvalitet på pasientbehandlingen. I den sammenheng har vi særskilt sett på hvordan forbruksrater fra Helseatlas og resultater fra nasjonale kvalitetsregistre anvendes i dette arbeidet.

Flere undersøkelser viser at kunnskapen om variasjon eller svak kostnads-/nytteeffekt av ulike prosedyrer i pasientbehandlingen, ikke i seg selv er tilstrekkelig for å redusere uønsket variasjon i sykehus. Studiene konkluderer med at det er behov for insentiver gjennom sterkere styring.

I kartleggingen har vi tatt utgangspunkt i at et hensiktsmessig system for virksomhetsstyring er en viktig forutsetning for å nå de mål og krav som er satt for en virksomhet. Vi har i den sammenheng sett på hvordan mål og krav knyttet til uønsket variasjon er operasjonalisert, fordelt og forankret i styringslinjen. Vi har videre kartlagt hvilke prosesser avdelingene har etablert for å planlegge og følge opp eventuell uønsket variasjon gjennom året. Deretter har vi kartlagt hvordan dette arbeidet rapporteres og følges opp i styringslinjen.

Revisjonen viser at flere helseforetak og sykehus har etablert hensiktsmessige strukturer og prosesser for å kunne nå samlede mål og krav, herunder målet om å redusere uønsket variasjon. Andre helseforetak og sykehus har imidlertid ikke kommet like langt i dette arbeidet, noe som innebærer en større risiko for at pasienter ikke tilbys riktig behandling eller at pasientbehandlingen ikke er i tråd med beste praksis. Ut ifra dette er vår konklusjon at det er behov for bedre balanse i styringen ved flere helseforetak og sykehus for å øke oppmerksomheten på kvalitet i helsetjenestene. Konklusjonen bygger på følgende vurderinger:

- Målet om å redusere uønsket variasjon er ikke tydelig kommunisert i styringslinjen
- Det er varierende bruk av kvalitetsregistre og Helseatlas i avdelingenes forbedringsarbeid
- Uønsket variasjon inngår i for liten grad som tema i styringslinjens oppfølgingsmøter

Målet om å redusere uønsket variasjon er ikke tydelig kommunisert i styringslinjen

Overordnet viser kartleggingen at lederne opplever at det i større grad gis konkrete mål og krav rettet mot økonomi, aktivitet og HR-området enn det gjøres inn mot pasienttilbud og kvalitet på pasientbehandlingen. Det er imidlertid variasjon mellom helseforetak/sykehus, samt innad i disse. Enkelte ledere opplever at eget helseforetak eller sykehus nærmer seg en bedre balanse i styringsbudskapet, mens andre mener at det er en vei å gå før tilbud og kvalitet i helsetjenesten er balansert med øvrige mål og krav.

Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at tilbud av helsetjenester og kvalitet på pasientbehandlingen har kommet tydeligere frem i styringsbudskapet. Alle helseforetak og sykehus har imidlertid ikke kommet like langt med dette. Manglende oppmerksomhet om tilbud og kvalitet i styringsbudskapet, innebærer risiko for at det ikke gis insentiver for å synliggjøre og innarbeide disse temaene i avdelingenes plan- og oppfølgingsarbeid.

En årsak til den noe lavere oppmerksomheten om tilbud og kvalitet, kan være hvordan virksomhetsstyringen i helseforetakene og sykehusene har blitt gjennomført. Virksomhetsstyringen har tradisjonelt vært innrettet mot å svare ut økonomi, aktivitet og HR-data, samt nasjonale indikatorer fastsatt i oppdrags- og bestillingsdokumentet. Det har i mindre grad vært en tradisjon for å operasjonalisere mål og krav til det enkelte nivå, for eksempel knyttet til styring av forløpene faglige innhold. Dette har medført at mål og krav i mindre grad er tilpasset risiko og egenskaper ved fagområdene i de enkelte avdelingene. Kvalitetsdimensjonen har i større grad blitt ivaretatt av det enkelte fagmiljø, og har i mindre grad vært en del av den formelle styringen.

Det er varierende bruk av kvalitetsregistre og Helseatlas i avdelingenes forbedringsarbeid

Gjennomgangen viser at avdelingene benytter flere ulike informasjonskilder i arbeidet med å oppnå et riktig pasienttilbud med god kvalitet. De mest utbredte kildene er morgenmøter, NPE-saker og avviksaker. Når det gjelder kvalitetsregistre og Helseatlas benytter om lag 2/3 av avdelingene disse kildene i sitt forbedringsarbeid.

Alle avdelinger som inngår i denne kartleggingen har kvalitetsregistre med god dekningsgrad. Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at informasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas benyttes i kvalitetsforbedring ved de fleste avdelingene. Vi er samtidig av den oppfatning at det er bekymringsfullt at 1/3 av avdelingene i liten grad benytter denne informasjonen.

Ettersom kvalitetsregistre gir informasjon om resultatmål for beste faglige praksis og enhetens egne resultater, vurderer vi at manglende bruk av kvalitetsregistre innebærer en risiko for at behandlingsresultatene ikke blir optimale. Når det gjelder Helseatlasene gir disse informasjon om forbruk av ulike typer helsehjelp per opptaksområde. Vi vurderer at manglende bruk av Helseatlas innebærer risiko for at mulig over- eller under behandling ikke fanges opp. Dette vil igjen kunne medføre at ressursallokeringen i og mellom avdelinger ikke blir optimal.

Vi vurderer at det er ulike årsaker til at kvalitetsregistre og Helseatlas ikke benyttes gjennomgående i alle avdelingene. En grunnleggende årsak kan være fravær av insentiver på grunn av mindre tydelige forventninger til at lederne skal benytte dette i sitt plan- og oppfølgingsarbeid. En annen viktig årsak er utfordringer knyttet til tilgang på styringsdata. Det fremkommer at dataene ikke er tidsaktuelle, ikke har tilstrekkelig kvalitet eller ikke er dekkende for behovet. Av andre årsaker vises det til begrenset tid til å utøve lederrollen, herunder manglende ressurser til å understøtte et slikt arbeid.

Uønsket variasjon inngår i for liten grad som tema i styringslinjens oppfølgingsmøter

Gjennomgangen viser at det er ulik systematikk på hvordan informasjon om kvalitetsregistre og Helseatlas inngår i rapportering og oppfølging i helseforetakene og sykehusene. Enkelte har gode oversikter over resultater fra kvalitetsregistre og Helseatlas, og bruker disse gjennomgående i rapportering og oppfølging. I andre helseforetak eller sykehus er det ikke etablert oversikter, samt at rapportering og oppfølging på kvalitet og forbruk varierer. Enkelte avdelingsledere viser til at de aldri blir fulgt opp på denne type styringsinformasjon.

Konsernrevisjonen vurderer at manglende rapportering og oppfølging av tilbud og kvalitet i helsehjelpen, innebærer risiko for at kritisk informasjon ikke når riktig ledelsesnivå, herunder til styret. Eventuelle utfordringer vil da ikke nødvendigvis fremkomme i beslutningsgrunnlaget og inngå i ledelsens

avveininger og prioriteringer. På den måten kan virksomhetens styringsevne svekkes. Videre vil det være en risiko for at gode faglige resultater heller ikke vil bli synliggjort. Bak gode resultater vil det kunne være et forbedringsarbeid som bør deles som grunnlag for læring i virksomheten. Manglende oppmerksomhet om forbedringsarbeid og gode resultater, vil også kunne redusere fagmiljøenes engasjement for å skape læring på tvers.

Konsernrevisjonen vurderer at årsakene knyttet til mangler i rapportering og oppfølging i styringslinjen er sammensatte. Oppfølgingen av tilbud og kvalitet i helsetjenestene har tradisjonelt foregått innad i fagmiljøene og derfor ikke blitt synliggjort i virksomhetsstyringen. En viktig årsak er trolig at mål knyttet til tilbud og kvalitet på helsehjelpen ikke er tilstrekkelig tydeliggjort i styringsbudskapet. Videre kan det være uklare forventninger til hvordan avdelingene skal nyttiggjøre seg av ulike kilder, herunder kvalitetsregistre og Helseatlas, i sitt forbedringsarbeid. En annen årsak er at det i varierende grad er utarbeidet styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas som er oversiktlige og oppdaterte.

1.2 Anbefalinger

Kartleggingen har vist at det er en positiv dreining i retning av at flere helseforetak og sykehus har fått kvalitetsaspektet mer inn i styringen. Samtidig vurderer vi at det er et potensial å styrke dette arbeidet i flere av helseforetakene og sykehusene. Konsernrevisjonen anbefaler at det enkelte helseforetak og sykehus vurderer hvor de selv står innenfor temaene i denne revisjonen og eventuelt behov for tiltak. Her bør særlig følgende forhold vurderes:

- Er det etablert tydelige strukturer og prosesser knyttet til hvordan mål og krav operasjonaliseres og kommuniseres til det enkelte nivå?
- Er ledernes ansvar og oppgaver tydelige, herunder hvilken opplæring og støtte de må ha for å ivareta mål og krav på en hensiktsmessig måte?

- Er det tydelige forventninger til hvordan lederne skal systematisere og dokumentere arbeidet med tilbud og kvalitet i helsehjelpen innenfor egne avdelinger og fagområder?
- Er det tydelige forventninger til hvordan avdelingene skal benytte styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas som grunnlag for å identifisere eventuell manglende kvalitet eller avvikende forbruksrater?
- Er styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas tilgjengelig, sammenlignbar og regelmessig oppdatert?
- Er det tydelig hvordan avdelingenes forbedringsarbeid danner grunnlag for rapportering og oppfølging av kvalitet i styringslinjen?

2. Kontekst

2.1 Oppmerksomhet på uønsket variasjon

Helse- og omsorgstjenesten har de siste årene hatt stor oppmerksomhet på å sikre likeverdige og faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Dette skal blant annet gjøres ved å redusere uønsket variasjon i kvalitet og tilbud på helsetjenestene.

For noen pasientgrupper er variasjon ønsket, ventet og et kvalitetstegn. For andre pasientgrupper er variasjonen uforklarlig, uønsket og viser at helsehjelpen ikke er likeverdig i befolkningen. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg kan det medføre feil bruk av ressurser ved at pasienter med liten eller ingen nytte av helsehjelp, får dette på bekostning av pasienter med behov for helsehjelp.

Variasjon i helsehjelp kan belyses gjennom ulike innfallsvinkler. En innfallsvinkel er å benytte indikatorer for nasjonale kvalitetsregistre for å se på variasjon i kvalitet på behandlingsresultatet. En annen innfallsvinkel er bruk av Helseatlas som viser ulik forbruk av helsetjenester innenfor ulike geografiske områder.

Variasjon i kvalitet

Når det gjelder kvalitet handler dette om behandlingsresultat, pasientopplevelser og pasientsikkerhet. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten defineres kvalitet slik:

Tjenester av god kvalitet som er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Det har over flere år vært økende oppmerksomhet på å sammenligne kvalitet gjennom ulike nasjonale kvalitetsindikatorer. En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på området som måles. Kvalitetsindikatorer kan for eksempel være helsetjenestens

tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultat av helsetjenestene for pasientene. Kvalitetsindikatorer bør ses i sammenheng, og kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten.

Det er Helsedirektoratet som siden 2012 har hatt ansvar for nasjonale kvalitetsindikatorer. Utviklingen av indikatorer skjer i nært samarbeid med fagmiljø i helsesektoren, registermiljø, fagorganisasjoner og brukerrepresentanter. Kvalitetsindikatorerne skal blant annet:

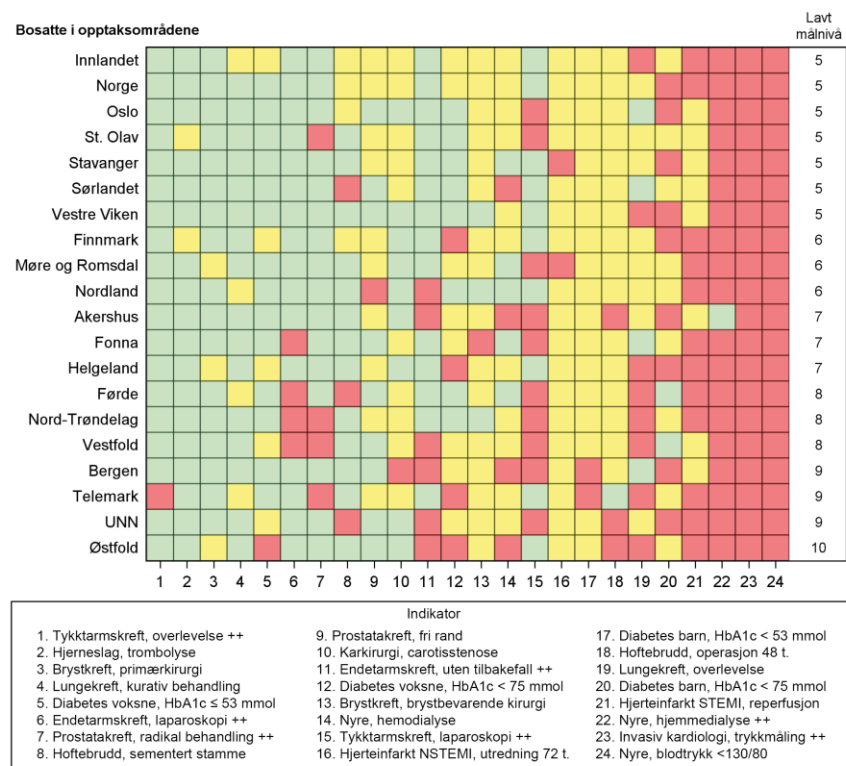
- gi sentrale helsemyndigheter et grunnlag for prioritering og styring
- gi eiere og ledere på alle nivåer innen helse- og omsorgstjenestene grunnlag til å bruke resultatene til lokal kvalitetsforbedring
- gi pasienter mulighet til å kunne ta valg basert på konkret informasjon
- bidra til åpenhet om kvalitet og variasjon i helse- og omsorgstjenestene

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet mottar informasjon fra ulike systemer som bearbeider og leverer data, deriblant medisinske kvalitetsregistre.

Det er per 2022 i overkant av 60 nasjonale medisinske kvalitetsregistre fordelt på om lag 20 fagområder. De medisinske kvalitetsregistrene samler strukturert informasjon om utredning, behandling og oppfølging av pasienter innenfor definerte sykdomsgrupper. Denne informasjonen kan benyttes for å gi kunnskap om kvalitet i helsetjenesten. Innenfor hvert register er det et sett med utvalgte indikatorer som de respektive fagmiljøene skal bruke for å arbeide med egen kvalitetsforbedring. Ved enkelte anledninger har også enkelte forvaltere av kvalitetsregistre hatt ressurser til å bistå enkelte helseforetak eller sykehus med kvalitetsforbedringsprosjekter.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har utarbeidet ett Helseatlas for kvalitet (2021). SKDE har med utgangspunkt i indikatorer fra

nasjonale kvalitetsregistre, sammenliknet kvaliteten for utvalgte *nødvendige* helsetjenester fordelt på pasientenes bosted. Hensikten har vært å undersøke om befolkningen får likeverdig kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, uavhengig av bosted og på tvers av fagområder.



Kilde: Nasjonale medisinske kvalitetsregistre/FHI/SSB

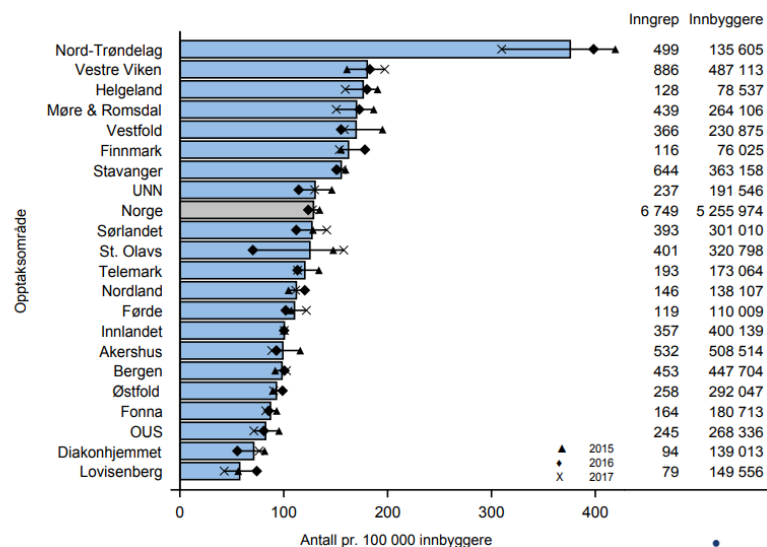
Figur 1 Samlet oversikt over kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, per opptaksområde. Høy, moderat og lav måloppnåelse er markert med henholdsvis grønn, gul og rød farge. Måloppnåelsen fremkommer ut fra resultater på et utvalg kvalitetsindikatorer i de respektive kvalitetsregistrene, der målsatt nivå er definert av fagrådet for det enkelte register. Kilde: Helseatlas for kvalitet i Norge 2021

Figur 1, som er hentet fra atlasen for kvalitet, viser en samlet oversikt over måloppnåelsen for 24 indikatorer fra fagområdene hjerte- og karsykdom, kreft, diabetes, nyresykdom og hoftebrudd. Av figuren fremgår det betydelig geografisk variasjon i måloppnåelse for bosatte i de ulike helseforetakene og sykehusenes opptaksområder. Dette innebærer at pasienter som var bosatt i noen opptaksområder fikk bedre kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, enn pasienter bosatt i andre områder.

Ved sammenstilling av ulike indikatorer for ulike fagområder, viser SKDE til at dette gir en forenklet framstilling av en kompleks virkelighet, men at det gir et grunnlag for å identifisere kvalitetsutfordringer innad i, og mellom, de ulike opptaksområdene og helseregionene.

Variasjon i forbruk

Variasjon i forbruk av helsetjenester er uønsket når denne ikke kan forklares av ulikheter i demografi, geografi, sykkelighet eller andre forhold som sykehusene ikke kan gjøre noe med. SKDE har utarbeidet elleve Helseatlas som viser befolkningens forbruk av ulike typer helsetjenester. Ulikt forbruk av helsetjenester mellom opptaksområder, kan indikere praksisforskjeller eller ulikheter i tilbud mellom helseforetak/sykehus. Eksempler fra Helseatlasene viser stor og uforklarlig variasjon mellom boområder. Helseatlas for dagkirurgi 2013-2017 viser for eksempel at antall operasjoner av ventilasjonsrør i trommehinnen, er mye høyere i Nord-Trøndelag enn i Oslo og Bergen (se figur 2). På bakgrunn av at det medisinske behovet for øredren antas å være omtrent likt uavhengig av hvor i Norge man bor, konkluderte SKDE at variasjonen anses som uberettiget.



Figur 2 Antall inngrep for øredren pr. 100 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for perioden 2015–2017 Kilde: Helseatlas for dagkirurgi i Norge 2013-2017

Målet med denne type styringsinformasjon er at variasjon gir et signal som bør undersøkes nærmere. Det kan enten være et signal på at man overbehandler eller at man underbehandler, eventuelt er det naturlige forklaringer til variasjonen. Informasjonen skal altså benyttes som utgangspunkt for kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet.

På bakgrunn av en krevende ressursituasjon i helsesektoren, har temaet overbehandling fått mye oppmerksomhet de senere år. I den sammenheng er det diskusjoner om det brukes for mye behandlingsressurser på pasienter som kanskje ikke trenger det, og at pasienter som har et større behov for helsehjelp må vente.

Dette temaet er løftet opp gjennom Choosing Wisely kampanjen som ble lansert i USA i 2011 av American Board of Internal Medicine. Kampanjen er adaptert av mange land, deriblant Norge. Kampanjen har i Norge fått navnet

«Gjør kloke valg» og ble initiert av Legeforeningen i Norge. Kampanjen tar sikte på å redusere overbehandling og diagnostikk som pasienter ikke har nytte av og som i verste fall kan skade pasientene. Målet er at både helsepersonell og pasienter sammen skal gjøre kloke valg i diagnostikk og behandling. Et av formålene har vært å identifisere hvilke fagområder som er mest utsatt for overbehandling og i den sammenheng finne årsaker og drivere til dette.

Mulige årsaker til uønsket variasjon

Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester kan skyldes mangel på nasjonale retningslinjer eller ulik grad av etterlevelse av retningslinjer, faglige råd og anbefalinger. Videre kan variasjonen relateres til ulik tilgang til og kunnskap om nasjonale faglige retningslinjer. Ofte vil det være behov for supplerende analyser for å få økt forståelse for årsakene til uønsket variasjon, samt å følge opp effektene av tiltak som iverksettes for å redusere variasjonen.

I tillegg kan det være ulike drivere som påvirker uønsket variasjon, særlig rettet mot overbehandling. Det skyldes at etterspørselen etter helsetjenester alltid vil være høy – det vil si at det mer eller mindre er en iboende egenskap i helsetjenesten. Årsakene er imidlertid komplekse og sammensatte. Ofte er det en kombinasjon av historiske og kulturelle forhold. I dette påvirker forhold som:

- ordninger som innsatsstyrt finansiering
- manglende eller uklare føringer (prioriteringsveiledere og faglige retningslinjer)
- lav pris på helsetjenestene for den enkelte pasient (pris er ikke rasjoneringsmekanisme)
- forventninger i det offentlige og av den enkelte pasient
- medienes rolle
- kapasitet og tilbud er styrende for hvem som får helsehjelp
- manglende kompetanse/erfaring hos helsepersonell
- mangel på kunnskap i befolkningen

Internasjonale erfaringer

I 2018 lanserte National Health Service (NHS) i England Evidence Based Intervention program (EBI) for å redusere forbruket av prosedyrer med lav kost-nytte effekt. Erfaringer fra EBI har vist at arbeidet har hatt liten eller ingen effekt med tanke på endring av klinisk praksis (Anderson m.fl.). Tilsvarende funn er observert i studier som har vurdert effekt av Choosing Wisely kampanjen (Cliff m.fl. 2021).

Helse Sør-Øst RHF sine erfaringer og arbeid med uønsket variasjon

Å redusere uønsket variasjon er et av fem satsningsområder i Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst RHF. Dette området er også kommunisert gjennom OBD fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetakene og sykehusene de siste årene. Ut ifra dette har Helse Sør-Øst RHF iverksatt ulike tiltak for redusere uønsket variasjon de siste årene.

Et av tiltakene var på bakgrunn av internasjonale kunnskapsoppsummeringer hvor det vises til at flere prosedyrer har manglende kost/nytte effekt og at disse bør reduseres eller utfases. Helse Sør-Øst RHF initierte i den sammenheng et arbeid for å redusere forbruket av kne artroskopi hos pasienter med degenerativ menisk-lidelser og artrose. Det ble gjort endringer i kjøp av denne type tjenester fra private kommersielle aktører, samt målrettet arbeid av RHF-et i samarbeid med fagdirektørene og fagmiljøene i regionen. En undersøkelse av Holtedahl m.fl fra 2017 viste at dette arbeidet reduserte forbruket betraktelig i Helse Sør-Øst. Undersøkelsen viste at samlet forbruk av denne type inngrep ble halvert i Helse Sør-Øst i perioden 2012-2016. For de øvrige helseregionene var det en samlet reduksjon på 13 %.

Videre ble det igangsatt et arbeid som så på etterlevelsen av føringer fra fag- og funksjonsfordelinger for kreftkirurgi. I denne sammenheng ble finansiering av kirurgi som ikke var i henhold til vedtatt fag- og funksjonsfordeling fjernet, noe som hadde umiddelbar effekt på praksis.

Basert på ovennevnte erfaringer fra Norge, har vi grunnlag for å si at bruk av finansielle virkemidler er sentralt for å påvirke klinisk praksis.

Helse Sør-Øst RHF har videre igangsatt et arbeid for å gjøre relevante data for kvalitet og forbruk mer tilgjengelig for helseforetak og sykehus i regionen, slik at de får et bedre grunnlag for å vurdere egen virksomhet. I dette arbeidet er data fra nasjonale kvalitetsregistre inklusiv Kreftregisteret, Norsk Pasientregister (NPR), Folkehelseinstituttet (FHI) benyttet som grunnlag. I den forbindelse er det etablert et klinisk Dashboard hvor foreløpig følgende indikatorer skal inngå:

- 30 dagers total overlevelse for pasienter innlagt for hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd
- fem års overlevelse for kreftsykdommene som tykk- og endetarm, lunge, bryst, bukspyttkjertel og prostata
- forbruksrater per opptaksområde for utvalgte preferanse- og tilbudsstyrte tjenester

Det arbeides videre med å etablere tilsvarende Dashboard for psykisk helse- og rusbehandling, medisinsk behandling, samt laboratoriemedisin og radiologi. Planen er å gjennomgå Dashboardet på ett årlig oppfølgingsmøte med Helseforetakene i regionen og at hovedfunnene skal presenteres for eget styre med en tilhørende tiltaksplan.

Tidligere revisjoner om uønsket variasjon

Konsernrevisjonen har tidligere gjennomført flere revisjoner som berører temaet uønsket variasjon. Følgende tre revisjoner berører temaet:

- Uønsket variasjon ved Sykehuset Østfold HF – rapport 4/2018
- Uønsket variasjon ved Sykehuset Innlandet HF – rapport 3/2019
- Risikostyring og kvalitet ved Oslo universitetssykehus HF – rapport 3/2021

Disse rapportene er tilgjengelig på følgende område:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>

3. Tilnærming

3.1 Innfallsvinkel

Målet med revisjonen er å kartlegge hvordan helseforetak og sykehus i regionen anvender kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i pasienttilbud og kvalitet i selve pasientbehandlingen.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har forsterket kravene til evaluering for å sikre kontinuerlig læring og forbedring. Forskriften tydeliggjør toppledelsens ansvar for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Dette skal bidra til å gi pasienter helsetjenester av god kvalitet, kvalitetsforbedring og til at krav etterleveres. Forskrift om ledelses- og kvalitetsforbedring omtaler dette som kontinuerlig forbedring og illustrerer dette gjennom forbedringssirkelen. Se figur 3.

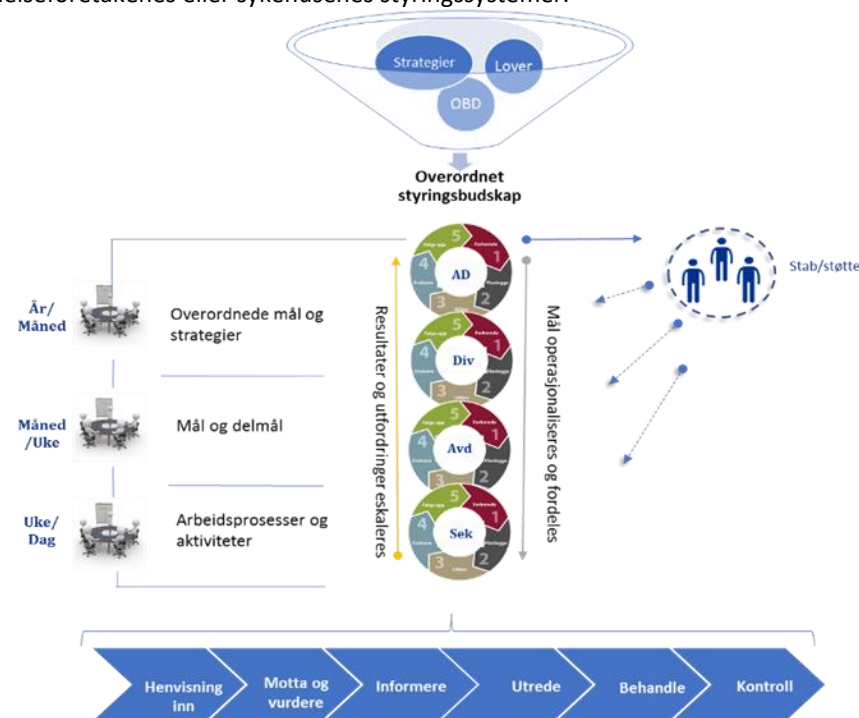


Figur 3 – Modell for kontinuerlig forbedring. Kilde: Kunnskapssenteret

God kvalitet på helsetjenesten avhenger av at ledelsen både planlegger og følger opp kjerne- og støtteprosesser på en strukturert måte. Et styrings-system med gode strukturer, prosesser og verktøy for styring og ledelse, er en viktig forutsetning for at sykehusene skal kunne imøtekomme overordnede mål og krav. Samlet sett omtales dette ofte som virksomhetsstyring. Dette er også tydeliggjort i forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring.

Som det illustreres i figur 4 er helseforetak og sykehus komplekse organisasjoner med flere ledelsesnivåer. Øverste leder har et ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres på relevante nivå i virksomheten og for

jevnlige å etterspørre og følge opp resultater og risikoer knyttet til mål og krav. Nivå-inndelingen krever tydelige roller der ansvar og oppgaver er avklart, og at det etableres et godt samarbeid mellom ledere på ulike nivåer. Den praktiske gjennomføringen og styringen av pasientbehandlingen, vil i de fleste tilfeller påligge førstelinje-lederne som utøver den daglige pasientnære og faglige ledelsen. Måloppnåelsen må samtidig følges opp i lederlinjen gjennom helseforetakenes eller sykehusenes styringssystemer.



Figur 4 Ledelse og kvalitetsforbedring forenklet visualisert i en styringsmodell i et helseforetak eller sykehus

Tilnærming

I revisjonen har vi kartlagt hvordan mål og krav i det årlige oppdrags- og bestillingsdokumentet (OBD) blir operasjonalisert, fordelt og forankret i styringslinjen (beskrives i kapittel 4). Vi har her sett på om det er utformet mål og krav knyttet til å redusere uønsket variasjon i tilbud og kvalitet i helsetjenestene, herunder om det er gitt føringer om bruk av kvalitetsregistre og Helseatlas. For å belyse dette har vi kartlagt hvordan disse forholdene tas inn i styringslinjen – det vil i dette tilfellet være fra administrerende direktør, via klinikk-/divisjon og ned til avdelingsnivå. Årsaken til at vi avgrenser oss ned til avdelingsnivå, er at «eierskapet» til det enkelte forløp som oftest er plassert på dette nivået.

Vi har videre kartlagt hvilke prosesser avdelingene har etablert for å planlegge og følge opp eventuell uønsket variasjon gjennom året (beskrives kapittel 5). Til slutt har vi kartlagt hvordan dette arbeidet (resultater og utfordringer) rapporteres og følges opp i styringslinjen (beskrives i kapittel 6).

3.2 Metodikk og gjennomføring

Revisjonen er gjennomført med gjennomgang av dokumenter, spørreundersøkelse og intervjuer.



Figur 5 Metodebruk

Dokumentundersøkelse

Innledningsvis ble det gjort en gjennomgang av oppdrag og bestillingsdokumenter, Helseatlas, medisinske kvalitetsregistre, styresaker fra det regionale helseforetaket og helseforetak, og aktuelle rapporter om temaet.

Spørreundersøkelse

Konsernrevisjonen har innledningsvis i kartleggingen sendt et spørreskjema til klinikkledere/divisjonsledere og avdelingsledere i alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, samt et utvalg private ideelle sykehus som Helse Sør-Øst RHF har samarbeid med. De private ideelle som er med i spørreundersøkelsen er Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus. Før utsendelse til helseforetakene og sykehusene ble spørreskjemaet testet ut på et utvalg ledere fra ulike helseforetak.

Hensikten med spørreundersøkelsen har vært å kartlegge hvordan lederne opplever hvordan styring og oppfølging foregår i styringslinjen, herunder hvordan målet om uønsket variasjon operasjonaliseres og fordeles. I tillegg har vi spurt avdelingslederne hvilken styringsinformasjon de benytter i sitt forbedringsarbeid knyttet til kvalitet og forbruk.

Spørreundersøkelsene ble sendt til ledere innen flere fagområder/spesialiteter:

- 27 medisinske og kirurgiske klinikk-/divisjonsledere, hvorav 25 besvarte.
- 55 avdelingsledere med ansvar for de aktuelle fagområdene, hvorav 50 besvarte.

Følgende fagområder er inkludert i spørreundersøkelsen:

- Diabetes, voksne
- Hjerneslag
- Hjerteinfarkt
- Hoftebrudd
- Leddimplantater
- Dagkirurgi (Ortopedi)

Intervjuer

I etterkant av at spørreundersøkelsen var besvart, ble det gjennomført intervjuer med fagdirektør samt klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere ved tre helseforetak, henholdsvis Vestre Viken HF, Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF. Formålet med intervjuene var å få utdypende informasjon om de temaene som inngikk i spørreundersøkelsen.

3.3 Avgrensning

Revisjonens formål har vært å kartlegge hvordan helseforetak og sykehus anvender styringsinformasjon fra nasjonale kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk. Vi har derfor valgt ut fagområder der det foreligger nasjonale kvalitetsregistre, samt fagområder hvor det er etablert Helseatlas.

I tilknytning til de nasjonale kvalitetsregistrene har vi valgt ut de registrene med høy dekningsgrad, det vil si at helseforetakenes og sykehusenes rapportering til registrene er relativt høy. Dette på bakgrunn av at dekningsgrad er en grunnleggende forutsetning for å kunne bruke registrene som grunnlag i et forbedringsarbeid.

Revisjonen har ikke som formål å belyse hvordan helseforetakene og sykehusene arbeider med å sikre at data faktisk registreres i medisinske kvalitetsregistre. En begrensning ved denne tilnærmingen, er at vi ikke fanger opp områder med lav dekningsgrad og hva som er bakenforliggende årsaker til dette. Resultater fra kartleggingen kan følgelig heller ikke generaliseres til fagområder hvor dekningsgraden er lav eller innenfor fagområder hvor det ikke er nasjonale kvalitetsregistre.

Revisjonen har videre ikke som formål å avdekke om det foreligger uønsket variasjon eller årsaker til eventuell uønsket variasjon.

3.4 Revisjonsgrunnlag

Revisjonsgrunnlaget har vært relevante lover og forskrifter som pasient- og brukerrettighetsloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst, samt andre styrende dokumenter for området.

4. Formidling av mål og krav

For å sikre god styring er det en forutsetning at det er etablert klare mål for det enkelte nivå. Øverste leder har ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres og fordeles på relevante nivå i virksomheten. I den sammenheng er det nødvendig å ha et hensiktsmessig system for hvordan dette skal praktiseres.

I dette kapittelet fremkommer våre observasjoner og vurderinger knyttet til hvordan målet om å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester, er formidlet i styringslinjen til klinikk-/divisjon og avdelingsnivå. I dette har vi også sett om det er gitt føringer om bruk av informasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas. Følgende problemstillinger er belyst:

- På hvilken måte er målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet og forbruk formidlet i styringslinjen?

4.1 Observasjoner

I undersøkelsen har vi kartlagt prosesser for å formidle mål og krav, samt stilt spørsmål om ledernes oppfatning av de mål og krav som er stilt.

- Hvordan er mål og krav kommunisert i helseforetak og sykehus?
- Hvilke mål og krav gis til klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere?
- Hvilke forventninger stilles til kvalitet og forbruk av helsetjenester?
- Fremstår styringsbudskapet balansert og realistisk?
- Er det potensielle målkonflikter ved fastsettelse av krav til aktivitet versus kvalitet og forbruk?

Hvordan er mål og krav kommunisert i helseforetak og sykehus?

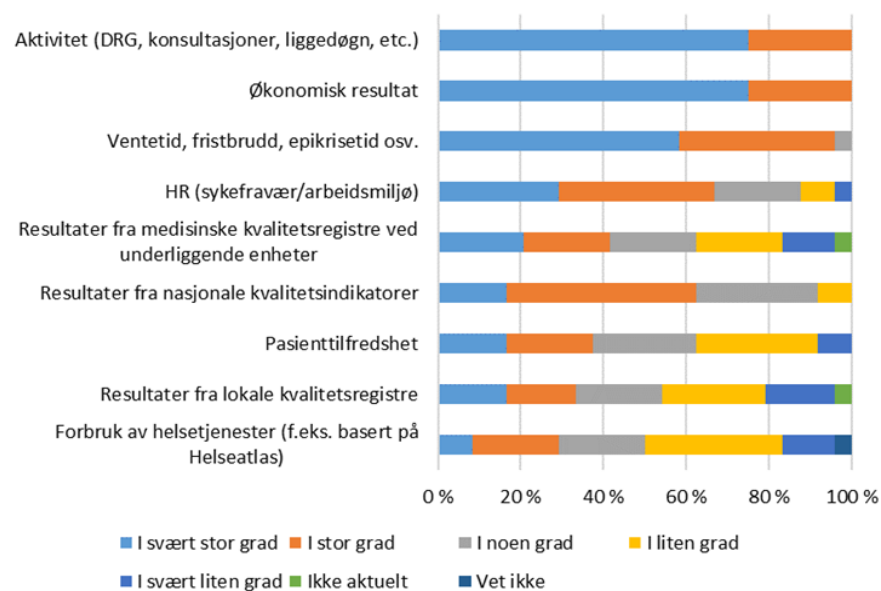
Det fremkommer gjennom intervjuer og i spørreundersøkelsen at det er etablert prosesser for å formidle mål og krav i styringslinjen. Det fremkommer

at mål og krav i OBD, samt det som fremkommer i utviklingsplanene, operasjonaliseres og videreformidles til klinikk-/divisjonsleder, som igjen tar dette videre til avdelingsnivå. Dette gjøres imidlertid på forskjellige måter både innad og mellom helseforetak/sykehus. Et helseforetak har utarbeidet driftsavtaler mellom alle ledelsesnivåene hvor det er operasjonalisert og forankret mål og krav til det enkelte nivå. Andre helseforetak/sykehus videreforder mål og krav fra OBD til ledernivåene uten nærmere operasjonalisering. Det fremkommer også at enkelte virksomheter får konkretisert mål og krav i lederavtaler eller i klinikkvise handlingsplaner, mens andre får mål og krav formidlet per e-post, eller muntlig i ledermøter. Enkelte viser også til at det formidles gjennom en kombinasjon av ovennevnte eksempler.

Hvilke mål og krav gis til klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere?

I spørreundersøkelsen ble klinikk-/divisjonsledere bedt om å ta stilling til i hvilken grad de opplever at overordnet ledelse har gitt konkrete resultatmål og krav innenfor ulike styringsområder som de har ansvar for. Som det fremgår av figur 6 oppgir alle klinikk-/divisjonslederne at de *i svært stor grad* eller *i stor grad* opplever å ha fått konkrete resultatmål og krav knyttet til aktivitet, økonomi og ventetider.

Når det gjelder konkrete resultatmål og krav relatert til kvalitetsregistre, pasienttilfredshet og forbruk av helsetjenester, varierer svarene mer. Om lag 30 % av klinikk-/divisjonsdirektørene svarer her at de *i liten eller svært liten grad* har fått dette. Nesten alle klinikk-/divisjonslederne svarer imidlertid at de har fått føringer om at de skal benytte tilgjengelig styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas, i sin styring og utvikling.



Figur 6: I hvilken grad mottar klinikken/divisjonen konkrete resultatmål og krav på ulike styringsområder dere har ansvar for. Svar fra klinikk-/divisjonsledere

Vi har videre stilt spørsmål til klinikk-/divisjonsledere om de opplever at de har gitt underliggende avdelinger konkrete resultatmål og krav innenfor ulike styringsområder. Tilsvarende har vi også spurt hva avdelingslederne opplever av å ha mottatt av resultatmål og krav fra klinikk-/divisjonslederne.

Ut i fra figur 7 (side 15) er hovedbildet at det er en felles forståelse av i hvilken grad de ulike resultatmål og krav som gis er konkrete. Både klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere opplever at resultatmål og krav knyttet til økonomi og aktivitet i svært stor grad eller stor grad er konkrete, og at målene

er noe mindre konkret når det gjelder kvalitet og forbruk. Dette er også i samsvar med hvordan klinikk-/divisjonsledere opplever å ha mottatt mål og krav fra administrerende direktør, jf. det ble beskrevet for figur 6.

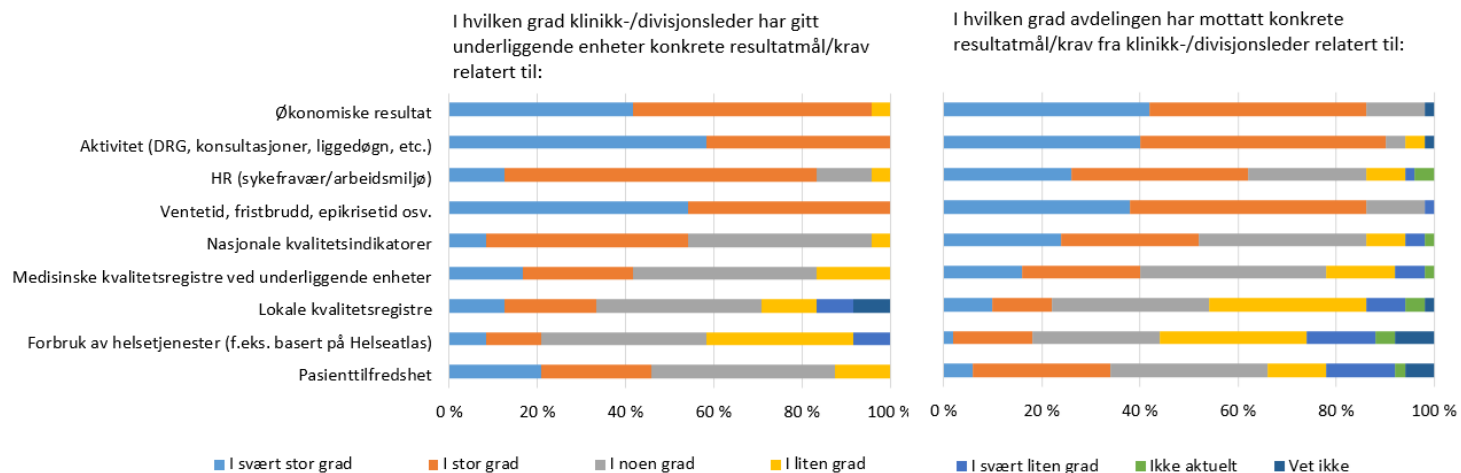
Når det gjelder spørsmålet om styring på kvalitet, uttrykker en av de intervjuede at det respektive helseforetaket har vært tydelige på at *klinikkene må eie sin egen kvalitet*. Dette ut i fra forventninger om at klinikkene selv skal operasjonalisere spesifikke mål og krav. For eksempel vises det til at dette gjøres ved å utarbeide «spissede» delmål og resultatindikatorer for den enkelte avdeling – alt etter hva man vurderer har størst risiko for ikke å levere ønsket kvalitet.

Hvilke forventninger stilles til kvalitet og forbruk av helsetjenester?

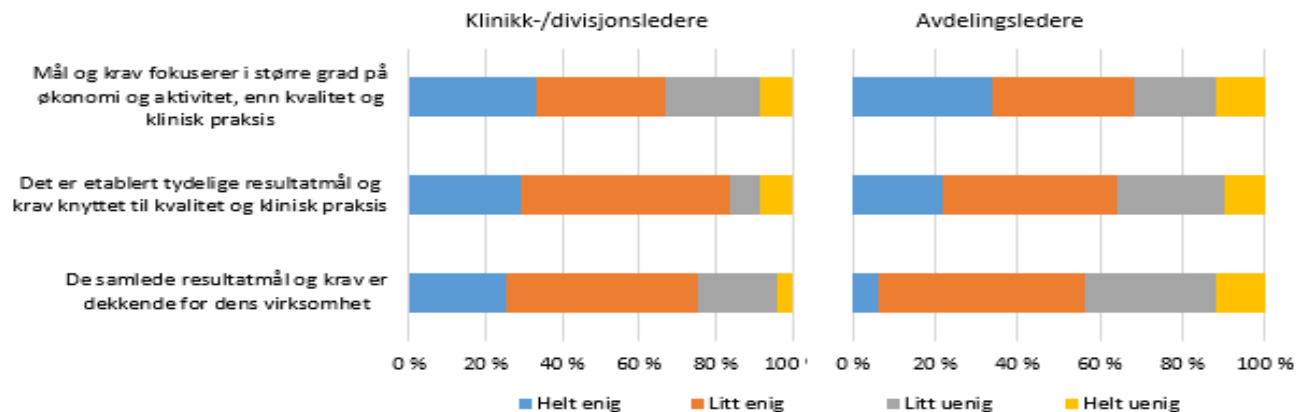
Vi har i spørreundersøkelsen stilt noen utdypende spørsmål til klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere om hvordan de opplever at kvalitet og klinisk praksis vektlegges i styringsbudskapet, se figur 8 (side 15).

Figur 8 viser at konkretiseringen av styringsbudskapet oppleves noe ulikt mellom de to nivåene. Om lag 80 % av klinikk-/divisjonsledere er helt enig eller litt enig i påstanden om at det for klinikken/divisjonen er etablert tydelige resultatmål og krav knyttet til kvalitet og klinisk praksis, mens om lag 60 % av avdelingslederne opplever det samme.

Figuren viser videre at det for begge ledernivåene er en opplevelse av at mål og krav i noe større grad er rettet mot økonomi og aktivitet enn mot kvalitet og klinisk praksis (påstand 2). Videre oppgir om lag 65 % av klinikk-/divisjonslederne at de er helt enig eller litt enig i påstanden om at de samlede resultatmål og krav er dekkende for klinikkens-/divisjonens virksomhet, mens 35 % er litt uenige eller helt uenige. Når det gjelder avdelingslederne er svarene på samme spørsmål noe mer delt, ettersom 55 % er helt enig eller litt enig, mens 45 % er helt uenig eller litt uenig.



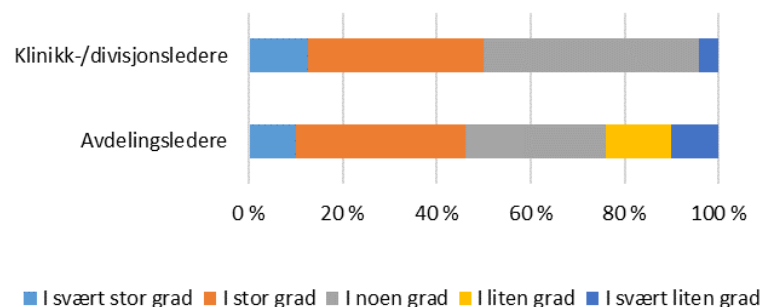
Figur 7 I hvilken grad er utvalgte resultatmål og krav formidlet fra klinikk-/divisjonsledere til avdelingslederne. Svar fra klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere



Figur 8 Hvor enig er henholdsvis klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere i ulike påstander knyttet til styringsbudskapet. Svar fra klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere

Vi har i spørreundersøkelsen også stilt et litt mer generelt spørsmål til klinikk-/divisjonsledere - om de opplever at de har kommunisert tydelige forventninger til avdelingslederne vedrørende arbeid med kvalitet og forbruk - og tilsvarende om avdelingslederne opplever å ha fått tydelige forventninger om disse temaene. Figur 9 viser at det til dels er samsvar i svarene fra klinikk-/divisjonslederne og avdelingslederne. Ca. 50 % av klinikk-/divisjonslederne og avdelingslederne svarer at de *i svært stor eller i stor grad* opplever at det gis og mottas tydelige forventninger om dette temaet. På den andre siden av svarskalaen er det imidlertid en forskjell i opplevelsen mellom klinikk-/divisjonslederne og avdelingslederne. Figuren viser at kun 3-4 % av klinikk-/divisjonsledere *i svært liten grad eller i liten grad* opplever at forventningene er tydelige, mens tilsvarende tall for avdelingslederne er over 20 %.

Flere av de vi har intervjuet viser til at det har vært en sterk dreining de siste årene mot økt oppmerksomhet på styring av kvalitet. En av de intervjuede påpeker samtidig at det har vært utfordringer knyttet til hva en legger i



Figur 9 I hvilken grad er det gitt tydelige forventninger knyttet til kvalitet og forbruk. Svar fra klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere

kvalitetsbegrepet. De har i den sammenheng de siste par årene arbeidet med å definere begrepet og knyttet dette opp mot målet om å redusere uønsket variasjon. Det vises til at dette arbeidet har vært konstruktivt og at de har fått en felles forståelse hva dette faktisk innebærer.

Intervjuede fra et annet helseforetak viser til at de ikke har fått konkrete resultatmål fra klinikklederne. Avdelingen får i stedet som oppgave å benytte

kvalitetsregistrene, og at de særskilt skal ha oppmerksomhet på de kvalitetsindikatorene der avdelingen scorer lavt. Det forventes i den sammenheng at det iverksetter tiltak/forbedringsprosjekter og at dette arbeidet skal rapporteres og følges opp i lederlinjen.

Fremstår styringsbudskapet balansert og realistisk?

I tilknytning til spørsmålene ovenfor kommenterer flere respondenter at antallet mål ikke nødvendigvis må økes, men i større grad balanseres. Det påpekes i den sammenheng at manglende balanse i sammensetningen av mål kan gi uheldige vridningseffekter og målkonflikter. En leder uttrykker det slik:

Vi erfarer at ansatte opplever at overordnede bestillinger ikke treffer den kliniske hverdagen. Det er et for sterkt fokus på å nå økonomiske mål og krav til aktivitet

Enkelte respondenter kommenterer videre at det er viktig at foretaksledelsen forstår betydningen av hvilke endringer «nye» styringssignaler knyttet til kvalitet og forbruk ville kunne gi - særlig knyttet til ressursallokeringen i - og mellom avdelingene.

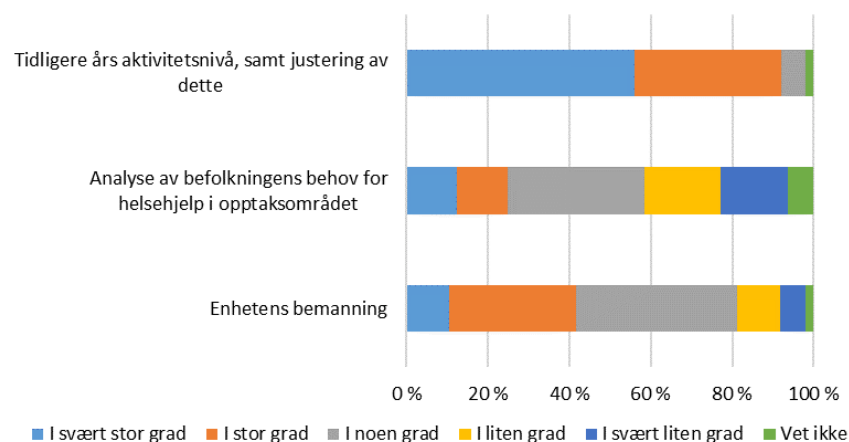
På bakgrunn av at dette er en kjent problemstilling i helsesektoren, har vi i spørreundersøkelsen stilt et spørsmål knyttet til fastsettelse av mål og krav til aktivitet versus kvalitet og forbruk.

Er det potensielle målkonflikter ved fastsettelse av krav til aktivitet versus kvalitet og forbruk?

Befolkningens behov for helsetjenester vil være sammensatt og avhengig av demografiske endringer, sykdomsutvikling, flere behandlingsforløp, nye behandlingsmetoder samt medisinsk og teknologisk utvikling. Konsernrevisjonen har gjennom tidligere revisjoner erfart at mål knyttet til aktivitet ikke nødvendigvis er forsøkt avstemt mot befolkningens reelle behov for helsetjenester. Aktivitetskravet kan da komme i konflikt med målet om likeverdige tjenester, det vil si hvem som får helsehjelp og hvilke

helsetjenester som gis. Vi har i den forbindelse spurt avdelingslederne om hvilke forhold som legges til grunn ved fastsettelse av avdelingens aktivitetskrav, se. figur 10.

Som det fremgår av figur 10 er det i stor grad tidligere års aktivitetsnivå som legges til grunn for avdelingens aktivitetsmål for kommende år. Videre fremgår det at en stor andel tar hensyn til enhetens bemanning. Når det gjelder analyse av det reelle behovet for helsetjenester, er svarene mer delt. Her svarer ca. 25 % at i svært stor grad eller i stor grad tar utgangspunkt i behov, mens i underkant av 40 % svarer at de i liten eller i svært liten grad gjør analyser av dette.



Figur 10 I hvilken grad legges følgende forhold til grunn ved fastsettelse av avdelingens aktivitetskrav. Svar fra avdelingsledere

I tilknytning til dette temaet har flere respondenter gitt ulike kommentarer. For eksempel påpekes det at aktivitetskravene til dels er urealistiske innenfor avdelingens tilgjengelige ressurser, men at aktivitetskravet likevel er dekkende for behovet i sykehusområdet. Andre viser til at det er mangelfulle analyser av befolkningens behov innenfor de ulike fagområdene, noe som innebærer risiko for aktivitetsmålene ikke er realistiske. Det vises i den sammenheng til mangelfulle analyseverktøy til dette formålet. En av de vi har intervjuet uttrykker det slik:

Vi har ikke tilstrekkelig fokus på befolkningens behov for helsetjenester. Dette må vi bli flinkere til som ledere, det vil si ikke kun mellomledernivå, men også toppledelsen. Noe behandling må vi redusere eller slutte med for å få plass til andre pasienter.

4.2 Vurderinger

Flere ledere opplever at målet om å redusere uønsket variasjon ikke er tydelig kommunisert i styringslinjen

Overordnet viser karleggingen at lederne i hovedtrekk opplever at det i større grad gis konkrete mål og krav rettet mot økonomi, aktivitet og HR-området enn det gjøres inn mot pasienttilbud og god kvalitet. Det er imidlertid variasjon i opplevelse mellom helseforetak/sykehus, samt innad disse. Eksempelvis opplever avdelingslederne at det er noe mindre oppmerksomhet på forbruk og kvalitet enn hva klinikk-/divisjonslederne opplever.

Enkelte ledere opplever at eget helseforetak eller sykehus nærmer seg en bedre balanse i styringsbudskapet, mens andre mener at det er en vei å gå før tilbud og kvalitet i helsetjenesten er balansert med øvrige mål og krav. Det er samtidig en felles oppfatning av at det har vært en dreining mot økt fokus på kvalitet og forbruk i styringslinjen de siste årene.

Hva er konsekvensene av manglende oppmerksomhet på kvalitet og forbruk?

Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at tilbud av helsetjenester og kvalitet i pasientbehandlingen har kommet tydeligere frem i styringsbudskapet. Alle helseforetak og sykehus har imidlertid ikke kommet like langt med dette. Manglende oppmerksomhet om tilbud og kvalitet i styringsbudskapet, innebærer risiko for at det ikke gis insentiver for å synliggjøre og innarbeide disse temaene i avdelingens plan- og oppfølgingsarbeid. Dette medfører videre at det ikke dannes et grunnlag for å rapportere informasjon i styringslinjen. Ytterste konsekvens av dette vil kunne

være at svake resultater på kvalitet i helsetjenestene ikke rapporteres til riktig nivå, og at virksomhetens styringsevne dermed svekkes.

Hva kan være årsakene?

En årsak til den noe lavere oppmerksomheten om tilbud og kvalitet, kan være hvordan virksomhetsstyringen i helseforetakene og sykehusene har blitt gjennomført. Virksomhetsstyringen har tradisjonelt vært innrettet mot å svare ut økonomi, aktivitet og HR-data, samt nasjonale indikatorer fastsatt i oppdrags- og bestillerdokumentet (OBD). Det har i mindre grad vært en tradisjon for å operasjonalisere mål og krav til det enkelte nivå, for eksempel knyttet til styring av forløpenes faglige innhold. Dette har medført at mål og krav i mindre grad er tilpasset risiko og egenskaper ved fagområdene i de enkelte avdelingene. Kvalitetsdimensjonen har i større grad blitt ivaretatt av det enkelte fagmiljø, og har i mindre grad vært en del av den formelle styringen.

Når det gjelder denne kartleggingen viser både spørreundersøkelsen og intervjuer at det er etablert ulike strukturer og prosesser knyttet til virksomhetsstyring, herunder operasjonalisering og formidling av mål og krav. Noen helseforetak og sykehus har strukturerte og formaliserte prosesser som er felles for alle nivåene i virksomheten, mens i andre er dette mindre strukturert. På denne bakgrunn vurderer vi at "modenheten" på virksomhetsstyringen er relativt ulik mellom helseforetakene/sykehusene. For de med lav modenhet vurderer vi at det er stor risiko for ulik praksis i klinikker og avdelinger for hvordan man arbeider med målet om å redusere uønsket variasjon.

På bakgrunn av denne og tidligere revisjoner er imidlertid vårt inntrykk at praksisen som beskrives ovenfor er i endring. Flere helseforetak har de senere årene etablert systemer og prosesser for å bedre virksomhetsstyringen. Vi vurderer at dette henger sammen med tydeliggjøringen av kravene til virksomhetsstyring i forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring. Det er i den sammenheng arbeidet med målstyring, tydelige forventninger til styring og

ledelse, tilrettelegging gjennom ulike maler samt verktøy, opplæring og ledelsesstøtte.

Hva er ønsket retning?

Et system for styring av kvalitet bør være tilpasset behovet i de ulike styringsnivåene, og samtidig kunne identifisere og eskalere vesentlige risikoer og avvik til overordnet nivå. Konsernrevisjonen vurderer i den sammenheng at etablering av tydelige strukturer og prosesser knyttet til styring, er en forutsetning for at kvalitetsaspektet i større grad blir integrert og synliggjort. I tillegg må en i et slikt arbeid tydeliggjøre ledelsens ansvar og oppgaver, herunder hvilken opplæring og støtte de må ha for å klare dette på en hensiktsmessig måte.

Når det gjelder operasjonalisering og formidling av mål og krav knyttet til uønsket variasjon, er vi ikke av den oppfatning at det bør settes en rekke nye konkrete resultatmål til de ulike klinikkene eller avdelingene. I første omgang bør helseforetak og sykehus ha en tilnærming med tydeligere forventninger til at avdelingene skal benytte tilgjengelige kvalitetsregistre og Helseatlas som grunnlag for å identifisere eventuell manglende kvalitet eller avvikende forbruksrater. Dette vil være et utgangspunkt for å identifisere tiltak og iverksette forbedringsprosjekter, og som igjen må inngå i periodisk rapportering til nivået over. Behovet for rapportering må være tilpasset risiko og måloppnåelse for kvalitet for det enkelte fagområde (mer om dette i kapittel 5 og 6).

Samtidig som det ikke alltid gis konkrete resultatmål i styringslinjen, er vi av den oppfatning at dette ikke hindrer lederne på det enkelte nivå å ha oversikter over status på resultater fra Helseatlasene og de nasjonale kvalitetsregistrene. Disse oversiktene vil være hensiktsmessige å benytte i styringsdialogen. Ved en eventuell vedvarende uønsket variasjon kan disse i neste omgang benyttes til å tydeliggjøre styringsbudskapet ved å sette konkrete resultatmål som grunnlag for tettere oppfølging.

5. Avdelingenes arbeid med å redusere uønsket variasjon

Hvert nivå i lederlinjen må ha egne prosesser for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sine aktiviteter for å nå tildelte mål og krav. Som en del av planleggingen skal det gjennomføres risikovurderinger av fastsatte mål. På bakgrunn av eventuell manglete måloppnåelse og risikoer for fremtidig måloppnåelse, må det prioriteres hvilke tiltak som skal iverksettes. For å sikre at det jobbes systematisk må arbeidet dokumenteres, eksempelvis gjennom handlingsplaner som beskriver sammenhengen mellom mål, risiko og tiltak.

I dette kapittelet fremkommer våre observasjoner og vurderinger knyttet til hvordan helseforetakene og sykehusene arbeider med å redusere uønsket variasjon og gjennom det oppnå et likeverdig tilbud av god kvalitet. I denne sammenheng undersøker vi nærmere hvordan de benytter informasjon fra Helseatlas og medisinske kvalitetsregistre i dette arbeidet. Følgende problemstilling er belyst:

- På hvilken måte benyttes styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å sikre et likeverdig tilbud og oppnå en god kvalitet i pasientbehandlingen?

5.1 Observasjoner

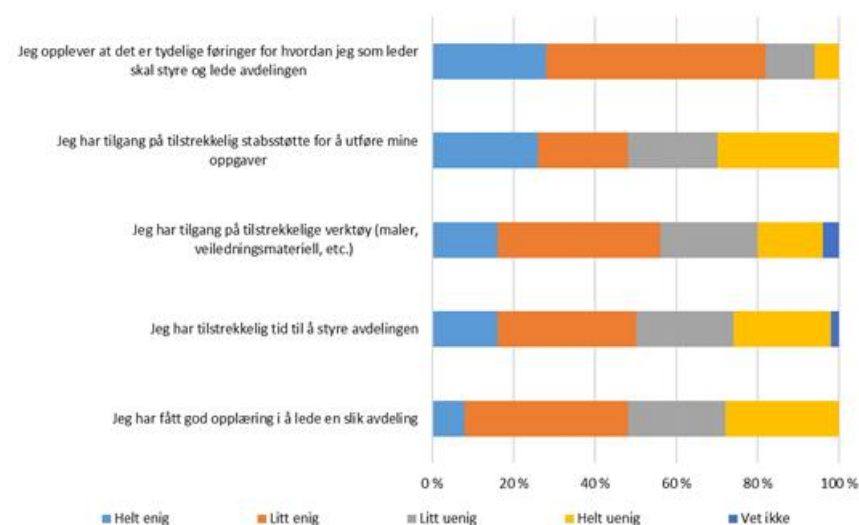
For å belyse problemstillingen har vi i undersøkelsen kartlagt forhold rundt lederrollen på avdelingsnivå, herunder tilgang til stab-støttefunksjoner for å understøtte arbeidet. Videre har vi undersøkt hvordan de i praksis arbeider med å redusere eventuell uønsket variasjon i tilbud av helsetjenester og kvalitet på behandlingen. I det kapittelet beskrives dette ut i fra følgende spørsmål:

- Hvordan er det tilrettelagt for utøvelse av styring og ledelse?
- Hvilken styringsinformasjon besitter avdelingslederne?
- Hvilken styringsinformasjon benyttes i forbedringsarbeid knyttet til kvalitet og forbruk?
- Hvordan benyttes Helseatlas?
- Hvordan benyttes kvalitetsregistre?

Hvordan er det tilrettelagt for utøvelse av styring og ledelse?

En forutsetning for å nå målene og levere faglig forsvarlige tjenester av god kvalitet, er å ha en klar organisasjons- og lederstruktur. I tillegg er det nødvendig med en tydelig beskrivelse av ansvar, myndighet og oppgavefordeling. Kompetanse skal gjenspeile den kunnskap og de ferdigheter som er nødvendig for å utføre tildelte oppgaver. Ut i fra dette må helseforetaket eller sykehuset sikre at lederne har tilstrekkelig kompetanse og støtte knyttet til å planlegge og følge opp sitt ansvarsområde.

Ansvar og «eierskapet» til de enkelte pasientforløp er som oftest plassert på avdelingsnivå, og avdelingslederne har derfor en svært sentral rolle i arbeidet med kvalitet. I spørreundersøkelsen ble avdelingslederne innledningsvis bedt om å ta stilling til hvor enig eller uenig de er i ulike påstander rundt forutsetninger for å ivareta sin rolle som leder, se figur 11.

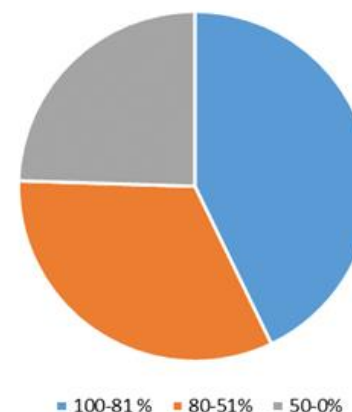


Figur 11 Hvor enig eller uenig er avdelingslederne i ulike påstander knyttet til forutsetninger for å ivareta lederrollen.

Som det fremgår av figur 11 er 80 % av avdelingslederne helt enig i eller litt enig i at det er tydelige føringer til hvordan de skal styre og lede avdelingen. Videre svarer om lag halvparten at de er *helt enig eller litt enig* i at de har tilstrekkelig stabsstøtte og verktøy, samt at de har fått god opplæring i å lede avdelingen.

Den resterende halvparten av respondentene er *litt uenig eller helt uenig* i dette. Flere respondenter kommenterer at de opplever en økning i administrative oppgaver og mål, samtidig som tilgangen på lederstøtte er redusert. Det kommenteres også at de opplever ulike kurs og opplæring som god, men at de etterlyser stabsfunksjoner og møteplasser med andre ledere for å utveksle erfaringer. Videre trekkes det frem at de mangler gode analyseverktøy som kan gi bedre oversikt over avdelingens drift. Andre respondenter viser til at de har god støtte i arbeidet, blant annet at det er etablert stabsressurser eller team som fungerer som prosessveiledere knyttet til forbedringsprosjekter. Disse viser også til at egen analyseenhet gir god støtte til at data gjøres tilgjengelig.

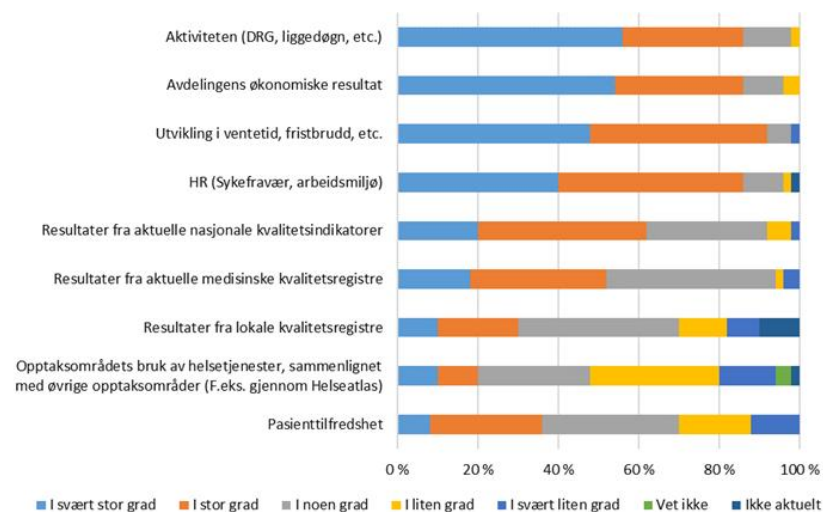
Figur 11 viser videre at om lag halvparten av avdelingslederne svarer at de er *helt enig eller litt enig* i at de har tilstrekkelig tid til å styre avdelingen. Den andre halvparten er *litt uenig eller helt uenig* i dette. Flere avdelingsledere kommenterer at de opplever at de ikke har tilstrekkelig tid til å styre avdelingen ettersom mye av tiden går til administrasjon. Vi ba i den sammenheng avdelingslederne anslå hvor mye av sin tid de bruker på å lede og styre avdelingen. Som det fremgår av figur 12 svarte omtrent 40 % av avdelingslederne at de bruker mellom 100-81 % av sin tid til å styre og lede avdelingen. Samtidig viser figuren at hver fjerde leder bruker mindre enn halvparten av sin tid til styring og ledelse. Vi har ikke undersøkt årsakene til disse forskjellene, men på bakgrunn av kunnskap fra tidligere revisjoner kan dette skyldes avdelingenes ulike størrelse og kompleksitet, ulike organisering og oppgavefordeling eller ulike ledelsespraksiser.



Figur 12 Anslå hvor mye tid du bruker på å lede avdelingen. Svar fra avdelingsledere

Hvilken styringsinformasjon besitter avdelingslederne?

Avdelingslederne har ansvar for mange områder, og ulike styringsinformasjon vil være et sentralt virkemiddel i planlegging og oppfølging i avdelingene. Spørreundersøkelsen har kartlagt i hvor stor grad avdelingslederne har oversikt over hvordan avdelingen ligger an på sentrale styringsparametere/-indikatorer innenfor ulike områder. Figur 13 viser at tilnærmet alle avdelingslederne oppgir at de *i svært stor grad eller i stor grad* har oversikt over hvordan avdelingen ligger an når det gjelder aktivitet, økonomi, ventetider og HR-relaterte forhold. Når det gjelder kvalitet i pasientbehandlingen og klinisk praksis svarer flestparten *at de i stor grad og i noen grad* har oversikt over aktuelle nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre. Ser vi på svarene knyttet til forbruk av helsetjenester er bildet annerledes. En betydelig andel svarer at de *i liten grad eller svært liten grad* kjenner til forbruk av helsetjenester innenfor sitt opptaksområde.



Figur 13 I hvilken grad har du oversikt over hvordan dere ligger an resultatmessig innenfor ulike styringsområder. Svar fra avdelingsledere

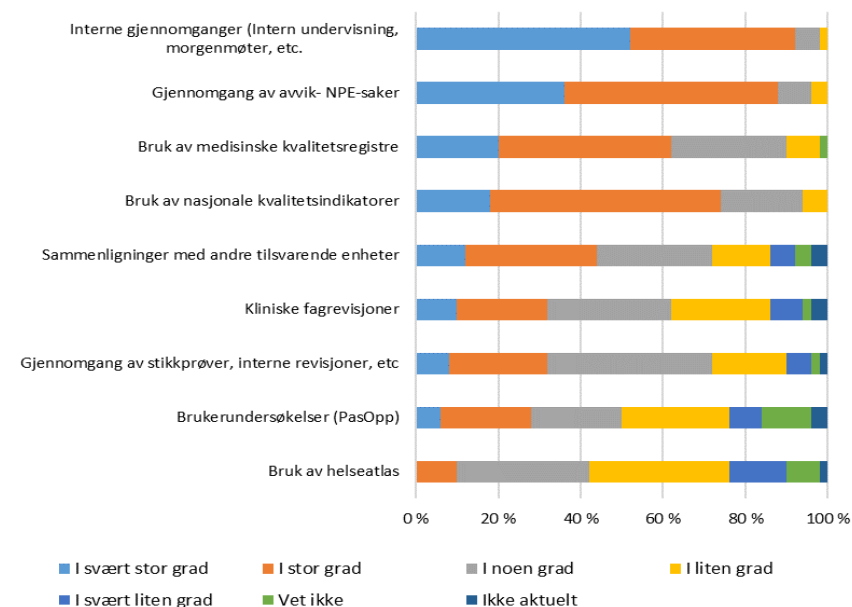
Helseatlasene gir informasjon per opptaksområde og ikke i for den enkelte avdeling, og dette gjør det vanskelig å vite hvordan man ligger an sammenlignet med andre (mer om dette senere i kapittelet). Av figur 13 fremgår det også at avdelingslederne i varierende grad har oversikt over pasienttilfredshet. I den sammenheng påpeker flere respondenter at pasienttilfredshet ikke måles systematisk, men at dette er et ønske og at temaet må settes høyere opp på dagsorden.

Hvilken styringsinformasjon benyttes i forbedringsarbeid knyttet til kvalitet og forbruk?

Det er mange informasjonskilder som avdelingslederne kan benytte i sitt arbeide for å oppnå et likeverdig tilbud av kvalitet i pasientbehandlingen. Vi har i den sammenheng spurt avdelingslederne hvilken styringsinformasjon som benyttes i et slikt arbeid. Som det fremgår av figur 14 benyttes ulik informasjon i arbeidet med å sikre god kvalitet og tilbud i pasientbehandlingen. Tilnærmet alle avdelingslederne oppgir at de i svært stor eller i

stor grad benytter egne interne gjennomganger gjennom morgenmøter og undervisning, samt gjennomganger av avviksmeldinger og NPE-saker for å sikre at helsehjelpen er i tråd med føringene.

Videre svarer rundt 70 % at de i svært stor eller i stor grad også benytter medisinske kvalitetsregistre og nasjonale kvalitetsindikatorer i dette arbeidet. Samtidig er det noen avdelingsledere som svarer at de i liten grad bruker kvalitetsregistre. Kliniske fagrevisjoner, stikkprøver, interne revisjoner og brukerundersøkelser benyttes i noe mindre grad enn de ovennevnte kildene. Enkelte har kommentert at det ikke gjennomføres brukerundersøkelser systematisk, og at de gir for lite informasjon som kan benyttes for læring. Det vises videre til at komplikasjonsmøter benyttes som en arena for kvalitetsforbedring.



Figur 14 I hvilken grad benyttes følgende styringsinformasjon i arbeidet med å følge opp at helsehjelpen er god. Svar fra avdelingsledere

Hvordan benyttes Helseatlas?

Når det gjelder bruk av Helseatlas fremgår det av figur 14 at om lag 40 % av avdelingslederne i stor grad eller i noen grad benytter dette som grunnlag for å se om de gir et helsetilbud som er i tråd med nasjonale føringer eller anerkjent praksis. For flere av fagområdene i undersøkelsen eksisterer det i dag ikke et Helseatlas. For de fagområdene der det i dag foreligger Helseatlas, svarer 65 % at de i svært stor eller i stor grad benytter disse. I den sammenheng opplyser enkelte helseforetak at de har tilgang på ressursperson som gjør data fra Helseatlas tilgjengelig og som skal brukes som grunnlag for et eventuelt forbedringsarbeid. Det vises til eksempler der sammenligning med andre enheter har utløst et forbedringsarbeid som igjen har resultert i at egen praksis er endret i tråd med føringene på fagområdet. Flere viser til at de i denne sammenheng har rettet oppmerksomhet mot å sette riktig indikasjon, særlig innenfor kirurgi og medikamentell behandling. Et av helseforetakene viser til at Helseatlasene har vært brukt aktivt over lang tid og at de samlet kommer godt ut sammenlignet med andre helseforetak og sykehus.

Flere av de vi har intervjuet viser stor interesse for Helseatlasene og generelt for temaet under- og overbehandling. De er også godt kjent med *Gjør kloke valg*-kampanjen i regi av Legeforeningen. Når det gjelder bruk av Helseatlas vises det samtidig til flere utfordringer. Enkelte respondenter har kommentert at de tilhører helseforetak hvor det tilbys like tjenester på flere lokasjoner, og at en må være kjent med at det er forbruksrater per opptaksområde som presenteres i Helseatlasene, og ikke opptaksområdet for den enkelte lokasjon. Det vises til at det derfor er krevende å finne tall for egen lokasjon. Denne utfordringen forsterkes i Oslo-området hvor det er mange helseforetak og ideelle sykehus, høy grad av gjestepasienter, samt private avtaleparter. I tillegg vises det til at det kan være vanskelig å tolke resultatene på bakgrunn av geografiske og demografiske forskjeller som påvirker forbruk av helsetjenester.

Videre vises det til at flere av Helseatlasene ikke er i sanntid og at de dermed ikke like relevante å bruke som grunnlag i et forbedringsarbeid. En av informantene uttrykker det slik:

Styringsdata må være ferske. Data som er 1,5-2 år gamle er alt for gamle. Helseatlas for ortopedi sier fortsatt noe om årene for 2012-2016.

Hvordan benyttes kvalitetsregistre?

I spørreundersøkelsen har vi bedt om en utdypning av hvordan avdelingslederne benytter nasjonale medisinske kvalitetsregistre i et forbedringsarbeid. Flere viser til at resultater fra disse registrene tas opp og diskuteres i ulike fora, som for eksempel kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU), morgenmøter, internundervisning, internt i avdelinger og fagråd. Ved enkelte helseforetak har fagrådene eller overordnet KPU fått i oppdrag å gå gjennom alle aktuelle kvalitetsregistre som grunnlag for å iverksette forbedringsprosjekter.

I tillegg til de nasjonale kvalitetsregistrene har flere avdelinger etablert egne lokale kvalitetsregistre som benyttes aktivt og operativt. Det vises til at dette er et krevende arbeid, blant annet på bakgrunn av personvern hensyn, samt at det er kostbart og tungvint å drifte.

Gjennom intervjuer vises det til at oppmerksomheten om kvalitet og kvalitetsarbeid har blitt intensivert de seneste 2-3 årene. I dette arbeidet har enkelte helseforetak/sykehus utarbeidet en totaloversikt over alle kvalitetsregistrene. Det er i den sammenheng utarbeidet oversikter som viser hvilke indikatorer innenfor ulike registre som scorer under- eller over måltallet. Dette forvaltes av respektive analyseavdelinger som regelmessig sender ut informasjon til ledere på ulike nivå. Det vises til at de aktuelle analyseavdelingene også bistår avdelinger med å hente en oversikt over egne data. Denne type oversikter er ikke utarbeidet ved alle helseforetak og sykehus i regionen. En av de intervjuede viser i den sammenheng til at de har arbeidet intenst med forbedringsprosjekter knyttet til de nasjonale indikatorene som inngår i pakkeforløpene for kreft og at de nå ønsker tilsvarende foretaksovergrepene oppmerksomhet på de nasjonale kvalitetsregistrene.

Flere respondenter uttrykker at registrene er et svært godt verktøy som grunnlag for å undersøke egen behandlingspraksis. Svarene i undersøkelsen viser også at det er et bredt spekter av ulike registre som benyttes aktivt i forbedringsarbeidet i helseforetakene og sykehusene.

Flere respondenter i spørreundersøkelsen kommenterer at de aktivt benytter resultatene for å identifisere forbedringsområder og bevaringsområder. Spørreundersøkelsen viser at om lag 2/3 av avdelingslederne har iverksatt tiltak på bakgrunn av resultater fra ulike kvalitetsregistre. Det gis en rekke eksempler, blant annet innenfor bruk av hofteproteser, smertelindring i mottak, artrosebehandling, STEMI-behandling, hjerneslag, hjerteinfarkt, oppfølging av kolesterol hos diabetikere, endokrinologi, reoperasjoner etter hoftebrudd og korbåndkirurgi. Enkelte informanter viser til at forbedringsprosjektene har vært i regi av nasjonale kvalitetsprosjekter. Andre viser til at de selv har igangsatt forbedringsprosjekter i samarbeid med andre helseforetak og sykehus.

Utgangspunktet for disse forbedringsprosjektene, var at avdelingene tok tak i indikatorer med lav score. Her identifiserte enhetene eventuell avvikende praksis, for gjennom det å gjøre nødvendige endringer – som for eksempel justere og endre prosedyrer og rutiner for behandlingspraksis. Det vises til at det i oppfølgingen av nye rutiner og prosedyrer ble satt interne kvalitetsmål i avdelingen. Målene ble fulgt tett opp til de for eksempel kom over landsgjennomsnittet. En avdelingsleder oppsummerer arbeidet slik:

Rent konkret går vi gjennom våre nasjonale og internasjonale data fra kvalitetsregistre og utarbeider tiltak knyttet til ulike områder som for eksempel valg av metode, implantater eller opplæring basert på denne gjennomgangen.

Enkelte avdelingsledere viser også til at helseforetak med samme behandling ved flere lokasjoner, har iverksatt internt benchmarking, med det formålet å kontinuerlig utvikle seg og oppnå best mulig resultater samlet sett for helseforetaket. Det vises i den sammenheng til et eksempel hvor de samlet

som helseforetaket resultatmessig har ligget på nasjonalt nivå innenfor sentrale indikatorer på hoftebrudd, men hvor de har hatt intern variasjon. I den sammenheng identifiseres årsaker og tiltak som gjennomføres for å løfte kvaliteten til den enheten som har lavest score. På den måten vil de samlet kunne oppnå resultater som er høyere enn landsgjennomsnittet - eventuelt høyere score enn fastsatt resultatmål som fremgår av kvalitetsregisteret. Denne type benchmarking er imidlertid ikke mulig innenfor alle pasientregistre ettersom data kun finnes på foretaksnivå.

I tillegg til at helseforetakene og sykehusene benytter kvalitetsregistre, samt Helseatlas til forbedringsarbeid, viser flere av de vi har intervjuet til at de også informerer pasientene om nettsidene hvor denne informasjonen er tilgjengelig, slik at de er informert om hvordan de ligger an i forhold til resten av landet på sentrale indikatorer. På den måten vil pasientene være i stand til å få et innblikk i kvaliteten på behandlingen ved sykehuset sammenlignet med andre helseforetak og sykehus.

Samtidig som mange avdelinger benytter kvalitetsregistrene aktivt, påpeker enkelte respondenter at de i mindre grad bruker kvalitetsregistre som styringsverktøy. De viser til en rekke årsaker:

- det er ikke etablert nasjonale registre for alle viktige pasientforløp
- det er treghet i rapporteringen - tilgangen på data
- det er ikke pålitelige og sammenlignbare tall
- vanskelig å tolke data
- det er ikke like dekkende måltall for kvalitet/klinisk praksis
- det ikke er avsatt midler til å ansatte ressurser som kan ha ansvar for å drifte arbeidet
- digitale verktøy er ikke optimale
- det er mange manuelle prosesser som er ressurskrevende

Enkelte av avdelingslederne viser til at de over tid ikke har vært tilstrekkelig oppmerksomhet på å anvende data fra registrene. Det vises til at det har vært fokus på rapportering til registrene og for lite bruk av dataene til styring. I tilknytning til styringsdata er det også et ønske at man kan få regelmessige oppsummeringer hvor også endringer fremkommer, det vil si om en har lavere

eller høyere score enn ved forrige måling. Enkelte viser til at de ønsker «online» styringsdata, som for eksempel vises ved bruk av et «Dashboard» som viser status på måloppnåelse. En av de intervjuede viste i denne sammenheng til hvordan dette ble gjort i et annet land:

Jeg har vært med på et skotsk forbedringsarbeid hvor du på intensiv ble møtt med status på indikatorene. På den måten må man være på hele tiden».

Videre påpekes det at styringsdata knyttet til tilbud og kvalitet kommer i konkurranse med aktivitetskrav og økonomi. Enkelte viser også til at bruk av kvalitetsregistre i noen grad er blitt nedprioritert i avdelingen de siste par år på bakgrunn av at pandemien har vært krevende.

En forutsetning for å bruke data fra kvalitetsregistre til kvalitetsforbedring eller forskning, er at avdelingene registrerer og rapporterer inn data til de som forvalter registrene, slik at man får en høyest mulig dekningsgrad på utførte behandlinger i den enkelte avdeling. Data viser imidlertid at dekningsgraden innfor ulike registre varierer innad og mellom helseforetak/sykehus. Flere informanter viser til at legene i varierende grad har tid til å registrere informasjon til registrene og at dekningsgraden dermed varierer.

Ut i fra intervjuer og kommentarer i spørreundersøkelsen, er det oppmerksomhet på å rapportere data til medisinske kvalitetsregistre. Det fremkommer også at det er etablert føringer for denne rapporteringen. Ut i fra intervjuer med et helseforetak vises det til at det er stort fokus på tidsriktig og kvalitet på rapportering til registrene ettersom dette skal benyttes i et forbedringsarbeid innenfor avdelingene, samt grunnlag for felles gjennomgang på foretaksnivå.

5.2 Vurderinger

Varierende bruk av kvalitetsregistre og Helseatlas i avdelingene

Gjennomgangen viser at avdelingene benytter flere ulike informasjonskilder i arbeidet med å oppnå et riktig pasienttilbud med god kvalitet. De mest utbredte kildene er morgenmøter, samt gjennomgang av NPE-saker og avviksaker. Undersøkelsen viser at 60 % av avdelingene i svært stor grad eller i stor grad benytter tilgjengelige kvalitetsregistre for å følge med på om helsehjelpen er god. De øvrige benytter disse i noen grad eller i liten grad. Gjennomgangen viser at om lag 2/3 av avdelingslederne, har iverksatt tiltak på bakgrunn av resultater fra kvalitetsregistrene. Undersøkelsen viser videre at for de fagområdene der det i dag foreligger Helseatlas, svarer 65 % at de i svært stor eller i stor grad benytter disse.

Hva er konsekvensene av at enkelte avdelinger ikke benytter Helseatlas og kvalitetsregistre i sitt arbeide?

Vi vurderer det som positivt at informasjon fra Helseatlas og kvalitetsregistre benyttes i kvalitetsforbedring ved de fleste avdelingene. Vi er samtidig av den oppfatning at det er bekymringsfullt at en relativt stor andel respondenter opplyser at de i mindre grad benytter denne informasjonen som grunnlag for arbeid med kvalitetsforbedring.

Ettersom kvalitetsregistrene gir informasjon om resultatmål for beste faglige praksis og enhetens egne resultater, vurderer vi at manglende bruk av kvalitetsregistre innebærer en risiko for at behandlingsresultatene ikke blir optimale. Når det gjelder Helseatlasene gir disse informasjon om forbruk av ulike typer helsehjelp per opptaksområde. Vi vurderer at manglende bruk av Helseatlas innebærer risiko for at mulig over- eller under behandling ikke fanges opp. Dette vil igjen kunne medføre at ressursallokeringen i og mellom avdelinger ikke blir optimal.

Hva kan årsakene være?

Ut i fra observasjonene i kartleggingen vurderer vi det er ulike årsaker til at kvalitetsregistre og Helseatlas ikke benyttes gjennomgående i alle avdelingene. En grunnleggende årsak kan være fravær av insentiver på grunn av mindre tydelige forventninger til at lederne skal benytte dette i sitt plan- og

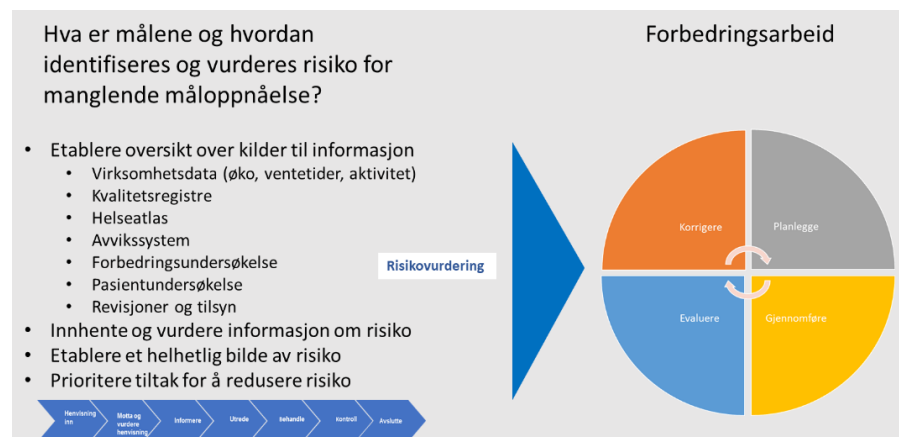
oppfølgingsarbeid, jf. vurderingene i kapittel 4. En annen viktig årsak er utfordringer knyttet til tilgang på styringsdata og/eller at dataene ikke er tidsaktuelle, kvalitet på dataene, dekkende data mm. Av andre årsaker vises det videre til begrenset tid til å utøve lederrollen, herunder manglende ressurser til å understøtte et slikt arbeid.

Hva er ønsket praksis/retning?

Et system for kontinuerlig forbedring bør baseres på ulike informasjonskilder, herunder tilgjengelige styringsdata. Kvalitetsregistre og Helseatlas er sentrale kilder i denne sammenheng.

For å ta styrke arbeidet med å i større grad ta i bruk styringsinformasjon fra Helseatlas og kvalitetsregistre, vurderer vi det som avgjørende at styringsdata er lett tilgjengelig, sammenlignbare og regelmessig oppdatert. I den sammenheng vurderer vi det som positivt at flere helseforetak og sykehus arbeider med å etablere ulike verktøy som illustrerer status på indikatorer på en enkel og lettfattelig måte. Dette gjelder også det arbeidet som Helse Sør-Øst RHF har igangsatt knyttet til å tilgjengeliggjøre styringsdata på et regionalt nivå. Lett og god tilgang på styringsdata er avgjørende for at helseforetakene og sykehusene benytter dette i sitt forbedringsarbeid. I den sammenheng vurderer vi at det vil være hensiktsmessig å benytte denne type styringsinformasjon som en del av avdelingenes plan- og oppfølgingsarbeid. Styringsinformasjonen bør inngå som et grunnlag som benyttes for å kartlegge risikoer for manglende måloppnåelse, eksempelvis i forhold til målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet i klinisk praksis og tilbud på helsetjenester.

Figur 15 illustrerer at vurdering av risiko er en aktivitet som skal gjøres i forbindelse med planarbeidet. Figuren eksemplifiserer kilder som kan være informasjonsgrunnlag for å identifisere og vurdere risiko for manglende måloppnåelse i pasientbehandlingen. Her inngår for eksempel kvalitetsregistre og Helseatlas som en av flere mulige kilder. På bakgrunn av en eventuell manglende måloppnåelse eller risikoer for fremtidig måloppnåelse, skal denne type informasjon benyttes til å prioritere hvilke tiltak som skal iverksettes og inngå i et forbedringsarbeid. For å sikre at det jobbes systematisk må arbeidet dokumenteres, eksempelvis gjennom handlingsplaner som beskriver sammenhengen mellom mål, risiko og tiltak.



Figur 15 Illustrasjon av hvor arbeidet med risikovurderinger for manglende måloppnåelse kommer inn, for eksempel i forbindelse med mål knyttet til et pasientforløp og mulige kilder som kan benyttes som grunnlag for et forbedringsarbeid.

Etter valg av tiltak må det beskrives hvilke effekter og resultater disse forventes å gi. Det bør fremkomme hvordan dette skal måles og følges opp gjennom bruk av styringsinformasjon. Styringsinformasjon i et helseforetak eller sykehus kan være bruk av ulike indikatorer fra for eksempel nasjonale og/eller sykdomsspesifikke registre, Helseatlas, virksomhetsdata, egenutviklede data. Styringsinformasjon kan også være resultater fra kliniske revisjoner, bruker- og pasientopplevelser, gjennomgang av uønskede hendelser, NPE-saker mm.

6. Rapportering og oppfølging

Det er en forutsetning at det er etablert klare mål for det enkelte nivå for å sikre god styring. Ledelsen har ansvar for jevnlig å etterspørre og følge opp styringsinformasjon knyttet til måloppnåelse. Oppfølgingen skal gi informasjon om målene nås, og om gjennomførte tiltak etterleves og gir ønsket effekt.

I dette kapittelet fremkommer våre observasjoner og vurderinger knyttet til hvordan målet om å redusere uønsket variasjon følges opp i styringslinjen. Vi har her undersøkt hvilken styringsinformasjon som rapporteres og følges opp, herunder i hvilken grad informasjon fra Helseatlas og nasjonale kvalitetsregistre brukes i denne sammenheng. Følgende problemstilling er belyst:

- På hvilken måte er målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet og forbruk fulgt opp i styringslinjen?

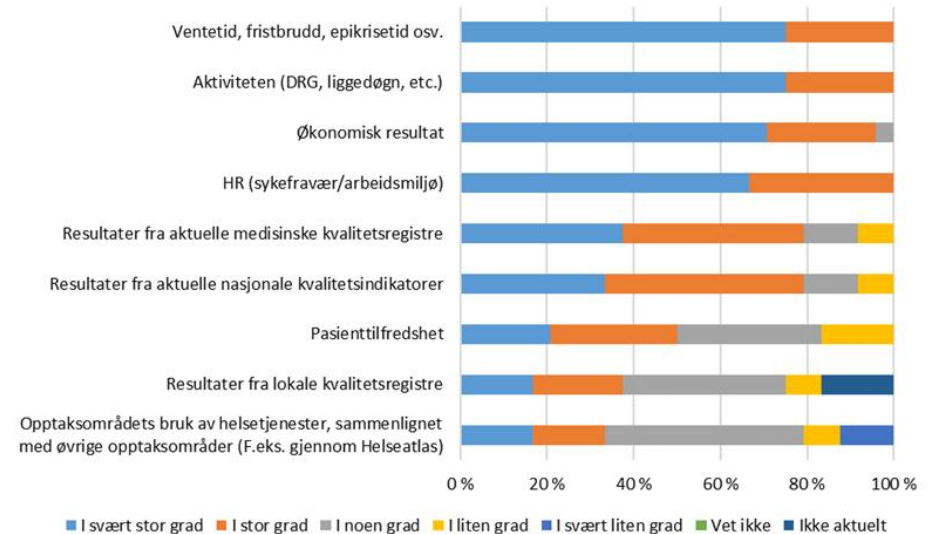
6.1 Observasjoner

For å belyse problemstillingen har vi i undersøkelsen kartlagt hvilken styringsinformasjon som benyttes i rapportering og oppfølging av mål og krav, herunder bruken av styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas. I kapittelet belyses dette ut i fra følgende spørsmål:

- Hvilke områder er det klinikk-/divisjonsledere følger opp ved underliggende avdelinger, og hvor ofte gjøres dette?
- Hvilke områder er det administrerende direktør følger opp ved klinikk-/divisjonsledere, og hvor ofte gjøres dette?

Hvilke områder er det klinikk-/divisjonsledere følger opp ved underliggende avdelinger, og hvor ofte gjøres dette?

Klinikk-/divisjonslederne har ofte ansvar for mange underliggende avdelinger med til dels ulike fagområder. Vi har i den sammenheng først undersøkt i hvilken grad de opplever å ha oversikt over resultatene for underliggende avdelinger på utvalgte styringsområder, se figur 16.



Figur 16 I hvilken grad har du som klinikk-/divisjonsleder oversikt på utvalgte styringsområder ved underliggende avdelinger.

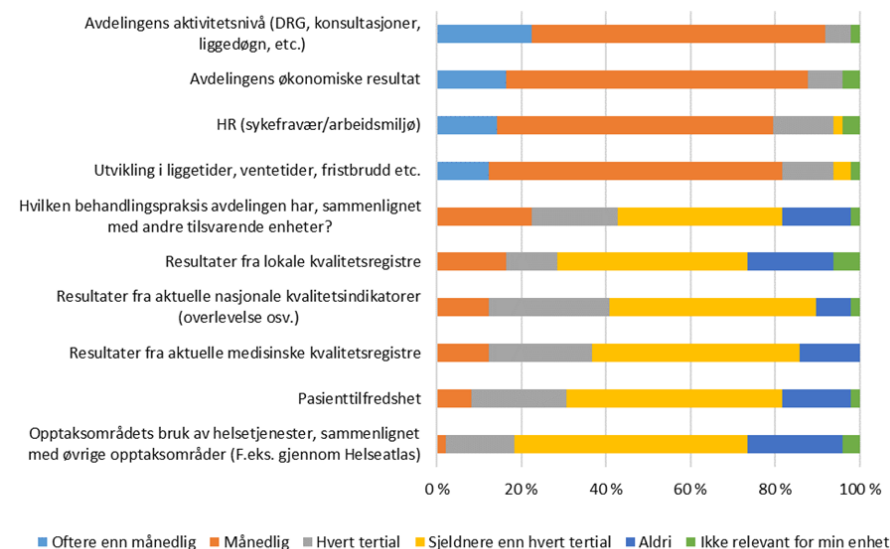
Figur 16 viser at tilnærmet alle klinikk-/divisjonslederne opplever at de i svært stor grad eller i stor grad har oversikt over resultatene til underliggende enheter når det gjelder ventetid, fristbrudd, aktivitet, økonomi og ventetider, samt HR-relaterte forhold. Når det gjelder kvalitet i behandlingen svarer ca. 80 % at de i svært stor grad og i stor grad opplever å ha oversikt over resultater fra nasjonale kvalitetsregistre og de nasjonale kvalitets-indikatorerne. Det er samtidig ca. 20 % som opplever at de i noen grad eller i liten grad har oversikt over denne informasjonen. En av respondentene påpeker at det er et stort ønske at helseforetaket gjør denne type styringsdata tilgjengelig på en enkel og oversiktlig måte for alle lederne.

Figur 16 viser videre at ca. 50 % av klinikk-/divisjonslederne opplever at de har *i svært god grad eller svært god grad* oversikt over pasienttilfredsheten i avdelingene. Enkelte har her kommentert at pasienttilfredshet ikke måles systematisk, men at man ser frem til hyppigere og mer kontinuerlige målinger ved hjelp av nye digitale løsninger, jf. kapittel 4 og 5.

Når det gjelder oversikt over forbruk av helsetjenester fremgår det av figur 16 at dette oppleves litt forskjellig. Det påpekes i den sammenheng at Helseatlasene oppdateres for sjelden til at de kan være gode verktøy for bruk i styring, samt at de gir informasjon per opptaksområde og ikke i forhold til den enkelte avdeling, jf. kapittel 4 og 5.

Videre har vi kartlagt hvor ofte avdelingslederne blir fulgt opp på ulike styringsområder. Figur 17 viser at avdelingslederne blir fulgt opp på aktivitet, økonomi, HR og ventetider månedlig eller hyppigere. Når det gjelder nasjonale kvalitetsindikatorer, medisinske kvalitetsregistre og forbruk av helsetjenester, svarer et stort flertall av avdelingslederne at dette følges opp tertialvis eller sjeldnere. Figuren viser samtidig at enkelte avdelingsledere oppgir at de aldri blir fulgt opp på denne type styringsinformasjon.

Intervjuer og kommentarer i spørreundersøkelsen, viser at det er noe ulik systematikk ved hvordan ledere i klinikkene/divisjonene følger opp avdelingenes arbeid med å redusere uønsket variasjon. Enkelte klinikker/divisjoner har etablert et system hvor alle avdelinger skal rapportere status på resultater fra kvalitetsregistre og Helseatlas som en del av den ordinære oppfølgingen. I den sammenheng har enkelte helseforetak etablert egne system som samler styringsdata fra ulike databaser, og bidrar til å synliggjøre forbedringsområder for fagområdene i de ulike avdelingene.



Figur 17 Hvor ofte blir du som avdelingsleder fulgt opp på følgende styringsområder av din leder.

Det vises her til at en slik oppfølging ofte gjøres en til to ganger per år. Andre avdelingsledere viser til at dette ikke er en del av den ordinære oppfølgingen i styringslinjen, men blir fulgt opp i fagråd og/eller kvalitetsutvalg hvor både avdelingsledere, klinikk-/divisjonslederne, samt fagdirektør deltar. Det påpekes ved flere helseforetak/sykehus at det er en ambisjon å få dette arbeidet også inn i den ordinære styringslinjen.

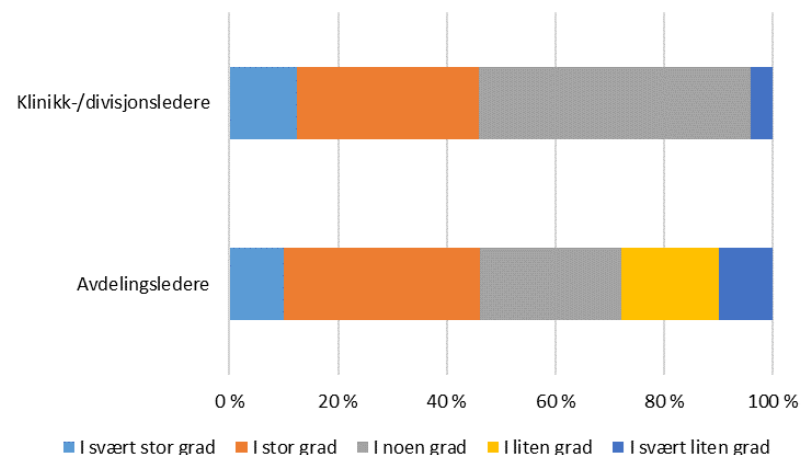
På den andre siden er det flere av avdelingsledere, samt enkelte klinikk-/divisjonsledere, som uttrykker at det i varierende grad er en helhetlig oppfølging på kvalitet og forbruk mellom klinikk/divisjon og avdeling. Flere avdelingsledere påpeker i den sammenheng at dette ikke trenger å bety at man ikke arbeider med å redusere uønsket variasjon. Flere viser til at dette

gjøres, men at informasjonen i varierende grad er etterspurt i oppfølgingen. I den sammenheng vises det også til at det er noe uklare ansvarsforhold mellom ledernivåene med hensyn til hva som skal rapporteres og følges opp. En av lederne oppsummerer det slik:

Kvalitet i pasientbehandlingen må i større grad inn i styringsdialogen og alle nivåer må ta eierskap til kvalitet. Dette er krevende og et brudd i styringstradisjoner i helsesektoren.

Flere avdelingsledere påpeker at det er variasjon når det gjelder hvilke styringsområder klinikk-/divisjonslederne er opptatt av i oppfølgingen. Enkelte opplever at det til enhver tid er den økonomiske tilstanden som er styrende for virksomheten. De beskriver at det er et betydelig fokus på økonomi og ventetider, og at øvrige forhold oppleves som underordnet. Dette fremkommer til tross for at risikoanalyser indikerer at avdelinger også har andre utfordringer, for eksempel innen kvalitet på pasientbehandlingen. Andre viser til at det er oppmerksom om rapportering og oppfølging av status på registrering til registrene, men at det i mindre grad er interessant å følge opp resultatet fra registrene.

Vi har i spørreundersøkelsen også stilt et litt mer generelt spørsmål til klinikk-/divisjonsledere om i hvilken grad de har vært opptatt av temaene kvalitet og forbruk i sin oppfølging av underliggende avdelinger. Vi har også stilt tilsvarende spørsmål til avdelingslederne av hvordan de opplever å bli fulgt opp på disse temaene. Figur 18 viser at om lag halvparten av klinikk-/divisjonslederne og avdelingslederne opplever i *svært stor grad* og i *stor grad* at dette er tema i oppfølgingen. Om lag 30 % av avdelingslederne opplever imidlertid at disse temaene i *liten grad* eller i *svært liten grad* inngår i oppfølgingen.

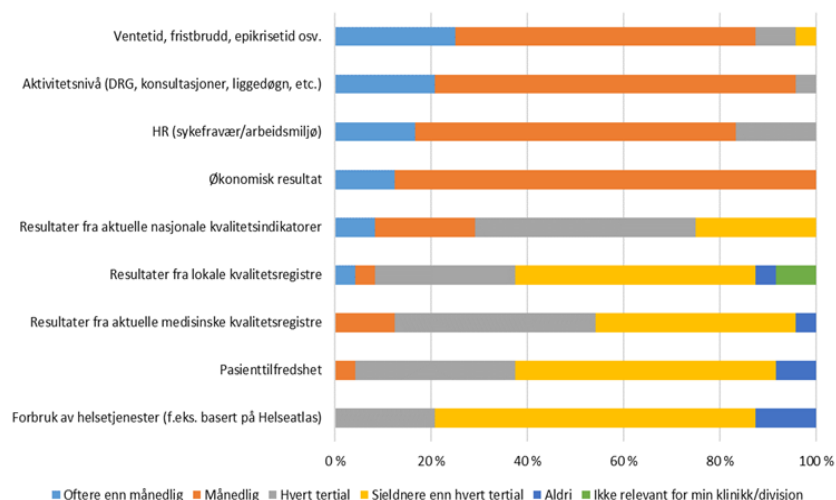


Figur 18 I hvilken grad opplever henholdsvis klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere at temaene kvalitet og forbruk inngår i styringsdialogen mellom klinikk/divisjon og avdeling. Svar fra klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere

Hvilke områder er det administrerende direktør følger opp ved klinikk-/divisjonsledere, og hvor ofte gjøres dette?

Tilsvarende som for avdelingslederne, har vi kartlagt hvor ofte administrerende direktør følger opp klinikk- og divisjonslederne på ulike styringsinformasjon. Av figur 19 fremgår det at tilnærmet alle klinikk-/divisjonslederne svarer at helseforetakets eller sykehusets øverste ledelse følger opp ventetider, aktivitet, HR og økonomi månedlig eller hyppigere. Når det gjelder resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer og medisinske kvalitetsregistre, samt forbruk av helsetjenester svarer et stort flertall av klinikk-/divisjonslederne at overordnet ledelse følger opp dette tertialvis eller sjeldnere. Et fåtall svarer at de aldri følger dette opp.

Enkelte har i undersøkelsen kommentert at ulikhet i oppfølging både skyldes at resultatene om kvalitet kommer sjeldnere enn de øvrige forholdene, samt at det er mindre tydelige mål innen kvalitet.



Figur 19 Hvor ofte blir klinikk-/divisjonsledere fulgt opp på følgende styringsområder av din leder. Svar fra klinikk-/divisjonsledere

Det fremkommer i intervjuer av fagdirektører og klinikk-/divisjonsledere, at systematikken på rapportering og oppfølging av kvalitet og forbruk på overordnet nivå gjøres på ulike måter i helseforetakene og sykehusene. Disse observasjonene samsvarer med beskrivelsene av hvordan rapportering og oppfølging mellom avdeling og klinikk/divisjon er satt i system. På et overordnet nivå har for eksempel enkelte fagdirektører oversikter over alle kvalitetsregistre og Helseatlas, og bruker disse systematisk i sin oppfølging av klinikkene/divisjonene, mens andre ikke gjør dette. Videre fremkommer det at flere helseforetak og sykehus har hatt gjennomganger av resultater fra

nasjonale kvalitetsregistre for styrene for det enkelte helseforetak og sykehus. Da gjennomgås et utvalg registre, og man viser frem både indikatorer med gode eller dårligere resultater, samt der det kan være intern variasjon i helseforetaket/sykehuset.

6.2 Vurderinger

Flere ledere opplever at uønsket variasjon i for liten grad inngår som tema i styringslinjens oppfølgingsmøter

Gjennomgangen viser at det er ulik systematikk på hvordan informasjon om kvalitetsregistre og Helseatlas inngår i rapportering og oppfølging i helseforetakene og sykehusene. Enkelte har gode oversikter over resultater fra kvalitetsregistre og Helseatlas, og bruker disse gjennomgående i rapportering og oppfølging. I andre helseforetak eller sykehus er det ikke etablert oversikter, samt at rapportering og oppfølging på kvalitet og forbruk varierer. Enkelte avdelingsledere viser til at de aldri blir fulgt opp på denne type styringsinformasjon.

Hva er konsekvensene av manglende rapportering og oppfølging på kvalitet?

Konsernrevisjonen vurderer at manglende rapportering og oppfølging av hvilket pasienttilbud som gis og kvalitet på pasientbehandlingen, innebærer risiko for at kritisk informasjon ikke når riktig ledelsesnivå, herunder opp til styret. Eventuelle utfordringer vil da ikke nødvendigvis fremkomme i beslutningsgrunnlaget og inngå å ledelsens avveininger og prioriteringer. Dette kan i ytterste konsekvens medføre at virksomheten blir «understyrt» på helsetjenestene som utøves i virksomheten.

Videre vil det være en risiko for at gode faglige resultater heller ikke vil bli synliggjort. Bak gode resultater vil det kunne være et forbedringsarbeid som bør deles som grunnlag for læring i virksomheten. Manglende oppmerksomhet om forbedringsarbeid og gode resultater vil også kunne redusere fagmiljøene engasjement for å skape læring på tvers.

Hva kan være årsakene?

Konsernrevisjonen vurderer at årsakene knyttet til mangler i rapportering og oppfølging i styringslinjen er sammensatte. Oppfølgingen av tilbud og kvalitet i helsetjenestene har tradisjonelt foregått innad i fagmiljøene og derfor ikke blitt synliggjort i virksomhetsstyringen. En viktig årsak er trolig at mål knyttet til kvalitet på helsetjenesten ikke er tilstrekkelig tydeliggjort i styringsbudskapet, jf. vurderingene i kapittel 4. Videre kan det være uklare forventninger til hvordan avdelingene skal nyttiggjøre seg av ulike kilder, herunder kvalitetsregistre og Helseatlas, i sitt arbeid med kvalitet, jf. vurderingene i kapittel 5. En annen årsak er at det i varierende grad er utarbeidet styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas som er oversiktlige og oppdaterte.

Hva er ønsket retning?

Undersøkelsen indikerer at det er behov for å utvikle større balanse i styringen i helseforetakene og sykehusene, slik at kvalitet i helsetjenestene og forbruk av tjenester i større grad fremkommer som en del av styringsgrunnlaget. En god og balansert rapportering og oppfølging i styringslinjen er avhengig av et tydelig styringsbudskap i form av gode og tilpassete mål, for eksempel for en avdeling.

Videre krever dette tydelige forventninger til hvordan lederne skal systematisere og dokumentere arbeidet med kvalitet innenfor egne avdelinger og fagområder. Dette arbeidet bør videre brukes som grunnlag i oppfølgingen i styringslinjen. Et slikt system vil legge til rette for at ledere og styret blir informert om hvorvidt kvaliteten i helsetjenestene er på ønsket nivå – samt om eventuelle utfordringer og risikoer.

Vedlegg 1

Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon	
Oppdrags- og bestillingsdokument 2021 og 2022 til Helse Sør-Øst RHF, samt til helseforetak og sykehus	Gjør kloke valg: Legeforeningen.no/kloke-valg/
Regional utviklingsplan 2035 Helse Sør-Øst RHF	FOR MYE, FOR LITE ELLER AKKURAT PASSE? Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten. Legeforeningen 2016
Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Helse Sør-Øst RHF 2021	Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester. Del av Dokument 3:2 (2019–2020)
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. 2017	Uønsket variasjon ved Sykehuset Østfold HF – Rapport 4/2018 konsernrevisjonen
Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst, Helse Sør-Øst RHF 2020	Uønsket variasjon ved Sykehuset Innlandet HF – rapport 3/2019 konsernrevisjonen
Måned-, tertial- og årsrapporter fra helseforetak og sykehus.	Risikostyring og kvalitet ved Oslo universitetssykehus HF – rapport 3/2021 konsernrevisjonen
Medisinske kvalitetsregistre: Kvalitetsregistre.no	Evaluation of the NHS England evidence-based interventions programme: a difference-in-difference analysis. Anderson m.fl. 2019
Helseatlasene: Helseatlas.no	The Impact of Choosing Wisely Interventions on Low-Value Medical Services: A Systematic Review. Betsy m.fl. 2021
Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM). Hovedrapport 2018:	Changes in the rate of publicly financed knee arthroscopies: an analysis of data from the Norwegian patient registry from 2012 to 2016. Holtedahl m.fl. 2017
Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten Indikatorer for måling av uberettiget variasjon. Utredning fra SKDE for de regionale helseforetakene. November 2016	Reflecting Poorly. Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries. The Common Wealth Fund: Mirror, Mirror 2021:

Vedlegg 2

Gjennomførte samtaler

Foretak	Rolle	Navn	Dato
VVHF	Direktør fag	Ulrich Spreng	20.04.22
VVHF	Klinikkdirektør Drammen	Inger Meland Buene	20.04.22
VVHF	Avdelingssjef medisinsk avdeling, Drammen	Karianne Høstmark	20.04.22
VVHF	Klinikkdirektør Bærum	Trine Olsen	21.04.22
VVHF	Avdelingssjef Ortopedisk avdeling Bærum	Wender Figved	21.04.22
STHF	Fagdirektør	Halfrid Waage	21.04.22
STHF	Klinikksjef kirurgisk	Kjetil Christensen	22.04.22
STHF	Avdelingsleder ortopedi	Ingunn Holtar Rønning	22.04.22
SiV	Fagdirektør	Jon Anders Takvam	04.05.22
SiV	Konstituert Klinikksjef medisin	Jørn Evert Jacobsen	04.05.22
SiV	Avdelingssjef medisinsk avdeling	Vidar Ruddox	04.05.22

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak eller sykehus.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak og sykehus.

Vår visjon

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst og gjennom dette bidra til bedre helsetjenester.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene og sykehusene

Om revisjonsprosjektet

Revisjonsperiode: Februar 2022 – september 2022

Virksomhet: Alle helseforetak i Helse Sør-Øst, samt Lovisenberg
Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Tove Farstad (oppdragsleder)
- Marianne Enger (internrevisor)
- Anders Tømmerås (internrevisor)
- Hans Petter Eide (internrevisor)

Rapporten er oversendt til:

- Styrets revisjonsutvalg i Helse Sør-Øst RHF
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
- Styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst, samt for Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus
- Administrerende direktør i helseforetakene i Helse Sør-Øst, samt for Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>

Dato: 22. Oktober 2022
Saksbehandler: Ulrich Spreng

Saksfremlegg

Sykehus i nettverk og sårbare fagmiljøer

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	109/2022	31.10.2022

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Drammen, 24. Oktober 2022

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Vestre Viken har fire somatiske sykehus (Drammen sykehus (DS), Bærum sykehus (BS), Ringerike sykehus (RS), Kongsberg sykehus (KS)), ett psykiatrisk sykehus (Blakstad sykehus), et nærsykehus (Hallingdal sjukestugu), fem distriktpspsykiatriske sentre (DPS), (Asker, Bærum, Drammen, Kongsberg, Ringerike) samt avdelinger for barn og unge (BUPA). Disse institusjoner jobber sammen i nettverk (sykehus i nettverk).

Det er etablert en strategisk arbeidsgruppe for somatikk hvor klinikkdirektører av de somatiske sykehus, klinikkdirektør i klinikk for medisinsk diagnostikk og direktør fag deltar. Fagnettverk innen indremedisin, kirurgi, ortopedi, anestesi/intensiv/operasjon og gynekologi/fødselshjelp er under etablering. Videre er operative arbeidsgrupper/team under etablering i fagområder med særskilte utfordringer (onkologi, hematologi, urologi, intensiv).

Blakstad sykehus, DPS og BUPA er organisert i klinikk for psykisk helsevern og rus, og enhetene samarbeider i nettverk.

Målbildet er «ett Vestre Viken sykehus under et stort tak». Dette er i henhold til nasjonal helse- og sykehusplan.

Sykehus i nettverk har som formål å tilby gode og likeverdige helsetjenester av god kvalitet og med høy pasientsikkerhet. Behandling for vanlige sykdommer, kroniske tilstander, psykiske helseproblemer og rusavhengighet skal tilbys så nær der pasienten bor (er) som mulig. Samarbeid skal sikre at Vestre Viken benytter sine ressurser til pasientens beste. Samarbeid skjer både fysisk (ambuleringsordning), men i økende grad digitalt (virtuelt).

Helse Sør-Øst RHF har 28. juni 2022 gitt oppdrag til helseforetakene om å vurdere bedre bruk av avtalespesialister og elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus, jamfør tilleggsdokumentet fra departementet til de regionale helseforetakene om å legge til rette for desentralisering av spesialisthelsetjenestene. Dette oppdraget ble besvart den 30.9.22.

Saksutredning

For å levere god kvalitet og redusere uønsket variasjon er det nødvendig at fagmiljøene i Vestre Viken er robuste. Dette betyr at drift med adekvat kompetanse er sikret gjennom hele året, og at det er gode forhold for utdanning og kollegastøtte. Funksjoner mellom sykehus fordeles mellom sykehus slik at de samlet dekker behovene til befolkningen i helseforetakets opptaksområde. Samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings-/ambuleringsordninger skal sikre at resultatet blir kvalitet i alle ledd, og gode og sømløse pasientforløp.

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

Når en ser på aktivitet og funksjoner i Vestre Viken er det viktig å kjenne til avhengigheter:

Funksjonell avhengighet:

Gjeldende der forskjellige faggrupper og/eller profesjoner må samarbeide for å gi god pasientbehandling. Eksempler er tverrfaglig utredning, behandling av pasienter med sammensatte lidelser, kreftbehandling og slagbehandling

Tidsmessig avhengighet:

Gjeldende der tiden er viktig for utfallet av pasientbehandlingen. Eksempler på tidsavhengige situasjoner er akuttbehandling av pasienter med hjertestans eller forløpstider innen kreftsykdommer og innen PHV og TSB.

Stedsavhengighet:

Gjeldende der det er nødvendig at ulike faggrupper befinner seg fysisk sammen, på samme sted, for å utrede eller behandle pasienten (anestesipersonell og operasjonspersonell som må være til stede under operasjon av pasienten). En betydelig andel av samarbeidet mellom faggrupper kan foregå stedsuavhengig ved hjelp av digital teknologi.

Volumavhengighet:

Gjeldende der det er viktig at det utføres et tilstrekkelig antall av en viss type utredninger eller behandlinger for å sikre mengdetrening og god kvalitet. Volumavhengighet kan avhjelpes med rotasjon av helsepersonell som sikrer tilstrekkelig mengdetrening. Et eksempel på volumavhengighet er kirurgi ifm. endetarmskreft.

Infrastrukturavhengighet:

Gjeldene når infrastruktur har så høy kostnad (investering og/eller drift) at utrednings- eller behandlingstilbud bør begrenses til et sted med et aktivitetsvolum som innebærer god bruk av infrastruktur og øvrige ressurser både med hensyn til økonomi og kompetanse. Eksempler på slik infrastruktur i dag er operasjonsrobot, avansert bildediagnostikk, patologi, spesialisert intensivbehandling.

Kompetanseavhengighet:

Gjeldende for aktivitet som trenger kompetanse som er særlig spesialisert. Eksempler er barnekirurgi, karkirurgi.

Tilgjengelighetsavhengighet:

Gjeldende når det er vanskelig å rekruttere helsepersonell enten generelt i helse-foretaket eller ved enkelte sykehus/institusjoner. Eksempler er urologer, onkologer, psykiatere, intensivsykepleiere, operasjonssykepleiere, jordmødre.

Gjelder også når det er nok spesialister på et sykehus, mens det mangler spesialister på et annet sykehus, og arbeid på tvers krever ambulering.

Disse avhengigheter er viktige å kjenne til når sykehus jobber sammen i nettverk og når man diskuterer hvilken elektiv aktivitet som kan/bør utføres på hvilket/hvilke sykehus og hvilken aktivitet som kan flyttes fra større sykehus til lokalsykehus. Dette gjelder særlig for elektiv operativ aktivitet.

Drammen sykehus og Bærum sykehus er de største sykehusene i Vestre Viken (begge definert som store akuttsykehus iht. Nasjonal helse- og sykehusplan med lokalsykehusfunksjon for henholdsvis 175000 (DS) og 185000 (BS) innbyggere). Drammen sykehus er samlet sett størst, og har flere funksjoner som dekker hele Vestre Viken (500000 innbyggere) som urologisk kreftkirurgi, karkirurgi, øye, øre-nese-hals, barn/unge, bryst- og endokrin kirurgi, patologi). Bærum sykehus har også funksjoner som dekker hele Vestre Viken (overvektskirurgi, plastisk kirurgi, livstilspoliklinikk). Ringerike er et stort akuttsykehus, med et opptaksområde på 85000 innbyggere. Kongsberg sykehus er et akuttsykehus med et opptaksområde på 54000 innbyggere. Kongsberg sykehus har ikke akuttkirurgi. Alle fire sykehusene har fødevirksomhet. Drammen sykehus har en kvinneklinikk med tilknyttet nyfødtintensiv enhet.

Drammen sykehus og Kongsberg sykehus har over tid etablert samarbeid mellom flere avdelinger/seksjoner innen de operative fagene, der elektiv virksomhet utføres på Kongsberg mindre sykehuset med bistand fra det større fagmiljøet ved Drammen sykehus.

Det er etablert et formalisert samarbeid mellom Kongsberg sykehus og Drammen sykehus innen øre-nese-hals, ortopedi og gastrokirurgi. Videre ble det våren 2022 gjennomført et kartleggingsarbeid mtp. å kunne utføre en større andel operativ gynekologisk virksomhet ved Kongsberg sykehus. I løpet av 2022 skal pasienter med sterk mistanke om hoftebrudd fra deler av opptaksområdet til Drammen sykehus transporteres direkte til Kongsberg sykehus, og behandles der. Dette vil føre til at disse pasienter kan få raskere tilbud om operasjon.

Leger som arbeider innen ortopedi på Kongsberg sykehus er organisert i avdeling for ortopedi og akuttmottak på Drammen sykehus, og det er et mål å bruke operasjonskapasiteten på Kongsberg sykehus fullt ut.

Innen gastrokirurgi opererer kirurger ansatt på Drammen sykehus pasienter på Kongsberg sykehus (dagkirurgiske inngrep innen proktologi, galleveislidelser og brokkirurgi).

Avdeling for barn og unge ved Drammen sykehus har barneleger som hver uke arbeider ved barselavdelingen ved Ringerike sykehus og Bærum sykehus. Barne/nyfødtelegene på Drammen sykehus er 24/7 tilgjengelig for konferering via telemedisin. Det er en barnepoliklinikk på Hallingdal sjukestugu enkelte dager.

Det er for tiden for få hematologer på Bærum sykehus og på Ringerike sykehus, og det er for få onkologer på Bærum sykehus. For å sikre et mere robust tilbud innen hematologi og onkologi pågår det prosesser for å få på plass ordninger som i større grad utnytter den samlede kapasiteten, og etablere et robust fagmiljø. Det er ansatt tre onkologer som kommer fra OUS, og som starter på Bærum sykehus fra nyåret. Det er ansatt en onkolog ved Drammen sykehus som arbeider 4 av 5 dager ved Kongsberg sykehus.

Det er for tiden vanskelig å rekruttere urologer til Ringerike sykehus, og det er startet en prosess som skal sørge for et fortsatt godt faglig tilbud ved de tre sykehusene i VV som håndterer urologiske pasienter (DS, BS, RS).

Det er startet et prosjekt innen øyehelse i mottaksprosjektet for Nytt sykehus i Drammen. Om kapasiteten i det nye sykehuset ikke er stor nok så skal prosjektet vurdere hvordan det kan etableres et tilbud innen øyehelse ved Bærum sykehus (f.eks. AMD poliklinikk). Det er viktig å opprettholde et robust fagmiljø ved øyeavdelingen i Drammen. I en slik modell vil spesialisert personell fra DS kunne arbeide faste dager ved BS, og sørge for et tilbud nærmere der pasientene bor.

Det er etablert et samarbeid mellom Bærum sykehus og Ringerike sykehus innen fagområdene geriatri og kardiologi.

Ringerike sykehus sørger for polikliniske tjenester på Hallingdal sjukestugu innen fagfeltene kardiologi, nefrologi, onkologi, kirurgi, urologi, gynekologi, ortopedi, samt helse og arbeid, mens Drammen sykehus har ansvar for pediatri og et lite omfang innen nevrologi. Hallingdal sjukestugu samarbeider i nettverk med ØNH på DS som ansvarlig på søvn-registreringer og behandling. I tillegg har Hallingdal sjukestugu poliklinikk som er drevet av klinisk ernæringsfysiolog, lungesykepleier, fysioterapeut, uroterapeut, og det gis lysbehandling mot hudsykdommer.

Innen medisinsk diagnostikk har avdeling for bildediagnostikk blitt reorganisert for å sikre at riktig kompetanse er tilgjengelig, uavhengig av i hvilket sykehus pasienten behandles på. Radiologer

arbeider mer og mer organgruppebasert, med et mål med felles pasientlister for hele Vestre Viken. Med dette blir pasienter prioritert riktig, og fagkompetanse blir tilgjengelig for flere pasienter. Laboratoriene i Vestre Viken jobber også i nettverk, og sikrer likeverdige helsetjenester uansett hvor i Vestre Viken pasienten bor.

Kongsberg sykehus skal være et robust akutt sykehus, og derfor har Vestre Viken anskaffet en MR-maskin på Kongsberg Sykehus. Dette har ført til en bedre MR - kapasitet i Vestre Viken, og redusert transportbehov for pasienter som er inneliggende på Kongsberg sykehus.

Fjernstyrt CT på Ål er et eksempel hvor desentralisering av tjenester kan føre til et bedre behandlingsresultat. Pasienten undersøkes med CT på Hallingdal sjukestugu, som fjernstyres på vakttid av radiograf på Ringerike sykehus. Bildene tolkes av radiolog, trombolyse besluttes av indremedisiner på Ringerike sykehus på videokonferanse, og trombolyse gis av ambulansarbeider på stedet.

Administrerende direktørs vurderinger

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

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

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Hamar
Dato:	Fredag 21. oktober 2022
Tidspunkt:	Kl 09:15 – 15:00

115-2022	Virksomhetsrapport per september 2022
-----------------	--

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for september 2022.

Kommentarer i møtet

Styret understreker at helseforetakene må klare å tilpasse driften med tanke på aktivitet og bemanning etter pandemien. Samtidig er det behov for en grundig gjennomgang av de økonomiske forholdene i regionen som følge av en endret budsjettsituasjon fremover.

Styret fastholder at tilbudet innen psykisk helsevern til barn og unge skal prioriteres, samt at tilbud innen psykisk helsevern for voksne skal opprettholdes på en god måte.

Styret tar til etterretning de utfordringer som adresseres på utdanningsområdet og viste for øvrig til behandlingen av styresak 121-2022.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per september 2022 til etterretning.

116-2022	Virksomhetsrapport for andre tertial 2022
-----------------	--

Oppsummering

Virksomhetsrapport per andre tertial 2022 omhandler status for styringsmålene 2022 for drift. Rapporten er bygget opp etter mal av Oppdragsdokument for 2022. Under særskilte tema omtales arbeid med å styrke psykisk helsevern, kvalitet og pasientsikkerhet samt

klinisk forskning inkl. NorTrails. Sykehuspartner HF og de felleseide helseforetakene omtales i egne kapitler.

I tillegg inneholder tertialrapporten risikovurdering med tilhørende tiltaksliste.

Kommentarer i møtet

Det vises til kommentarer under behandling av sak 115-2022.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar virksomhetsrapport for andre tertial 2022 til etterretning.

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Hamar
Dato: Fredag 21. oktober 2022
Tidspunkt: Kl 09:15 – 15:00

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra brukerutvalget møtte:

Aina Nybakke	Forfall
Odvar Jacobsen	

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, konst. økonomi-direktør Line Alfarrustad, direktør innsatsteam bygg Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og konserndirektør Mona Stensby

Saker som ble behandlet:

113-2022	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 21. oktober 2022.

114-2022	Godkjenning av protokoll fra styremøte 22. september 2022
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 22. september 2022 godkjennes.

115-2022	Virksomhetsrapport per september 2022
-----------------	--

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for september 2022.

Kommentarer i møtet

Styret understreker at helseforetakene må klare å tilpasse driften med tanke på aktivitet og bemanning etter pandemien. Samtidig er det behov for en grundig gjennomgang av de økonomiske forholdene i regionen som følge av en endret budsjettsituasjon fremover.

Styret fastholder at tilbudet innen psykisk helsevern til barn og unge skal prioriteres, samt at tilbud innen psykisk helsevern for voksne skal opprettholdes på en god måte.

Styret tar til etterretning de utfordringer som adresseres på utdanningsområdet og viste for øvrig til behandlingen av styresak 121-2022.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport per september 2022 til etterretning.

116-2022	Virksomhetsrapport for andre tertial 2022
----------	---

Oppsummering

Virksomhetsrapport per andre tertial 2022 omhandler status for styringsmålene 2022 for drift. Rapporten er bygget opp etter mal av Oppdragsdokument for 2022. Under særskilte tema omtales arbeid med å styrke psykisk helsevern, kvalitet og pasientsikkerhet samt klinisk forskning inkl. NorTrails. Sykehuspartner HF og de felleseide helseforetakene omtales i egne kapitler.

I tillegg inneholder tertialrapporten risikovurdering med tilhørende tiltaksliste.

Kommentarer i møtet

Det vises til kommentarer under behandling av sak 115-2022.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport for andre tertial 2022 til etterretning.

117-2022	Tertialrapport 2 2022 for regionale byggeprosjekter
----------	---

Oppsummering

Styresaken har som formål å redegjøre for status per andre tertial 2022 for de regionale byggeprosjektene i Helse Sør-Øst RHF.

I saken inngår en kort beskrivelse av prosjektene, og en vurdering av situasjonen med særlig henblikk på risikoområder og avvik.

Kommentarer i møtet

Styret viste til at drøftingsinnspill fra tillitsvalgte fremmer viktige perspektiver til styrets behandling av styresakene, men at det er en utfordring at drøftingsinnspillene kommer for sent til at de kan realitetsbehandles av styrets medlemmer i forkant av styremøtene. Styret ber om at administrasjonen sammen med de konserntillitsvalgte sørger for en saksbehandling som muliggjør utsending minimum 2 dager før møtet.

Styret er positive til at oppfølging av H-verdier er tatt inn i rapporteringen, men peker på at det er behov for en videreutvikling. Styret ber videre om at den samlede økonomiske risikoen for porteføljen av byggeprosjekter ivaretas i rapporteringen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per andre tertial 2022 for regionale byggeprosjekter til etterretning.

118-2022	Oslo universitetssykehus HF – status prosjekt Rokade rivning av C1 på Rikshospitalet
----------	--

Oppsummering

Etablering av Nye Rikshospitalet medfører at noe av eksisterende bygningsmasse må rives for å gi plass til nye bygg. Dette gjelder i hovedsak en fløy (bygg C1) ved nytt hovedinngangsparti, samt deler av to andre fløyer (bygg B og D). Etablering av arealer for virksomheten som må flytte ut av de eksisterende byggene, er organisert som et rokadeprojekt. Rokadeprojektet gjennomføres av Oslo universitetssykehus HF, og skal ivareta virksomhetens samlede kapasitet gjennom byggefasen for Nye Rikshospitalet.

Denne saken gir en status for innhold og framdriftsplan for prosjekt Rokade rivning av C1 på Rikshospitalet. På bakgrunn av anmodning fra Oslo universitetssykehus HF anbefales videreføring av utredningsarbeidet innenfor omfanget av et forprosjekt, og at det legges til grunn en styringsramme for gjennomføringsfasen på 725 millioner kroner (P50-estimat, juni 2022-kroner). Beslutning om gjennomføring (B4-beslutning i henhold til *Veileder i tidligfasen for sykehusbyggprosjekter*) planlegges lagt fram for styret som egen sak 16. desember 2022.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at administrasjonen i sak om beslutning om oppstart av gjennomføringsfasen redegjør for utviklingen av prosjektet fra inngåelse av lånesøknad og frem til behandling av forprosjektrapporten. Styret ber også om at planen for styringen av prosjektet beskrives i styresaken.

Styret la vekt på at Oslo universitetssykehus HF gjennom behandlingen av denne saken gis en foreløpig planleggingsramme for det videre utredningsarbeidet og ber om at dette presiseres i vedtakspunkt 2.

Styrets

VEDTAK

1. Styret tar status for Oslo universitetssykehus HF's prosjekt Rokade rivning av C1 på Rikshospitalet til orientering.
2. Styret viser til anmodning fra Oslo universitetssykehus HF i sak 75/2022, og godkjenner at utredningsarbeidet videreføres, og videre at det foreløpig legges til grunn en styringsramme for gjennomføringsfasen på 725 millioner kroner (P50-estimat; juni 2022-kroner).

- Styret ber om at endelig rapport fra utredningsarbeidet forelegges styret for behandling før oppstart gjennomføring, samtidig med forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

Votering

Vedtatt mot 3 stemmer

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Christian Grimsgaard, Lasse Sølvyberg og Kirsten Brubakk:

I saken gis det en fremstilling av at kostnader til rocade skal trekkes ut av Aker/Gaustad-prosjektet, at kostnadene skal legges til OUS, og at HSØ kan yte OUS et lån på 600 millioner til rocade. Det er ikke gitt noen fyllestgjørende begrunnelse for hvorfor rocade skal tas ut av Aker/Gaustad-prosjektet. Det fremkommer i saken en plan om forsert rocade. Det beskrives at tiltakene ikke er forankret verken bygg-faglig eller i sykehuset.

Etter disse medlemmenes syn fremstår ikke saken som moden for beslutning. Medlemmene vurderer at behandlingen av forholdene som fremstilles i saksfremlegget bør skje i sammenheng med behandling av forprosjekt-rapporten og fremlegg av sykehusets bærekraftsanalyser.

119-2022	Status for arbeidet med endringer i regional inntektsmodell
-----------------	--

Oppsummering

Tidligere i år startet arbeidet med å revidere den regionale inntektsmodellen i Helse Sør-Øst, jamfør sak 056-2022 *Orientering om inntektsmodell og revidering av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst*. I denne saken orienteres styret om status for det pågående arbeidet.

Kommentarer i møtet

Styret diskuterte bruk av den nasjonale Magnussen-modellen sett i forhold til den regionale modellen. Magnussen-modellen er en av flere referanserammer for vurderingene som gjøres i revideringen av den regionale inntektsmodellen. Valg av løsning må være transparent.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar redegjørelsen om status for arbeidet med revidering av inntektsmodellen til orientering.

120-2022	Regional utviklingsplan Helse Sør-Øst 2040 – status etter høringsrunde
-----------------	---

Oppsummering

Styret behandlet 27. april 2022 (sak 054-2022) høringsversjonen av Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst. Denne saken oppsummerer høringsinnspillene, og styret inviteres til å gi innspill før planen ferdigstilles og legges frem for styret i november 2022.

Kommentarer i møtet

Styret tar status for arbeidet med regional utviklingsplan til orientering og ber om at følgende områder omtales i den endelige planen:

- Ledelse
- Samarbeid med kommunene
- Sosial ulikhet i helse

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar sak om status for Regional utviklingsplan Helse Sør-Øst 2040 til orientering og ber om at innspill gitt i møtet tas med i utformingen av den endelige planen.

121-2022	Status «Regional delstrategi for utdanning og kompetanse»
----------	---

Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok 19. august 2021 (sak 084-2021) «Regional delstrategi for utdanning og kompetanse». Vedtaket i saken:

«Styret ber om at en sak om oppfølgingen av delstrategi for utdanning og kompetanseutvikling legges frem for styret høsten 2022 hvor det gis en status for tiltak og aktiviteter»

Det regionale helseforetaket har gjennom det siste året gjennomført en rekke tiltak og igangsatt ulike prosjekter som til sammen vil bidra til å nå målene i delstrategien.

Delstrategien er gjort gjeldende for helseforetakene i Oppdrag og bestilling for 2022. Helseforetakene deltar aktivt i en hel rekke prosjekter, noen pågående, andre som allerede er gjennomført. I tillegg ser en at delstrategien tydelig tas inn i helseforetakenes revisjonsarbeid med utviklingsplanene.

Kommentarer i møtet

Styret er tilfreds med det arbeidet som gjøres på dette området.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret i Helse Sør-Øst RHF tar den fremlagte statusrapport til etterretning og ber om at iverksatte prosjekter og tiltak videreføres som planlagt.

122-2022	Oppdatering av etiske retningslinjer
-----------------	---

Oppsummering

Alle ansatte i foretaksgruppen i Helse Sør-Øst og alle som handler på vegne av Helse Sør-Øst, skal opptre i tråd med allmenne etiske normer og etter gjeldende lover og forskrifter. De etiske retningslinjene i Helse Sør-Øst er en presisering av den allmenne etikken.

Kommentarer i møtet

Styret hadde enkelte merknader til utkast til etiske retningslinjer og ba om at disse tas med i ferdigstilling av retningslinjene.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret slutter seg til de etiske retningslinjene for Helse Sør-Øst, og ber om at de gjøres gjeldende for helseforetakene og de private ideelle sykehusene gjennom oppdrag og bestilling 2023.

123-2022	Regionale byggeprosjekter i gjennomføringsfase – finansiering og fullmakter (<i>unntatt offentlighet</i>)
-----------------	--

Saken ble behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

124-2022	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker i 2022 og 2023 tas til orientering.

125-2022	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 20. og 21. september 2022
3. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 19. september 2022
4. Brev til styret fra advokatfirmaet Bahus AS vedrørende nedleggelse av døgnenheten for spiseforstyrrelser ved Sørlandet sykehus HF
5. Brev til statsråd Ingvild Kjerkol fra ordførerne i Sør-Østerdal
6. Uttalelse fra Berg, Nordberg, Sogn og Tåsen Vel vedrørende styresak 117-2022
7. Drøfteprotokoll RHF-KTV datert 20. oktober 2022

Møtet hevet kl. 15:00

Hamar, 21. oktober 2022

Svein I. Gjedrem
styreleder

Nina Tangnæs Grønvold
nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Einar Lunde

Harald Vaagaasar Nikolaisen

Peder Kristian Olsen

Lasse Sølvberg

Kristin Vinje

Hilde Jacobsen
styresekretær

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Helse Sør-Øst RHF	21. oktober 2022

Sak 115-2022

Virksomhetsrapport per september 2022

Forslag til vedtak:

Styret tar virksomhetsrapport per september 2022 til etterretning.

Hamar, 17. oktober 2022

Terje Rootwelt
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Saken presenterer virksomhetsrapporten per september 2022 som er vedlagt saken.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Målekort

Målekort Helse Sør-Øst - september 2022		Denne periode		Måloppnåelse	Hittil i år		Måloppnåelse	Året	
		Faktisk	Mål		Faktisk	Mål		Estimat	Mål
Kvalitet	Ventetid - sonettikk	76,3	54		67,6	54			54
	Ventetid - VOP	49,3	40		49,3	40			40
	Ventetid - BUP	55,3	35		51,3	35			35
	Ventetid - TSB	28,9	30		30,7	30			30
	Andel kontakter innen planlagt tid	87,8 %	95 %		88,2 %	95 %			95 %
	Korridorpasienter sonettikk	1,4 %	0 %		1,2 %	0 %			0 %
	Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer	62,0 %	70 %		69,0 %	70 %			70 %
	Andel polikliniske konsultasjoner via video/telefoni	10,9 %	15 %		12,2 %	15 %			15 %
Styrke PHV og TSB	Andel pasientforløp med gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk	65,0 %	80,0 %		69,5 %	80,0 %			80 %
	Leveransepresisjon HSØ Forsyningscenter	93,7 %	97 %		94,1 %	97 %			97 %
Aktivitet	ISF-poeng dagn, dag og poliklinikk sørge-for-ansvaret - sonettikk	80 074	80 706		646 710	678 695		876 114	910 606
Bemannings	Brutto månedsverk	68 078	66 507		66 239	65 242		66 053	65 117
	Sykefravær (forrige måned)	7,5 %			8,9 %				
Økonomi	Resultat (tall i 1 000 kr)	-80 823	121 053		99 176	1 091 858		63 000	1 474 000
	Resultat eksklusive gevinst/tap (tall i 1 000 kr)	-79 680			11 793			-25 000	

Det foreligger ikke tall fra Helseledningsdirektoratet for pakkeforløp kreft for september. Tallene som vises er for august.

Avvisningsrater	Denne periode		Måloppnåelse	Hittil i år		Måloppnåelse	Året	
	Faktisk	Mål		Faktisk	Mål		Estimat	Mål
Andel avviste henvisninger ved poliklinikkene - BUP	19,0 %	20 %		20,1 %	20 %			20 %
Andel avviste henvisninger ved poliklinikkene - VOP	27,2 %	20 %		26,3 %	20 %			20 %

Styrke PHV og TSB	Ventetid			Styrke PHV	Dagn (utskrivninger)				Liggedagn				Polikliniske opphold			
	HA 2022	Mål	Mål-oppnåelse		HA 2021	HA 2022	Endring i %	Mål-oppnåelse	HA 2021	HA 2022	Endring i %	Mål-oppnåelse	HA 2021	HA 2022	Endring i %	Mål-oppnåelse
VOP	49,3	40		VOP	18 164	19 036	4,8 %		398 314	414 369	4,0 %		737 349	732 730	-0,6 %	
BUP	51,3	35		BUP	1 166	1 086	6,9 %		43 191	41 610	3,7 %		381 274	379 005	-0,6 %	
TSB	30,7	30		Psykisk helsevern	19 330	20 122	4,1 %		441 505	455 979	3,3 %		1 118 623	1 111 735	-0,6 %	

Målekort Sykehuspartner HF

september 2022	Denne periode		Mål-oppnåelse	Hittil i år		Mål-oppnåelse	Året	
	Faktisk	Mål		Faktisk	Mål		Estimat	Mål
Driftskalender - grønne dager per måned per HF i gjennomsnitt per måned	27	28		28	28		28	28
Brukeropplevd tilgjengelighet (oppetid)	99,99 %	99,95 %		99,99 %	99,95 %		99,98 %	99,95 %
Leverert kapasitet iht. bestilling	97,70 %	96,00 %		96,50 %	96,00 %		96,00 %	96,00 %
Leveransepresisjon. Alle leveranser (SLA+TE) hvor dato er avtalt med kunde. Andel leveranser levert i henhold til første avtalte leveransedato.	53,0 %	60,0 %		49,0 %	60,0 %		60,0 %	60,0 %
Økt andel interne ressurser i prosjektleveranser	-4,00 %	> 0 %		-4,60 %	> 0 %		-5,0 %	Større enn 2021-andel
Brukerservitilfredshet (totalt sett "Hvor fornøyd er du med...?")	5,1	5,0		5,1	5,0		5,0	>=5,0
Resultat (MNCK)	20	9		87	66		100	100
Investering (MNCK)	68	106		608	790		949	1207
Sykefravær (august)	5,8 %	5,4 %		6,2 %	5,4 %		6,2 %	5,4 %
Andel egne ansatte	79,0 %	nøkkeltall		80,0 %	nøkkeltall		n/a	Nøkkeltall
Brutto månedsværk (gjennomsnitt)	1 742	1 811		1 731	1 779		1 754	1 789

Ventetider og fristbrudd

I september var gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet, for alle tjenesteområder samlet på 72,9 dager i foretaksgruppen inkludert de private ideelle sykehusene. Innen somatikk var ventetiden i foretaksgruppen 74,5 dager i september, hvor Sørlandet sykehus HF har den lengste ventetiden på 80,8 dager. Innen psykisk helsevern voksne (VOP) var ventetiden i foretaksgruppen 48,9 dager i september, hvor Sørlandet sykehus HF har høyest ventetid på 63,8 dager. Innen psykisk helsevern barn og unge (BUP) var ventetiden i foretaksgruppen 55,5 dager, hvor Sykehuset Innlandet HF har en ventetid på 101,5 dager, som er vesentlig høyere enn andre helseforetak. Ventetid for ventende pasienter lå på 73,6 dager for alle tjenesteområder i foretaksgruppen i september.

I september var andel fristbrudd for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet 8,3 prosent for alle tjenesteområder samlet, en nedgang på 0,1 prosentpoeng fra august.

Andel fristbrudd innen somatikk i september var 8,7 prosent, med en variasjon fra null prosent til 12,6 prosent i helseforetakene og de private ideelle sykehusene. Andel fristbrudd i september innen VOP, BUP og TSB var henholdsvis 3,7 prosent, 8,3 prosent og 1,9 prosent. Andel fristbrudd hittil i år er samlet 6,1 prosent, og dermed høyere sammenliknet med andel fristbrudd per september 2021, men noe lavere enn per september i 2020.

Andel kontakter med passert planlagt tid var 12,4 prosent i september.

Andel avviste henvisninger innen VOP var i september 27,2 prosent og innen BUP 19,0 prosent. Målet om en andel under 20 prosent nås ikke i september innen VOP.

Pakkeforløp kreft

Det foreligger ikke tall fra Helsedirektoratet for pakkeforløp kreft for september.

Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Ventetidene for VOP, BUP og TSB per september er henholdsvis 49,3 dager, 51,3 dager og 30,7 dager.

For antall utskrivninger er det en økning på 4,8 prosent innen VOP, og en reduksjon på 6,9 prosent innen BUP sammenlignet med samme periode i 2021.

Antall liggedøgn per september er 4,0 prosent høyere innen VOP, mens det er en reduksjon på 3,7 prosent innen BUP sammenlignet med samme periode i 2021.

Antall polikliniske opphold er per september redusert med 0,6 prosent innen VOP og 0,6 prosent innen BUP sammenlignet med samme periode 2021.

Målet om å styrke PHV er dermed nådd innen antall utskrivninger og antall liggedøgn innen VOP, men ikke for noen av områdene innen BUP.

Andel pasientforløp innen anbefalt forløpstid for PHV og TSB per september viser en måloppnåelse på 69,5 prosent, noe som er lavere enn målsettingen på 80 prosent. Høyest måloppnåelse er det innen TSB med 84,1 prosent. BUP har lavest måloppnåelse med 57,8 prosent, mens VOP har 73,1 prosent.

Aktivitet – ISF-poeng

Somatikk

Aktiviteten (døgn, dag og poliklinikk) målt i antall ISF-poeng innen somatikk bedrer seg gradvis, og i september var det et negativt budsjettavvik på 0,8 prosent. Aktiviteten i september var 3,7 prosent høyere enn aktiviteten i september 2021.

Aktiviteten innen døgn, dag og poliklinikk per september sett opp mot tilsvarende periode i 2021 viser en økning på 3,3 prosent.

Antall ISF-poeng inkludert legemidler viser et negativt budsjettavvik på 1,2 prosent i september, og 4,4 prosent hittil i år.

Det negative budsjettavviket på 992 ISF-poeng inklusive legemidler i september, tilsvarer om lag 24 millioner kroner i reduserte inntekter. Per september er det negative budsjettavviket 31 465 ISF-poeng, tilsvarende om lag 750 millioner kroner. Avviket er stort innenfor både elektiv kirurgi og planlagte, ikke-kirurgiske døgninnleggelser.

Det negative budsjettavviket skyldes fortsatt at pasienter avlyser oppsatte avtaler, og helseforetakenes manglende kapasitetsutnyttelse. Videre er det fortsatt et relativt stort sykefravær som påvirker aktiviteten.

Helseforetakene har iverksatt flere tiltak for å bedre aktiviteten. Dette blant annet gjennom oppgaveglidning, oppgavedeling på sengeposter for bedre ressursutnyttelse, oppfølging av «pasienter ikke møtt», økt bruk av digitale konsultasjoner for flere yrkesgrupper samt effektivisering av prosedyrer på poliklinikk.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

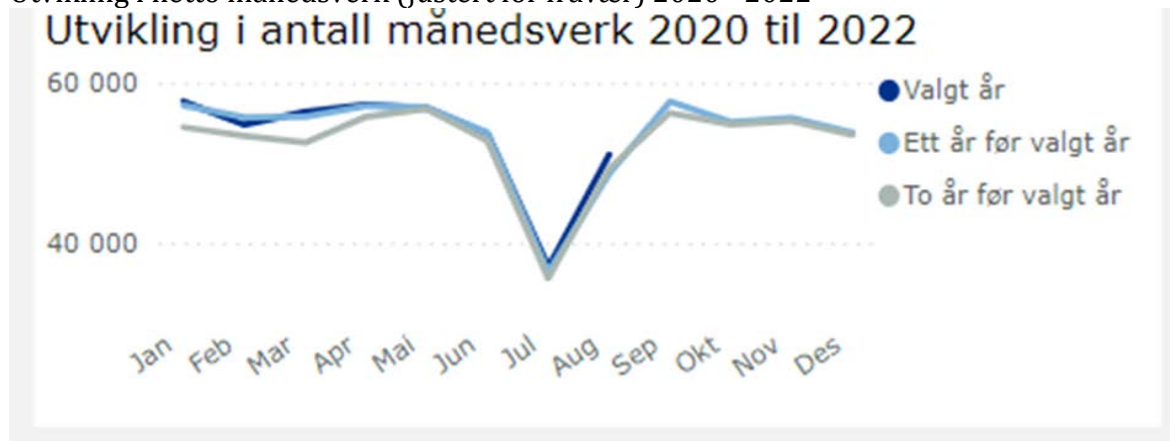
Aktiviteten per september innen PHV og TSB viser et negativt budsjettavvik målt i antall ISF-poeng innen VOP på 4,1 prosent, innen BUP på 1,2 prosent og innen TSB på 7,5 prosent.

Sammenlignet med per september 2021 er det en reduksjon i antall ISF-poeng på 1,3 prosent samlet for PHV og TSB.

Bemanningsutvikling

Foretaksgruppen samlet har et høyere bemanningsnivå, målt mot budsjett, på 1 571 brutto månedsverk for september måned (2,4 prosent). Dette er en økning i avviket fra august måned hvor det var 837 (1,2 prosent). Sammenlignet med september måned 2021 er det en vekst i brutto månedsverk på 1,7 prosent. Selv om det har vært høyt sykefravær sommeren 2022, er også netto bemanningen (korrigert for fravær) høyere enn samme periode i 2021 (august).

Utvikling i netto månedsverk (justert for fravær) 2020 - 2022



Avviket i september er også knyttet til etterbetaling av sommeravtaler, jamfør at brutto månedsverk måles i utbetalt lønn. Helseforetakene rapporterer også om mindre effekter enn forutsatt av gjennomførte forbedringsprosjekter. Mange helseforetak har en krevende bemannings situasjon (beholde og rekruttere), særlig knyttet til sykepleiere på medisinske sengeposter, spesialsykepleiere innen enkelte områder og leger og behandlere innen psykisk helsevern.

Helseforetakene rapporterer i oppfølgingsmøter om en krevende balanse mellom å beholde personell, og samtidig jobbe med omstillingstiltak knyttet til en krevende økonomisk situasjon.

Kostnadene til innleie av vikarer er fortsatt høyt og tilsvarer nå om lag 1,7 prosent av totale lønnskostnader. Avviket hittil i år har stabilisert seg på et høyt nivå, og utgjør i overkant av 150 prosent over budsjett. Mye er knyttet til innleie for å dekke koronarelatert fravær, særlig i begynnelsen av 2022, og ferieavvikling, men også generelt høyt sykefravær påvirker. Innen enkelte helseforetak (særlig Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Innlandet HF og Sørlandet sykehus HF) er andelen innleie av legerressurser innen psykisk helsevern høy. Vikarbyråene har omfattende rekrutteringskampanjer overfor ansatte i helseforetakene, og alle helseforetak er bekymret for en utvikling der tilgangene på fast ansatte reduseres. Utviklingen er også omtalt i tertialrapporten for andre tertial.

Merkostnadene knyttet til lønn og innleie er på 3,9 prosent samlet hittil i år (tre prosent eksklusive innleie), noe som er høyere enn bemanningsavviket hittil i år på 1,5 prosent. Dette skyldes i hovedsak bruk av mer kostbare timer knyttet til innleie, overtid, forskyvning av vakter og enkelte ekstraordinære kompensasjonsordninger.

Økonomi

Resultatutvikling

Per september har foretaksgruppen et positivt resultat på 99,2 millioner kroner, som medfører et negativt budsjettavvik på 992,7 millioner kroner.

Det negative budsjettavviket per september skyldes som tidligere måneder i all hovedsak lavere aktivitet enn budsjettert, høyere bemanning enn planlagt og høye varekostnader. Det er en inntektssvikt på om lag 784 millioner kroner målt ved samlet ISF-aktivitet for alle tjenesteområder, hvorav somatikken utgjør 750 millioner kroner. Av dette ble 426 millioner kroner kompensert gjennom tilskudd i revidert nasjonalbudsjett, jmf sak 072-2022 *Fordeling av bevilgninger i revidert nasjonalbudsjett, og gjenstående tilskudd til pandemirelaterte utgifter i 2022.*

Som en følge av den negative resultatutviklingen er foretaksgruppens årsestimat nedjustert til 63 millioner kroner. Dette gir et negativt budsjettavvik på hele 1 411 millioner kroner. Endringen fra forrige måned skyldes blant annet at Oslo universitetssykehus HF har nedjustert sitt årsestimat fra 0 kroner til minus 150 millioner kroner. Flere andre helseforetak har også nedjustert sine årsestimater. Disse endringene skyldes i all hovedsak fortsatt negativt aktivitetsavvik, prisstigning ut over det som er kompensert, og merkostnader knyttet til årets lønnsoppgjør.

Det regionale helseforetaket følger opp driftsøkonomien i oppfølgingsmøter med helseforetakene og ved hjelp av innsatsteam. Det gjøres benchmarking av aktivitets-, bemannings- og kostnadsutvikling som grunnlag for læring mellom helseforetak og oppfølging fra Helse Sør-Øst RHF.

Investeringer

Foretaksgruppen har per september investert for totalt 6 141 millioner kroner. Dette er 827 millioner kroner lavere enn budsjett. Av budsjettavviket utgjør bygg 321 millioner kroner, IKT 253 millioner kroner, medisinsk teknisk utstyr 220 millioner kroner og annet 33 millioner kroner. De største avvikene er knyttet til følgende prosjekter:

- Nye Aker og Nye Rikshospitalet har investeringer som er 139 millioner kroner lavere enn budsjett. Det vises til sak 027-2022 *Oslo universitetssykehus HF – justert forprosjekt Nye Aker og Nye Rikshospitalet* og sak 108-2022 *OUS – Status forprosjekt og forberedende arbeider Nye Aker og Nye Riks.*
- Ny sikkerhetspsykiatri har investeringer som er 95 millioner kroner lavere enn budsjett. Avviket skyldes blant annet periodisering.
- Prosjektene STIM, sikkerhetstiltak, automatisering og effektivisering og forvaltning av kundetjenester har lavere pådrag enn budsjettert med til sammen 183 millioner kroner. Dette skyldes forsinkelser i prosjekter og hos leverandører, redusert omfang i programmet STIM, samt besparelser grunnet mindre behov for ressurser enn forutsatt.

Årsestimatet for investeringer er 10 256 millioner kroner. Dette er 396 millioner kroner lavere enn budsjett. De største avvikene er:

- Estimert økning i investeringer for Nytt sykehus i Drammen med 175 millioner kroner skyldes tidligere anskaffelser av bygningselementer for å sikre fremdrift, og tidligere kostnadspådrag som følge av større grad av prefabrikasjon på enkelte entrepriser for å sikre effektiv produksjon.

- Estimert økning i lokale investeringer med 88 millioner kroner hos Oslo universitetssykehus HF som følge av forventet raskere fremdrift, hvorav 80 millioner kroner er investeringer innen medisinsk teknisk utstyr.
- Estimert økning i investeringer innenfor regional IKT-portefølje med 119 millioner kroner som følge av beslutningen om regional EPJ modernisering – jf. sak 035-2022 i styret i Helse Sør-Øst RHF 10. mars 2022.
- Sykehuspartner HF har redusert prognosen med 257 millioner kroner som følge av redusert omfang, forsinkelser, forskyvning av og besparelser i prosjekter i STIM, senere oppstart og lavere infrastrukturkostnader enn forutsatt i sikkerhetstiltak, senere oppstart for prosjekter innenfor automatisering og effektivisering, og forsinkelser knyttet til oppgraderinger innen forvaltning av regionale løsninger.
- Estimert reduksjon i pådrag for Nye Aker og Nye Rikshospitalet med 210 millioner kroner som følge av justert forprosjekt gitt i sak 027-2022 *Oslo universitetssykehus HF – justert forprosjekt Nye Aker og Nye Rikshospitalet* og oppstart av forberedende arbeider gitt i sak 108-2022 *OUS – Status forprosjekt og forberedende arbeider Nye Aker og Nye Riks.*

Likviditet

Foretaksgruppen har per september en likviditetsreserve på 14 193 millioner kroner. Dette er 1 450 millioner kroner lavere enn budsjett. Svakere resultat, endrede likviditetseffekter fra pensjon, høyere kapitalbinding og innfrielse av lån til Helse- og omsorgsdepartementet gir et negativt avvik mot budsjett. Lavere investeringsnivå gir et positivt avvik mot budsjett. Avviket knyttet til pensjon forventes utlignet i løpet av året.

Estimert likviditetsreserve for 2022 er 14 575 millioner kroner. Dette er 1 426 millioner kroner lavere enn budsjett. Svakere resultat, høyere kapitalbinding og innfrielse av lån i begynnelsen av januar til Helse- og omsorgsdepartementet gir et negativt avvik mot budsjett. Lavere investeringsnivå gir et positivt avvik mot budsjett.

Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF har et positivt budsjettavvik på elleve millioner kroner i september som i hovedsak skyldes økte konsulentinntekter og endret avsetning grunnet redusert prognose for økte strømkostnader i datasentre. Akkumulert per september har foretaket et positivt resultat på 87 millioner kroner med et tilhørende positivt budsjettavvik på 20 millioner kroner.

Målet om 28 grønne dager er ikke nådd for driftskalenderen. Det har vært to fellehendelser med ulik årsak som påvirket Min Sykehuspartner, og som berørte samtlige helseforetak 21. og 30. september. Sammenlignet med 2021 har det vært 30 prosent færre kritiske driftshendelser i september, og 12 prosent færre hendelser hittil i år.

Den positive utviklingen i leveransepresisjonen fortsetter. 55 leveranser var planlagt levert i september, og 29 ble levert på dato (53 prosent måloppnåelse mot et krav på 60 prosent). Det er totalt levert 97 leveranser i perioden. Sykehuspartner HF fortsetter arbeidet med å identifisere og løse flaskehalser. Det arbeides med å øke autonomien i leveranseteamene.

Sykehuspartner HF leverer en lavere andel interne ressurser enn i fjor sett i forhold til total etterspørsel. Etterspørselen etter ressurser har økt med 30 prosent sammenlignet med samme periode i 2021. Sykehuspartner HF har levert 19 prosent flere ressurser hittil i år enn i samme periode i fjor.

Per august er sykefraværet på 5,8 prosent, og hittil i år viser 6,2 prosent. Gjennomsnittlig sykefravær er snaut ett prosentpoeng over måltall på 5,4 prosent. Systematisk gjennomgang av sykefraværet i virksomhetsområder med høyt sykefravær over tid fortsetter.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør viser til at ventetidene innen alle tjenesteområdene er noe redusert i september sammenliknet med august. Dette er en utvikling som er typisk etter august og avvikling av sommerferien. Ventetidene, spesielt for somatikk, er høye. Innen BUP er ventetiden ved Sykehuset Innlandet HF vesentlig høyere enn gjennomsnittet og administrerende direktør er kjent med at helseforetaket har iverksatt særskilte tiltak, blant annet med et eget avklaringsteam, for å bedre kapasiteten.

Andel avviste henvisninger innen psykisk helsevern hittil i år er over målet innen VOP, men på målet innen BUP.

Administrerende direktør vil fortsatt ha stor oppmerksomhet på andel avviste henvisninger og ventetider, og vil følge opp helseforetakene og de private ideelle sykehusene med opptaksområde spesielt når det gjelder ventetider og fristbrudd innen PHV. Administrerende direktør vil følge opp Sykehuset Innlandet HF særskilt med hensyn til ventetidene innen BUP.

Sykefraværet er fortsatt høyere enn hva det normalt ligger på.

Aktivitetssvikten har fortsatt gjennom sommeren og tilsvarer nå et inntektstap på om lag 784 millioner kroner. Helseforetakene rapporterer om svikt i planlagt døgnbehandling både innenfor kirurgi og i medisinske klinikker.

De økonomiske konsekvensene av koronapandemien har vært betydelige. Utover dette er effekten av lønnsoppgjøret og prisveksten som overstiger forutsetningene i statsbudsjettet med på å forverre årsestimatet. I tillegg trekker økte kostnader til fjernvarme årsestimatet ned. Som en følge av dette er årsestimatet for foretaksgruppen redusert med i overkant av 1 400 millioner kroner.

Utviklingen framover vil følges opp nøye med sikte på å normalisere den driftsøkonomiske situasjonen ved helseforetakene så raskt som mulig, og det er i den forbindelse opprettet innsatsteam som skal jobbe på tvers av helseforetak for å bidra til å finne forbedringsområder som raskt kan bedre driftssituasjonen.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar virksomhetsrapport for september 2022 til etterretning.

Trykte vedlegg:

- Rapport per september 2022

Utrykte vedlegg

- Ingen

Rapportering per september 2022

HELSE  SØR-ØST

Innhold

1. Målekort

2. Kvalitet og pasientbehandling

3. Styrke psykisk helsevern og rusbehandling

4. Aktivitet

5. Bemanning

6. Produktivitet

7. Økonomi/ finans

Målekort

Målekort Helse Sør-Øst - september 2022		Denne periode		Måloppnåelse	Hittil i år		Måloppnåelse	Året	
		Faktisk	Mål		Faktisk	Mål		Estimat	Mål
Kvalitet	Ventetid - somatikk	76,3	54		67,6	54			54
	Ventetid - VOP	49,3	40		49,3	40			40
	Ventetid - BUP	55,3	35		51,3	35			35
	Ventetid - TSB	28,9	30		30,7	30			30
	Andel kontakter innen planlagt tid	87,6 %	95 %		88,2 %	95 %			95 %
	Korridorpasienter somatikk	1,4 %	0 %		1,2 %	0 %			0 %
	Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer	62,0 %	70 %		69,0 %	70 %			70 %
	Andel polikliniske konsultasjoner via video/telefoni	10,9 %	15 %		12,2 %	15 %			15 %
	Styrke PHV og TSB	Andel pasientforløp med gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk	65,0 %	80,0 %		69,5 %	80,0 %		
Logistiktjenester	Leveransepresisjon HSØ Forsyningssenter	93,7 %	97 %		94,1 %	97 %			97 %
Aktivitet	ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk sørge-foransvaret - somatikk	80 074	80 706		646 710	678 695		876 114	910 606
Bemanning	Brutto månedsværk	68 078	66 507		66 239	65 242		66 053	65 117
	Sykefravær (forrige måned)	7,5 %			8,9 %				
Økonomi	Resultat (tall i 1 000 kr)	- 80 823	121 053		99 176	1 091 858		63 000	1 474 000
	Resultat eksklusive gevinst/tap (tall i 1 000 kr)	- 79 680			11 793			- 25 000	

Pakkeforløp kreft er ikke oppdatert fra Helsedirektoratet for september. Tallen som vises er per august.

Avvisningsrater	Denne periode		Måloppnåelse	Hittil i år		Måloppnåelse	Året	
	Faktisk	Mål		Faktisk	Mål		Estimat	Mål
Andel avviste henvisninger ved poliklinikkene - BUP	19,0 %	20 %		20,1 %	20 %			20 %
Andel avviste henvisninger ved poliklinikkene - VOP	27,2 %	20 %		26,3 %	20 %			20 %

Styrke PHV og TSB	Ventetid			Styrke PHV	Døgn (utskrivninger)				Liggedøgn				Polikliniske opphold			
	HiÅ 2022	Mål	Mål-oppnåelse		HiÅ 2021	HiÅ 2022	Endring i %	Mål-oppnåelse	HiÅ 2021	HiÅ 2022	Endring i %	Mål-oppnåelse	HiÅ 2021	HiÅ 2022	Endring i %	Mål-oppnåelse
VOP	49,3	40		VOP	18 164	19 036	4,8 %		398 314	414 369	4,0 %		737 349	732 730	-0,6 %	
BUP	51,3	35		BUP	1 166	1 086	-6,9 %		43 191	41 610	-3,7 %		381 274	379 005	-0,6 %	
TSB	30,7	30		Psykisk helsevern	19 330	20 122	4,1 %		441 505	455 979	3,3 %		1 118 623	1 111 735	-0,6 %	

Målekort - grenseverdier

Resultater		Regionalt mål	Rød	Gul	Grønn
Kvalitet	Ventetid - somatikk	54	≥ 57 dager	> 54 dager og < 57 dager	≤ 54 dager
	Ventetid - VOP	40	≥ 43 dager	> 40 dager og < 43 dager	≤ 40 dager
	Ventetid - BUP	35	≥ 38 dager	> 35 dager og < 38 dager	≤ 35 dager
	Ventetid - TSB	30	≥ 33 dager	> 30 dager og < 33 dager	≤ 30 dager
	Andel kontakter innen planlagt tid	95 %	≤ 92 %	> 95% og > 92 %	≥ 95 %
	Korridorpasienter somatikk	0 %	≥ 2,0 %	≥ 1,0 % og < 2,0 %	< 1,0 %
Pakkeforløp kreft	Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer	70 %	≤ 64 %	> 64 % og < 70 %	≥ 70 %
Video og telefoni	Andel polikliniske konsultasjoner via video/telefoni	15 %	≤ 12 %	> 12 % og < 15 %	≥ 15 %
Pasientforløp PHV og TSB	Andel pasientforløp med gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk	80 %	< 70 %	≥ 70 % og < 80 %	≥ 80 %
Logistiktjenester	Leveransepresisjon HSØ Forsyningssenter	97 %	< 94 %	≥ 94 % og < 97 %	≥ 97 %
Styrke PHV og TSB	Døgn utskrivninger/liggedøgn/polikliniske opphold		2022 < 2021	2022 = 2021	2022 > 2021
	Redusere andel avviste henvisninger ved poliklinikkene - BUP	20 %	≥ 23 %	> 20 % og < 23 %	≤ 20 %
	Redusere andel avviste henvisninger ved poliklinikkene - VOP	20 %	≥ 23 %	> 20 % og < 23 %	≤ 20 %

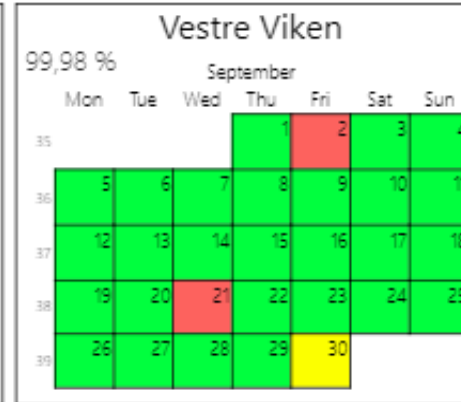
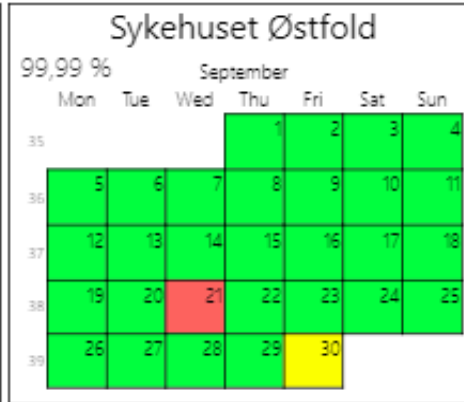
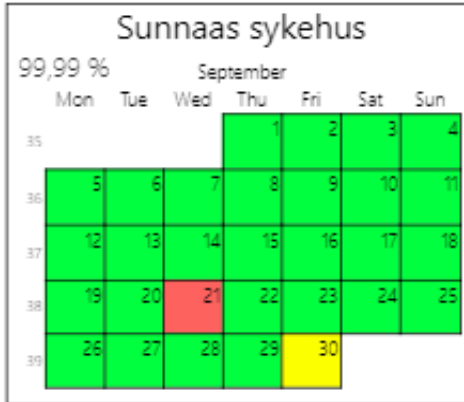
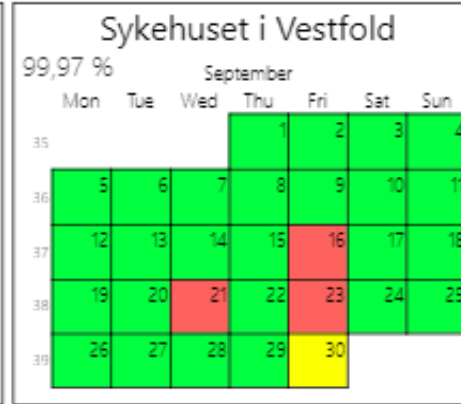
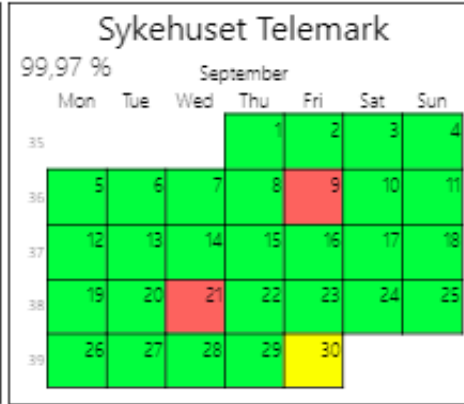
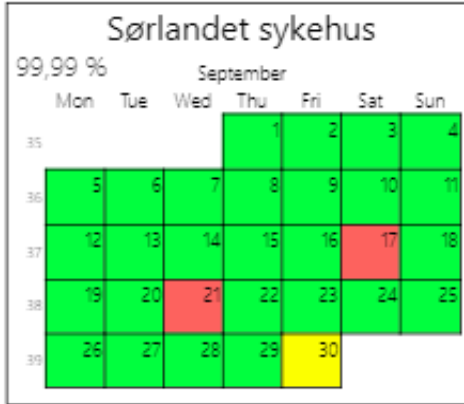
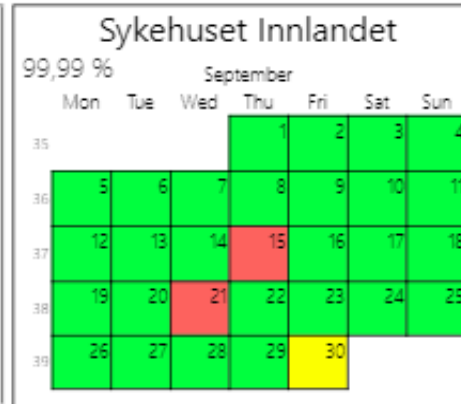
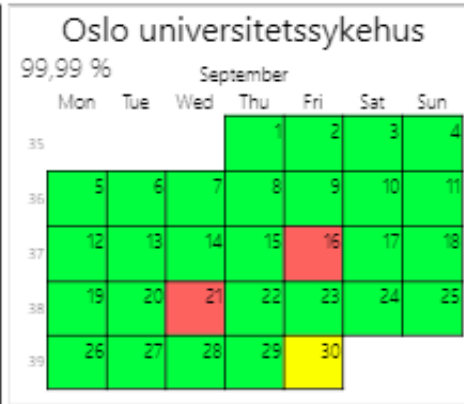
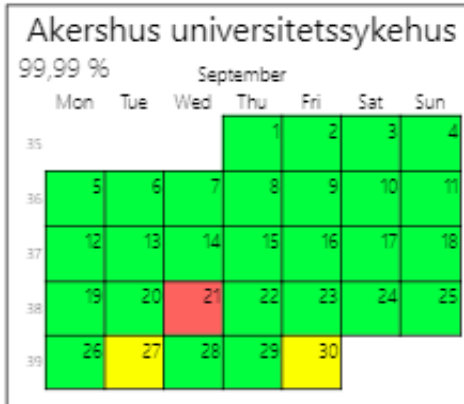
Målekort Sykehuspartner HF

september 2022	Denne periode		Mål-oppnåelse	Hittil i år		Mål-oppnåelse	Året	
	Faktisk	Mål		Faktisk	Mål		Estimat	Mål
Driftskalender - grønne dager per måned per HF i gjennomsnitt per måned	27	28		28	28		28	28
Brukeropplevd tilgjengelighet (oppetid)	99,99 %	99,95 %		99,99 %	99,95 %		99,98 %	99,95 %
Leverert kapasitet iht. bestilling	97,70 %	96,00 %		96,50 %	96,00 %		96,00 %	96,00 %
Leveransepresisjon. Alle leveranser (SLA+TE) hvor dato er avtalt med kunde. Andel leveranser levert i henhold til første avtalte leveransedato.	53,0 %	60,0 %		49,0 %	60,0 %		60,0 %	60,0 %
Økt andel interne ressurser i prosjektleveranser	-4,00 %	> 0 %		-4,60 %	> 0 %		-5,0 %	Større enn 2021-andel
Brukerservicetilfredshet (totalt sett "Hvor fornøyd er du med...?")	5,1	5,0		5,1	5,0		5,0	>=5,0
Resultat (MNOK)	20	9		87	66		100	100
Investering (MNOK)	68	106		608	790		949	1207
Sykefravær (august)	5,8 %	5,4 %		6,2 %	5,4 %		6,2 %	5,4 %
Andel egne ansatte	79,0 %	nøkkeltall		80,0 %	nøkkeltall		n/a	Nøkkeltall
Brutto månedsverk (gjennomsnitt)	1 742	1 811		1 731	1 779		1 754	1 789

Målekort – grenseverdier Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF		Mål	RØD	GUL	GRØNN
Sikker og stabil drift	Driftskalender - grønne dager per måned per HF	28	<27	27	>=28
	Tilgjengelighet for tjenester (oppetid)	99,95 %	<99 %	>=99,0 % - <99,5 %	>=99,5 %
Øke samlet leveransekapasitet/Prioritere leveranser til helseforetakene	Leverert kapasitet iht. bestilling	96,0 %	<90,0 %	>=90,0 % - <96,0 %	>=96,0 %
	Leveransepresisjon. Alle leveranser (SLA+TE) hvor dato er avtalt med kunde. Andel leveranser levert i henhold til første avtalte leveransedato.	60 %	<50 %	>=50 % - <60 %	>=60 %
	Andel av kapasitet brukt på leveranseoppdrag	<i>Nøkkeltall</i>		Årlig melding	
	Økt andel interne ressurser i prosjektleveranser	<i>Økning fra 2021</i>	<-10 %	0%--10 %	>=0 %
	Leveransekapasitet: andel av kundeplan 2021 levert innen 31.12.2022	90 %	<80,0%	>=80,0% - <90,0%	>=90,0%
	Tjenestekjøp				
	Brukertilfredshet (totalt sett "Hvor fornøyd er du med...?")	>=5	<4,5	>=4,5 - <5,0	>= 5
Kundertilfredshet (Spørsmål= Totalopplevelse)	>=4,2	<=3,2	>=3,2 - <4,2	>=4,2	
Effektivisere driften	Resultat (MNOK)	100			
	Investering (MNOK)	1206	Faktisk er under 70 % av budsjett eller mer enn 105 %	Faktisk er mellom 70 % og 85 % av budsjett	Faktisk er mellom 85 % og under 105 %
	Sanering av applikasjoner	40 %		Skjønn	
Organisasjon og utvikling	Sykefravær	5,4 %	>5,9 %	<=5,9 % - >5,4 %	<=5,4 %
	Andel egne ansatte	<i>Nøkkeltall</i>			
	Brutto månedsverk (gjennomsnitt)	1789		Skjønn	

Driftskalender fra Sykehuspartner per september per helseforetak



Dag	Mnd	KRI	Affected Service	Driftskalender
2	sep	2A	VVHF-HR-GatGO-PROD	Rød
7	sep	1A	SSHF-nettverk-PROD	Grønn
7	sep	2A	OUS-Iprocurement (iproc)-PROD	Grønn
9	sep	1A	STHF-IBE Pasientovervåking-PROD	Rød
15	sep	1A	AHUS-nettverk-PROD	Grønn
15	sep	1A	SIHF-Analytix-PROD	Rød
15	sep	1A	VVHF-nettverk-PROD	Grønn
16	sep	1A	OUS-Akuttalarm Ascom-PROD	Rød
16	sep	1A	OUS-Siemens PACS-PROD	Rød
16	sep	1A	SVHF-Arbeidsflate-PROD	Rød
17	sep	1A	SSHF-Metavision-PROD	Rød
21	sep	1A	SPHF-HP Service Manager-PROD	Rød
21	sep	1A	STHF-Agfa PACS-PROD	Rød
22	sep	2A	STHF-Kontaktsenter Trio-PROD	Grønn
23	sep	1A	SVHF-DIPS-PROD	Rød
26	sep	1A	STHF-nettverk-PROD	Grønn
27	sep	2A	AHUS-Exchange-PROD	Gul
28	sep	1A	OUS-Nødnett ICCS-PROD	Grønn
30	sep	1A	VVHF-nettverk-PROD	Grønn
30	sep	2A	SPHF-Min Sykehuspartner-PROD	Gul
30	sep	2A	SSHF-cITm-PROD	Grønn

Kodeforklaringer

1A: Feil på tjenester som er kritiske for liv og helse eller virksomhetens drift. Feilen kan medføre fare for liv og helse, betydelig merarbeid eller negative konsekvenser for omdømmet til kunden.

2A: Feil på tjenester som er virksomhetskritiske, viktige for pasientgrupper/publikum, eller essensielle for effektiv drift av foretaket. Feilen kan medføre fare for liv og helse, betydelig merarbeid eller negative konsekvenser for omdømmet til kunden.

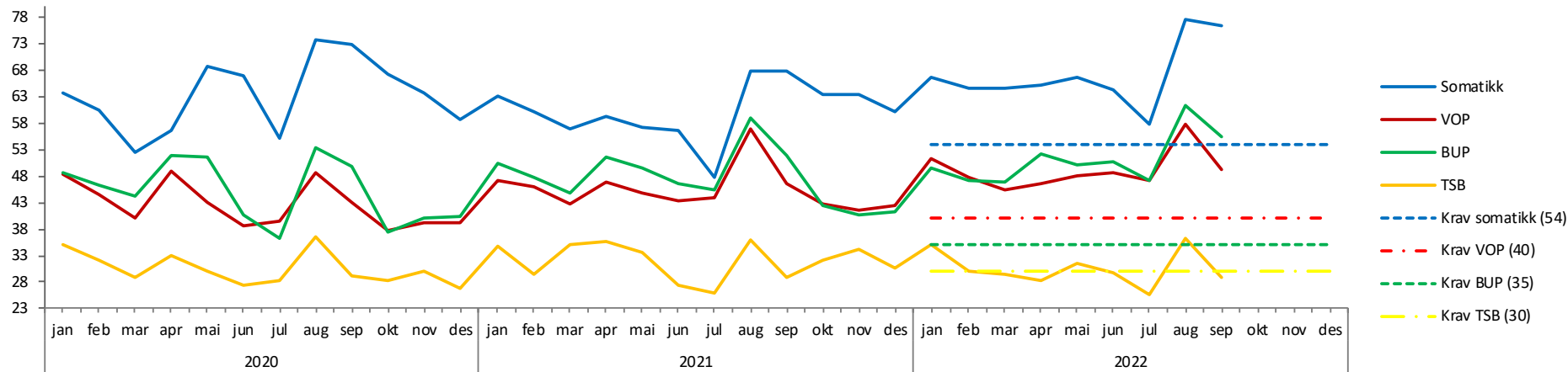
Målet på 28 grønne dager er ikke nådd for sju av ni helseforetak.

Mål om oppetid er nådd for ni av ni helseforetak.

Det har vært to felleshendelser 21. og 30. september som påvirket Min Sykehuspartner. Disse berørte samtlige helseforetak.

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet

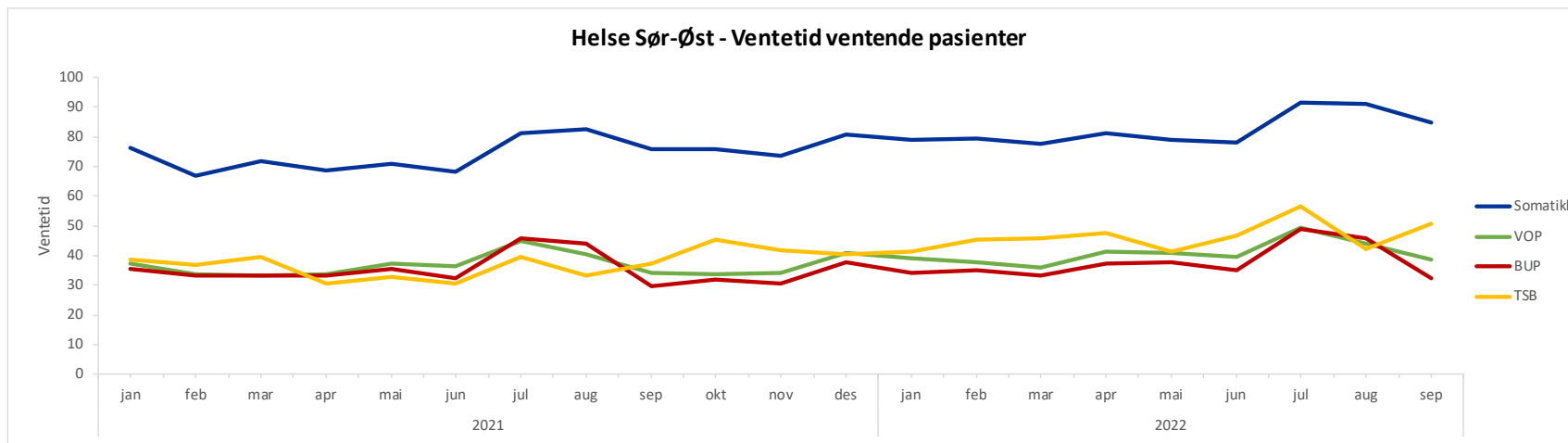
Ventetid - alle tjenesteområder



Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med helsehjelp påstartet	September 2022					Hiå 2022	Hiå 2021	Hiå 2020	2021	2020
	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Totalt					
Akershus universitetssykehus	71,8	57,8	45,6	23,3	69,5	66,2	60,2	61,2	59,7	61,8
Oslo universitetssykehus	77,8	37,7	54,5	30,6	75,5	65,7	56,3	59,6	57,6	58,9
Sunnaas sykehus	60,3	0,0	0,0	0,0	60,3	55,1	48,1	70,3	47,5	66,6
Sykehuset i Vestfold	76,8	42,0	42,6	27,2	73,6	63,4	54,4	61,1	54,4	61,1
Sykehuset Innlandet	74,6	52,6	101,5	36,0	74,0	64,9	57,0	61,3	57,8	60,6
Sykehuset Telemark	76,6	36,6	35,7	33,1	73,6	65,0	54,6	59,9	54,3	58,8
Sykehuset Østfold	67,8	55,6	55,5	17,3	66,0	59,2	56,8	63,9	57,0	62,4
Sørlandet sykehus	80,8	63,8	42,0	27,3	78,6	70,5	66,9	68,2	67,5	70,1
Vestre Viken	71,7	40,1	51,3	33,0	69,0	59,9	53,4	58,1	53,7	57,5
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	74,5	48,9	55,5	26,6	72,2	64,2	57,5	61,5	57,8	61,3
Betanien Hospital	89,1	0,0	0,0	0,0	89,1	72,1	76,0	78,0	74,1	82,1
Diakonhjemmet Sykehus	77,6	39,7	32,3	33,5	71,0	63,1	57,6	58,2	57,6	59,5
Lovisenberg Diakonale Sykehus	90,2	57,0	59,7	37,7	85,0	79,1	79,4	84,6	79,1	81,7
Martina Hansens Hospital	86,2	0,0	0,0	0,0	86,2	72,1	51,7	67,2	54,1	62,8
Revmatismesykehuset	37,5	0,0	0,0	0,0	37,5	51,9	63,1	63,8	70,3	65,4
Helse Sør-Øst inkl private ideelle sykehus	75,3	48,9	55,2	27,3	72,9	64,8	58,3	62,4	58,7	62,1
Private institusjoner m/avtale	108,5	57,3	143,0	37,7	100,7	92,0	80,6	80,4	82,1	73,8
Helse Sør-Øst inkl private ideelle sykehus og private institusjoner	76,4	49,3	55,3	28,7	73,9	65,7	58,8	62,9	59,2	62,4

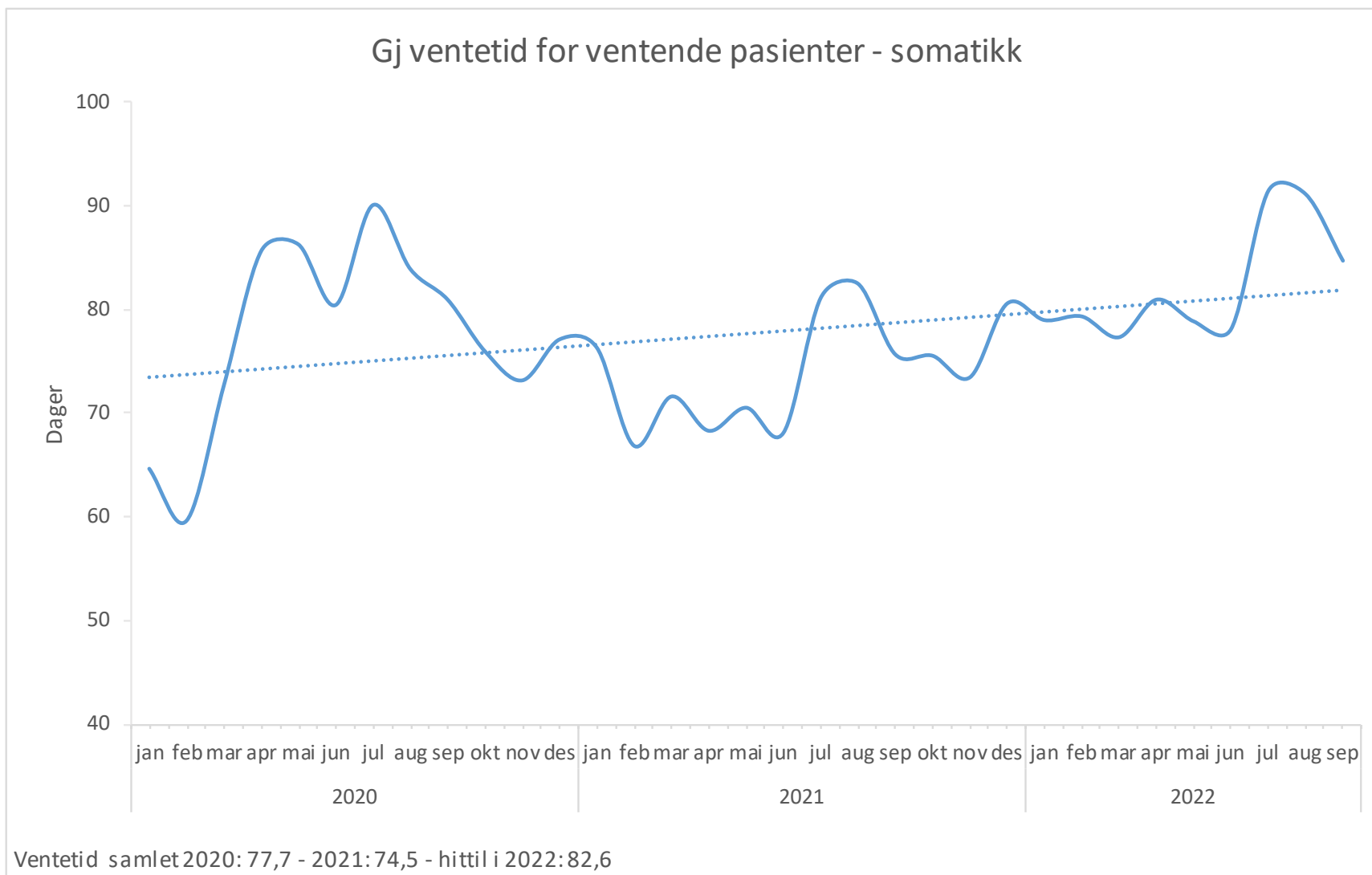
For de private rusinstitusjonene med avtale er ventetider for somatikk og psykisk helse (VOP og BUP) med i de totale tallene. Dette er årsaken til at total ventetid her avviker fra ventetiden innen TSB. Volumet innen somatikk, VOP og BUP er lave og det er også en rekke måneder hvor ventetidene ikke finnes for disse tjenesteområdene slik at det er valgt å utelate ventetider for disse i oversikten.

Gjennomsnittlig ventetid ventende pasienter – per tjenesteområde



Gj ventetid for ventende pasienter per helseforetak i HSØ	September 2022					HiÅ 2022	HiÅ 2021	HiÅ 2020	2021	2020
	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Totalt					
Akershus universitetssykehus	79,7	41,4	30,2	37,8	76,4	81,3	86,5	76,1	86,9	77,6
Oslo universitetssykehus	67,6	35,2	30,9	20,4	66,5	66,1	57,5	63,6	58,3	61,8
Sunnaas sykehus	55,0	0,0	0,0	0,0	55,0	51,3	37,8	61,8	0,0	60,2
Sykehuset i Vestfold	80,5	23,3	20,4	24,6	77,3	72,7	56,6	68,7	57,2	66,2
Sykehuset Innlandet	76,5	40,5	56,7	74,4	74,8	70,1	60,9	66,7	61,2	65,4
Sykehuset Telemark	70,6	27,8	22,7	15,8	68,8	68,7	60,3	71,4	61,7	68,1
Sykehuset Østfold	78,5	45,6	34,2	16,1	76,4	72,9	67,1	75,5	67,7	74,1
Sørlandet sykehus	88,9	47,0	23,5	17,3	86,7	81,9	73,6	86,3	74,3	84,1
Vestre Viken	64,9	35,6	24,2	21,0	63,0	61,8	54,5	66,7	54,7	64,5
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	75,8	38,2	32,7	27,4	73,6	72,0	65,5	71,9	66,1	70,5
Betanien Hospital	83,5	0,0	0,0	0,0	83,5	79,9	82,4	130,3	82,8	127,8
Diakonhjemmet Sykehus	69,0	29,5	21,6	17,9	65,3	66,0	54,4	77,2	53,8	75,3
Lovisenberg Diakonale Sykehus	61,3	35,3	26,0	24,9	58,3	64,5	69,2	77,3	68,6	75,7
Martina Hansens Hospital	63,7	0,0	0,0	0,0	63,7	60,8	47,8	58,5	49,8	56,0
Revmatisme sykehuset	27,1	0,0	0,0	0,0	27,1	48,2	90,4	54,3	96,4	56,2
Helse Sør-Øst med private ideelle sykehus	74,9	37,6	32,2	26,8	72,7	71,4	65,5	72,8	65,9	71,3
Private institusjoner	460,3	80,9	0,0	129,1	433,8	378,2	275,9	240,7	289,3	251,2
Helse Sør-Øst med private ideelle sykehus og private institusjoner	84,8	38,5	32,2	50,7	82,2	80,0	71,2	76,1	71,9	75,2

Gjennomsnittlig ventetid ventende pasienter - somatikk



Antall langtidsventende

Per fagområde

Fagområde	2021												2022									
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	Trend
Lungesykdommer	798	12	816	688	706	742	761	787	819	845	861	885	910	984	1 018	1 116	1 164	1 215	1 235	1 248	1 272	
Øre-nese-hals sykdommer	569	633	640	631	658	667	664	708	708	726	706	659	579	540	456	468	402	309	251	184	139	
Øyesykdommer	267	225	181	120	128	140	135	125	122	132	147	157	157	168	168	168	154	191	212	265	280	
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	106	94	87	81	96	88	87	109	106	121	106	103	114	159	145	167	190	249	281	333	393	
Plastikk-kirurgi	102	82	58	44	36	34	46	51	63	71	85	106	85	89	89	96	88	109	98	106	98	
Fysikalsk medisin og (re) habilitering	27	29	34	28	26	30	28	29	32	36	32	37	39	37	99	109	42	139	146	156	165	
Fordøyelsesykdommer	28	23	47	51	68	95	91	81	71	64	39	81	27	26	33	36	38	50	43	48	66	
Hjertesykdommer	68	20	61	43	53	56	55	55	48	45	42	53	47	47	59	58	55	63	59	50	59	
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	27	28	28	31	28	31	33	44	59	61	56	68	17	21	21	18	25	28	24	27	34	
Ukjent	11	2	9	2	2	2	1	2	2	2	4	2	18	12	74	73	79	150	45	87	124	
Gastroenterologisk kirurgi	15	12	27	21	25	32	29	29	25	28	29	26	19	23	26	25	28	37	37	35	35	
Urologi	21	24	34	32	22	33	29	27	21	21	22	26	24	26	27	22	23	22	22	29	32	
Annet	10	5	9	7	8	7	8	7	10	9	9	10	10	11	12	21	35	49	50	50	58	
Endokrinologi	11	10	10	11	11	9	10	13	13	8	14	15	18	22	25	26	24	27	29	25	27	
Habilitering barn og unge	14	11	11	15	11	20	26	23	27	20	16	20	15	16	12	10	11	11	12	11	13	
Øvrige fagområder	166	115	125	101	90	106	101	108	112	108	107	139	100	131	143	145	155	181	193	205	237	
Total	2 240	1 325	2 177	1 906	1 968	2 092	2 104	2 198	2 238	2 297	2 275	2 387	2 179	2 312	2 407	2 558	2 513	2 830	2 737	2 859	3 032	

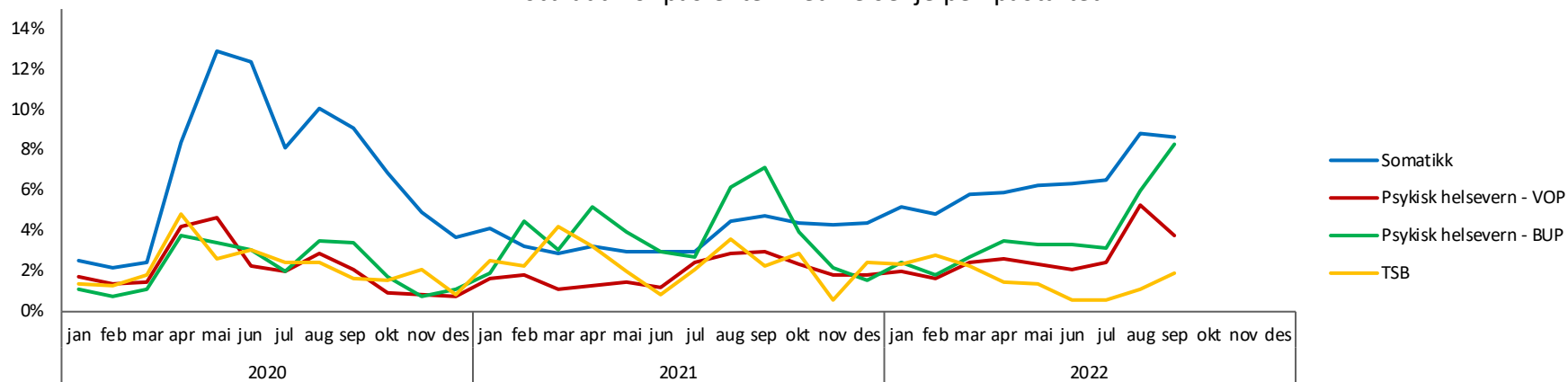
Antall langtidsventende

Per helseforetak/sykehus

Helseforetak/Sykehus	2021												2022									Trend
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	
Akershus universitetssykehus	554	631	680	667	700	706	710	774	771	771	762	740	650	639	558	571	489	429	369	322	308	
Oslo universitetssykehus	52	53	51	61	56	66	65	72	66	57	48	41	25	50	97	99	113	163	79	141	188	
Sunnaas sykehus	1									1							4	4	3	6	3	
Sykehuset i Vestfold	34	10	19	12	26	48	40	31	34	37	40	49	57	71	76	81	79	100	110	102	115	
Sykehuset Innlandet	94	85	83	87	88	95	90	103	107	107	108	129	128	121	141	147	150	195	204	209	230	
Sykehuset Telemark	31	32	18	12	8	13	22	19	41	47	69	72	56	58	57	66	60	68	64	73	81	
Sykehuset Østfold	182	187	127	99	89	103	97	79	85	89	94	92	82	77	88	90	90	117	124	159	182	
Sørlandet sykehus	163	141	90	79	76	73	73	93	89	107	83	111	102	122	118	128	150	197	228	275	294	
Vestre Viken	103	89	85	60	63	62	61	61	52	57	67	71	59	72	78	79	85	103	96	94	120	
Betanien Hospital	60	42	26	15	13	12	12	12	15	25	19	22	14	18	15	8	10	18	16	19	16	
Diakonhjemmet Sykehus	32	8	19	13	20	19	15	12	10	10	14	10	10	12	10	13	16	14	12	13	10	
Lovisenberg Diakonale Sykehus	7	8	10	16	15	16	17	15	7	10	7	13	12	6	5	11	28	16	11	15	11	
Martina Hansens Hospital	3	7	10	6	10	10	10	9	15	11	7	15	10	14	2	4	5	12	10	8	10	
Revmatismesykehuset	9	12	12	14	13	17	18	29	39	39	40	45		2	2	2	1				1	
Private institusjoner	915	20	947	765	791	852	874	889	907	929	917	977	974	1050	1160	1259	1233	1394	1411	1423	1463	
Total	2 240	1 325	2 177	1 906	1 968	2 092	2 104	2 198	2 238	2 297	2 275	2 387	2 179	2 312	2 407	2 558	2 513	2 830	2 737	2 859	3 032	

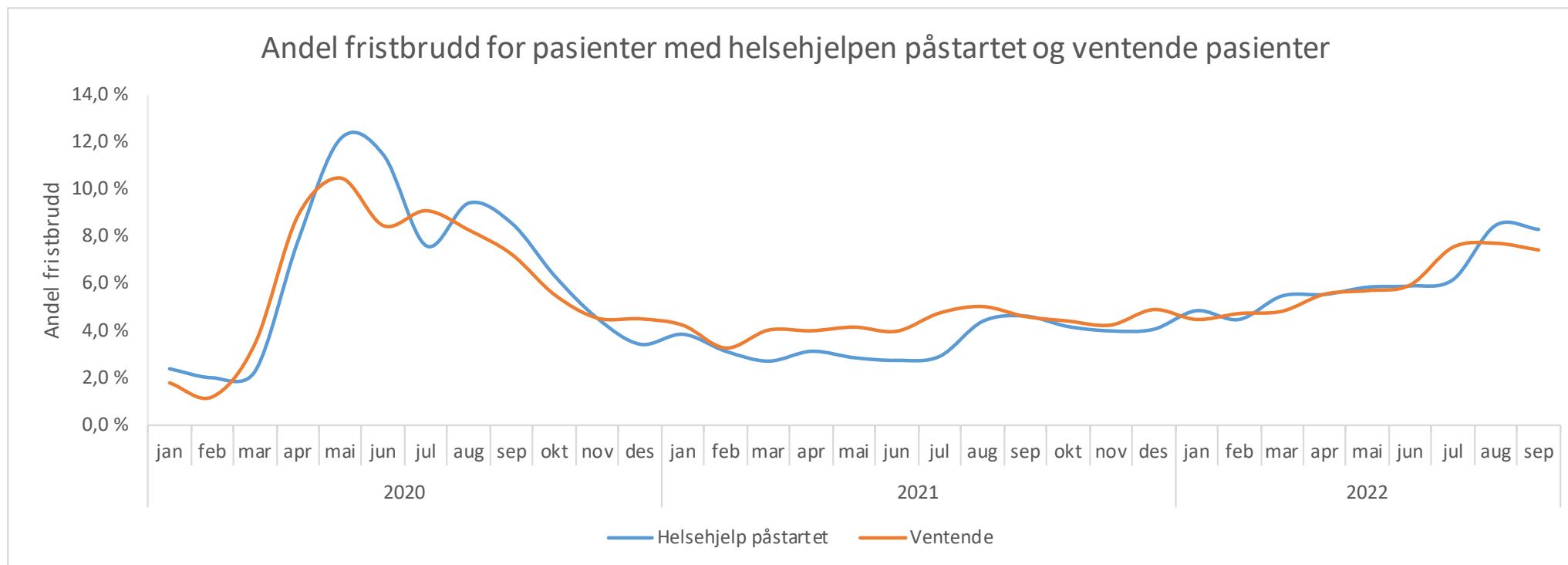
Fristbrudd for pasienter med helsehjelpen påstartet

Fristbrudd for pasienter med helsehjelpen påstartet



Andel fristbrudd pasienter helsehjelp påstartet	September 2022					HiÅ 2022	HiÅ 2021	HiÅ 2020	2021	2020
	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Totalt					
Akershus universitetssykehus	11,8 %	7,7 %	0,8 %	3,4 %	11,0 %	8,8 %	6,3 %	7,7 %	6,4 %	7,4 %
Oslo universitetssykehus	5,0 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %	4,7 %	4,0 %	1,8 %	5,7 %	2,0 %	5,0 %
Sunnaas sykehus	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	5,3 %	0,0 %	3,8 %
Sykehuset i Vestfold	9,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	8,7 %	5,6 %	2,0 %	5,1 %	2,1 %	4,8 %
Sykehuset Innlandet	8,1 %	9,3 %	52,0 %	0,0 %	9,2 %	6,9 %	4,2 %	7,5 %	4,2 %	6,5 %
Sykehuset Telemark	6,8 %	0,7 %	3,2 %	0,0 %	6,4 %	3,8 %	1,4 %	4,9 %	1,8 %	4,1 %
Sykehuset Østfold	10,9 %	2,3 %	6,1 %	0,0 %	10,1 %	6,3 %	2,9 %	8,2 %	3,3 %	7,1 %
Sørlandet sykehus	12,6 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	12,0 %	7,8 %	4,7 %	11,6 %	5,1 %	11,0 %
Vestre Viken	4,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,3 %	3,1 %	1,9 %	5,3 %	1,8 %	4,9 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	8,5 %	3,9 %	8,8 %	0,7 %	8,2 %	5,8 %	3,2 %	7,0 %	3,4 %	6,4 %
Betanien Hospital	1,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,6 %	1,3 %	3,8 %	7,1 %	3,0 %	9,0 %
Diakonhjemmet Sykehus	10,6 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	8,9 %	7,1 %	6,3 %	11,9 %	6,1 %	11,2 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1,1 %	5,1 %	0,0 %	10,5 %	1,7 %	3,0 %	2,4 %	4,1 %	2,6 %	3,8 %
Martina Hansens Hospital	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,8 %	0,5 %	1,7 %	0,5 %	1,6 %
Revmatismesykehuset	5,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,2 %	3,6 %	8,3 %	10,0 %	8,2 %	9,8 %
Helse Sør-Øst med private ideelle sykehus	8,1 %	3,8 %	8,3 %	1,1 %	7,8 %	5,6 %	3,3 %	7,0 %	3,4 %	6,4 %
Private institusjoner	27,8 %	1,9 %	0,0 %	7,0 %	24,4 %	21,4 %	8,1 %	6,1 %	9,4 %	5,4 %
Helse Sør-Øst med private ideelle sykehus og private institusjoner	8,7 %	3,7 %	8,3 %	1,9 %	8,3 %	6,1 %	3,4 %	7,0 %	3,6 %	6,4 %

Andel fristbrudd for pasienter med helsehjelpen påstartet og for ventende pasienter



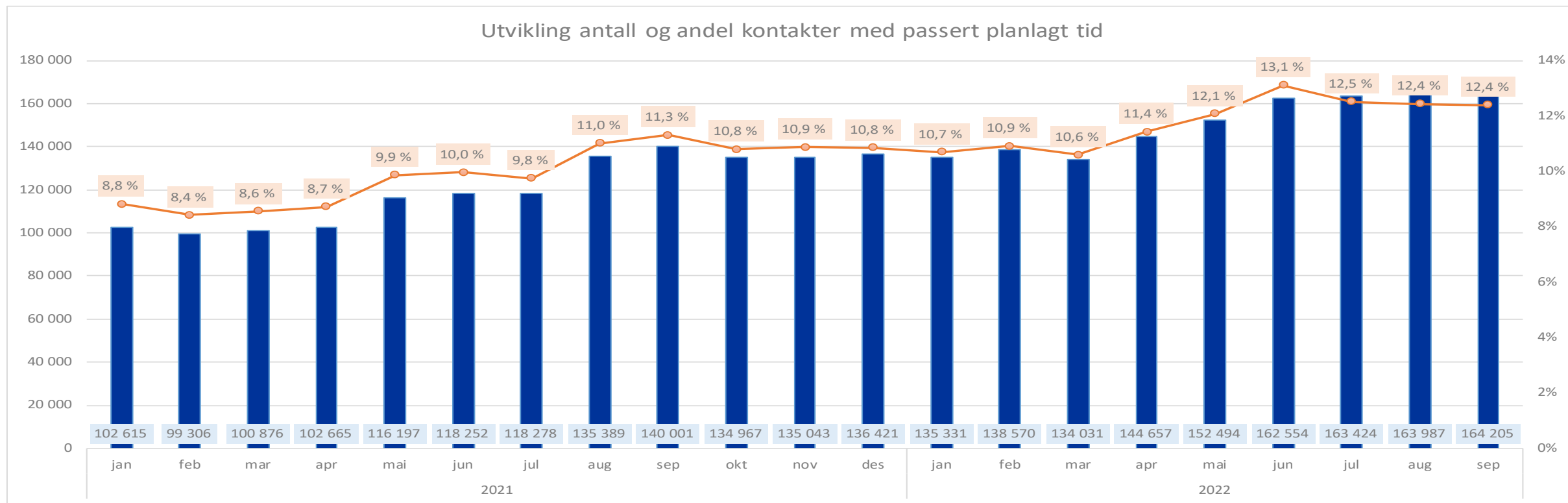
Passert planlagt tid

Topp 15 fagområder per helseforetak

Andel pasientavtaler innen planlagt tid - sep 2022																	
Fagområde (topp 15 etter antall)	Ahus	OUS	SiV	SI	SS	ST	SØ	VV	SUN	Total HF HSØ	BET	DS	LDS	MHH	REV	Total private ideelle	Totalt HSØ
Øyesykdommer	87 %	92 %	69 %	78 %	87 %		91 %	76 %		83 %	85 %					85 %	83 %
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	85 %	83 %	85 %	93 %	80 %	98 %	71 %	97 %		86 %	98 %	83 %	98 %	96 %		93 %	88 %
Øre-nese-hals sykdommer	84 %	91 %	90 %	82 %	71 %	84 %	71 %	86 %		82 %			93 %			93 %	83 %
Hjertesykdommer	86 %	96 %	82 %	76 %	94 %	88 %	86 %	78 %		86 %		94 %	89 %			91 %	86 %
Fordøyelsesykdommer	81 %	92 %	69 %	79 %	84 %	77 %	95 %	80 %	100 %	83 %		91 %	75 %			80 %	83 %
Endokrinologi	78 %	97 %	63 %	74 %	72 %	70 %	79 %	78 %		79 %		95 %	80 %			84 %	79 %
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	99 %	71 %		99 %	83 %		82 %	89 %		85 %	85 %	89 %		86 %	77 %	85 %	85 %
Nevrologi	86 %	86 %	75 %	91 %	91 %	86 %	61 %	95 %	100 %	84 %							84 %
Barnesykdommer	84 %	87 %	81 %	95 %	78 %	65 %	78 %	88 %	100 %	84 %							84 %
Lungesykdommer	80 %	85 %	51 %	74 %	85 %	84 %	75 %	86 %		80 %		98 %	95 %			96 %	80 %
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	90 %	90 %	87 %	96 %	89 %	91 %	85 %	97 %		91 %							91 %
Gastroenterologisk kirurgi	78 %	94 %	76 %	93 %	75 %	98 %	70 %	86 %		85 %		92 %				92 %	85 %
Psykisk helsevern voksne	96 %	90 %	100 %	97 %	92 %	98 %	95 %	97 %		95 %		85 %	84 %			84 %	94 %
Urologi	78 %	93 %	91 %	99 %	84 %	95 %	86 %	88 %		88 %							88 %
Plastikk-kirurgi	79 %	83 %		97 %	76 %	79 %	78 %	87 %		83 %							83 %
Total andel / totalt antall alle fagområder	88 %	90 %	83 %	87 %	86 %	88 %	86 %	88 %	95 %	88 %	86 %	87 %	88 %	93 %	77 %	88 %	88 %

Målet er å overholde min 95% av avtalene

Utvikling antall og andel kontakter med passert planlagt tid

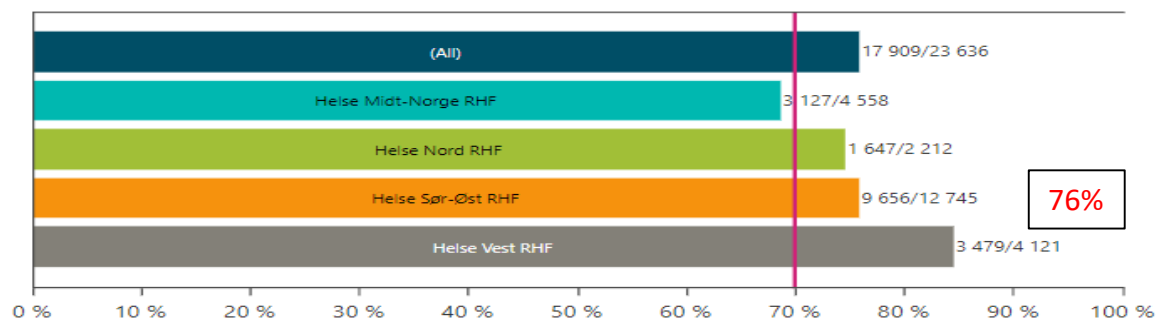


Nasjonal oversikt alle pakkeforløp kreft, alle behandlingsformer

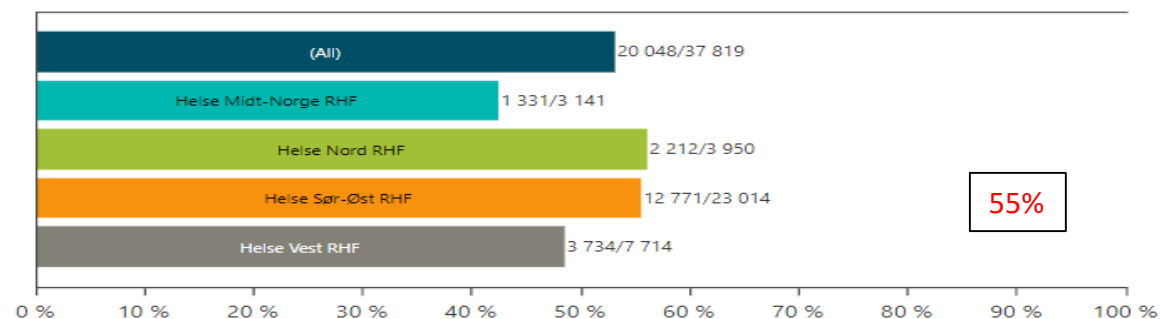
Per august 2022

Pakkeforløp er ikke oppdatert

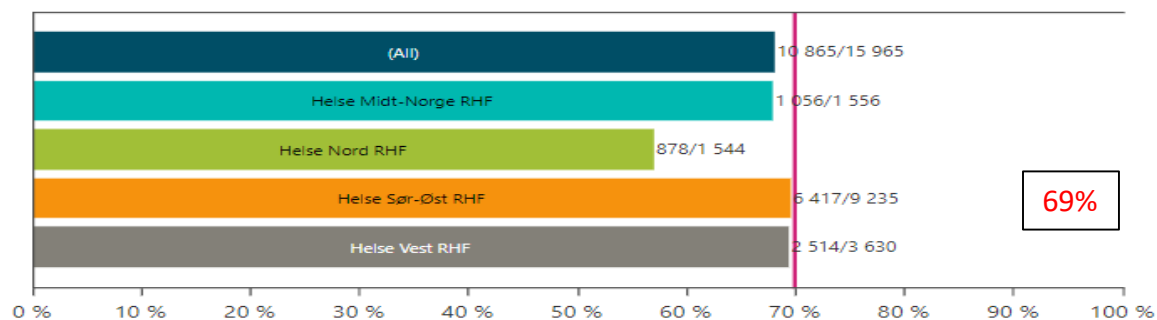
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



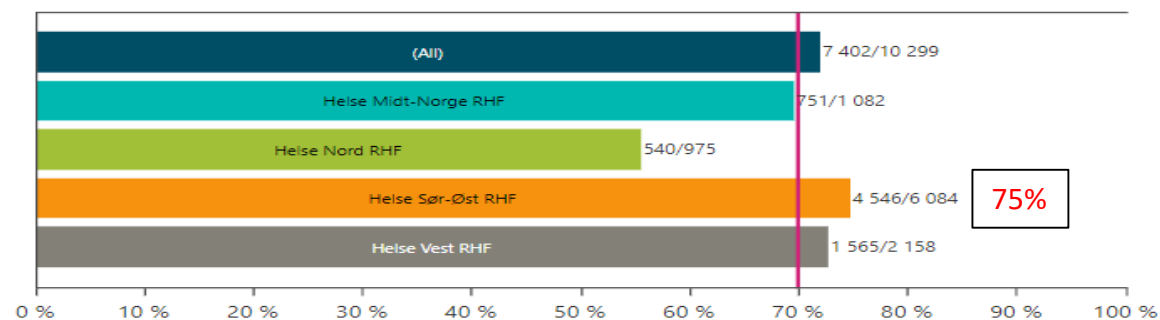
Andel pasienter med diagnose avkreftet (OA2)



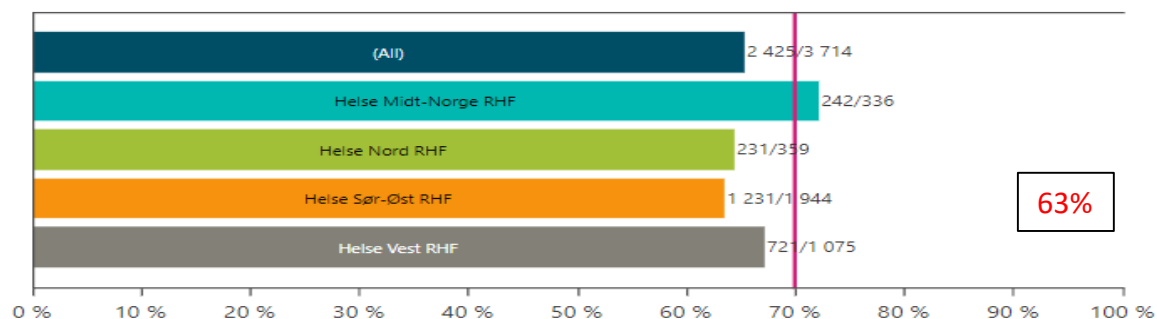
Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



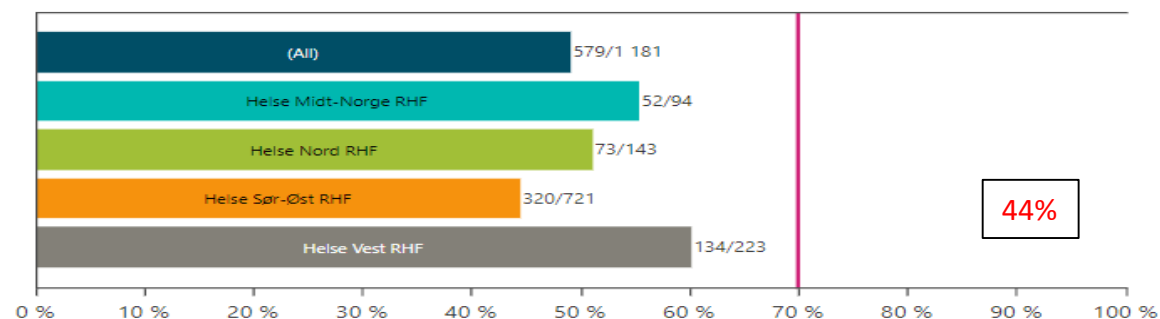
Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Andel behandlet innen standard forløpstid - medikamentell behandling (OF4M)



Andel behandlet innen standard forløpstid - strålebehandling (OF4S)



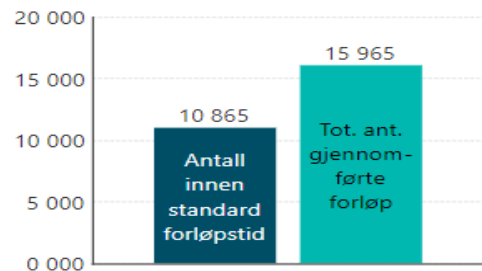
Regional oversikt alle pakkeforløp kreft per helseforetak/sykehus

Per august 2022

Norge

Andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid

68 %



Regionale helseforetak

RHF	Andel	Antall innen standard forløpstid	Totalt antall gjennomførte pakkeforløp
1 Helse Midt-Norge RHF	68 %	1 056	1 556
2 Helse Nord RHF	57 %	878	1 544
3 Helse Sør-Øst RHF	69 %	6 417	9 235
4 Helse Vest RHF	69 %	2 514	3 630

Helseforetak

HF	Andel	Antall innen standard forløpstid	Totalt antall gjennomførte pakkeforløp
1 Akershus univ.sykehus HF	65 %	997	1 526
2 Diakonhjemmet sykehus A/S	68 %	77	114
3 Lovisenberg diak. sykehus A/S	55 %	40	73
4 Oslo universitetssykehus HF	70 %	1 412	2 029
5 Sørlandet Sykehus HF	72 %	618	855
6 Sykehuset i Vestfold HF	67 %	474	706
7 Sykehuset Innlandet HF	68 %	737	1 077
8 Sykehuset Østfold HF	76 %	747	977
9 Sykehuset Telemark HF	77 %	411	536
10 Vestre Viken HF	67 %	904	1 342

Måloppnåelse per pakkeforløp

Januar tom august 2022 og august 2022

Pakkeforløp august 2022	Helse Sør-Øst		Ahus		OUS		SiV		SIHF		STHF		SØHF		SSHf		VVHF		DS		LDS		Antall pasienter august 2022
	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi																							
Blærekreft	90 %	86 %	94 %	90 %	90 %	75 %	94 %	88 %	88 %	81 %	85 %	100 %	92 %	100 %	92 %	86 %	86 %	80 %					65
Brystkreft	73 %	59 %	71 %	66 %	63 %	44 %	76 %	53 %	89 %	93 %	85 %	67 %	79 %	64 %	71 %	65 %	69 %	55 %	0 %		100 %		167
Bukspyttkjertelkreft	53 %	22 %	48 %	33 %	100 %		40 %	100 %	58 %		43 %		58 %	0 %	80 %	0 %	31 %	0 %	100 %		100 %		9
Eggstokkreft (ovarial)	64 %	46 %	65 %	50 %	71 %	75 %	81 %	75 %	43 %	50 %	45 %	0 %	79 %		35 %	0 %	60 %	0 %					26
Galleveiskreft	63 %		50 %		73 %		0 %		100 %		0 %		100 %		67 %		33 %				100 %		
Hjernekreft	75 %	91 %	65 %	100 %	82 %	100 %	75 %	100 %	50 %	50 %			71 %	100 %	83 %	100 %	83 %		100 %				11
Hode- halskreft	61 %	47 %			62 %	45 %			42 %	100 %													34
Kreft hos barn	86 %	88 %	80 %	100 %	88 %	86 %	100 %				0 %						100 %						8
Kreft i spiserør og magesekk	69 %	57 %	77 %	100 %	83 %	75 %	67 %	100 %	69 %	33 %	33 %	25 %	63 %		56 %	33 %	67 %	50 %	100 %		60 %		23
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)																							
Livmorhalskreft (cervix)	59 %	58 %	41 %	50 %	65 %	0 %	67 %	50 %	50 %	0 %	50 %		60 %	100 %	50 %		83 %	100 %					12
Livmorkreft (endometrie)	62 %	37 %	66 %	25 %	68 %	20 %	68 %	25 %	56 %	75 %	63 %	100 %	74 %	100 %	50 %	50 %	50 %	0 %					30
Lungekreft	57 %	54 %	66 %	68 %	52 %	47 %	58 %	80 %	52 %	27 %	69 %	50 %	58 %	67 %	60 %	50 %	44 %	47 %	60 %	100 %	44 %	50 %	102
Lymfomer	48 %	44 %	58 %	25 %	71 %	75 %	33 %	29 %	26 %	0 %	50 %	100 %	25 %	50 %	44 %	50 %	37 %	40 %	20 %		40 %	100 %	34
Malignt melanom	93 %	93 %	83 %	100 %	95 %	74 %	94 %	100 %	86 %	86 %	97 %	100 %	99 %	100 %	91 %	87 %	93 %	97 %	100 %	100 %	100 %		136
Myelomatose	72 %	86 %	100 %		67 %	80 %	100 %	100 %	71 %		100 %		67 %	100 %	33 %				50 %		67 %		7
Nevroendokrine svulster	97 %	100 %	90 %	100 %	100 %	100 %					100 %	100 %			100 %		100 %		100 %				4
Nyrekreft	54 %	36 %	49 %	11 %	48 %	20 %	64 %	100 %	65 %	100 %	60 %	20 %	52 %	100 %	56 %	13 %	43 %	67 %	100 %				39
Peniskreft	74 %	100 %	60 %		75 %		0 %		50 %		100 %		100 %		100 %	100 %	100 %						1
Primær leverkreft (HCC)	35 %	0 %	0 %		78 %		0 %		33 %						0 %		0 %	0 %			0 %		1
Prostatakreft	63 %	58 %	57 %	50 %	61 %	47 %	65 %	33 %	67 %	61 %	69 %	44 %	72 %	100 %	61 %	63 %	61 %	57 %					180
Sarkom	66 %	100 %			68 %	100 %	0 %		0 %								100 %						3
Skjoldbruskkjertelkreft	65 %	50 %	69 %	50 %	67 %	43 %							50 %		33 %	0 %	75 %	100 %					12
Testikkelkreft	65 %	63 %	56 %	25 %	81 %	88 %	69 %	50 %	47 %		100 %		50 %		45 %	50 %	73 %						16
Tykk- og endetarmskreft	64 %	56 %	54 %	25 %	74 %	60 %	53 %	53 %	64 %	47 %	65 %	44 %	77 %	67 %	83 %	89 %	61 %	53 %	60 %	40 %	71 %	67 %	137
Antall pakkeforløp innen standard forløpstid	6 417	655	997	85	1 412	133	474	58	737	73	411	38	747	93	618	70	904	92	77	8	40	5	1 057
Totalt antall gjennomførte pakkeforløp	9 235	1 057	1 526	154	2 029	241	706	93	1 077	122	536	60	977	110	855	110	1 342	148	114	11	73	8	
Andel pakkeforløp innen standard forløpstid	69 %	62 %	65 %	55 %	70 %	55 %	67 %	62 %	68 %	60 %	77 %	63 %	76 %	85 %	72 %	64 %	67 %	62 %	68 %	73 %	55 %	63 %	

Rød angir at foretaket ikke innfrir kravet om 70 % andel innenfor standard forløpstid.

Grønn angir at foretaket er innenfor kravet om 70% andel innenfor standard forløpstid.

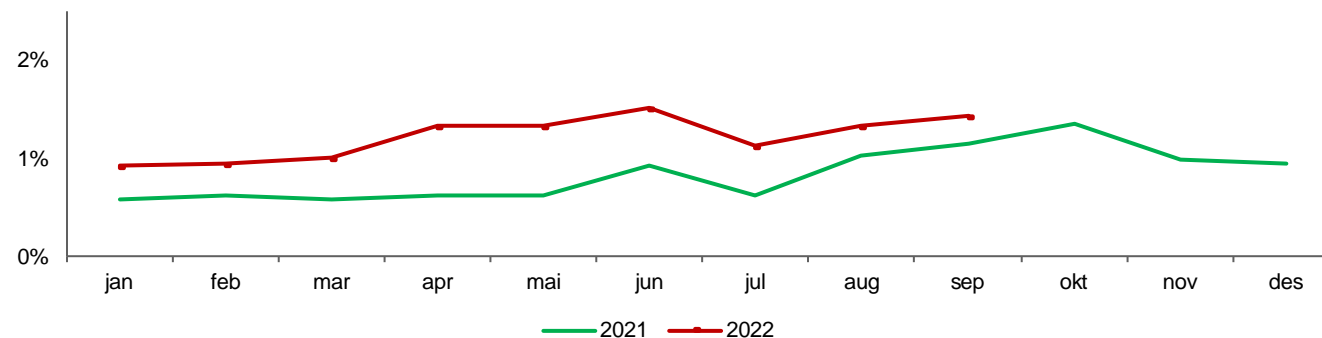
Totalt antall pakkeforløp

Januar tom august 2022 og august 2022

Pakkeforløp august 2022	Totalt antall pakkeforløp																					
	Helse Sør-Øst		Ahus		OUS		SiV		SIHF		STHF		SØHF		SSHF		VVHF		DS		LDS	
	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi																						
Blærekreft	584	65	102	10	58	4	65	8	65	16	41	4	91	6	62	7	100	10				
Brystkreft	1 676	167	290	29	331	41	128	15	175	14	79	6	197	14	136	17	338	31	1			1
Bukspyttkjertelkreft	93	9	23	3	4		10	1	12		7		12	1	5	1	16	3	2			2
Eggstokkreft (ovarial)	207	26	49	10	56	4	16	4	14	2	11	2	19		17	3	25	1				
Galleveiskreft	30		6		11		1		2		1		2		3		3					1
Hjernerkeft	102	11	23	2	49	3	4	1	6	2			7	2	6	1	6		1			
Hode- halskreft	314	34			295	33			19	1												
Kreft hos barn	73	8	5	1	64	7	2				1						1					
Kreft i spiserør og magesekk	121	23	13	3	30	4	9	2	13	3	6	4	8		9	3	27	4	1			5
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)																						
Livmorhalskreft (cervix)	96	12	22	4	20	1	6	2	10	1	2		10	1	8		18	3				
Livmorkreft (endometrie)	271	30	53	8	69	5	22	4	36	4	16	1	19	2	22	2	34	4				
Lungekreft	883	102	190	22	88	15	85	5	119	15	55	2	107	12	89	10	99	15	15	2	36	4
Lymfomer	256	34	33	4	76	8	33	7	23	4	14	1	24	2	16	2	27	5	5		5	1
Malignt melanom	1 109	136	115	5	196	23	52	11	88	7	128	16	154	25	163	15	189	30	23	4	1	
Myelomatose	54	7	5		18	5	3	1	7		4		9	1	3				2			3
Nevroendokrine svulster	39	4	10	2	20	1					3	1			2		3		1			
Nyrekreft	289	39	73	9	40	5	14	2	48	1	20	5	31	3	32	8	30	6	1			
Peniskreft	19	1	5		4		1		2		1		2		2	1	2					
Primær leverkreft (HCC)	23	1	3		9		1		3						2		3	1				2
Prostatakreft	1 506	180	245	24	342	49	103	9	249	33	74	9	148	23	135	19	210	14				
Sarkom	82	3			77	3	1		2								2					
Skjoldbruskkjertelkreft	66	12	13	2	42	7							4		3	1	4	2				
Testikkelkreft	115	16	18	4	37	8	13	2	15		2		8		11	2	11					
Tykk- og endetarmskreft	1 227	137	230	12	93	15	137	19	169	19	71	9	125	18	129	18	194	19	62	5	17	3
Totalt antall gjennomførte pakkeforløp	9 235	1 057	1 526	154	2 029	241	706	93	1 077	122	536	60	977	110	855	110	1 342	148	114	11	73	8

Andel korridorpasienter - somatikk

Andel korridorpasienter somatikk



Andel korridorpasienter - somatikk	Aug	Sep	HiÅ 2022	HiÅ 2021	HiÅ 2020
Akershus universitetssykehus HF	2,5 %	2,7 %	2,3 %	1,4 %	1,1 %
Oslo universitetssykehus HF	0,9 %	0,6 %	0,7 %	0,5 %	0,6 %
Sunnaas sykehus HF	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Sykehuset i Vestfold HF	1,0 %	1,9 %	1,2 %	1,3 %	1,3 %
Sykehuset Innlandet HF	1,3 %	1,7 %	1,1 %	1,0 %	1,0 %
Sykehuset Telemark HF	2,7 %	3,8 %	2,9 %	1,0 %	1,4 %
Sykehuset Østfold HF	1,7 %	1,5 %	1,5 %	0,7 %	0,5 %
Sørlandet sykehus HF	0,2 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
Vestre Viken HF	1,1 %	1,2 %	1,1 %	0,4 %	0,7 %
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	1,3 %	1,5 %	1,2 %	0,8 %	0,8 %
Betanien Hospital	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Diakonhjemmet Sykehus	0,4 %	0,3 %	0,8 %	0,4 %	0,3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	2,2 %	1,1 %	1,2 %	1,0 %	0,4 %
Martina Hansens Hospital	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Revmatisesykehuset	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	1,3 %	1,4 %	1,2 %	0,8 %	0,7 %

Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Status per tjenestoområde per helseforetak/sykehus

Helseforetak / sykehus	Ventetider hittil i år			% endring hittil i år 2021 - 2022					
	40	35	30	Døgn (utskrivninger)		Liggedøgn		Polikliniske opphold	
	VOP	BUP	TSB	VOP	BUP	VOP	BUP	VOP	BUP
Akershus universitetssykehus HF	49,3	48,2	24,4	8,3 %	18,1 %	5,5 %	-4,3 %	-2,2 %	1,9 %
Oslo universitetssykehus HF	46,9	57,2	31,9	-3,8 %	-18,8 %	2,3 %	-6,2 %	-1,3 %	4,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	41,0	39,3	31,1	3,5 %	-10,4 %	-0,1 %	-16,6 %	1,4 %	-1,3 %
Sykehuset Innlandet HF	52,3	73,0	31,7	9,5 %	-24,4 %	-3,9 %	-23,8 %	1,3 %	-5,7 %
Sykehuset Telemark HF	34,7	38,0	25,2	18,5 %	23,8 %	4,7 %	-34,0 %	-5,4 %	2,0 %
Sykehuset Østfold HF	59,1	52,8	18,8	0,8 %	-27,0 %	10,5 %	-6,3 %	-1,9 %	-9,2 %
Sørlandet sykehus HF	51,0	49,1	28,3	5,4 %	36,7 %	1,8 %	41,5 %	-2,5 %	-5,1 %
Vestre Viken HF	44,1	53,5	37,5	6,2 %	17,0 %	5,1 %	7,2 %	8,1 %	-0,6 %
Helse Sør-Øst RHF	-	-	-	3,4 %	-4,8 %	8,5 %	2,6 %	0,7 %	
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	48,0	51,6	28,0	5,7 %	-6,9 %	4,0 %	-3,7 %	0,3 %	-1,2 %
Diakonhjemmet Sykehus	43,9	35,2	32,4	-11,5 %		0,8 %		-1,6 %	14,9 %
Lovisenberg Diagonale Sykehus	58,3	51,0	36,3	-0,9 %		5,7 %		-8,3 %	4,8 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	49,3	51,3	30,7	4,8 %	-6,9 %	4,0 %	-3,7 %	-0,6 %	-0,6 %

Antall inntektsgivende polikliniske opphold per tjenesteområde

Per helseforetak/sykehus

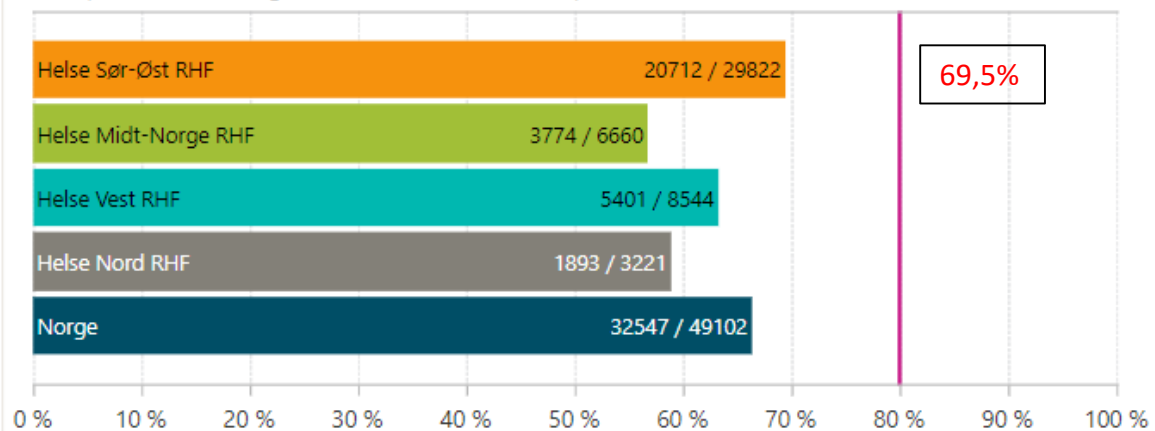
Polikliniske opphold	Hittil i år 2021				Hittil i år 2022				Endring i prosent 2021 til 2022			
	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Akershus universitetssykehus HF	301 962	120 649	73 314	24 372	321 346	118 021	74 743	23 004	6,4 %	-2,2 %	1,9 %	-5,6 %
Oslo universitetssykehus HF	656 880	72 718	39 309	20 612	656 227	71 792	41 047	18 420	-0,1 %	-1,3 %	4,4 %	-10,6 %
Sunnaas sykehus HF	5 906				6 619				12,1 %			
Sykehuset i Vestfold HF	184 170	56 062	36 032	18 970	176 762	56 874	35 581	19 793	-4,0 %	1,4 %	-1,3 %	4,3 %
Sykehuset Innlandet HF	251 879	79 780	40 710	14 142	258 001	80 844	38 395	13 325	2,4 %	1,3 %	-5,7 %	-5,8 %
Sykehuset Telemark HF	133 326	32 261	26 967	6 063	135 979	30 512	27 504	5 670	2,0 %	-5,4 %	2,0 %	-6,5 %
Sykehuset Østfold HF	227 901	52 441	33 984	23 242	231 797	51 469	30 869	23 704	1,7 %	-1,9 %	-9,2 %	2,0 %
Sørlandet sykehus HF	242 185	83 875	35 820	21 086	251 618	81 788	33 990	21 835	3,9 %	-2,5 %	-5,1 %	3,6 %
Vestre Viken HF	334 464	100 566	67 805	28 248	346 871	108 665	67 390	19 829	3,7 %	8,1 %	-0,6 %	-29,8 %
Helse Sør-Øst RHF	-	31 800	-	19 770	-	32 037	-	17 559		0,7 %		-11,2 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	2 338 673	630 152	353 941	176 505	2 385 220	632 002	349 519	163 139	2,0 %	0,3 %	-1,2 %	-7,6 %
Betanien Hospital	21 512				17 478				-18,8 %			
Diakonhjemmet Sykehus	58 151	36 878	8 350	6 168	57 116	36 273	9 597	5 222	-1,8 %	-1,6 %	14,9 %	-15,3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	52 800	70 319	18 983	5 084	58 235	64 455	19 889	6 184	10,3 %	-8,3 %	4,8 %	21,6 %
Martina Hansens Hospital	26 635				26 106				-2,0 %			
Revmatismesykehuset	9 248				9 154				-1,0 %			
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	2 507 019	737 349	381 274	187 757	2 553 309	732 730	379 005	174 545	1,8 %	-0,6 %	-0,6 %	-7,0 %

Nasjonal oversikt alle pasientforløp PHV og TSB

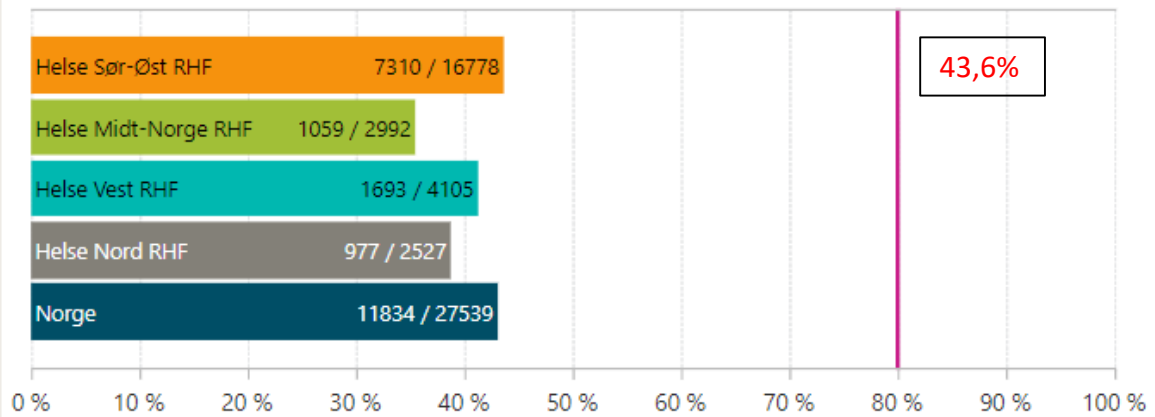
Per september 2022

MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR

Forløpstid for utredning - andel innen anbefalt forløpstid (PF01)

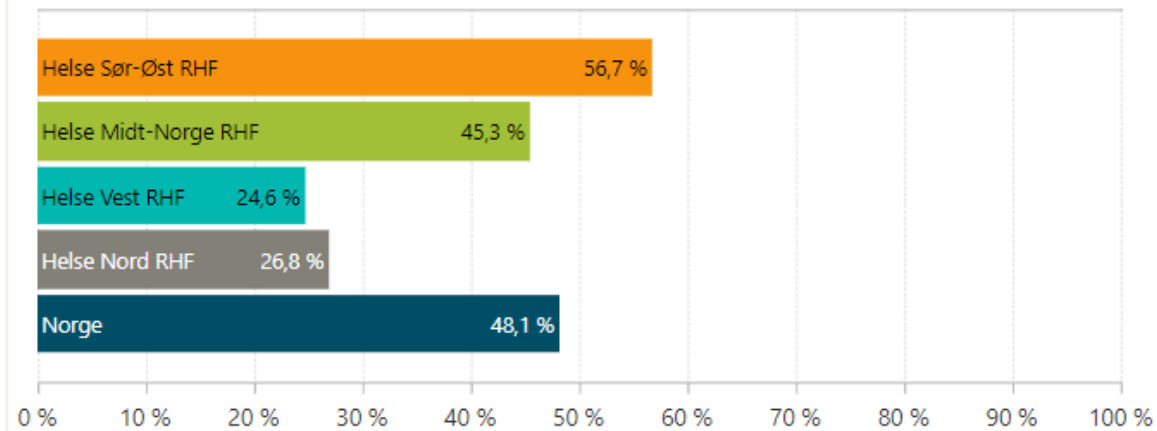


Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk - andel innen anbefalt forløpstid (PF03)

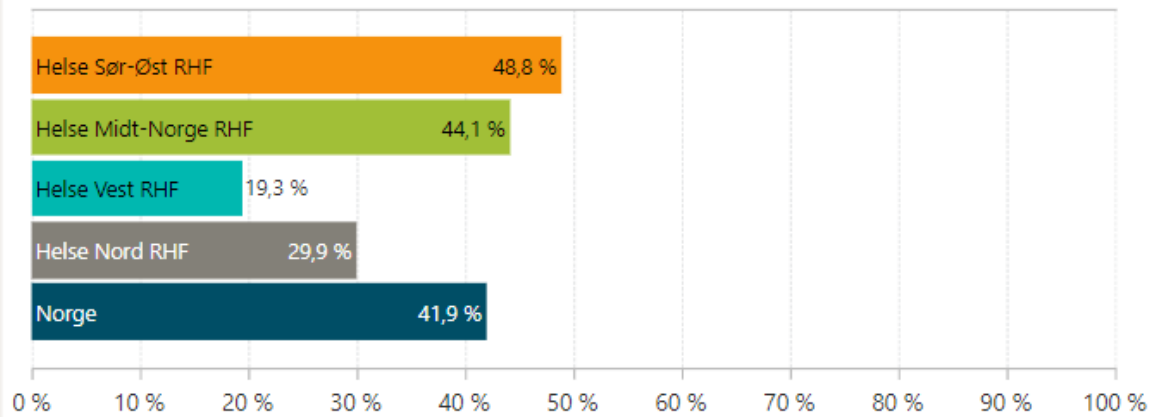


MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer (PA02)



Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler (PA03)



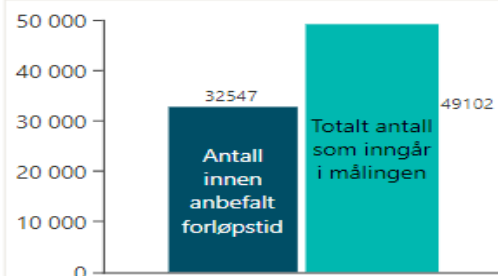
Regional oversikt alle pasientforløp PHV og TSB - per helseforetak/sykehus

Per september 2022

NORGE

Andel utredet innen anbefalt forløpstid

66 %



REGIONALE HELSEFORETAK

RHF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Helse Sør-Øst RHF	69 %	20712	29822
2 Helse Vest RHF	63 %	5401	8544
3 Helse Nord RHF	59 %	1893	3221
4 Helse Midt-Norge RHF	57 %	3774	6660

HELSEFORETAK

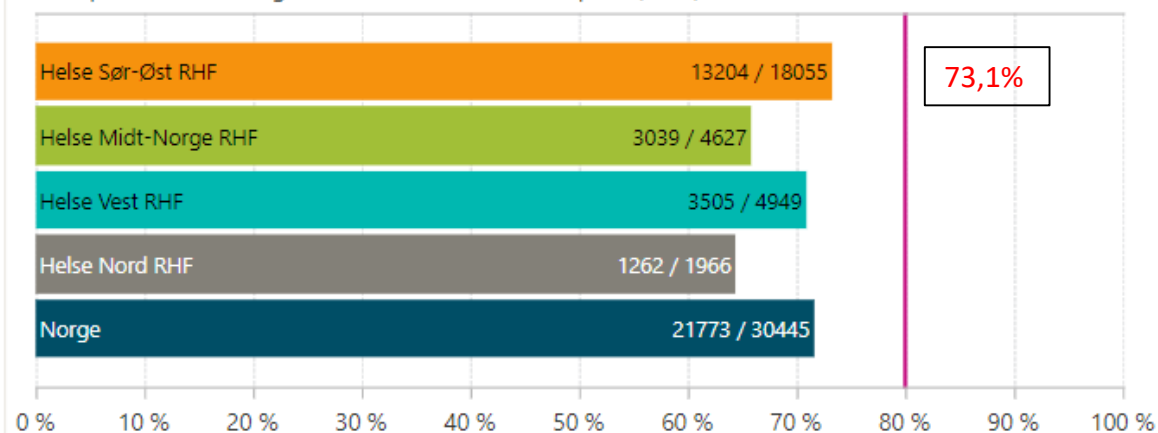
HF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Akershus universitetssykehus HF	69 %	3928	5668
2 Diakonhjemmet sykehus A/S	88 %	1465	1670
3 Lovisenberg diakonale sykehus AS	63 %	1017	1624
4 Oslo universitetssykehus HF	63 %	1462	2323
5 Privat Sør-Øst HF	87 %	543	624
6 Sykehuset i Vestfold HF	84 %	2867	3431
7 Sykehuset Innlandet HF	69 %	1885	2740
8 Sykehuset Telemark HF	62 %	1034	1661
9 Sykehuset Østfold HF	63 %	1909	3046
10 Sørlandet Sykehus HF	63 %	1806	2873
11 Vestre Viken HF	67 %	2798	4168

Nasjonal oversikt alle pasientforløp VOP

Per september 2022

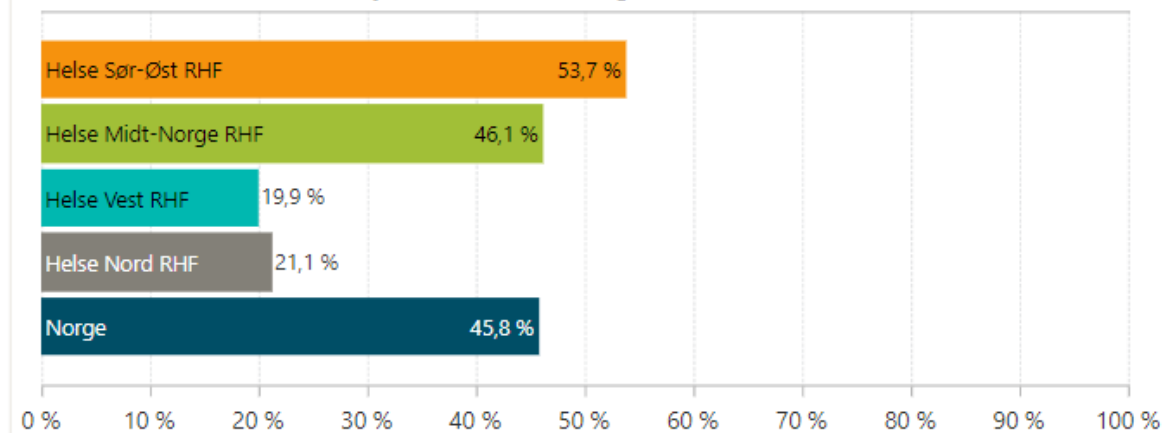
MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR

Forløpstid for utredning - andel innen anbefalt forløpstid (PF01)

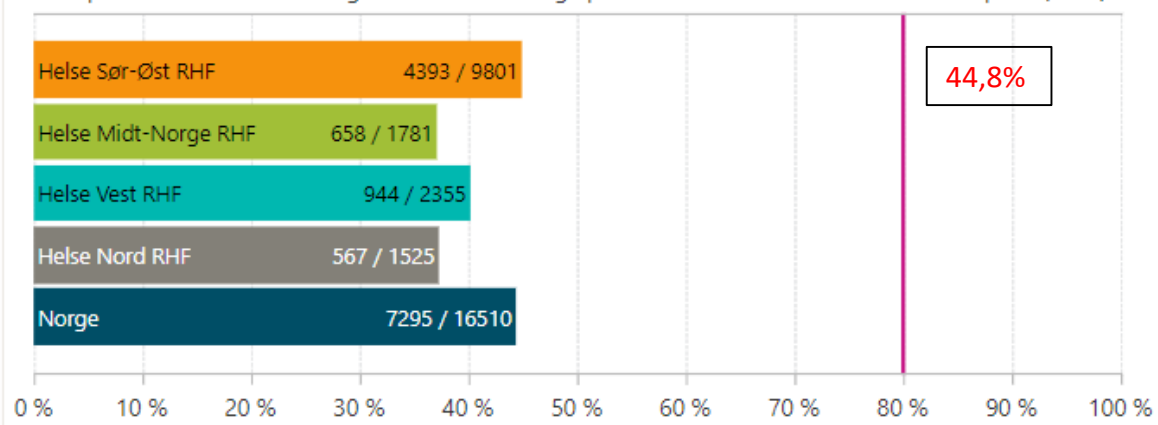


MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

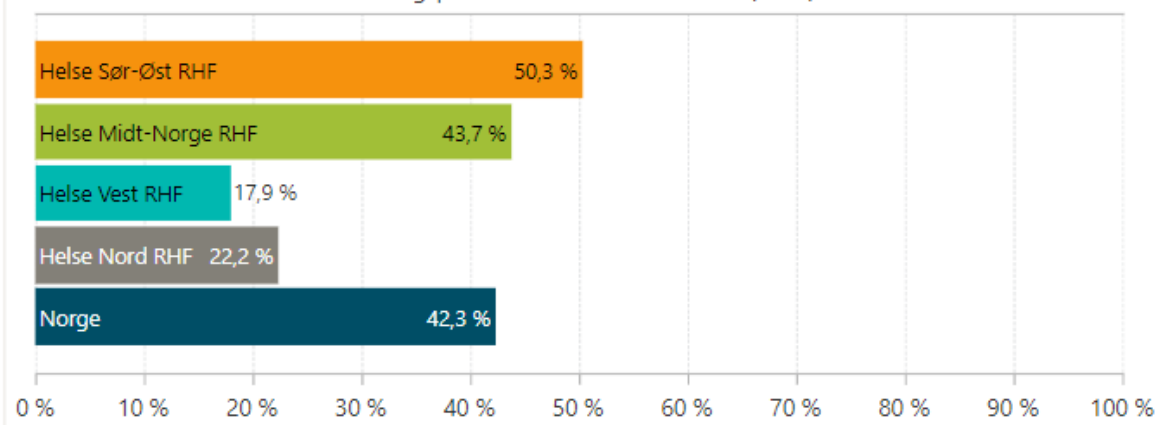
Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer (PA02)



Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk - andel innen anbefalt forløpstid (PF03)



Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler (PA03)



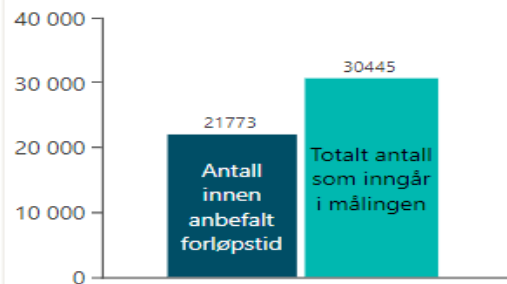
Regional oversikt alle pasientforløp VOP - Helse Sør-Øst per helseforetak/sykehus

Per september 2022

NORGE

Andel utredet innen anbefalt forløpstid

72 %



REGIONALE HELSEFORETAK

RHF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Helse Sør-Øst RHF	73 %	13204	18055
2 Helse Vest RHF	71 %	3505	4949
3 Helse Midt-Norge RHF	66 %	3039	4627
4 Helse Nord RHF	64 %	1262	1966

HELSEFORETAK

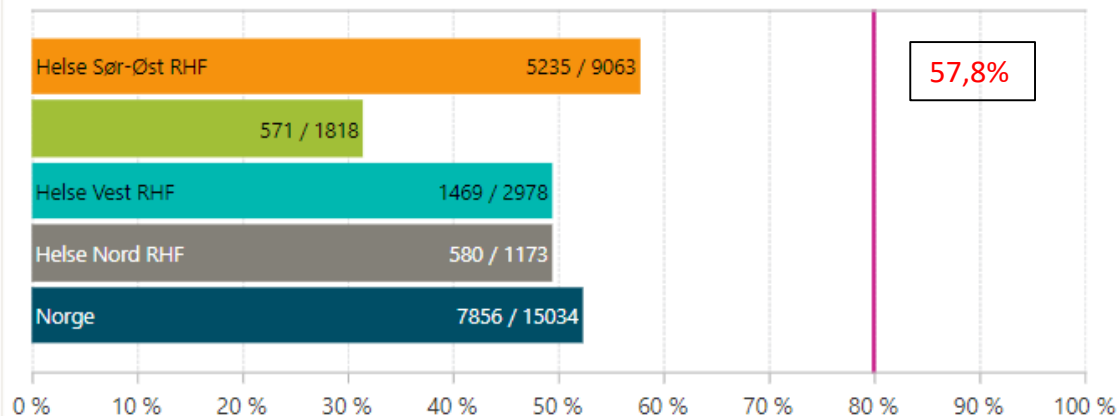
HF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Akershus universitetssykehus HF	63 %	1895	3004
2 Diakonhjemmet sykehus A/S	93 %	1240	1327
3 Lovisenberg diakonale sykehus AS	63 %	662	1046
4 Oslo universitetssykehus HF	68 %	1024	1510
5 Privat Sør-Øst HF	88 %	397	451
6 Sykehuset i Vestfold HF	90 %	1732	1932
7 Sykehuset Innlandet HF	72 %	1372	1898
8 Sykehuset Telemark HF	71 %	714	1008
9 Sykehuset Østfold HF	67 %	1149	1713
10 Sørlandet Sykehus HF	68 %	1056	1546
11 Vestre Viken HF	75 %	1964	2624

Nasjonal oversikt alle pasientforløp BUP

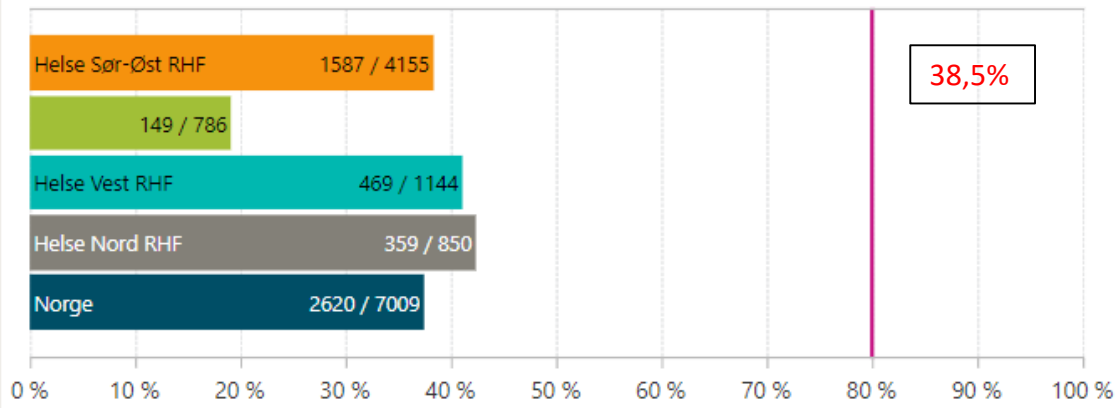
Per september 2022

MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR

Forløpstid for utredning - andel innen anbefalt forløpstid (PF01)

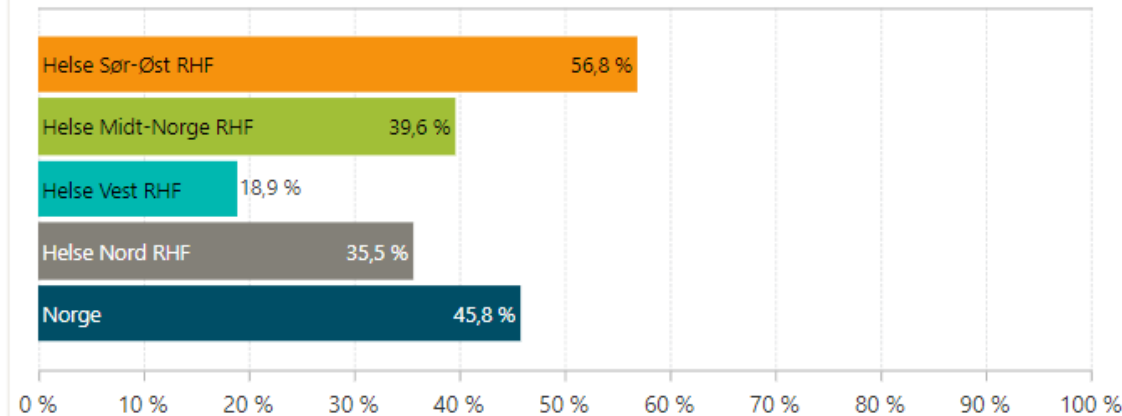


Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk - andel innen anbefalt forløpstid (PF03)

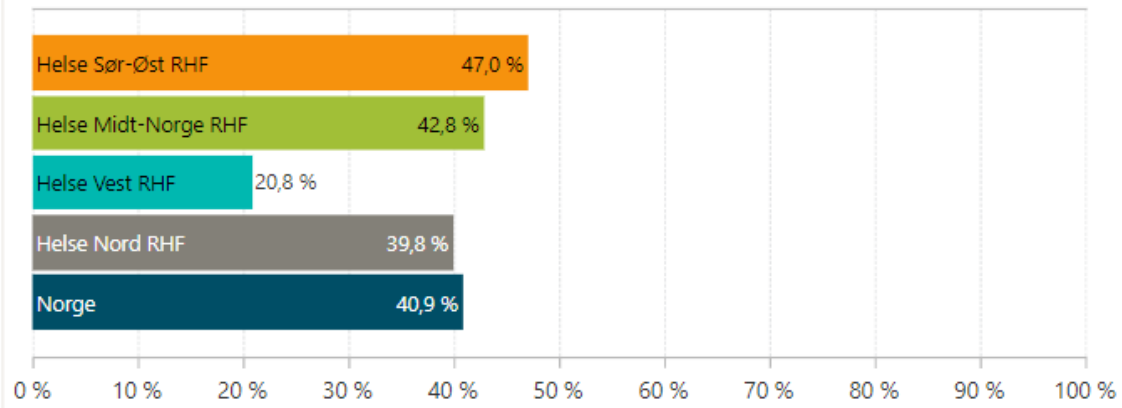


MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer (PA02)



Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler (PA03)



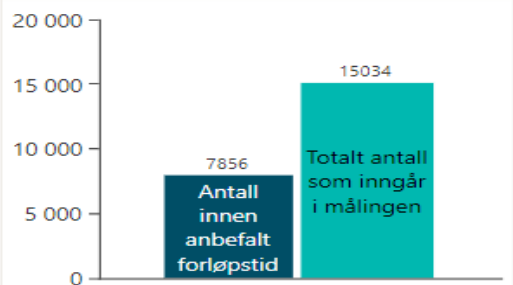
Regional oversikt alle pasientforløp BUP - Helse Sør-Øst per helseforetak/sykehus

Per september 2022

NORGE

Andel utredet innen anbefalt forløpstid

52 %



REGIONALE HELSEFORETAK

RHF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Helse Sør-Øst RHF	58 %	5235	9063
2 Helse Nord RHF	49 %	580	1173
3 Helse Vest RHF	49 %	1469	2978
4 Helse Midt-Norge RHF	31 %	571	1818

HELSEFORETAK

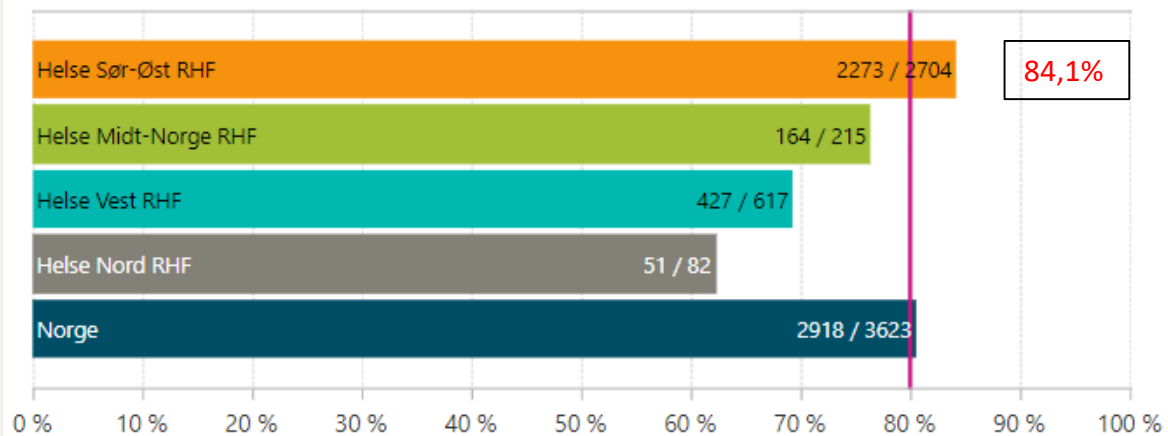
HF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Akershus universitetssykehus HF	69 %	1362	1977
2 Diakonhjemmet sykehus A/S	38 %	71	185
3 Lovisenberg diakonale sykehus AS	61 %	315	517
4 Oslo universitetssykehus HF	36 %	204	559
5 Privat Sør-Øst HF	97 %	34	35
6 Sykehuset i Vestfold HF	70 %	798	1145
7 Sykehuset Innlandet HF	60 %	358	594
8 Sykehuset Telemark HF	47 %	279	597
9 Sykehuset Østfold HF	45 %	388	869
10 Sørlandet Sykehus HF	58 %	672	1156
11 Vestre Viken HF	53 %	755	1431

Nasjonal oversikt alle pasientforløp TSB

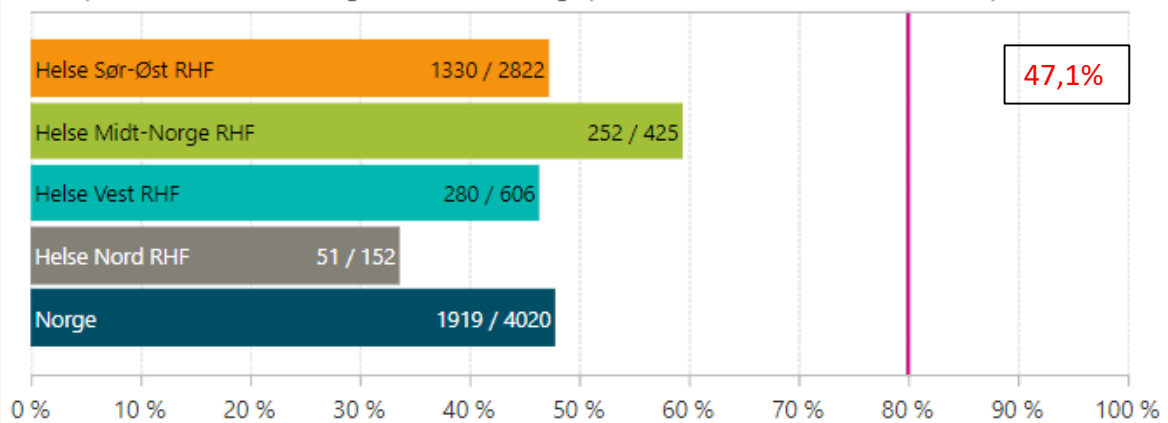
Per september 2022

MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR

Forløpstid for utredning - andel innen anbefalt forløpstid (PF01)

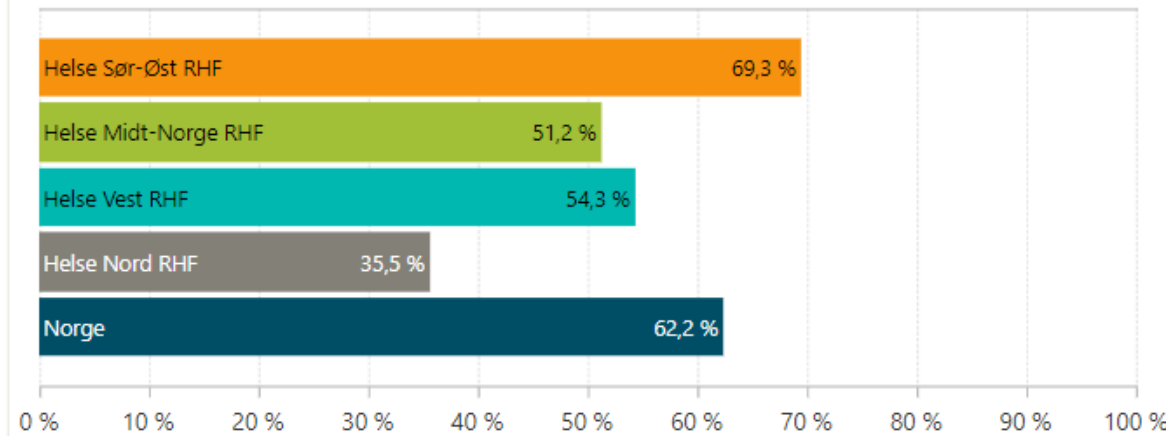


Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk - andel innen anbefalt forløpstid (PF03)

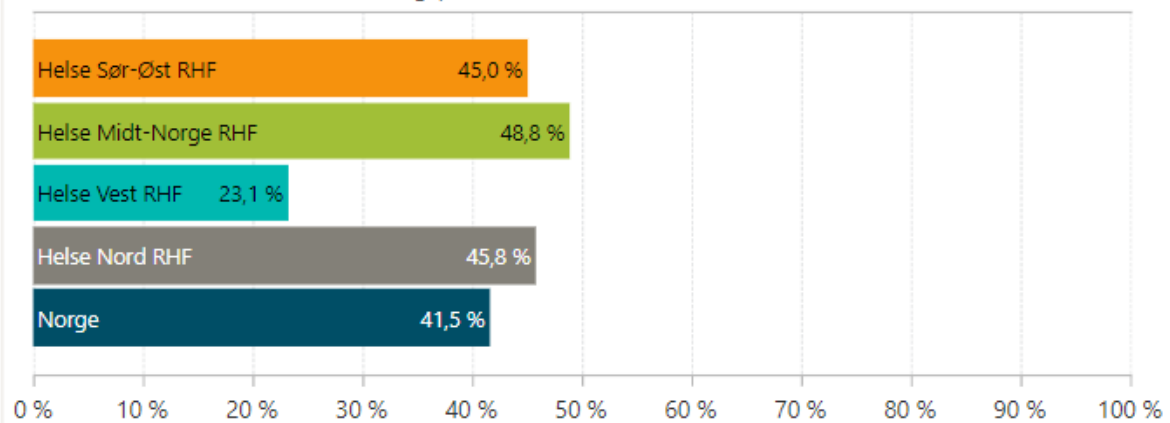


MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer (PA02)



Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler (PA03)



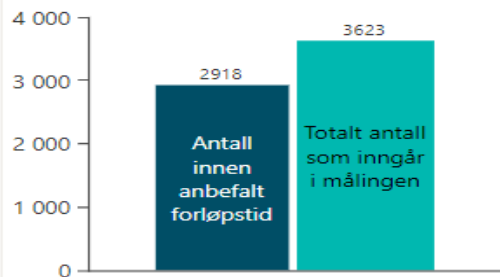
Regional oversikt alle pasientforløp TSB - Helse Sør-Øst per helseforetak/sykehus

Per september 2022

NORGE

Andel utredet innen anbefalt forløpstid

81 %



REGIONALE HELSEFORETAK

RHF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Helse Sør-Øst RHF	84 %	2273	2704
2 Helse Midt-Norge RHF	76 %	164	215
3 Helse Vest RHF	69 %	427	617
4 Helse Nord RHF	62 %	51	82

HELSEFORETAK

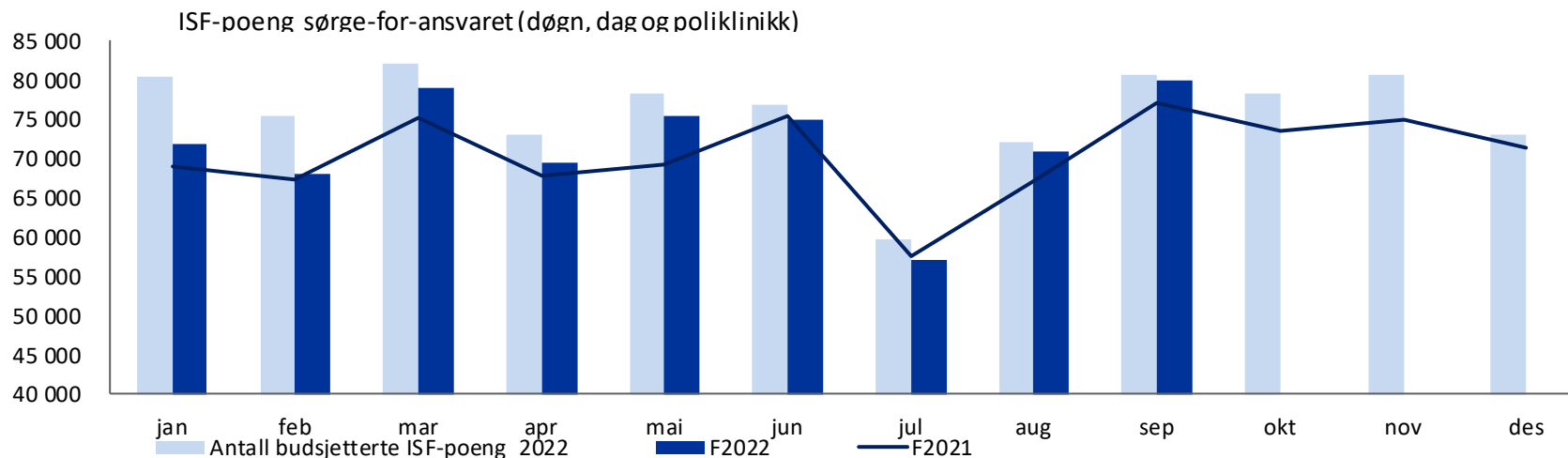
HF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Akershus universitetssykehus HF	98 %	671	687
2 Diakonhjemmet sykehus A/S	97 %	154	158
3 Lovisenberg diakonale sykehus AS	66 %	40	61
4 Oslo universitetssykehus HF	92 %	234	254
5 Privat Sør-Øst HF	81 %	112	138
6 Sykehuset i Vestfold HF	95 %	337	354
7 Sykehuset Innlandet HF	63 %	155	248
8 Sykehuset Telemark HF	73 %	41	56
9 Sykehuset Østfold HF	80 %	372	464
10 Sørlandet Sykehus HF	46 %	78	171
11 Vestre Viken HF	70 %	79	113

Andel avviste henvisninger innen psykisk helsevern

Andel avviste henvisninger ved poliklinikkene	September 2022		September 2021		Hittil i år 2022		Hittil i år 2021	
	BUP	VOP	BUP	VOP	BUP	VOP	BUP	VOP
Akershus universitetssykehus	9,2 %	29,2 %	12,7 %	26,3 %	10,1 %	27,4 %	17,7 %	22,7 %
Oslo universitetssykehus	19,9 %	30,6 %	21,3 %	27,9 %	24,0 %	32,5 %	25,8 %	27,5 %
Sykehuset i Vestfold	25,1 %	20,7 %	15,2 %	37,5 %	19,8 %	22,0 %	15,1 %	31,3 %
Sykehuset Innlandet	20,0 %	21,3 %	15,7 %	22,4 %	19,5 %	18,5 %	19,4 %	21,1 %
Sykehuset Telemark	23,4 %	30,3 %	9,5 %	14,7 %	19,1 %	29,9 %	15,9 %	14,9 %
Sykehuset Østfold	15,9 %	30,2 %	21,0 %	28,7 %	25,2 %	30,4 %	25,6 %	27,2 %
Sørlandet sykehus	29,6 %	36,5 %	25,0 %	36,1 %	31,8 %	34,4 %	24,1 %	34,5 %
Vestre Viken	24,1 %	16,6 %	26,9 %	15,7 %	24,2 %	15,1 %	25,0 %	13,7 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	19,8 %	26,4 %	18,9 %	26,3 %	20,8 %	25,7 %	21,2 %	23,9 %
Diakonhjemmet Sykehus	2,4 %	36,1 %	0,0 %	24,3 %	7,4 %	25,9 %	2,2 %	18,3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	9,3 %	32,3 %	16,4 %	30,9 %	11,2 %	34,7 %	6,5 %	28,2 %
Private institusjoner	0,0 %	10,2 %	0,0 %	19,4 %	0,0 %	22,5 %	0,0 %	23,8 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus og private rusinstitusjoner	19,0 %	27,2 %	18,4 %	26,3 %	20,1 %	26,3 %	20,2 %	24,0 %

Aktivitet somatikk

Foretaksgruppen inkludert private (hittil i år)



ISF-poeng - September 2022	Hittil i år				HiÅ 2021 - HiÅ 2022		Årsestimat vs årsbudsjett		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Endring	Endring i prosent	Estimat per september	Avvik budsjett	Avvik i prosent
ISF-poeng pasientbehandling									
ISF (døgn) iht. sørge-for	458 643	481 876	-23 232	-4,8 %	14 609	3,3 %	621 846	-23 935	-3,7 %
ISF (dag) iht. sørge-for	57 012	60 548	-3 536	-5,8 %	1 829	3,3 %	77 197	-4 377	-5,4 %
ISF (poliklinikk) iht. sørge-for	131 054	136 271	-5 217	-3,8 %	4 272	3,4 %	177 071	-6 180	-3,4 %
ISF (døgn, dag og poli) iht. sørge-for	646 710	678 695	-31 985	-4,7 %	20 710	3,3 %	876 114	-34 491	-3,8 %
ISF-poeng legemidler									
Legemidler	39 135	38 615	520	1,3 %	467	1,2 %	51 971	331	0,6 %
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og legemidler) iht. sørge-for-ansvaret	685 844	717 309	-31 465	-4,4 %	21 177	3,2 %	928 085	-34 160	-3,6 %
Gjestepasienter fra andre regioner	19 691	20 427	- 737	-3,6 %	1 476	8,1 %	26 643	-642	-2,4 %

Aktivitet somatikk

ISF-poeng sørge-for-ansvaret per utfører (hittil i år)

ISF-poeng iht. sørge-for- ansvaret per utfører	Hittil i år				HiÅ 2021 - HiÅ 2022		Årsestimat vs årsbudsjett	
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Endring	Endring i prosent	Endring	Endring i prosent
Akershus universitetssykehus HF	91 417	93 417	-2 000	-2,1 %	5 977	7,0 %	-2 079	-1,7 %
Oslo universitetssykehus HF	160 038	175 714	-15 676	-8,9 %	- 550	-0,3 %	-16 047	-6,8 %
Sunnaas sykehus HF	4 020	4 351	- 331	-7,6 %	124	3,2 %	- 302	-5,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	44 646	45 781	-1 135	-2,5 %	695	1,6 %	-1 341	-2,2 %
Sykehuset Innlandet HF	67 199	69 306	-2 107	-3,0 %	2 303	3,5 %	-2 546	-2,7 %
Sykehuset Telemark HF	33 322	33 102	220	0,7 %	1 979	6,3 %	200	0,5 %
Sykehuset Østfold HF	59 758	60 560	- 801	-1,3 %	3 228	5,7 %	- 628	-0,8 %
Sørlandet sykehus HF	56 505	57 686	-1 181	-2,0 %	1 675	3,1 %	-1 200	-1,6 %
Vestre Viken HF	84 314	89 816	-5 502	-6,1 %	3 706	4,6 %	-5 991	-5,0 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	601 219	629 734	-28 515	-4,5 %	19 137	3,3 %	-29 934	-3,5 %
Betanien Hospital	2 628	2 708	- 80	-3,0 %	- 2	-0,1 %	- 110	-3,0 %
Diakonhjemmet Sykehus	16 684	17 582	- 898	-5,1 %	622	3,9 %	-1 312	-5,5 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	13 118	15 478	-2 360	-15,2 %	798	6,5 %	-2 766	-13,1 %
Martina Hansens Hospital	4 684	4 826	- 142	-3,0 %	- 17	-0,4 %	- 144	-2,2 %
Revmatisme sykehuset	825	975	- 150	-15,4 %	- 35	-4,1 %	- 190	-14,5 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	639 157	671 303	-32 145	-4,8 %	20 502	3,3 %	-34 456	-3,8 %
Kjøp fra andre helseregioner	6 036	5 936	101	1,7 %	253	4,4 %	- 153	-1,9 %
Kjøp fra private avtaleparter	875	1 121	- 245	-21,9 %	- 133	-13,2 %	- 302	-20,2 %
Fritt behandlingsvalg	641	336	305	90,8 %	88	8,8 %	419	93,6 %
Sum ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk)	646 710	678 695	-31 985	-4,7 %	20 710	3,3 %	-34 491	-3,8 %
Legemidler	39 135	38 615	520	1,3 %	467	1,2 %	331	0,6 %
Sum ISF-poeng iht "sørge for"-ansvaret	685 844	717 309	-31 465	-4,4 %	21 177	3,2 %	-34 160	-3,6 %

Aktivitet somatikk

ISF-poeng sørge-for-ansvaret per utfører (denne periode)

ISF-poeng iht. sørge-for-ansvaret per utfører	September 2022				September måned 2021-2022	
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Endring	Endring i prosent
Akershus universitetssykehus HF	11 139	11 131	7	0,1 %	557	5,3 %
Oslo universitetssykehus HF	20 056	21 088	-1 032	-4,9 %	273	1,4 %
Sunnaas sykehus HF	554	562	- 8	-1,4 %	- 3	-0,5 %
Sykehuset i Vestfold HF	5 631	5 476	155	2,8 %	286	5,4 %
Sykehuset Innlandet HF	8 265	8 102	163	2,0 %	356	4,5 %
Sykehuset Telemark HF	4 125	3 938	188	4,8 %	217	5,5 %
Sykehuset Østfold HF	7 141	6 988	153	2,2 %	- 56	-0,8 %
Sørlandet sykehus HF	6 837	6 751	87	1,3 %	253	3,8 %
Vestre Viken HF	10 560	10 761	- 201	-1,9 %	933	9,7 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	74 309	74 797	- 489	-0,7 %	2 818	3,9 %
Betanien Hospital	370	342	28	8,2 %	45	13,8 %
Diakonhjemmet Sykehus	1 918	2 029	- 111	-5,5 %	- 31	-1,6 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1 773	1 911	- 138	-7,2 %	117	7,1 %
Martina Hansens Hospital	614	656	- 42	-6,4 %	- 14	-2,2 %
Revmatismesykehuset	99	117	- 18	-15,0 %	- 3	-2,8 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	79 083	79 852	- 769	-1,0 %	2 932	3,9 %
Kjøp fra andre helseregioner	872	692	180	26,0 %	7	0,8 %
Kjøp fra private avtaleparter	55	125	- 69	-55,5 %	- 59	-51,7 %
Fritt behandlingsvalg	64	37	26	71,0 %	0	0,1 %
Sum ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk)	80 074	80 706	- 632	-0,8 %	2 880	3,7 %
Legemidler	3 946	4 305	- 359	-8,3 %	- 228	-5,5 %
Sum ISF-poeng iht "sørge for"-ansvaret	84 020	85 012	- 992	-1,2 %	2 652	3,3 %

Aktivitet psykisk helsevern og TSB

ISF-poeng sørge-for-ansvaret (hittil i år)

ISF-poeng sørge-for-ansvaret	Hittil i år				HiÅ 2021 - HiÅ 2022		Årsestimat vs årsbudsjett		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Endring	Endring i prosent	Estimat per september	Avvik budsjett	Avvik i prosent
VOP - Psykisk helsevern for voksne	130 520	136 070	-5 550	-4,1 %	19 176	17,2 %	177 888	-5 542	-3,0 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	107 515	108 830	-1 314	-1,2 %	-20 305	-15,9 %	145 610	-1 489	-1,0 %
Totalt PHV - psykisk helsevern	238 036	244 900	-6 864	-2,8 %	-1 129	-0,5 %	323 498	-7 031	-2,1 %
TSB - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	27 474	29 706	-2 231	-7,5 %	-2 237	-7,5 %	37 370	-2 775	-6,9 %
Totalt PHV og TSB	265 510	274 605	-9 095	-3,3 %	-3 365	-1,3 %	360 868	-9 806	-2,6 %

Aktivitet psykisk helsevern og TSB

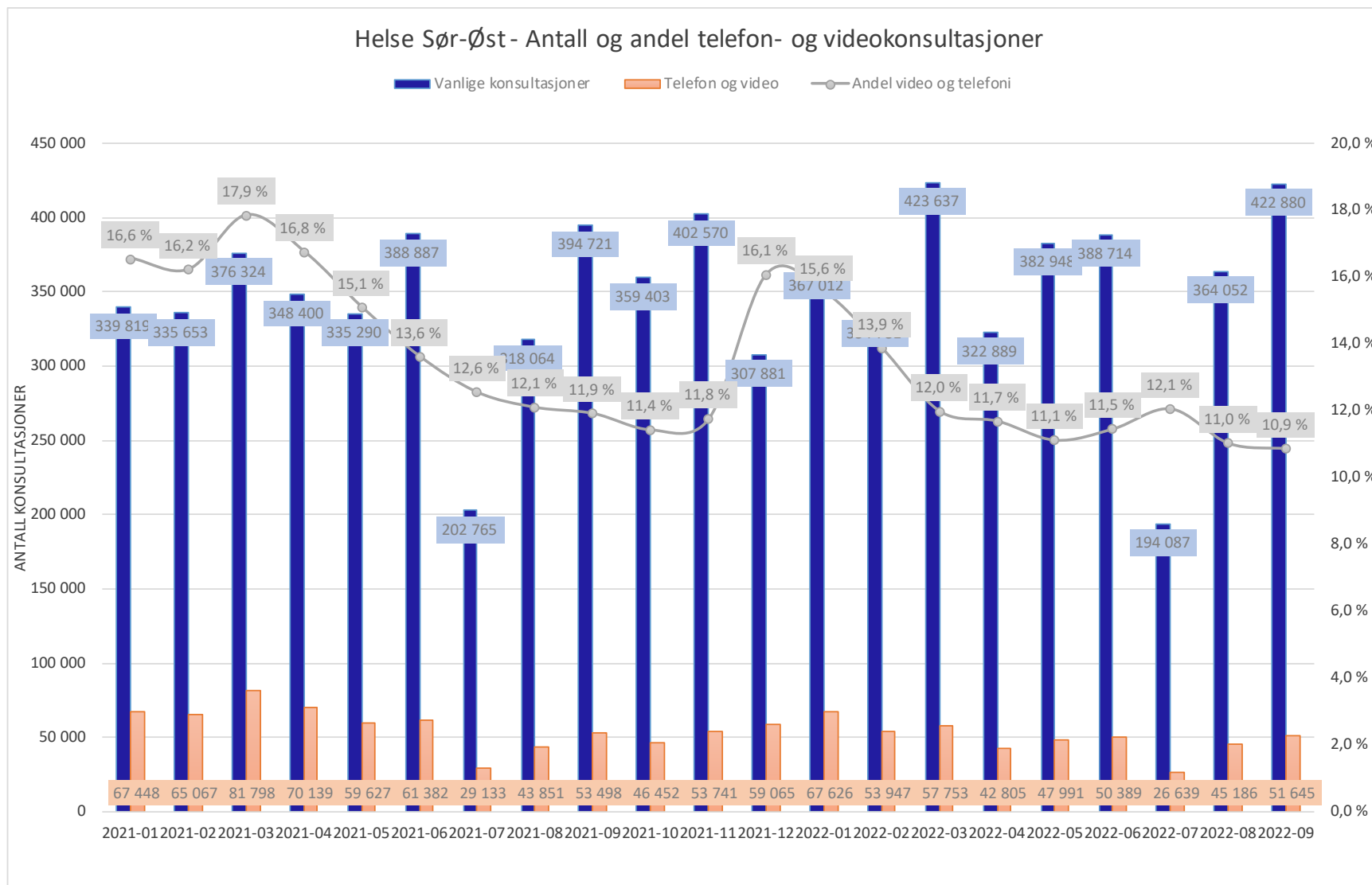
ISF-poeng sørge-for-ansvaret per utfører (hittil i år)

September 2022 - hittil i år	VOP				BUP				PHV samlet				TSB			
ISF-poeng	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Avvik	Avvik i prosent	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Avvik	Avvik i prosent	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Avvik	Avvik i prosent	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Avvik	Avvik i prosent
Akershus universitetssykehus HF	19 690	21 038	-1 348	-6,4 %	21 583	21 210	373	1,8 %	41 273	42 248	-975	-2,3 %	3 388	3 423	-35	-1,0 %
Oslo universitetssykehus HF	12 697	12 638	59	0,5 %	11 685	11 660	25	0,2 %	24 382	24 298	84	0,3 %	2 963	3 833	-870	-22,7 %
Sykehuset i Vestfold HF	10 151	10 303	-152	-1,5 %	10 744	10 606	137	1,3 %	20 895	20 909	-15	-0,1 %	2 638	2 566	72	2,8 %
Sykehuset Innlandet HF	15 540	15 583	-43	-0,3 %	10 714	10 090	624	6,2 %	26 254	25 672	581	2,3 %	2 008	2 515	-506	-20,1 %
Sykehuset Telemark HF	5 306	5 899	-592	-10,0 %	7 263	8 881	-1 618	-18,2 %	12 570	14 780	-2 210	-15,0 %	813	1 055	-241	-22,9 %
Sykehuset Østfold HF	10 541	12 063	-1 522	-12,6 %	8 739	9 779	-1 040	-10,6 %	19 280	21 842	-2 563	-11,7 %	3 961	3 837	124	3,2 %
Sørlandet sykehus HF	14 612	15 381	-769	-5,0 %	9 569	9 986	-417	-4,2 %	24 181	25 367	-1 186	-4,7 %	3 366	3 575	-209	-5,8 %
Vestre Viken HF	20 685	20 178	507	2,5 %	18 831	18 807	24	0,1 %	39 516	38 985	531	1,4 %	3 501	3 996	-495	-12,4 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	109 222	113 083	-3 861	-3,4 %	99 128	101 019	-1 891	-1,9 %	208 350	214 102	-5 752	-2,7 %	22 639	24 800	-2 162	-8,7 %
Diakonhjemmet Sykehus	6 315	7 465	-1 150	-15,4 %	2 644	2 348	296	12,6 %	8 959	9 813	-854	-8,7 %	915	1 012	-97	-9,6 %
Lovisenberg Diagonale Sykehus	13 146	13 846	-700	-5,1 %	5 737	5 463	274	5,0 %	18 883	19 309	-426	-2,2 %	1 283	1 497	-214	-14,3 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	128 683	134 394	-5 711	-4,2 %	107 509	108 830	-1 321	-1,2 %	236 192	243 223	-7 032	-2,9 %	24 836	27 309	-2 473	-9,1 %
Kjøp fra andre helseregioner	375	214	161	75,5 %	6	-	6		381	214	168	78,5 %	275	34	241	709,6 %
Kjøp fra private institusjoner	1 463	1 463	-	0,0 %	-	-	-		1 463	1 463	-	0,0 %	2 363	2 363	-	0,0 %
ISF- poeng Fritt behandlingsvalg	-	-	-		-	-	-		-	-	-		-	-	-	
Helse Sør-Øst inkludert kjøp (poliklinikk)	130 520	136 070	-5 550	-4,1 %	107 515	108 830	-1 314	-1,2 %	238 036	244 900	-6 864	-2,8 %	27 474	29 706	-2 231	-7,5 %

Aktivitet (døgn, dag og poliklinikk) - alle tjenesteområder

Antall behandlinger	September 2022				Hittil i år				HiÅ 2021 - 2022		Årsestimat vs årsbudsjett	
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Endring	Endring i prosent	Endring	Endring i prosent
Somatikk												
Antall utskrivninger døgnbehandling	43 532	43 113	419	1,0 %	359 747	372 114	-12 367	-3,3 %	11 844	3,4 %	-13 347	-2,7 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	152 151	153 574	-1 423	-0,9 %	1 277 437	1 323 634	-46 196	-3,5 %	52 413	4,3 %	-52 051	-2,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	39 906	32 445	7 461	23,0 %	270 177	267 820	2 357	0,9 %	12 579	4,9 %	- 228	-0,1 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	318 907	324 374	-5 467	-1,7 %	2 553 309	2 654 490	-101 181	-3,8 %	46 290	1,8 %	-101 251	-2,8 %
VOP - Psykisk helsevern for voksne												
Antall utskrivninger døgnbehandling	2 255	2 119	136	6,4 %	19 036	19 184	- 148	-0,8 %	872	4,8 %	- 349	-1,4 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	46 071	46 296	- 225	-0,5 %	414 369	410 950	3 419	0,8 %	16 055	4,0 %	1 135	0,2 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	144	135	9	6,7 %	727	1 074	- 347	-32,3 %	60	9,0 %	- 300	-20,3 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	93 381	96 996	-3 615	-3,7 %	732 730	790 061	-57 331	-7,3 %	-4 619	-0,6 %	-59 953	-5,6 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge												
Antall utskrivninger døgnbehandling	105	136	- 31	-22,6 %	1 086	1 202	- 116	-9,7 %	- 80	-6,9 %	- 205	-12,7 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	4 383	5 184	- 801	-15,4 %	41 610	44 417	-2 807	-6,3 %	-1 581	-3,7 %	-2 639	-4,4 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	16	45	- 29	-64,4 %	255	375	- 120	-32,0 %	32	14,3 %	0	0,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	50 761	50 177	584	1,2 %	379 005	390 802	-11 797	-3,0 %	-2 269	-0,6 %	-8 941	-1,7 %
TSB - Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige												
Antall utskrivninger døgnbehandling	742	741	1	0,2 %	6 645	6 643	2	0,0 %	243	3,8 %	- 235	-2,6 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	29 402	31 623	-2 221	-7,0 %	265 907	282 781	-16 874	-6,0 %	1 339	0,5 %	-18 266	-4,8 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	127	112	15	13,4 %	936	1 008	- 72	-7,1 %	85	10,0 %	5	0,4 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	21 980	23 081	-1 101	-4,8 %	174 545	192 074	-17 529	-9,1 %	-13 212	-7,0 %	-14 553	-5,6 %

Telefon- og videokonsultasjoner



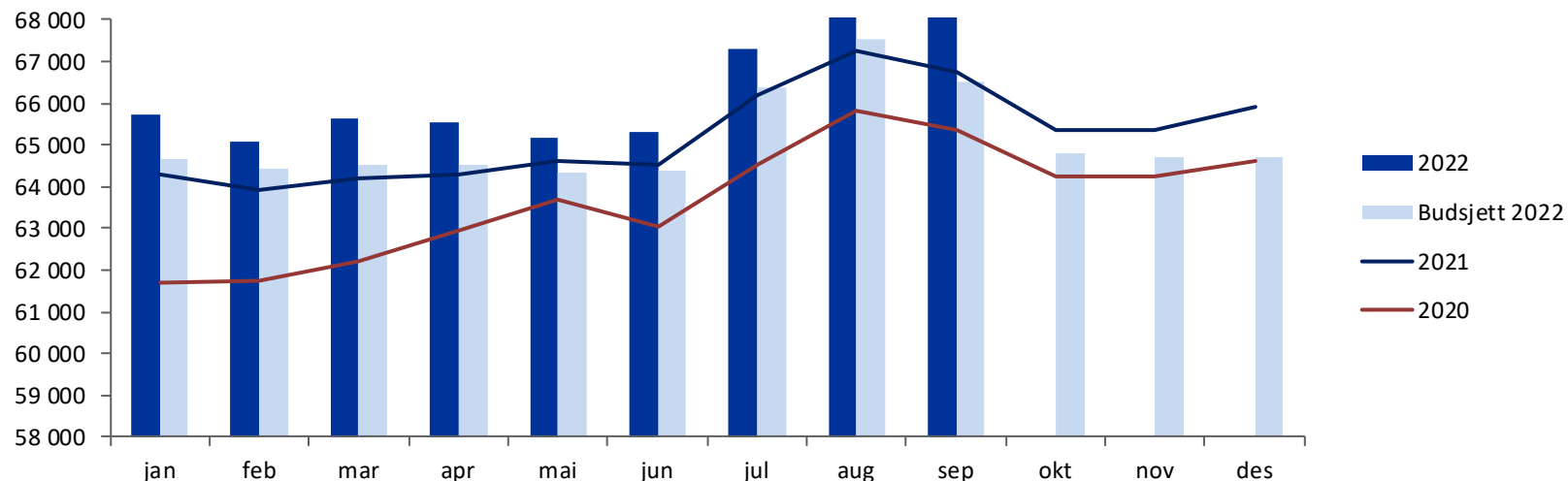
Telefon- og videokonsultasjoner

Per helseforetak/sykehus

Helseforetak	2022 HiÅ			2021			Endring 2022-2021
	Antall telefoni - og video	Antall vanlige konsultasjoner	Andel telefoni - og video	Antall telefoni - og video	Antall vanlige konsultasjoner	Andel telefoni - og video	
Akershus universitetssykehus HF	71 252	460 087	13,4 %	107 826	603 023	15,2 %	-1,8 %
Oslo universitetssykehus HF	72 864	673 891	9,8 %	136 937	877 700	13,5 %	-3,7 %
Sunnaas sykehus HF	2 531	3 896	39,4 %	2 275	5 337	29,9 %	9,5 %
Sykehuset i Vestfold HF	43 793	269 906	14,0 %	71 087	358 473	16,5 %	-2,6 %
Sykehuset Innlandet HF	53 472	313 385	14,6 %	70 039	421 356	14,3 %	0,3 %
Sykehuset Telemark HF	24 612	171 006	12,6 %	38 266	227 605	14,4 %	-1,8 %
Sykehuset Østfold HF	41 447	314 209	11,7 %	75 542	386 238	16,4 %	-4,7 %
Sørlandet sykehus HF	51 782	315 386	14,1 %	69 509	419 049	14,2 %	-0,1 %
Vestre Viken HF	60 451	466 119	11,5 %	94 831	600 369	13,6 %	-2,2 %
Betanien Hospital	1 131	23 189	4,7 %	1 439	30 352	4,5 %	0,1 %
Diakonhjemmet Sykehus	12 165	98 674	11,0 %	21 081	130 663	13,9 %	-2,9 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	6 691	54 975	10,9 %	0	0	0,0 %	10,9 %
Martina Hansens Hospital	1 144	27 997	3,9 %	1 178	38 967	2,9 %	1,0 %
Revmatismesykehuset	646	8 280	7,2 %	1 191	10 645	10,1 %	-2,8 %
Helse Sør-Øst m/ private ideelle sykehus	443 981	3 201 000	12,2 %	691 201	4 109 777	14,4 %	-2,2 %

Bemanning

Månedsværk

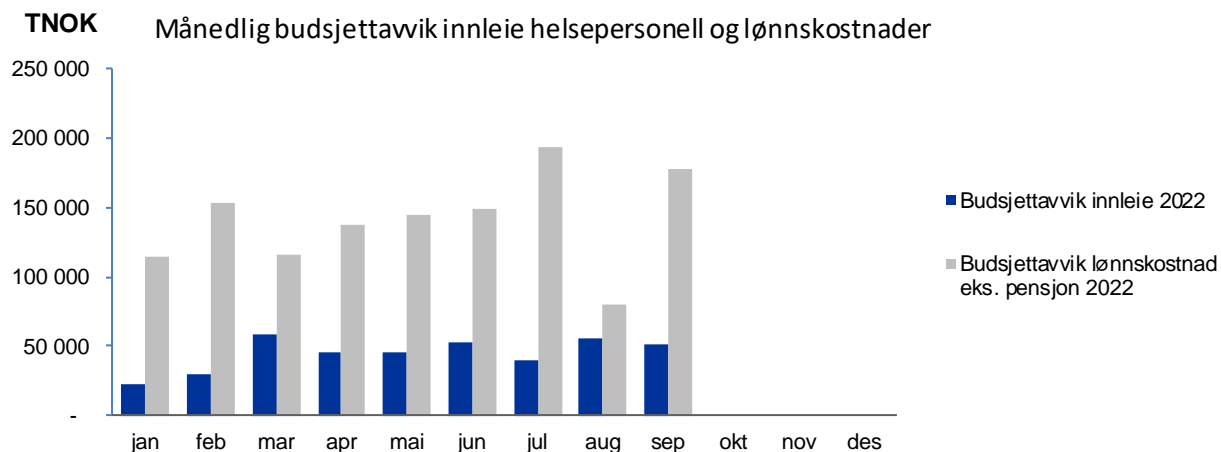


Brutto månedsværk	September 2022				Hittil i år per sep (snitt)				HiÅ 2021 - 2022 per sep		Totalt antall ansatte per sep (snitt)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Endring	Endring i prosent	
Akershus universitetssykehus HF	8 594	8 433	160	1,9 %	8 631	8 569	62	0,7 %	268	3,2%	11 169
Oslo universitetssykehus HF	20 883	20 508	376	1,8 %	20 312	20 183	129	0,6 %	201	1,0%	24 618
Sunnaas sykehus HF	594	589	5	0,9 %	571	576	- 5	-0,8 %	- 20	-3,4%	776
Sykehusapotekene HF	850	803	47	5,9 %	802	803	- 1	-0,1 %	32	4,1%	937
Sykehuset i Vestfold HF	4 456	4 325	130	3,0 %	4 349	4 254	95	2,2 %	79	1,9%	5 472
Sykehuset Innlandet HF	7 303	7 226	77	1,1 %	6 913	6 793	120	1,8 %	58	0,8%	8 976
Sykehuset Telemark HF	3 249	3 134	115	3,7 %	3 157	3 055	103	3,4 %	52	1,7%	3 958
Sykehuset Østfold HF	5 641	5 540	101	1,8 %	5 622	5 476	146	2,7 %	115	2,1%	7 098
Sykehuspartner HF	1 742	1 811	- 69	-3,8 %	1 731	1 779	- 48	-2,7 %	80	4,8%	1 751
Sørlandet sykehus HF	6 235	5 814	421	7,2 %	5 995	5 758	238	4,1 %	85	1,4%	7 519
Vestre Viken HF	8 337	8 120	217	2,7 %	7 962	7 794	168	2,2 %	181	2,3%	10 122
Helse Sør-Øst RHF	195	205	- 10	-4,8 %	192	203	- 10	-5,2 %	1	0,7%	200
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	68 078	66 507	1 571	2,4 %	66 239	65 242	997	1,5 %	1 132	1,7%	82 596

Med brutto månedsværk menes all arbeidstid som er utbetalt omgjort til månedsværk. Dette inkluderer faste ansatte, vikarer, engasjement, ansatte som har permisjon med lønn, utvidet arbeidstid leger, timelønn/merarbeid og overtid lønnet av foretaksgruppen.

Bemanning

Innleie helsepersonell fra vikarbyrå - og lønnskostnader

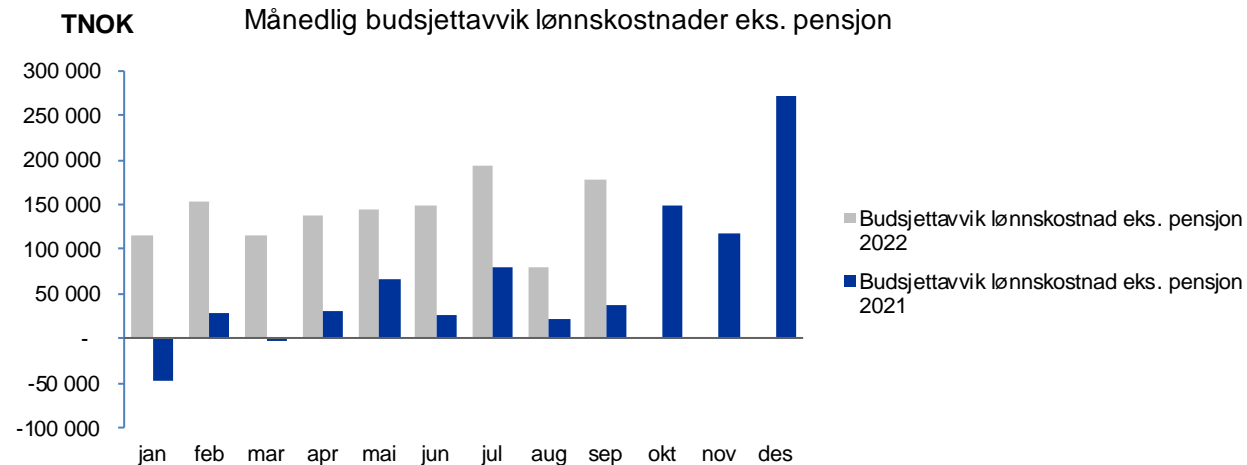


Foretak	Innleie helsepersonell fra vikarbyrå hittil i år				Lønnskostnad eks. pensjon hittil i år				Avvik HiÅ innleie og lønn	
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Sum	Avvik i prosent
Akershus universitetssykehus HF	123 192	48 869	74 322	152,1 %	5 002 188	4 833 412	168 776	3,5 %	243 098	4,7 %
Oslo universitetssykehus HF	196 163	83 433	112 730	135,1 %	12 251 140	11 892 016	359 124	3,0 %	471 853	3,8 %
Sunnaas sykehus HF	0	0	0	0,0 %	309 833	315 121	-5 288	-1,7 %	-5 288	-1,7 %
Sykehusapotekene HF	0	0	0	0,0 %	407 376	403 782	3 594	0,9 %	3 594	0,9 %
Sykehuset i Vestfold HF	59 913	10 397	49 515	476,2 %	2 453 980	2 418 901	35 079	1,5 %	84 595	3,4 %
Sykehuset Innlandet HF	79 952	40 289	39 663	98,4 %	3 852 711	3 760 668	92 043	2,4 %	131 706	3,3 %
Sykehuset Telemark HF	36 784	15 483	21 301	137,6 %	1 777 079	1 721 237	55 842	3,2 %	77 143	4,3 %
Sykehuset Østfold HF	41 120	11 955	29 165	244,0 %	3 110 489	2 944 955	165 533	5,6 %	194 698	6,2 %
Sykehuspartner HF	0	0	0	0,0 %	1 030 170	1 061 620	-31 450	-3,0 %	-31 450	-3,1 %
Sørlandet sykehus HF	61 486	39 030	22 456	57,5 %	3 313 528	3 148 960	164 569	5,2 %	187 025	5,5 %
Vestre Viken HF	66 160	13 100	53 060	405,0 %	4 687 036	4 415 096	271 940	6,2 %	325 000	6,8 %
Helse Sør-Øst RHF	0	0	0	0,0 %	160 416	175 249	-14 832	-8,5 %	-14 832	-9,2 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	664 770	262 558	402 212	153,2 %	38 220 561	37 091 018	1129 543	3,0 %	1 531 755	3,9 %

Lønnskostnad eks. pensjon defineres som sum av alle lønnskostnader med unntak av pensjonskostnader.

Bemanning

Lønnskostnader

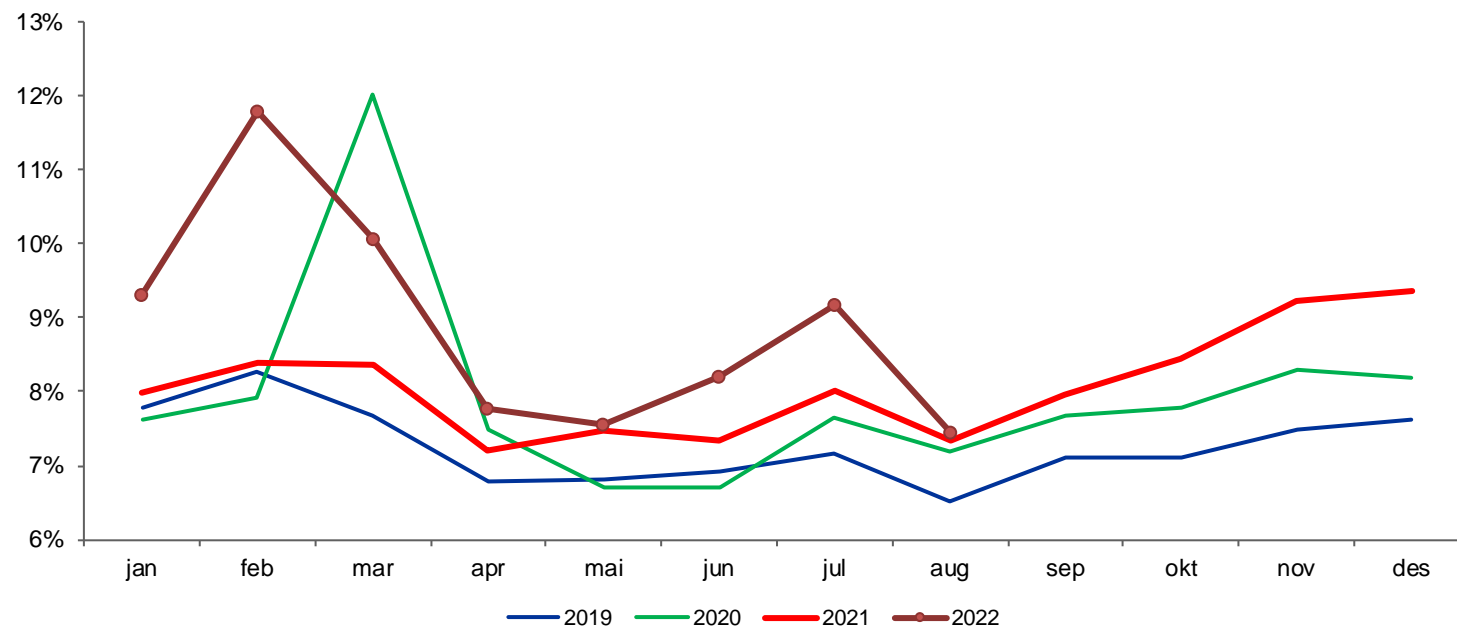


Foretak	Faktisk hittil i år					Avvik hittil i år					Avvik i prosent av budsjett hittil i år
	Fast lønn	Overtid og ekstrahjelp	Offentlige tilskudd og refusjoner	Annen lønn	Totalt	Fast lønn	Overtid og ekstrahjelp	Offentlige tilskudd og refusjoner	Annen lønn	Totalt	
Akershus universitetssykehus HF	4 151 735	461 981	- 308 009	696 480	5 002 188	36 463	209 832	- 100 227	22 708	168 776	3,5 %
Oslo universitetssykehus HF	9 989 436	1 271 081	- 705 740	1 696 363	12 251 140	67 787	332 955	- 106 994	65 377	359 124	3,0 %
Sunnaas sykehus HF	266 020	18 174	- 18 252	43 891	309 833	- 1 319	- 424	- 1 681	- 1 864	- 5 288	-1,7 %
Sykehusapotekene HF	357 754	15 498	- 24 615	58 739	407 376	- 299	3 965	2 040	- 2 113	3 594	0,9 %
Sykehuset i Vestfold HF	2 107 976	158 171	- 160 523	348 358	2 453 980	- 19 588	56 447	- 16 849	15 070	35 079	1,5 %
Sykehuset Innlandet HF	3 302 162	257 661	- 232 058	524 946	3 852 711	52 213	121 792	- 32 498	- 49 464	92 043	2,4 %
Sykehuset Telemark HF	1 514 231	123 982	- 102 938	241 804	1 777 079	- 5 163	45 249	540	15 217	55 842	3,2 %
Sykehuset Østfold HF	2 630 646	244 537	- 206 054	441 360	3 110 489	62 380	111 882	- 24 655	15 926	165 533	5,6 %
Sykehuspartner HF	872 514	41 017	- 40 331	156 970	1 030 170	- 3 465	1 607	- 16 258	- 13 334	- 31 450	-3,0 %
Sørlandet sykehus HF	2 748 734	304 976	- 220 380	480 198	3 313 528	78 322	107 853	- 48 149	26 543	164 569	5,2 %
Vestre Viken HF	3 943 639	339 527	- 271 406	675 276	4 687 036	94 595	154 159	- 50 784	73 970	271 940	6,2 %
Helse Sør-Øst RHF	132 749	1 794	- 3 757	29 630	160 416	- 10 352	- 318	- 3 757	- 405	- 14 832	-8,5 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	31 896 029	3 238 400	-2 294 086	5 380 218	38 220 561	230 008	1 144 998	- 399 296	153 833	1 129 543	3,0 %

Fast lønn er all lønn som utbetales i henhold til arbeidsavtale og avtalt arbeidsplan – herunder planlagte kveld/natt-, lørdag/søndag-, vakt-, UTA- (utvidet arbeidstid for leger) og helligdagstillegg.

Bemanning

Sykefravær



Bemanning

Sykefravær per helseforetak

Helseforetak	Sykefravær					
	August 2022	August 2021	August 2020	Hittil i år 2022	Hittil i år 2021	Hittil i år 2020
Akershus universitetssykehus HF	8,0 %	8,0 %	7,7 %	9,7 %	8,5 %	8,8 %
Oslo universitetssykehus HF	7,5 %	7,6 %	7,3 %	8,9 %	7,6 %	8,1 %
Sunnaas sykehus HF	6,9 %	6,7 %	6,2 %	8,4 %	7,7 %	8,1 %
Sykehusapotekene HF	7,1 %	7,7 %	7,7 %	8,7 %	8,4 %	8,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	7,5 %	6,8 %	6,8 %	8,8 %	7,6 %	7,6 %
Sykehuset Innlandet HF	7,4 %	7,2 %	7,6 %	8,9 %	8,0 %	8,3 %
Sykehuset Telemark HF	7,7 %	7,3 %	6,9 %	8,8 %	7,1 %	7,6 %
Sykehuset Østfold HF	7,8 %	7,3 %	7,4 %	9,2 %	8,2 %	7,7 %
Sykehuspartner HF	5,8 %	5,0 %	4,2 %	6,2 %	5,3 %	4,1 %
Sørlandet sykehus HF	7,1 %	7,6 %	6,6 %	8,5 %	7,9 %	7,4 %
Vestre Viken HF	7,1 %	6,9 %	7,4 %	8,9 %	7,7 %	8,1 %
Helse Sør-Øst RHF	2,2 %	3,9 %	2,9 %	3,8 %	3,1 %	2,5 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	7,4 %	7,3 %	7,2 %	8,9 %	7,8 %	7,9 %

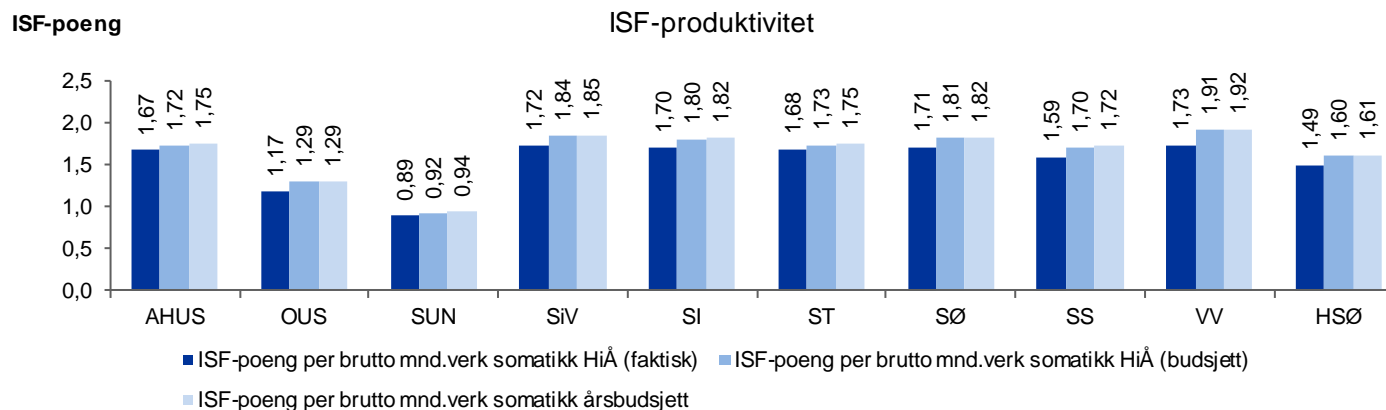
Bemanning

Fast ansatte - deltid

Helseforetak	Fast ansatte					
	Totalt antall fast ansatte	Herav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. stillingsprosent
Akershus universitetssykehus HF	7 835	1 925	24,6 %	91,0 %	20,9 %	92,1 %
Oslo universitetssykehus HF	17 818	2 648	14,9 %	94,0 %	13,5 %	94,5 %
Sunnaas sykehus HF	519	83	16,0 %	94,2 %	14,3 %	94,9 %
Sykehusapotekene HF	826	111	13,4 %	96,6 %	9,6 %	97,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	4 391	1 426	32,5 %	88,0 %	26,4 %	90,0 %
Sykehuset Innlandet HF	6 499	2 176	33,5 %	88,9 %	28,9 %	90,4 %
Sykehuset Telemark HF	2 987	1 024	34,3 %	88,7 %	31,7 %	89,5 %
Sykehuset Østfold HF	5 505	1 777	32,3 %	88,5 %	29,9 %	89,3 %
Sykehuspartner HF	1 723	25	1,5 %	99,5 %	1,3 %	99,5 %
Sørlandet sykehus HF	5 371	1 582	29,5 %	90,2 %	25,5 %	91,5 %
Vestre Viken HF	7 429	1 870	25,2 %	91,4 %	19,5 %	93,1 %
Helse Sør-Øst RHF	196	6	3,1 %	98,9 %	3,1 %	98,9 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	61 099	14 653	24,0 %	91,4 %	20,8 %	92,5 %

Kolonnen korrigert andel deltid viser andel deltidsansatte fratrukket de som arbeider deltid på grunn av ulike individuelle forhold som det ikke er aktuelt å endre, for eksempel rettighetspermisjoner, delvis uførepensjon og godkjente bierverv ved høyskole/universitet. Denne indikatoren gir derfor uttrykk for potensialet for reduksjon av det samlede deltidsomfanget.

ISF-produktivitet somatikk hittil i år

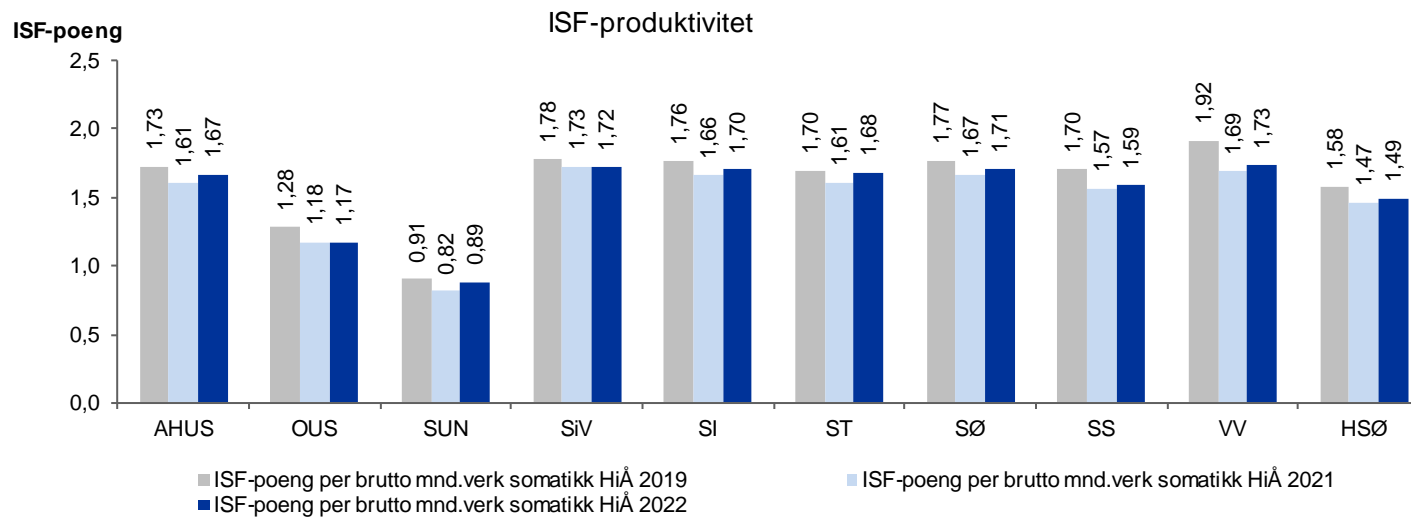


ISF-produktivitet	Aktivitet utført i eget foretak HiÅ (faktisk)	Aktivitet utført i eget foretak HiÅ (budsjett)	Brutto mnd.verk somatikk gjennomsnitt HiÅ (faktisk)	Brutto mnd.verk somatikk gjennomsnitt HiÅ (budsjett)	ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk HiÅ (faktisk)	ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk HiÅ (budsjett)	Avvik mot budsjett	ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk årsbudsjett
Akershus universitetssykehus HF	92 309	94 104	6 154	6 065	1,67	1,72	-0,06	1,75
Oslo universitetssykehus HF	172 652	188 856	16 366	16 270	1,17	1,29	-0,12	1,29
Sunnaas sykehus HF	4 554	4 756	571	576	0,89	0,92	-0,03	0,94
Sykehuset i Vestfold HF	44 991	46 192	2 905	2 793	1,72	1,84	-0,12	1,85
Sykehuset Innlandet HF	68 565	70 937	4 477	4 374	1,70	1,80	-0,10	1,82
Sykehuset Telemark HF	33 479	33 259	2 208	2 134	1,68	1,73	-0,05	1,75
Sykehuset Østfold HF	60 017	60 807	3 901	3 729	1,71	1,81	-0,10	1,82
Sørlandet sykehus HF	57 703	58 979	4 035	3 855	1,59	1,70	-0,11	1,72
Vestre Viken HF	85 420	91 075	5 478	5 308	1,73	1,91	-0,17	1,92
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	619 691	648 965	46 095	45 104	1,49	1,60	-0,10	1,61

Produktivitet = ISF-poeng utført i eget helseforetak per brutto månedsverk i somatikk.

Fra og med 2016 følger fordelingen av månedsverk knyttet til administrasjon og andre fellesressurser til tjenesteområde samme metodikk som fordelingen av kostnader og inntekter. Det innebærer at alle fellesressurser (administrasjon, teknisk personell, renholdspersonell mv.) fordeles ut på det enkelte tjenesteområde. I kategorien Annet skal det kun være bemanning knyttet til personalboliger og personalbarnehage.

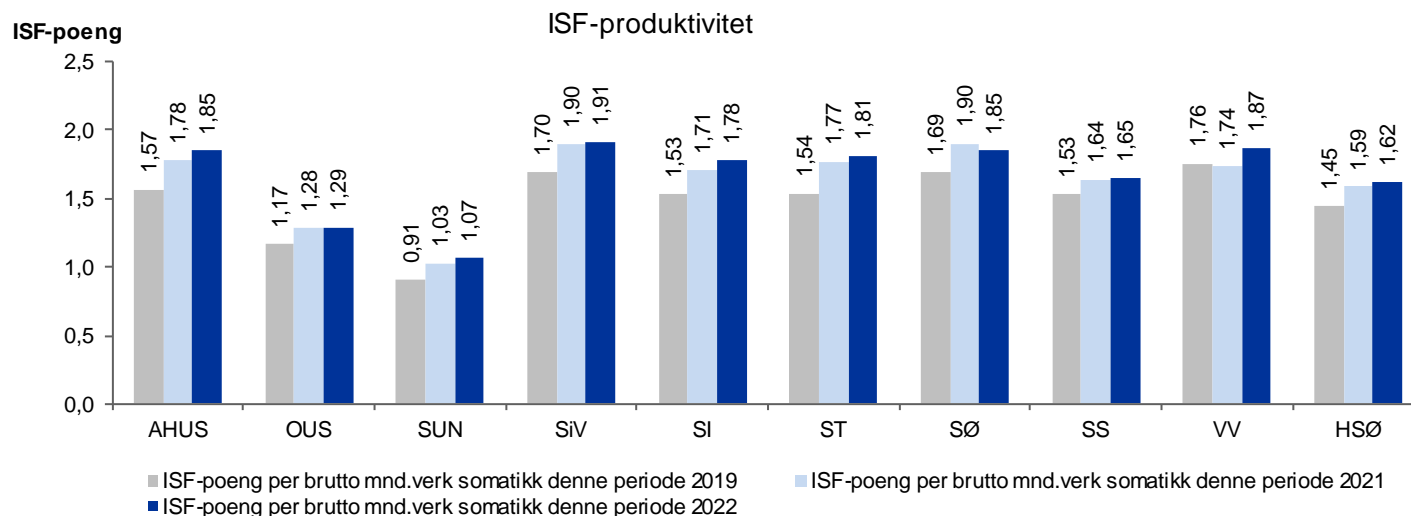
ISF-produktivitet somatikk hittil i år 2019, 2021 og 2022



ISF-produktivitet	Aktivitet utført i eget foretak HiÅ 2022	Aktivitet utført i eget foretak HiÅ 2021	Brutto mnd.verk somatikk gjennomsnitt HiÅ 2022	Brutto mnd.verk somatikk gjennomsnitt HiÅ 2021	ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk HiÅ 2022	ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk HiÅ 2021	ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk HiÅ 2019
Akershus universitetssykehus HF	92 309	85 997	6 154	5 943	1,67	1,61	1,73
Oslo universitetssykehus HF	172 652	172 698	16 366	16 298	1,17	1,18	1,28
Sunnaas sykehus HF	4 554	4 353	571	591	0,89	0,82	0,91
Sykehuset i Vestfold HF	44 991	44 262	2 905	2 850	1,72	1,73	1,78
Sykehuset Innlandet HF	68 565	66 300	4 477	4 434	1,70	1,66	1,76
Sykehuset Telemark HF	33 479	31 494	2 208	2 172	1,68	1,61	1,70
Sykehuset Østfold HF	60 017	56 686	3 901	3 772	1,71	1,67	1,77
Sørlandet sykehus HF	57 703	55 943	4 035	3 966	1,59	1,57	1,70
Vestre Viken HF	85 420	81 529	5 478	5 362	1,73	1,69	1,92
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	619 691	599 263	46 095	45 388	1,49	1,47	1,58

*2019 er inkludert som et sammenlikningsgrunnlag, da dette er siste driftsår uten pandemieffekter.

ISF-produktivitet somatikk denne periode 2019, 2021 og 2022

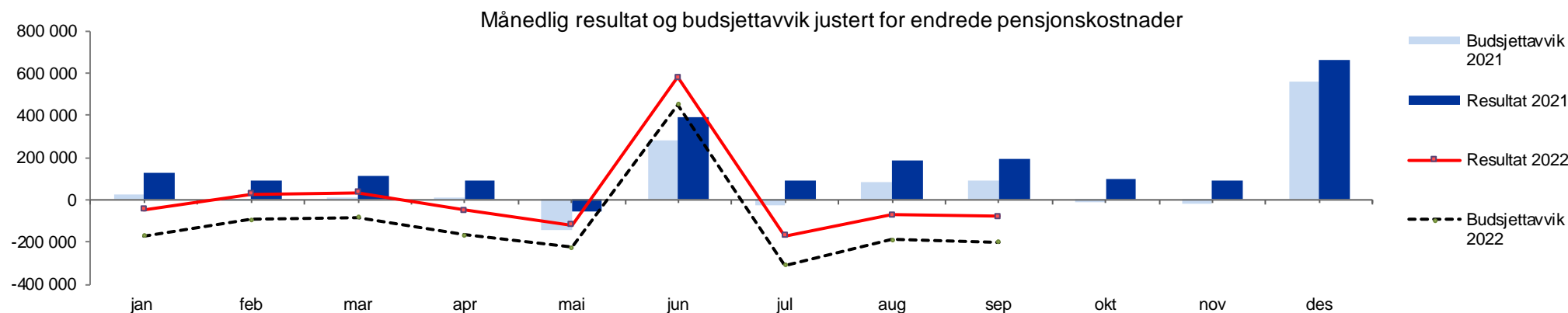


ISF-produktivitet	Aktivitet utført i eget foretak denne periode 2022	Aktivitet utført i eget foretak denne periode 2021	Brutto mnd.verk somatikk denne periode 2022	Brutto mnd.verk somatikk denne periode 2021	ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk denne periode 2022	ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk denne periode 2021	ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk denne periode 2019
Akershus universitetssykehus HF	11 224	10 655	6 073	5 980	1,85	1,78	1,57
Oslo universitetssykehus HF	21 661	21 254	16 792	16 557	1,29	1,28	1,17
Sunnaas sykehus HF	635	616	594	600	1,07	1,03	0,91
Sykehuset i Vestfold HF	5 666	5 384	2 966	2 838	1,91	1,90	1,70
Sykehuset Innlandet HF	8 432	8 067	4 744	4 724	1,78	1,71	1,53
Sykehuset Telemark HF	4 151	3 940	2 296	2 226	1,81	1,77	1,54
Sykehuset Østfold HF	7 178	7 222	3 882	3 796	1,85	1,90	1,69
Sørlandet sykehus HF	6 971	6 704	4 224	4 090	1,65	1,64	1,53
Vestre Viken HF	10 673	9 759	5 722	5 610	1,87	1,74	1,76
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	76 592	73 601	47 294	46 421	1,62	1,59	1,45

*2019 er inkludert som et sammenlikningsgrunnlag, da dette er siste driftsår uten pandemieffekter.

Resultat

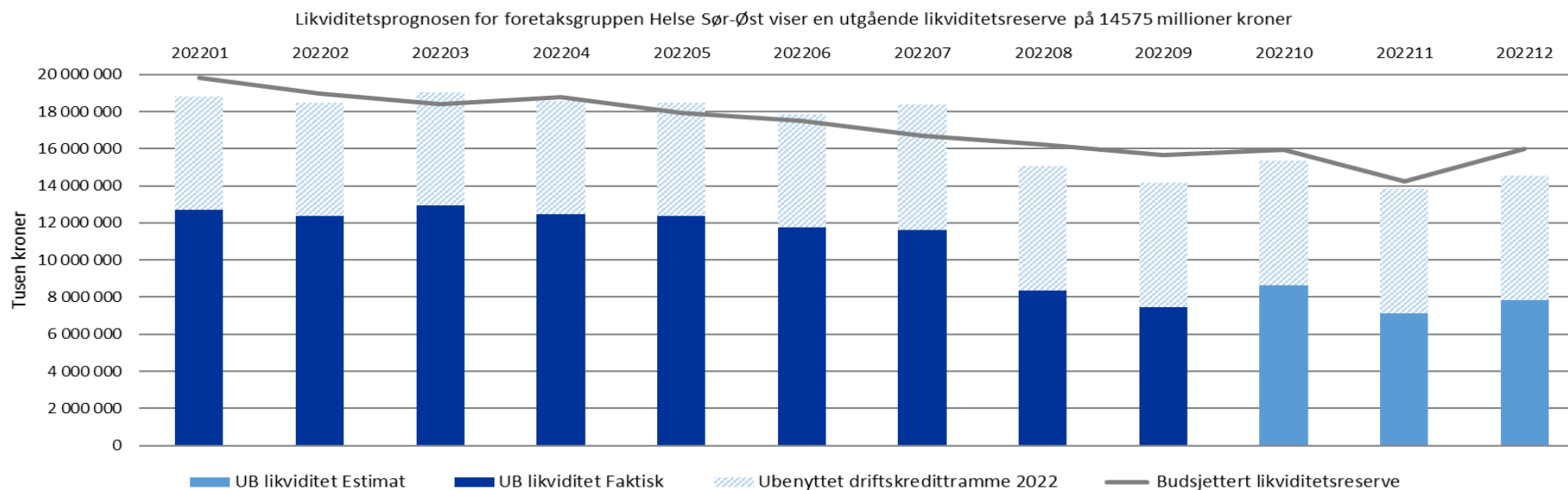
Per helseforetak



Tall i 1 000

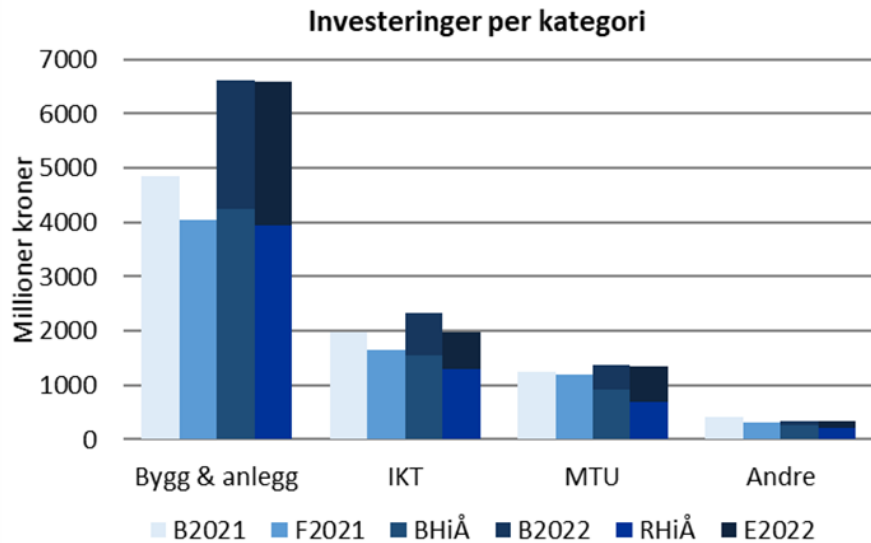
Resultat	Denne periode		Forrige periode		Hittil i år		Gevinst/tap ved salg og forserte avskrivninger hittil i år	Resultat hittil i år ekskl. gevinst/tap ved salg og forserte avskrivninger	Årsestimat mot årsbudsjett		
	Faktisk	Budsjett-avvik	Faktisk	Budsjett-avvik	Faktisk	Budsjett-avvik			Estimat	Budsjett	Avvik
Akershus universitetssykehus HF	-26 839	-43 505	-7 639	-24 305	47 868	-102 132	18 906	28 961	5 000	200 000	-195 000
Oslo universitetssykehus HF	-23 789	-62 289	-32 166	-70 666	-24 577	-371 077	-30 625	6 048	-150 000	462 000	-612 000
Sunnaas sykehus HF	- 873	-1 456	- 973	-1 556	1 408	-3 842	0	1 408	3 000	7 000	-4 000
Sykehusapotekene HF	-7 850	-5 428	2 947	- 867	46 031	47 410	0	46 031	55 000	5 000	50 000
Sykehuset i Vestfold HF	-3 405	-5 072	-1 209	-2 876	-8 309	-23 309	- 209	-8 100	-10 000	20 000	-30 000
Sykehuset Innlandet HF	-18 464	-21 797	8 441	5 108	-68 017	-98 017	1 063	-69 080	-110 000	40 000	-150 000
Sykehuset Telemark HF	- 228	-5 228	-3 830	-8 830	-6 651	-51 651	- 475	-6 176	0	60 000	-60 000
Sykehuset Østfold HF	-41 023	-42 691	-6 816	-8 482	-137 879	-152 879	5 758	-143 637	-180 000	20 000	-200 000
Sykehuspartner HF	20 094	10 703	-7 131	-7 368	86 652	20 167	30 030	56 622	100 000	100 000	0
Sørlandet sykehus HF	-11 815	-18 482	-3 414	-10 081	-14 454	-74 455	3 205	-17 660	-50 000	80 000	-130 000
Vestre Viken HF	-34 051	-57 384	-38 290	-61 624	-28 928	-238 928	28 875	-57 803	0	280 000	-280 000
Helse Sør-Øst RHF	67 420	50 754	17 160	493	206 033	56 033	0	206 033	400 000	200 000	200 000
Sum Helse Sør-Øst	- 80 822	- 201 876	- 72 920	- 191 055	99 177	- 992 682	56 528	42 648	63 000	1 474 000	-1 411 000

Likviditetsutvikling



Helse Sør-Øst foretaksgruppen	September 2022
Bankinnskudd alle banker	15 448 000
<i>Hvorav forskudd fra HOD</i>	-7 983 000
Innestående på driftskreditkonto i Norges Bank	0
Netto bankbeholdning	7 465 000
Innskudd bank fratrukket forskudd	7 465 000
Ubenyttet trekk på driftskreditkonto i Norges Bank	6 728 000
Reell likviditetsreserve	14 193 000
<i>Innvilget driftskredittramme i Norges Bank</i>	<i>6 728 000</i>

Investeringer



Investeringer per kategori	RHiÅ	BHiÅ	Avvik	E2022	B2022	Avvik
Bygg & anlegg	3 933 000	4 254 000	-321 000	6 580 000	6 626 000	-46 000
IKT	1 300 000	1 553 000	-253 000	1 981 000	2 326 000	-345 000
MTU	690 000	910 000	-220 000	1 359 000	1 364 000	-5 000
Andre	218 000	251 000	-33 000	336 000	336 000	-
Sum	6 141 000	6 968 000	-827 000	10 256 000	10 652 000	-396 000

Investeringer 2022 per helseforetak

Helseforetak (tall i tusen kroner)	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Avvik	Årsestimat	Årsbudsjett	Avvik	Endring estimat mot forrige periode
Akershus universitetssykehus HF	177 000	256 000	-79 000	380 000	341 000	39 000	-
Oslo universitetssykehus HF	629 000	735 000	-106 000	1 241 000	1 153 000	88 000	-
Sunnaas sykehus HF	1 000	8 000	-7 000	15 000	17 000	-2 000	-
Sykehusapotekene HF	25 000	35 000	-10 000	37 000	47 000	-10 000	-1 000
Sykehuset i Vestfold HF	255 000	304 000	-49 000	360 000	370 000	-10 000	-10 000
Sykehuset Innlandet HF	175 000	161 000	14 000	211 000	211 000	-	-
Sykehuset Telemark HF	47 000	121 000	-74 000	146 000	192 000	-46 000	-
Sykehuset Østfold HF	165 000	159 000	6 000	189 000	198 000	-9 000	10 000
Sykehuspartner HF	669 000	851 000	-182 000	1 039 000	1 296 000	-257 000	-5 000
Sørlandet sykehus HF	150 000	212 000	-62 000	222 000	284 000	-62 000	-
Vestre Viken HF	168 000	235 000	-67 000	330 000	342 000	-12 000	5 000
Helse Sør-Øst RHF inkl. regionale IKT-prosjekter	3 679 000	3 891 000	-212 000	5 885 000	6 003 000	-118 000	-128 000
Risikobuffer Helse Sør-Øst RHF	-	-	-	200 000	200 000	-	-
Sum investeringer	6 141 000	6 968 000	-827 000	10 256 000	10 652 000	-396 000	-128 000
Egenkapitalinnskudd til pensjonskassen	228 000	206 000	22 000	219 000	218 000	1 000	1 000
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	6 369 000	7 174 000	-805 000	10 475 000	10 870 000	-395 000	-127 000

Store byggeprosjekter

Store byggeprosjekt med regional finansiering (tall i tusen kroner)								
Prosjektnavn	Helseforetak	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Avvik	Årsestimat	Årsbudsjett	Avvik	Endring estimat mot forrige periode
Nytt sykehus i Drammen	Vestre Viken HF	1 802 000	1 626 600	175 400	2 705 800	2 529 700	176 100	-
Nytt sykehus i Drammen - kostnader knyttet til tomteerverv	Vestre Viken HF	19 600	4 300	15 300	21 200	6 100	15 100	1 300
Nybygg psykisk helsevern i Kristiansand	Sørlandet sykehus HF	206 200	217 500	-11 200	274 000	289 600	-15 600	-15 600
Nye Aker og Nye Rikshospitalet	Oslo universitetssykehus HF	330 600	469 400	-138 800	470 100	680 000	-209 800	-86 900
Radiumhospitalet, Protonsenter	Oslo universitetssykehus HF	213 100	201 000	12 100	329 000	294 800	34 200	-1 000
Radiumhospitalet, Klinikbygg	Oslo universitetssykehus HF	635 400	688 200	-52 800	956 000	1 010 200	-54 200	1 000
Ny sikkerhetspsykiatri	Oslo universitetssykehus HF	31 900	126 500	-94 600	124 600	163 300	-38 700	-2 000
Livsvitenskapsbygget	Oslo universitetssykehus HF	4 100	-	4 100	10 800	11 100	-300	4 800
Videreutvikling av sykehuset Innlandet HF	Sykehuset Innlandet HF	-	8 800	-8 800	4 000	35 000	-31 000	-31 000
Sum investeringer Helse Sør-Øst RHF		3 242 900	3 342 300	-99 300	4 895 500	5 019 800	-124 200	-129 400
Vedlikeholdsinvesteringer (fase II)	Oslo universitetssykehus HF	78 700	90 000	-11 300	118 500	120 000	-1 500	-400
Tønsbergprosjektet	Sykehuset i Vestfold HF	85 500	123 700	-38 200	115 000	130 000	-15 000	-15 000
Samling av sykehusbasert psykisk helsevern	Akershus universitetssykehus HF	14 400	37 100	-22 800	49 500	49 500	-	-
Utbygging somatikk Skien	Sykehuset Telemark HF	8 900	52 800	-43 900	46 200	71 500	-25 300	200
Sum regionalt prioriterte prosjekt ved helseforetakene		191 500	303 600	-112 200	349 200	371 000	-21 800	-15 200
Sum*		3 434 400	3 645 900	-211 500	5 244 700	5 390 800	-146 000	-144 600

* Sum tilsvarer balanseførte investeringer inklusive ikke-byggvær IKT

IKT-Investeringer

IKT-investeringer, tall i tusen kroner	Faktisk hiå	Budsjett hiå	Avvik	Årsestimat	Årsbudsjett	Avvik
Regional IKT-portefølje	538 000	541 000	-3 000	809 000	690 000	119 000
Sykehuspartner HF	608 300	791 000	-182 700	949 300	1 306 000	-356 700
IKT-løsning for screening tarmkreft	24 000	21 000	3 000	26 000	25 000	1 000
IKT i store byggeprosjekter	61 000	131 000	-70 000	108 000	215 000	-107 000
Lokale IKT-investeringer i helseforetakene	30 700	26 700	4 000	34 300	36 300	-2 000
ERP løsning sykehusapotekene	39 000	44 000	-5 000	52 000	53 000	-1 000
Sum IKT-investeringer	1 300 000	1 553 000	-253 000	1 981 000	2 326 000	-345 000

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	21. oktober 2022

Sak 116-2022

Virksomhetsrapport for andre tertial 2022

Forslag til vedtak:

Styret tar virksomhetsrapport for andre tertial 2022 til etterretning.

Hamar 14. oktober 2022

Terje Rootwelt
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Virksomhetsrapport per andre tertial 2022 omhandler status for styringsmålene 2022 for drift. Rapporten er bygget opp etter mal av Oppdragsdokument for 2022. Under særskilte tema omtales arbeid med å styrke psykisk helsevern, kvalitet og pasientsikkerhet samt klinisk forskning inkl. NorTrails. Sykehuspartner HF og de felleseide helseforetakene omtales i egne kapitler.

I tillegg inneholder tertialrapporten risikovurdering med tilhørende tiltaksliste.

Det utarbeides egne tertialrapporter for regional IKT-prosjektportefølje, programmet STIM og Windows 10-prosjektet som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF og for regionale byggeprosjekter. Av denne grunn omtales ikke IKT- og byggområdet i denne rapporten.

Vedlagt tertialrapporten er et eget vedlegg med tabeller og grafer.

2. Administrerende direktørs vurderinger og konklusjon

Administrerende direktør anbefaler at styret tar virksomhetsrapporten per andre tertial 2022 til etterretning,

Trykte vedlegg:

1. Virksomhetsrapport andre tertial 2022
2. Vedlegg med rapportering per andre tertial 2022, tabeller og grafer
3. Status og oppfølging styringsbudskap

Utrykte vedlegg

- Ingen

Virksomhetsrapport per andre tertial 2022

HELSE  SØR-ØST

Innhold

1. Målekort

2. Kvalitet og pasientbehandling

3. Styrke psykisk helsevern og rusbehandling

4. Aktivitet

5. Bemanning

6. Produktivitet

7. Økonomi/ finans

8. Øvrig

Målekort per andre tertial

Målekort Helse Sør-Øst 2. tertial 2022		Andre tertial		Måloppnåelse	Hittil i år		Måloppnåelse	Året	
		Faktisk	Mål		Faktisk	Mål		Estimat	Mål
Kvalitet	Ventetid - somatikk	67,5	54		66,3	54			54
	Ventetid - VOP	50,9	40		49,3	40			40
	Ventetid - BUP	52,9	35		50,8	35			35
	Ventetid - TSB	31,1	30		31,0	30			30
	Andel kontakter innen planlagt tid	87,5 %	95 %		88,3 %	95 %			95 %
	Korridorpasienter somatikk	1,3 %	0 %		1,2 %	0 %			0 %
	Pakkeforløp kreft - andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer	67,0 %	70 %		69,0 %	70 %			70 %
	Andel polikliniske konsultasjoner via video/telefoni	11,4 %	15 %		11,6 %	15 %			15 %
	Reduksjon i forbruk av bredspektrert antibiotika sammenlignet med 2012	-7,9 %	-30 %		-13,7 %	-30 %			-30 %
	Somatikk - andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning	74,6 %	70 %		73,3 %	70 %			70 %
Prioritering PHV og TSB	Andel pasientforløp med gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk	66,4 %	80 %		69,4 %	80 %			80 %
	Andel pasienter i pasientforløp med utarbeidet behandlingsplan	48,2 %	80 %		48,4 %	80 %			80 %
Logistiktjenester	Lev eransepresisjon HSØ Forsyningssenter	95,1 %	97 %		94,2 %	97 %			97 %
Aktivitet	ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk sørge-for-ansvaret - somatikk	278 374	287 002		566 636	597 988		876 365	910 606
Bemanning	Brutto månedsværk	66 527	65 651		66 009	65 084		65 909	65 117
	Sykefravær	8,2 %			9,1 %				
Økonomi	Resultat (tall i 1 000 kr)	216 263	491 148		179 999	970 805		274 000	1 474 000
	Resultat eksklusive gevinst/tap (tall i 1 000 kr)	184 512			91 473			141 000	

Psykisk helsevern og rusbehandling		Andre tertial		Måloppnåelse	Hittil i år		Måloppnåelse	Året	
		Faktisk	Mål		Faktisk	Mål		Estimat	Mål
Epikrise	VOP - andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning	63,1 %	70 %		60,1 %	70 %			60 %
	TSB - andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning	53,2 %	70 %		54,3 %	70 %			60 %
Avvisningsrater	Andel avviste henvisninger ved poliklinikkene - BUP	19,8 %	20 %		20,2 %	20 %			20 %
	Andel avviste henvisninger ved poliklinikkene - VOP	27,3 %	20 %		26,1 %	20 %			20 %

Målekort

Styrke PHV og TSB	Ventetid			Styrke PHV	Døgn (utskrivninger)				Liggedøgn				Polikliniske opphold			
	HiÅ 2022	Mål	Mål-oppnåelse		HiÅ 2021	HiÅ 2022	Endring i %	Mål-oppnåelse	HiÅ 2021	HiÅ 2022	Endring i %	Mål-oppnåelse	HiÅ 2021	HiÅ 2022	Endring i %	Mål-oppnåelse
VOP	49,3	40		VOP	16 047	16 781	4,6 %		353 013	368 298	4,3 %		646 873	639 349	-1,2 %	
BUP	50,8	35		BUP	1 040	981	-5,7 %		38 272	37 227	-2,7 %		331 486	328 244	-1,0 %	
TSB	31,0	30		Psykisk helsevern	17 087	17 762	4,0 %		391 285	405 525	3,6 %		978 359	967 593	-1,1 %	

Styrke PHV og TSB	Kostnader per tjenesteområde			
	HiÅ 2021	HiÅ 2022	Endring i %	Mål-oppnåelse
Somatikk	35 075 937	37 441 333	6,7 %	
VOP	7 046 855	7 272 816	3,2 %	
BUP	1 746 824	1 886 094	8,0 %	
Psykisk helsevern	8 793 678	9 158 909	4,2 %	
TSB	2 005 274	2 166 832	8,1 %	
Psykisk helsevern og TSB	10 798 952	11 325 741	4,9 %	

Målekort - grenseverdier

Resultater		Regionalt mål	Rød	Gul	Grønn
Kvalitet	Ventetid - somatikk	54	>= 57 dager	> 54 dager og < 57 dager	<= 54 dager
	Ventetid - VOP	40	>= 43 dager	> 40 dager og < 43 dager	<= 40 dager
	Ventetid - BUP	35	>= 38 dager	> 35 dager og < 38 dager	<= 35 dager
	Ventetid - TSB	30	>= 33 dager	> 30 dager og < 33 dager	<= 30 dager
	Andel kontakter innen planlagt tid	95 %	<= 92 %	> 95% og > 92 %	>= 95 %
	Korridorpasienter somatikk	0 %	>=2,0 %	>= 1,0 % og < 2,0 %	< 1,0 %
Pakkeforløp kreft	Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer	70 %	<= 64 %	> 64 % og < 70 %	>= 70 %
Video og telefoni	Andel polikliniske konsultasjoner via video/telefoni	15 %	<= 12 %	> 12 % og < 15 %	>= 15 %
Pasientforløp PHV og TSB	Andel pasientforløp med gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk	80 %	< 70 %	>= 70 % og < 80 %	>= 80 %
Logistiktjenester	Leveransepresisjon HSØ Forsyningssenter	97 %	< 94 %	>= 94 % og < 97 %	>= 97 %
Styrke PHV og TSB	Døgn utskrivninger/liggedøgn/polikliniske opphold		2022 < 2021	2022 = 2021	2022 > 2021
	Redusere andel avviste henvisninger ved poliklinikkene - BUP	20 %	>= 23 %	> 20 % og < 23 %	<= 20 %

Målekort Sykehuspartner HF

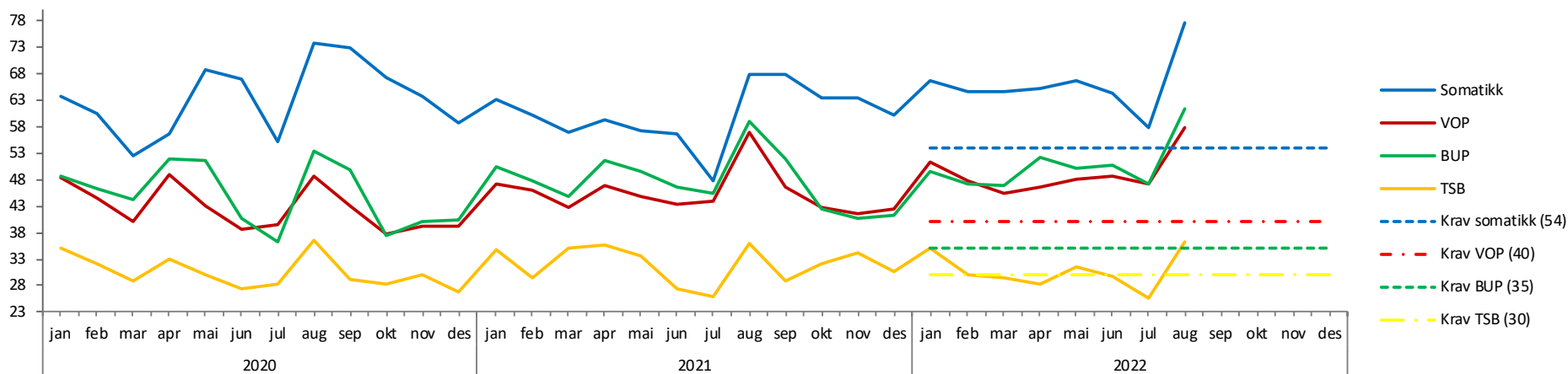
Sykehuspartner HF	august 2022	Denne periode		Mål-oppnåelse	Hittil i år		Mål-oppnåelse	Året	
		Faktisk	Mål		Faktisk	Mål		Estimat	Mål
Sikker og stabil drift	Driftskalender - grønne dager per måned per HF i gjennomsnitt per måned	28	28		28	28		28	28
	Brukeropplevd tilgjengelighet (oppetid)	99,99 %	99,95 %		99,99 %	99,95 %		99,98 %	99,95 %
Øke samlet leveransekapasitet/Prioritere leveranser til helsefortetakene	Lvert kapasitet iht. bestilling	97,30 %	96,00 %		96,30 %	96,00 %		96,00 %	96,00 %
	Leveransepresisjon. Alle leveranser (SLA+TE) hvor dato er avtalt med kunde. Andel leveranser levert i henhold til første avtalte leveransedato.	61,0 %	60,0 %		49,3 %	60,0 %		60,0 %	60,0 %
	Leveransekapasitet: andel av kundeplan 2022 levert innen 31.12.2022				49,0 %	60,0 %		90,0 %	90,0 %
	Økt andel interne ressurser i prosjektleveranser	-9,00 %	> 0 %		-4,80 %	> 0 %		-5,0 %	Større enn 2021-andel
	Tjenestekjøp (antall kandidater identifisert/ besluttet / realisert)				58/2/8	nøkkeltall			Nøkkeltall
	Brukertilfredshet (totalt sett "Hvor fornøyd er du med...?")	5,3	5,0		5,1	5,0		5,0	>=5,0
	Kundertilfredshet (Spørsmål= «Samlet sett, hvor fornøyd har du vært med Sykehuspartner som leverandør siden forrige måling?»)				3,3	4,2		4,2	>=4,2
Effektivisere driften	Resultat (MNOK)	-7	0		67	57		100	100
	Investering (MNOK)	63	119		539	684		954	1207
	Sanering av applikasjoner				35 %	35% (1. halvår)			40% av antall unike applikasjoner i HSØ
Organisasjon og utvikling	Sykefravær (juli)	8,2 %	5,4 %		6,2 %	5,4 %		5,4 %	5,4 %
	Andel egne ansatte	76,2 %	nøkkeltall		79,5 %	nøkkeltall		n/a	Nøkkeltall
	Brutto månedsværk (gjennomsnitt)	1 725	1 801		1 730	1 775		1 754	1 789

Målekort – grenseverdier Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF		Mål	RØD	GUL	GRØNN
Sikker og stabil drift	Driftskalender - grønne dager per måned per HF	28	<27	27	>=28
	Tilgjengelighet for tjenester (oppetid)	99,95 %	<99 %	>=99,0 % - <99,5 %	>=99,5 %
Øke samlet leveransekapasitet/Prioritere leveranser til helseforetakene	Lvert kapasitet iht. bestilling	96,0 %	<90,0 %	>=90,0 % - <96,0 %	>=96,0 %
	Leveransepresisjon. Alle leveranser (SLA+TE) hvor dato er avtalt med kunde. Andel leveranser levert i henhold til første avtalte leveransedato.	60 %	<50 %	>=50 % - <60 %	>=60 %
	Andel av kapasitet brukt på leveranseoppdrag	Nøkkeltall		Årlig melding	
	Økt andel interne ressurser i prosjektleveranser	Økning fra 2021	<-10 %	0%--10 %	>=0 %
	Leveransekapasitet: andel av kundeplan 2021 levert innen 31.12.2022	90 %	<80,0%	>=80,0% - <90,0%	>=90,0%
	Tjenestekjøp				
	Brukertilfredshet (totalt sett "Hvor fornøyd er du med...?")	>=5	<4,5	>=4,5 - <5,0	>= 5
Kundertilfredshet (Spørsmål= Totalopplevelse)	>=4,2	<=3,2	>=3,2 - <4,2	>=4,2	
Effektivisere driften	Resultat (MNOK)	100			
	Investering (MNOK)	1206	Faktisk er under 70 % av budsjett eller mer enn 105 %	Faktisk er mellom 70 % og 85 % av budsjett	Faktisk er mellom 85 % og under 105 %
	Sanering av applikasjoner	40 %		Skjønn	
Organisasjon og utvikling	Sykefravær	5,4 %	>5,9 %	<=5,9 % - >5,4 %	<=5,4 %
	Andel egne ansatte	Nøkkeltall			
	Brutto månedsverk (gjennomsnitt)	1789		Skjønn	

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet

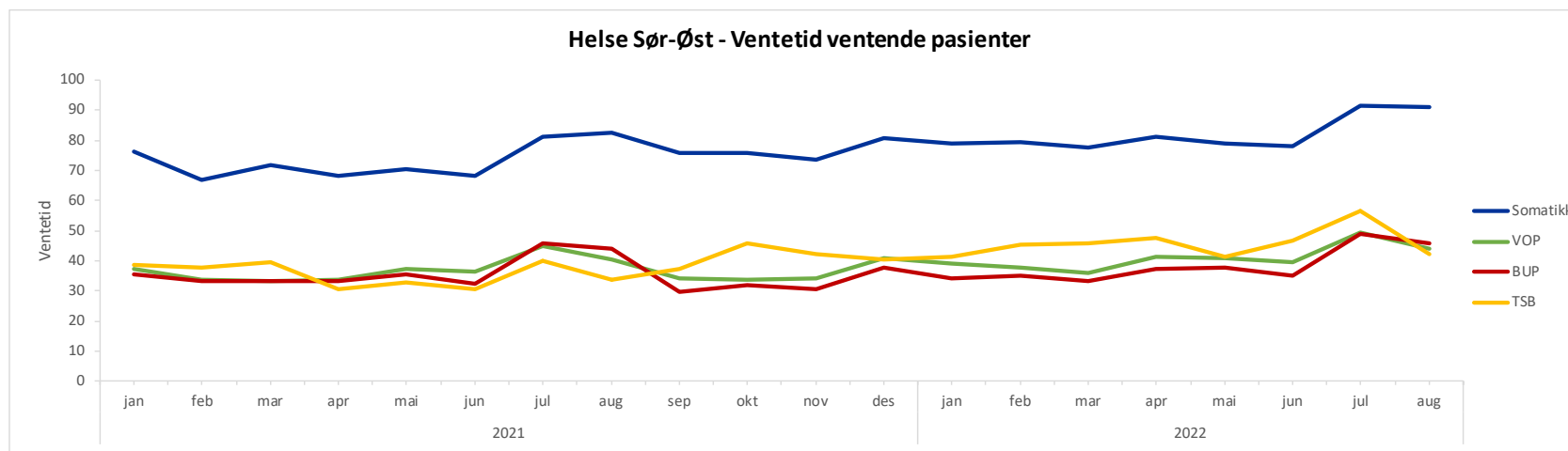
Ventetid - alle tjenesteområder



Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet	August 2022					HiÅ 2022	HiÅ 2021	HiÅ 2020	2021	2020
	Som	VOP	BUP	TSB	Totalt					
Akershus universitetssykehus HF	79,8	59,9	60,4	21,6	76,7	65,7	59,6	60,4	59,7	61,9
Oslo universitetssykehus HF	77,3	46,7	68,2	33,2	75,6	64,3	54,7	58,6	57,6	58,4
Sunnaas sykehus HF	59,4				59,4	54,5	46,9	69,9	47,5	67,0
Sykehuset i Vestfold HF	75,7	51,6	49,6	31,6	73,0	61,8	53,9	58,8	54,4	61,1
Sykehuset Innlandet HF	72,4	61,3	80,1	37,8	71,8	63,5	55,7	59,5	57,8	60,7
Sykehuset Telemark HF	76,2	51,5	45,0	34,3	73,6	63,7	53,8	59,2	54,3	58,8
Sykehuset Østfold HF	65,6	73,5	64,9	19,4	65,3	58,3	56,2	63,6	57,0	62,4
Sørlandet sykehus HF	79,7	56,8	60,0	31,3	77,2	69,4	65,8	65,9	67,5	69,7
Vestre Viken HF	72,3	54,7	58,4	40,8	70,2	58,6	52,5	57,5	53,7	57,8
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	74,8	57,4	61,6	30,0	72,9	63,0	56,5	60,4	57,8	61,2
Betanien Hospital	85,9				85,9	69,7	75,9	75,1	74,1	82,2
Diakonhjemmet Sykehus	70,4	51,4	51,5	43,7	65,7	61,9	57,0	56,5	57,6	60,2
Lovisenberg Diakonale Sykehus	102,9	63,8	52,1	47,0	96,2	78,2	78,9	82,6	79,1	81,9
Martina Hansens Hospital	82,6				82,6	69,9	48,5	66,7	54,1	63,4
Revmatismesykehuset	35,4				35,4	53,3	60,2	64,0	70,3	65,5
Private institusjoner				66,9	110,4	86,0	71,9	69,9	75,2	72,9
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus og private rusinstitusjoner	77,5	57,9	61,4	36,1	75,3	64,4	57,8	61,2	59,2	62,1

For de private rusinstitusjonene med avtale er ventetider for somatikk og psykisk helse (VOP og BUP) med i de totale tallene. Dette er årsaken til at total ventetid her avviker fra ventetiden innen TSB. Volumet innen somatikk, VOP og BUP er lave og det er også en rekke måneder hvor ventetidene ikke finnes for disse tjenesteområdene slik at det er valgt å utelate ventetider for disse i oversikten.

Gjennomsnittlig ventetid ventende pasienter – per tjenesteområde



Gj ventetid for ventende pasienter per helseforetak i HSØ	August 2022					HiÅ 2022	HiÅ 2021	HiÅ 2020	2021	2020
	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Totalt					
Akershus universitetssykehus	86,7	45,6	39,6	26,9	83,6	82,0	86,1	75,1	86,9	77,6
Oslo universitetssykehus	75,6	31,3	37,5	24,4	74,3	66,0	57,2	63,8	58,3	61,8
Sunnaas sykehus	60,5	0,0	0,0	0,0	60,5	50,8	37,7	62,9	0,0	60,2
Sykehuset i Vestfold	87,6	26,5	27,3	20,8	84,5	72,0	56,6	68,9	57,2	66,2
Sykehuset Innlandet	81,6	46,0	77,4	27,2	80,2	69,5	60,7	66,8	61,2	65,4
Sykehuset Telemark	78,6	25,8	23,9	104,1	76,7	68,7	60,3	72,2	61,7	68,1
Sykehuset Østfold	84,0	52,2	42,8	16,6	81,9	72,4	67,2	75,9	67,7	74,1
Sørlandet sykehus	93,2	65,4	28,4	15,1	91,5	81,2	73,2	85,7	74,3	84,1
Vestre Viken	72,7	36,9	45,0	30,4	71,0	61,6	54,5	67,0	54,7	64,5
Betanien Hospital	87,9	0,0	0,0	0,0	87,9	79,3	83,1	129,4	82,8	127,8
Diakonhjemmet Sykehus	78,2	36,5	24,9	32,1	74,5	66,1	54,8	76,9	53,8	75,3
Lovisenberg Diakonale Sykehus	69,8	47,0	42,8	41,3	67,5	65,3	69,1	76,8	68,6	75,7
Martina Hansens Hospital	67,3	0,0	0,0	0,0	67,3	60,4	47,8	59,1	49,8	56,0
Revmatismesykehuset	33,8	0,0	0,0	0,0	33,8	50,7	87,0	53,5	96,4	56,2
Private institusjoner	433,7	82,1	0,0	90,4	408,8	359,5	255,9	233,8	273,8	247,2
Helse Sør-Øst med private ideelle sykehus og private institusjoner	91,2	44,2	45,7	42,3	88,8	79,6	70,8	75,8	71,8	75,2

Antall langtidsventende

Per fagområde

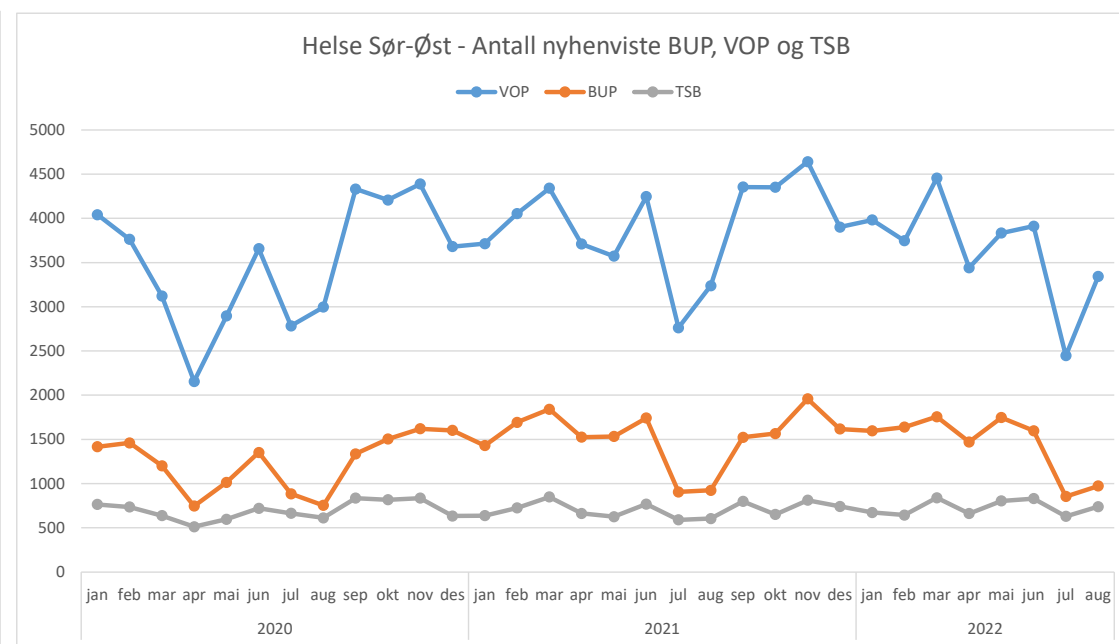
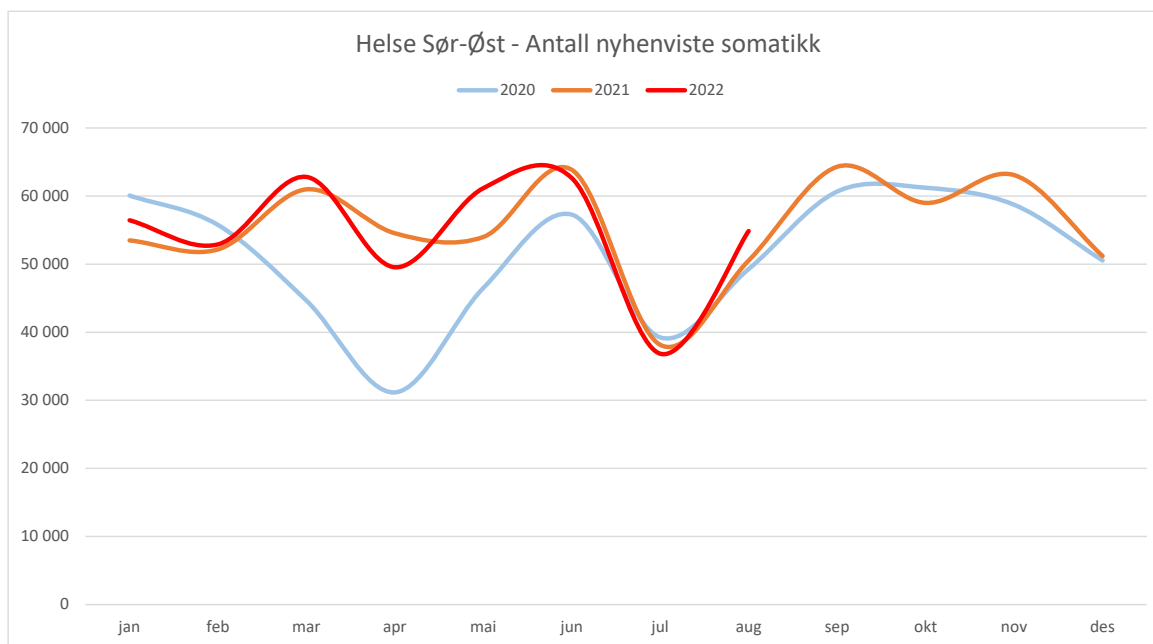
Fagområde	2021												2022								
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	Trend
Lungesykdommer	798	12	816	688	706	742	761	787	819	845	861	885	910	984	1 018	1 116	1 164	1 215	1 235	1 248	
Øre-nese-hals sykdommer	569	633	640	631	658	667	664	708	708	726	706	659	579	540	456	468	402	309	251	184	
Øyesykdommer	267	225	181	120	128	140	135	125	122	132	147	157	157	168	168	168	154	191	212	265	
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	106	94	87	81	96	88	87	109	106	121	106	103	114	159	145	167	190	249	281	333	
Plastikk-kirurgi	102	82	58	44	36	34	46	51	63	71	85	106	85	89	89	96	88	109	98	106	
Fysikalsk medisin og (re) habilitering	27	29	34	28	26	30	28	29	32	36	32	37	39	37	99	109	42	139	146	156	
Fordøyelsesykdommer	28	23	47	51	68	95	91	81	71	64	39	81	27	26	33	36	38	50	43	48	
Hjertesykdommer	68	20	61	43	53	56	55	55	48	45	42	53	47	47	59	58	55	63	59	50	
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	27	28	28	31	28	31	33	44	59	61	56	68	17	21	21	18	25	28	24	27	
Ukjent	11	2	9	2	2	2	1	2	2	2	4	2	18	12	74	73	79	150	45	87	
Gastroenterologisk kirurgi	15	12	27	21	25	32	29	29	25	28	29	26	19	23	26	25	28	37	37	35	
Urologi	21	24	34	32	22	33	29	27	21	21	22	26	24	26	27	22	23	22	22	29	
Annet	10	5	9	7	8	7	8	7	10	9	9	10	10	11	12	21	35	49	50	50	
Endokrinologi	11	10	10	11	11	9	10	13	13	8	14	15	18	22	25	26	24	27	29	25	
Habilitering barn og unge	14	11	11	15	11	20	26	23	27	20	16	20	15	16	12	10	11	11	12	11	
Øvrige fagområder	166	115	125	101	90	106	101	108	112	108	107	139	100	131	143	145	155	181	193	205	
Total	2 240	1 325	2 177	1 906	1 968	2 092	2 104	2 198	2 238	2 297	2 275	2 387	2 179	2 312	2 407	2 558	2 513	2 830	2 737	2 859	

Antall langtidsventende

Per helseforetak/sykehus

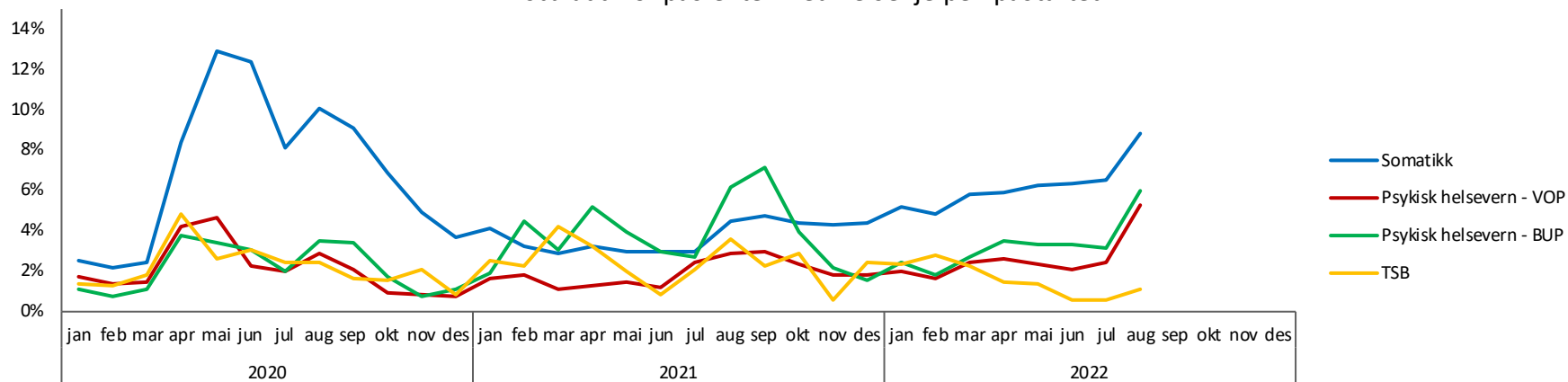
Helseforetak/Sykehus	2021												2022								Trend
	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun	jul	aug	
Akershus universitetssykehus	554	631	680	667	700	706	710	774	771	771	762	740	650	639	558	571	489	429	369	322	
Oslo universitetssykehus	52	53	51	61	56	66	65	72	66	57	48	41	25	50	97	99	113	163	79	141	
Sunnaas sykehus	1									1							4	4	3	6	
Sykehuset i Vestfold	34	10	19	12	26	48	40	31	34	37	40	49	57	71	76	81	79	100	110	102	
Sykehuset Innlandet	94	85	83	87	88	95	90	103	107	107	108	129	128	121	141	147	150	195	204	209	
Sykehuset Telemark	31	32	18	12	8	13	22	19	41	47	69	72	56	58	57	66	60	68	64	73	
Sykehuset Østfold	182	187	127	99	89	103	97	79	85	89	94	92	82	77	88	90	90	117	124	159	
Sørlandet sykehus	163	141	90	79	76	73	73	93	89	107	83	111	102	122	118	128	150	197	228	275	
Vestre Viken	103	89	85	60	63	62	61	61	52	57	67	71	59	72	78	79	85	103	96	94	
Betanien Hospital	60	42	26	15	13	12	12	12	15	25	19	22	14	18	15	8	10	18	16	19	
Diakonhjemmet Sykehus	32	8	19	13	20	19	15	12	10	10	14	10	10	12	10	13	16	14	12	13	
Lovisenberg Diagonale Sykehus	7	8	10	16	15	16	17	15	7	10	7	13	12	6	5	11	28	16	11	15	
Martina Hansens Hospital	3	7	10	6	10	10	10	9	15	11	7	15	10	14	2	4	5	12	10	8	
Revmatismesykehuset	9	12	12	14	13	17	18	29	39	39	40	45		2	2	2	1				
Private institusjoner	915	20	947	765	791	852	874	889	907	929	917	977	974	1050	1160	1259	1233	1394	1411	1423	
Total	2 240	1 325	2 177	1 906	1 968	2 092	2 104	2 198	2 238	2 297	2 275	2 387	2 179	2 312	2 407	2 558	2 513	2 830	2 737	2 859	

Antall nyhenviste



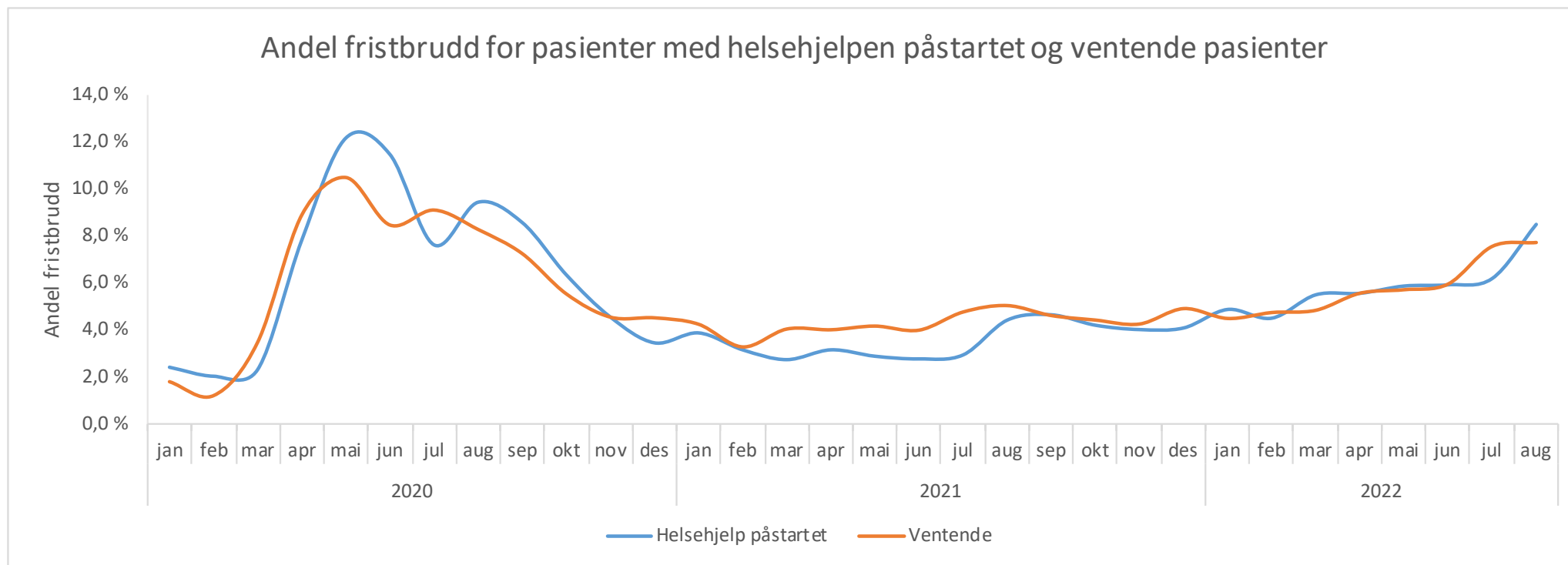
Fristbrudd for pasienter med helsehjelpen påstartet

Fristbrudd for pasienter med helsehjelpen påstartet



Andel fristbrudd for pasienter med helsehjelp påstartet	August 2022					HiÅ 2022	HiÅ 2021	HiÅ 2020	2021	2020
	Som	VOP	BUP	TSB	Totalt					
Akershus universitetssykehus HF	11,1%	15,1%	2,9%	4,5%	11,0%	8,4%	6,1%	7,4%	6,4%	7,4%
Oslo universitetssykehus HF	5,9%	0,4%	0,0%	0,0%	5,5%	3,9%	1,9%	5,5%	2,0%	4,9%
Sunnaas sykehus HF	0,0%				0,0%	0,2%	0,0%	5,0%	0,0%	3,6%
Sykehuset i Vestfold HF	8,2%	0,0%	0,0%	0,0%	7,3%	5,1%	1,9%	4,5%	2,1%	4,8%
Sykehuset Innlandet HF	10,0%	13,8%	34,3%	0,0%	10,8%	6,5%	3,9%	7,0%	4,2%	6,4%
Sykehuset Telemark HF	5,4%	0,0%	0,0%	0,0%	4,9%	3,4%	1,3%	4,8%	1,8%	4,1%
Sykehuset Østfold HF	8,4%	3,7%	12,4%	1,4%	8,1%	5,7%	2,8%	7,9%	3,3%	7,1%
Sørlandet sykehus HF	11,5%	2,0%	0,0%	0,0%	10,5%	7,2%	4,1%	11,1%	5,1%	10,9%
Vestre Viken HF	5,4%	0,2%	0,0%	0,0%	4,7%	3,0%	1,8%	5,3%	1,8%	4,9%
Betanien Hospital	0,4%				0,4%	1,3%	4,1%	6,4%	3,0%	8,9%
Diakonhjemmet Sykehus	10,1%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	6,8%	5,9%	11,5%	6,1%	11,4%
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1,4%	9,4%	0,0%	0,0%	2,3%	3,2%	2,3%	4,0%	2,6%	3,8%
Martina Hansens Hospital	0,6%				0,6%	0,8%	0,5%	1,4%	0,5%	1,7%
Revmatismesykehuset	0,0%				0,0%	3,5%	7,6%	10,7%	8,2%	9,7%
Private institusjoner	36,4%	5,8%	11,1%	1,6%	32,2%	19,6%	6,6%	6,0%	8,1%	5,4%
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus og private institusjoner	8,8%	5,3%	6,0%	1,0%	8,4%	5,8%	3,2%	6,7%	3,6%	6,3%

Andel fristbrudd for pasienter med helsehjelpen påstartet og for ventende pasienter



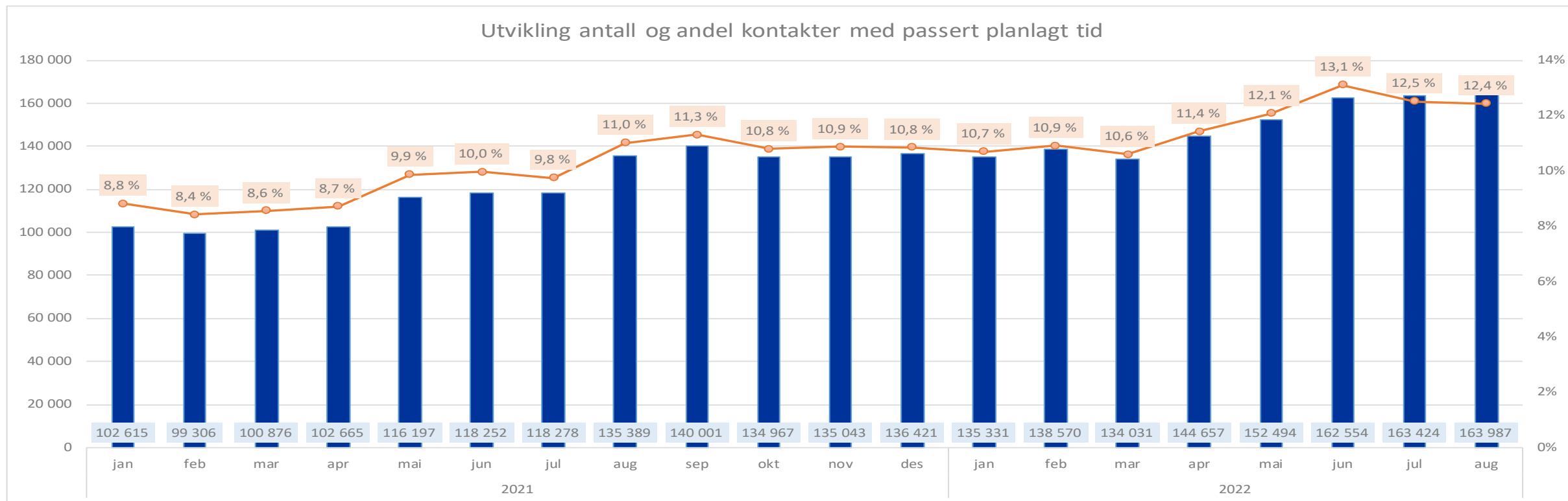
Passert planlagt tid

Topp 15 fagområder per helseforetak

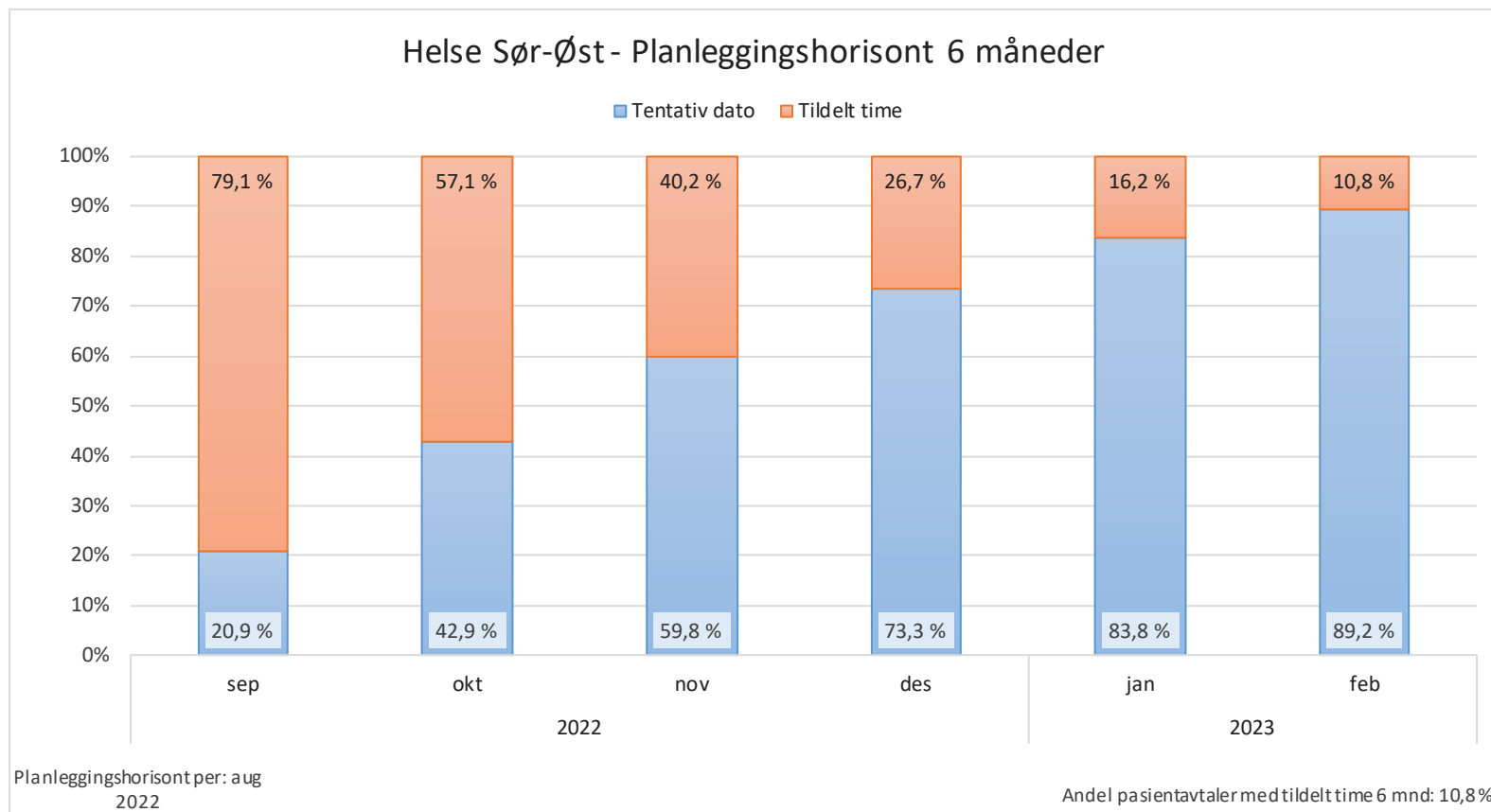
Fagområde (topp 15 etter antall)	Andel pasientavtaler innen planlagt tid - aug 2022																
	Ahus	OUS	Siv	SI	SS	ST	SØ	VV	SUN	Total HF HSØ	BET	DS	LDS	MHH	REV	Total private ideelle	Totalt HSØ
Øyesykdommer	88 %	92 %	67 %	75 %	86 %		91 %	76 %		82 %	85 %					85 %	82 %
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	87 %	82 %	85 %	92 %	79 %	98 %	72 %	97 %		86 %	99 %	84 %	98 %	96 %		94 %	88 %
Øre-nese-hals sykdommer	86 %	91 %	91 %	82 %	65 %	83 %	71 %	86 %		81 %			94 %			94 %	83 %
Hjertesykdommer	88 %	95 %	82 %	75 %	92 %	87 %	85 %	78 %		86 %		94 %	87 %			90 %	86 %
Fordøyelsesykdommer	86 %	93 %	70 %	76 %	86 %	77 %	96 %	80 %	100 %	84 %		92 %	73 %			79 %	84 %
Endokrinologi	81 %	97 %	62 %	73 %	71 %	70 %	82 %	79 %		79 %		98 %	82 %			87 %	80 %
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	98 %	74 %		99 %	81 %		83 %	88 %		85 %	86 %	89 %		83 %	78 %	85 %	85 %
Nevrologi	87 %	86 %	72 %	90 %	86 %	86 %	61 %	93 %	100 %	84 %							84 %
Barnesykdommer	83 %	87 %	80 %	95 %	75 %	70 %	79 %	90 %	100 %	84 %							84 %
Lungesykdommer	82 %	86 %	52 %	75 %	86 %	85 %	77 %	86 %		81 %		97 %	86 %			90 %	81 %
Kvinneresykdommer og elektiv fødselshjelp	90 %	90 %	85 %	96 %	91 %	92 %	83 %	95 %		91 %							91 %
Gastroenterologisk kirurgi	82 %	94 %	66 %	93 %	76 %	97 %	70 %	87 %		85 %		93 %				93 %	85 %
Psykisk helsevern voksne	98 %	88 %	99 %	98 %	92 %	97 %	93 %	96 %		95 %		83 %	88 %			86 %	94 %
Urologi	82 %	92 %	91 %	99 %	82 %	92 %	87 %	87 %		88 %							88 %
Psykisk helsevern barn og unge	94 %	94 %	98 %	91 %	96 %	97 %	97 %	96 %		95 %		52 %	81 %			73 %	93 %
Total andel / totalt antall alle fagområder	90 %	90 %	83 %	87 %	85 %	87 %	86 %	88 %	96 %	88 %	87 %	86 %	89 %	91 %	78 %	88 %	88 %

Målet er å overholde min 95% av avtalene

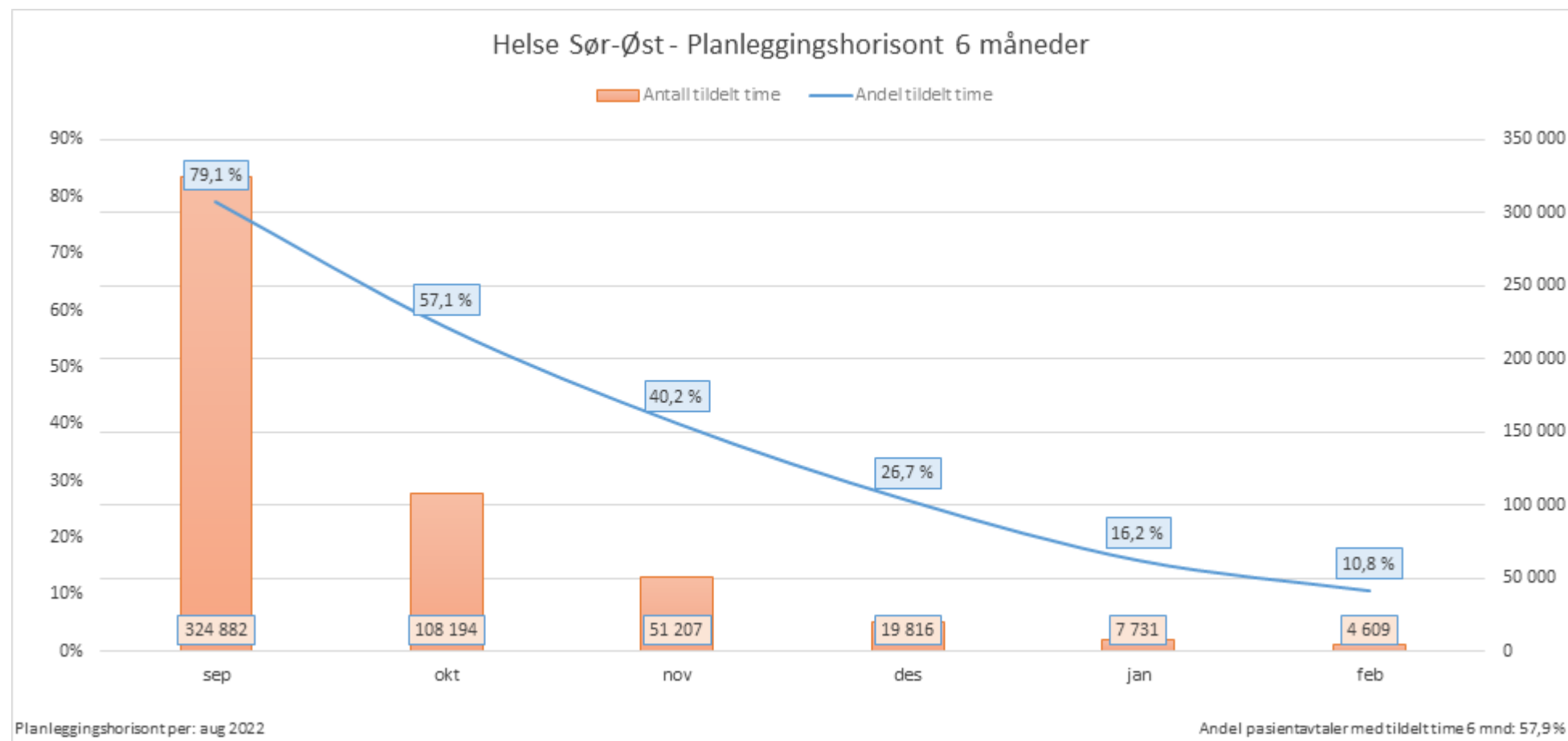
Utvikling antall og andel kontakter med passert planlagt tid



Andel med fast eller tentativ time 6 måneder fram i tid



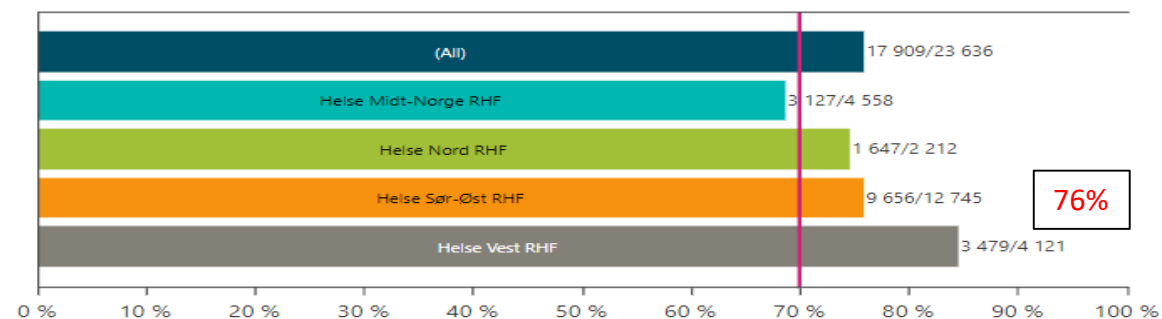
Planleggingshorisont 6 måneder fram i tid



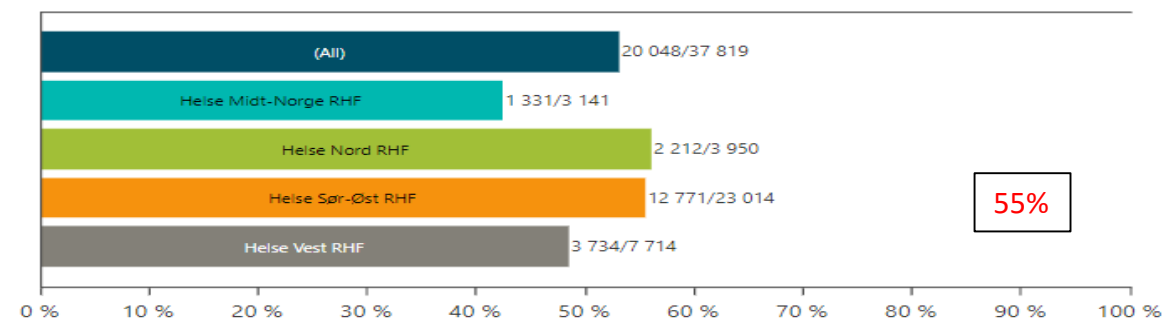
Nasjonal oversikt alle pakkeforløp kreft, alle behandlingsformer

Per august 2022

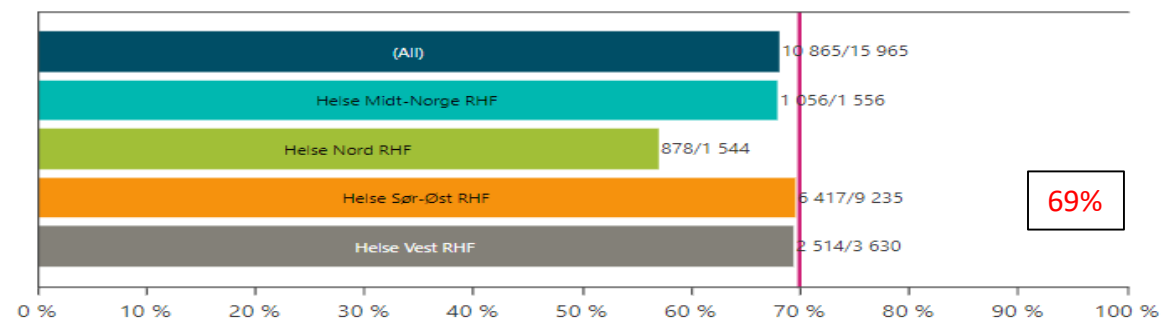
Andel nye pasienter i pakkeforløp (OA1)



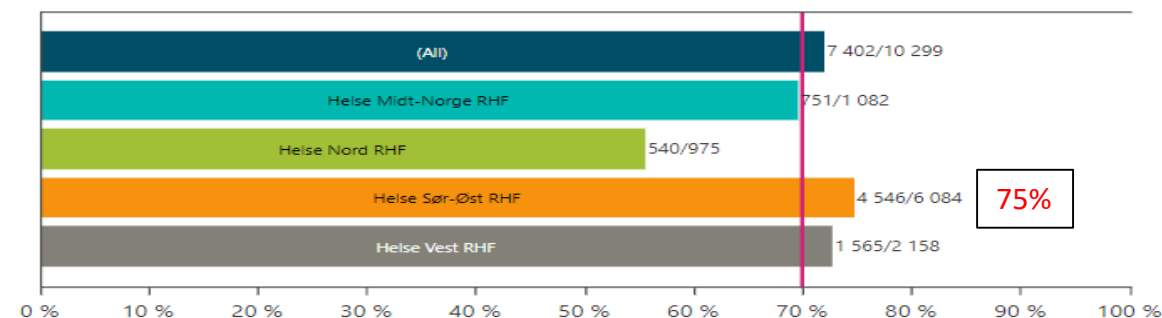
Andel pasienter med diagnose avkreftet (OA2)



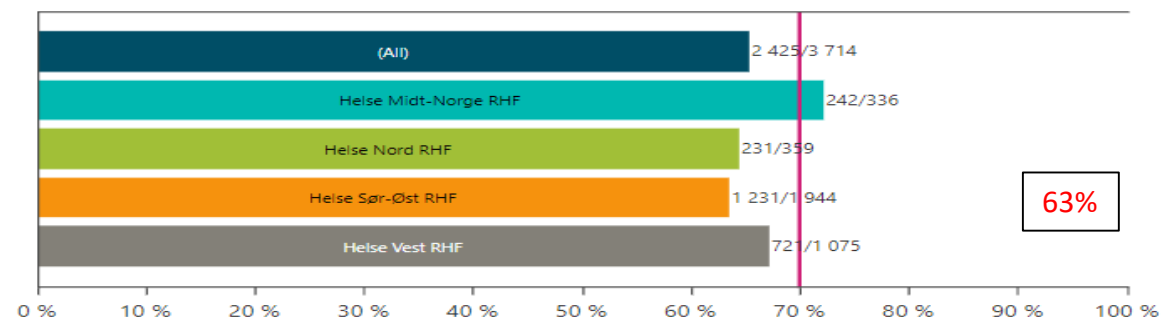
Andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer



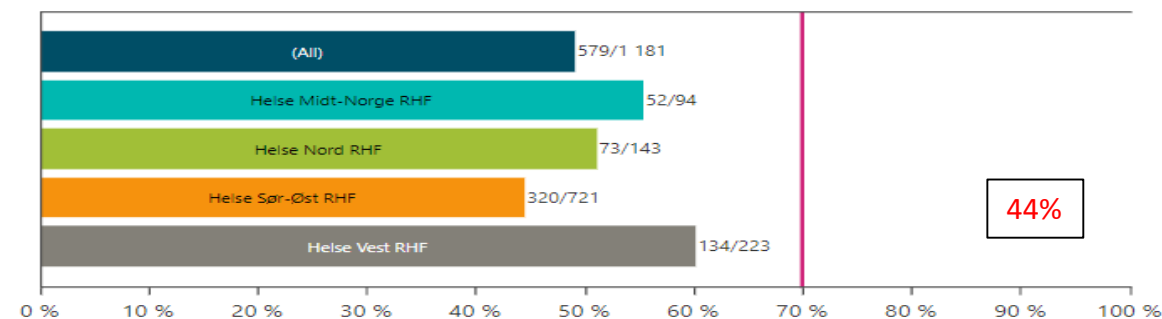
Andel behandlet innen standard forløpstid - kirurgisk behandling (OF4K)



Andel behandlet innen standard forløpstid - medikamentell behandling (OF4M)



Andel behandlet innen standard forløpstid - strålebehandling (OF4S)



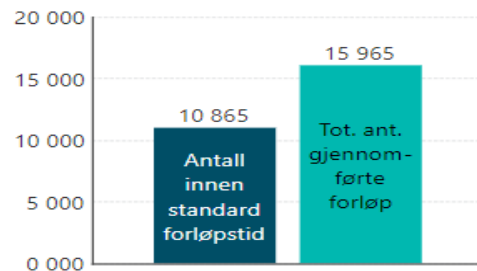
Regional oversikt alle pakkeforløp kreft per helseforetak/sykehus

Per august 2022

Norge

Andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid

68 %



Regionale helseforetak

RHF	Andel	Antall innen standard forløpstid	Totalt antall gjennomførte pakkeforløp
1 Helse Midt-Norge RHF	68 %	1 056	1 556
2 Helse Nord RHF	57 %	878	1 544
3 Helse Sør-Øst RHF	69 %	6 417	9 235
4 Helse Vest RHF	69 %	2 514	3 630

Helseforetak

HF	Andel	Antall innen standard forløpstid	Totalt antall gjennomførte pakkeforløp
1 Akershus univ.sykehus HF	65 %	997	1 526
2 Diakonhjemmet sykehus A/S	68 %	77	114
3 Lovisenberg diak. sykehus A/S	55 %	40	73
4 Oslo universitetssykehus HF	70 %	1 412	2 029
5 Sørlandet Sykehus HF	72 %	618	855
6 Sykehuset i Vestfold HF	67 %	474	706
7 Sykehuset Innlandet HF	68 %	737	1 077
8 Sykehuset Østfold HF	76 %	747	977
9 Sykehuset Telemark HF	77 %	411	536
10 Vestre Viken HF	67 %	904	1 342

Måloppnåelse per pakkeforløp

Januar tom august 2022 og august 2022

Pakkeforløp august 2022	Helse Sør-Øst		Ahus		OUS		SiV		SIHF		STHF		SØHF		SSHF		VVHF		DS		LDS		Antall pasienter august 2022
	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi																							
Blærekreft	90 %	86 %	94 %	90 %	90 %	75 %	94 %	88 %	88 %	81 %	85 %	100 %	92 %	100 %	92 %	86 %	86 %	80 %					65
Brystkreft	73 %	59 %	71 %	66 %	63 %	44 %	76 %	53 %	89 %	93 %	85 %	67 %	79 %	64 %	71 %	65 %	69 %	55 %	0 %		100 %		167
Bukspyttkjertelkreft	53 %	22 %	48 %	33 %	100 %		40 %	100 %	58 %		43 %		58 %	0 %	80 %	0 %	31 %	0 %	100 %		100 %		9
Eggstokkreft (ovarial)	64 %	46 %	65 %	50 %	71 %	75 %	81 %	75 %	43 %	50 %	45 %	0 %	79 %		35 %	0 %	60 %	0 %					26
Galleveiskreft	63 %		50 %		73 %		0 %		100 %		0 %		100 %		67 %		33 %				100 %		
Hjernekreft	75 %	91 %	65 %	100 %	82 %	100 %	75 %	100 %	50 %	50 %			71 %	100 %	83 %	100 %	83 %		100 %				11
Hode- halskreft	61 %	47 %			62 %	45 %			42 %	100 %													34
Kreft hos barn	86 %	88 %	80 %	100 %	88 %	86 %	100 %				0 %						100 %						8
Kreft i spiserør og magesekk	69 %	57 %	77 %	100 %	83 %	75 %	67 %	100 %	69 %	33 %	33 %	25 %	63 %		56 %	33 %	67 %	50 %	100 %		60 %		23
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)																							
Livmorhalskreft (cervix)	59 %	58 %	41 %	50 %	65 %	0 %	67 %	50 %	50 %	0 %	50 %		60 %	100 %	50 %		83 %	100 %					12
Livmorkreft (endometrie)	62 %	37 %	66 %	25 %	68 %	20 %	68 %	25 %	56 %	75 %	63 %	100 %	74 %	100 %	50 %	50 %	50 %	0 %					30
Lungekreft	57 %	54 %	66 %	68 %	52 %	47 %	58 %	80 %	52 %	27 %	69 %	50 %	58 %	67 %	60 %	50 %	44 %	47 %	60 %	100 %	44 %	50 %	102
Lymfomer	48 %	44 %	58 %	25 %	71 %	75 %	33 %	29 %	26 %	0 %	50 %	100 %	25 %	50 %	44 %	50 %	37 %	40 %	20 %		40 %	100 %	34
Malignt melanom	93 %	93 %	83 %	100 %	95 %	74 %	94 %	100 %	86 %	86 %	97 %	100 %	99 %	100 %	91 %	87 %	93 %	97 %	100 %	100 %	100 %		136
Myelomatose	72 %	86 %	100 %		67 %	80 %	100 %	100 %	71 %		100 %		67 %	100 %	33 %				50 %		67 %		7
Nevroendokrine svulster	97 %	100 %	90 %	100 %	100 %	100 %					100 %	100 %			100 %		100 %		100 %				4
Nyrekreft	54 %	36 %	49 %	11 %	48 %	20 %	64 %	100 %	65 %	100 %	60 %	20 %	52 %	100 %	56 %	13 %	43 %	67 %	100 %				39
Peniskreft	74 %	100 %	60 %		75 %		0 %		50 %		100 %		100 %		100 %	100 %	100 %						1
Primær leverkreft (HCC)	35 %	0 %	0 %		78 %		0 %		33 %						0 %		0 %	0 %			0 %		1
Prostatakreft	63 %	58 %	57 %	50 %	61 %	47 %	65 %	33 %	67 %	61 %	69 %	44 %	72 %	100 %	61 %	63 %	61 %	57 %					180
Sarkom	66 %	100 %			68 %	100 %	0 %		0 %								100 %						3
Skjoldbruskkjertelkreft	65 %	50 %	69 %	50 %	67 %	43 %							50 %		33 %	0 %	75 %	100 %					12
Testikkelkreft	65 %	63 %	56 %	25 %	81 %	88 %	69 %	50 %	47 %		100 %		50 %		45 %	50 %	73 %						16
Tykk- og endetarmskreft	64 %	56 %	54 %	25 %	74 %	60 %	53 %	53 %	64 %	47 %	65 %	44 %	77 %	67 %	83 %	89 %	61 %	53 %	60 %	40 %	71 %	67 %	137
Antall pakkeforløp innen standard forløpstid	6 417	655	997	85	1 412	133	474	58	737	73	411	38	747	93	618	70	904	92	77	8	40	5	1 057
Totalt antall gjennomførte pakkeforløp	9 235	1 057	1 526	154	2 029	241	706	93	1 077	122	536	60	977	110	855	110	1 342	148	114	11	73	8	
Andel pakkeforløp innen standard forløpstid	69 %	62 %	65 %	55 %	70 %	55 %	67 %	62 %	68 %	60 %	77 %	63 %	76 %	85 %	72 %	64 %	67 %	62 %	68 %	73 %	55 %	63 %	

Rød angir at foretaket ikke innfrir kravet om 70 % andel innenfor standard forløpstid.

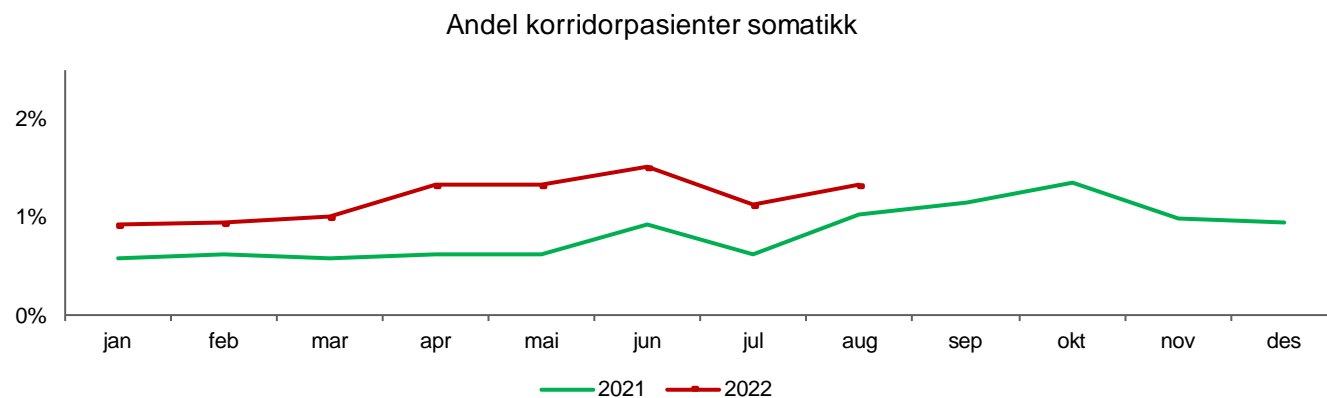
Grønn angir at foretaket er innenfor kravet om 70% andel innenfor standard forløpstid.

Totalt antall pakkeforløp

Januar tom august 2022 og august 2022

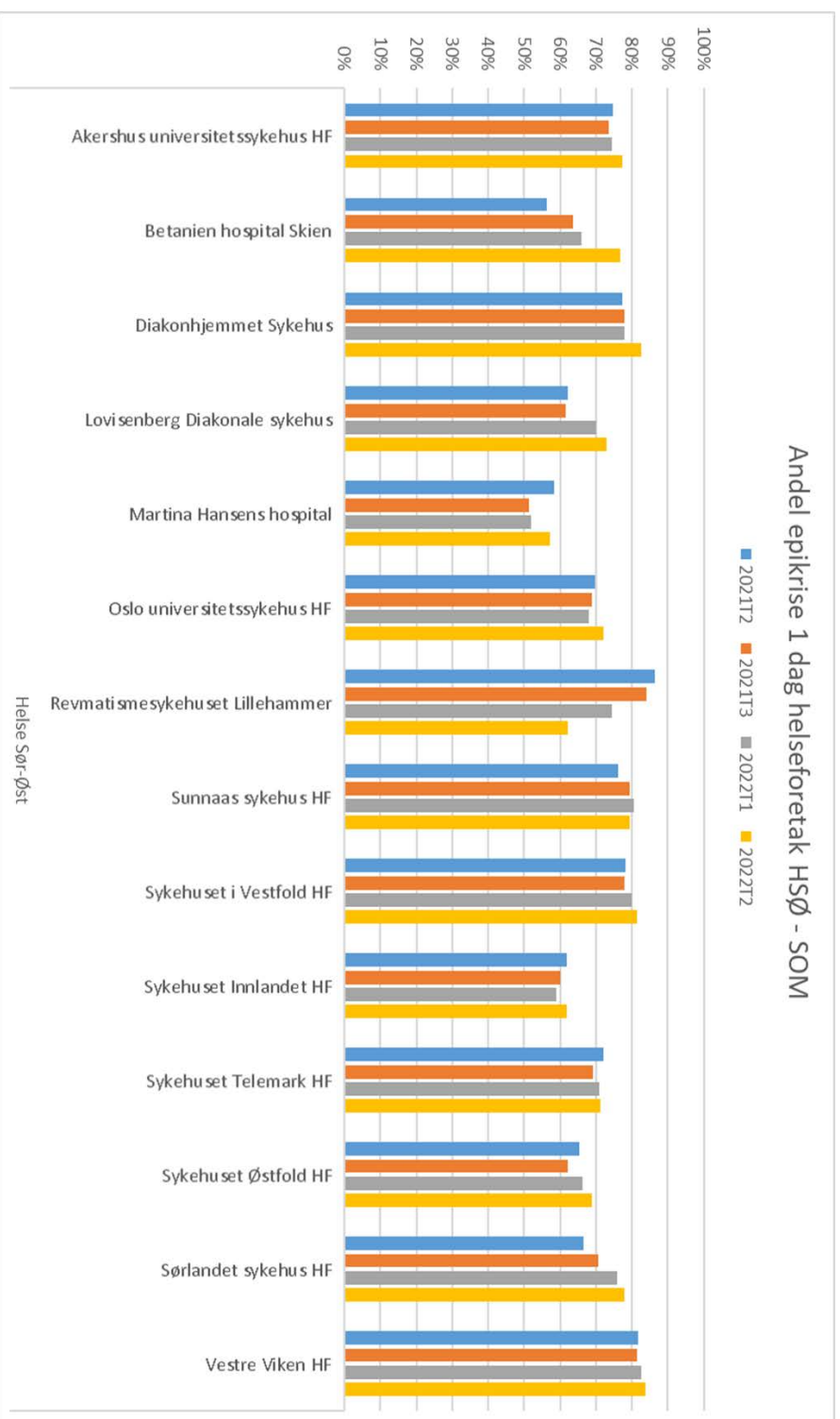
Pakkeforløp august 2022	Totalt antall pakkeforløp																					
	Helse Sør-Øst		Ahus		OUS		SiV		SIHF		STHF		SØHF		SSHF		VVHF		DS		LDS	
	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022	Jan - aug 2022	August 2022
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi																						
Blærekreft	584	65	102	10	58	4	65	8	65	16	41	4	91	6	62	7	100	10				
Brystkreft	1 676	167	290	29	331	41	128	15	175	14	79	6	197	14	136	17	338	31	1			1
Bukspyttkjertelkreft	93	9	23	3	4		10	1	12		7		12	1	5	1	16	3	2			2
Eggstokkreft (ovarial)	207	26	49	10	56	4	16	4	14	2	11	2	19		17	3	25	1				
Galleveiskreft	30		6		11		1		2		1		2		3		3					1
Hjernerkeft	102	11	23	2	49	3	4	1	6	2			7	2	6	1	6		1			
Hode- halskreft	314	34			295	33			19	1												
Kreft hos barn	73	8	5	1	64	7	2				1						1					
Kreft i spiserør og magesekk	121	23	13	3	30	4	9	2	13	3	6	4	8		9	3	27	4	1			5
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)																						
Livmorhalskreft (cervix)	96	12	22	4	20	1	6	2	10	1	2		10	1	8		18	3				
Livmorkreft (endometrie)	271	30	53	8	69	5	22	4	36	4	16	1	19	2	22	2	34	4				
Lungekreft	883	102	190	22	88	15	85	5	119	15	55	2	107	12	89	10	99	15	15	2	36	4
Lymfomer	256	34	33	4	76	8	33	7	23	4	14	1	24	2	16	2	27	5	5		5	1
Malignt melanom	1 109	136	115	5	196	23	52	11	88	7	128	16	154	25	163	15	189	30	23	4	1	
Myelomatose	54	7	5		18	5	3	1	7		4		9	1	3				2			3
Nevroendokrine svulster	39	4	10	2	20	1					3	1			2		3		1			
Nyrekreft	289	39	73	9	40	5	14	2	48	1	20	5	31	3	32	8	30	6	1			
Peniskreft	19	1	5		4		1		2		1		2		2	1	2					
Primær leverkreft (HCC)	23	1	3		9		1		3						2		3	1			2	
Prostatakreft	1 506	180	245	24	342	49	103	9	249	33	74	9	148	23	135	19	210	14				
Sarkom	82	3			77	3	1		2								2					
Skjoldbruskkjertelkreft	66	12	13	2	42	7							4		3	1	4	2				
Testikkelkreft	115	16	18	4	37	8	13	2	15		2		8		11	2	11					
Tykk- og endetarmskreft	1 227	137	230	12	93	15	137	19	169	19	71	9	125	18	129	18	194	19	62	5	17	3
Totalt antall gjennomførte pakkeforløp	9 235	1 057	1 526	154	2 029	241	706	93	1 077	122	536	60	977	110	855	110	1 342	148	114	11	73	8

Andel korridorpasienter - somatikk



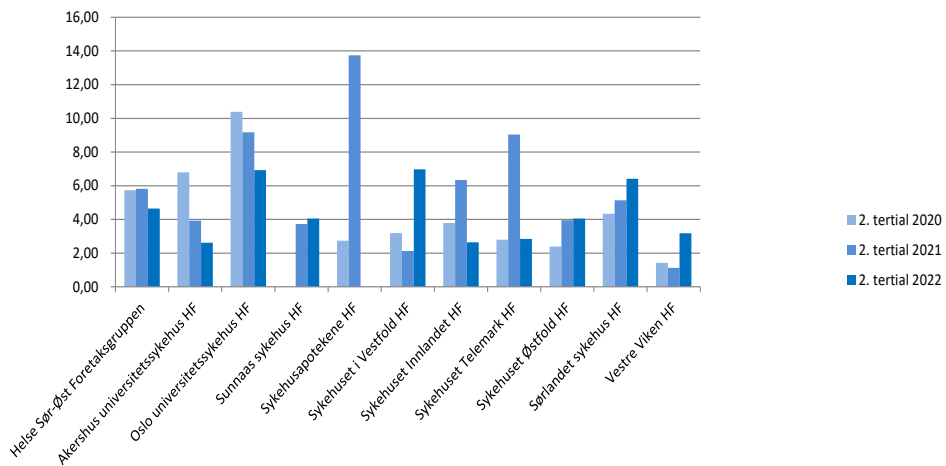
Andel korridorpasienter - somatikk	Jul	Aug	HiÅ 2022	HiÅ 2021	HiÅ 2020
Akershus universitetssykehus HF	2,3 %	2,5 %	2,3 %	1,3 %	1,0 %
Oslo universitetssykehus HF	0,8 %	0,9 %	0,7 %	0,5 %	0,6 %
Sunnaas sykehus HF	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Sykehuset i Vestfold HF	0,8 %	1,0 %	1,1 %	1,3 %	1,4 %
Sykehuset Innlandet HF	0,8 %	1,3 %	1,0 %	0,9 %	1,0 %
Sykehuset Telemark HF	1,6 %	2,7 %	2,8 %	0,9 %	1,5 %
Sykehuset Østfold HF	1,2 %	1,7 %	1,5 %	0,6 %	0,5 %
Sørlandet sykehus HF	0,4 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %
Vestre Viken HF	1,0 %	1,1 %	1,1 %	0,4 %	0,8 %
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	1,1 %	1,3 %	1,2 %	0,7 %	0,8 %
Betanien Hospital	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Diakonhjemmet Sykehus	0,9 %	0,4 %	0,9 %	0,4 %	0,3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	2,0 %	2,2 %	1,2 %	1,0 %	0,4 %
Martina Hansens Hospital	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Revmatismesykehuset	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	1,1 %	1,3 %	1,2 %	0,7 %	0,8 %

Andel epikriser – somatikk

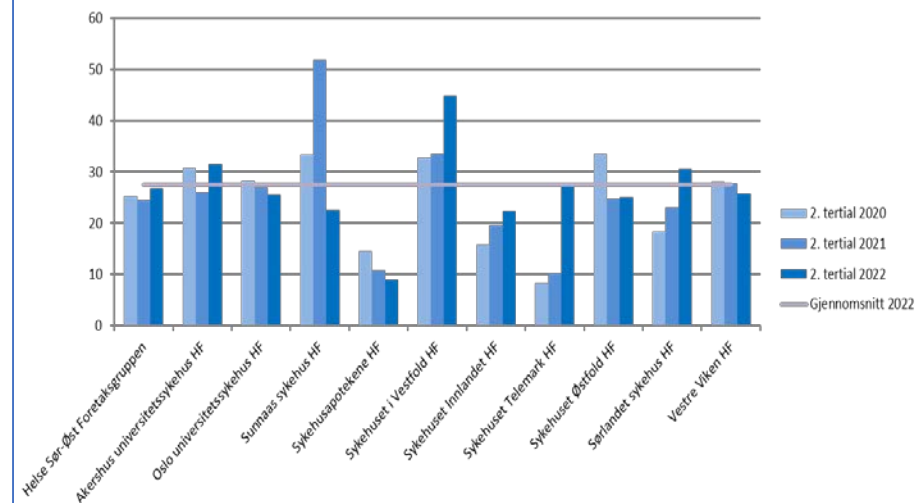


HMS

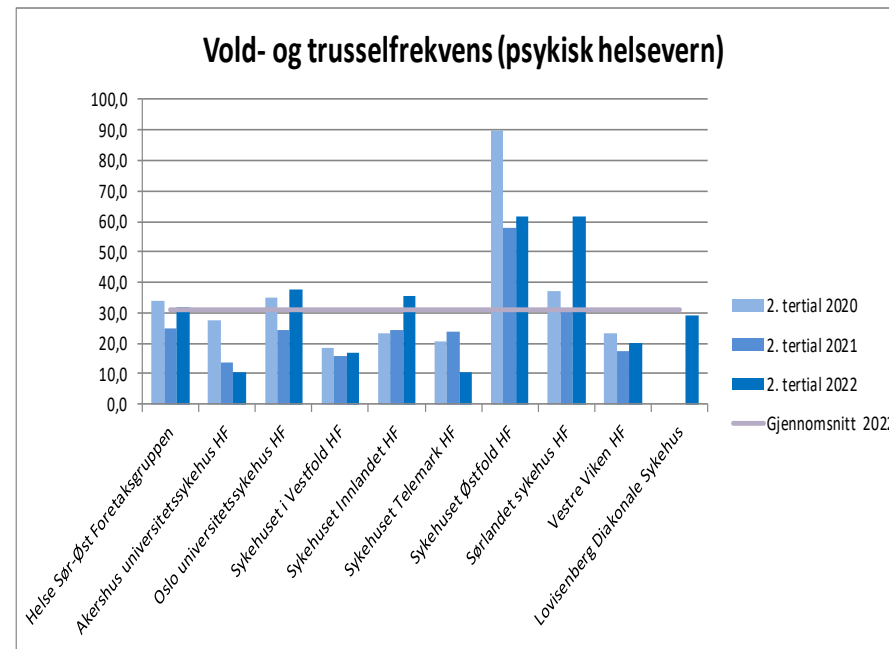
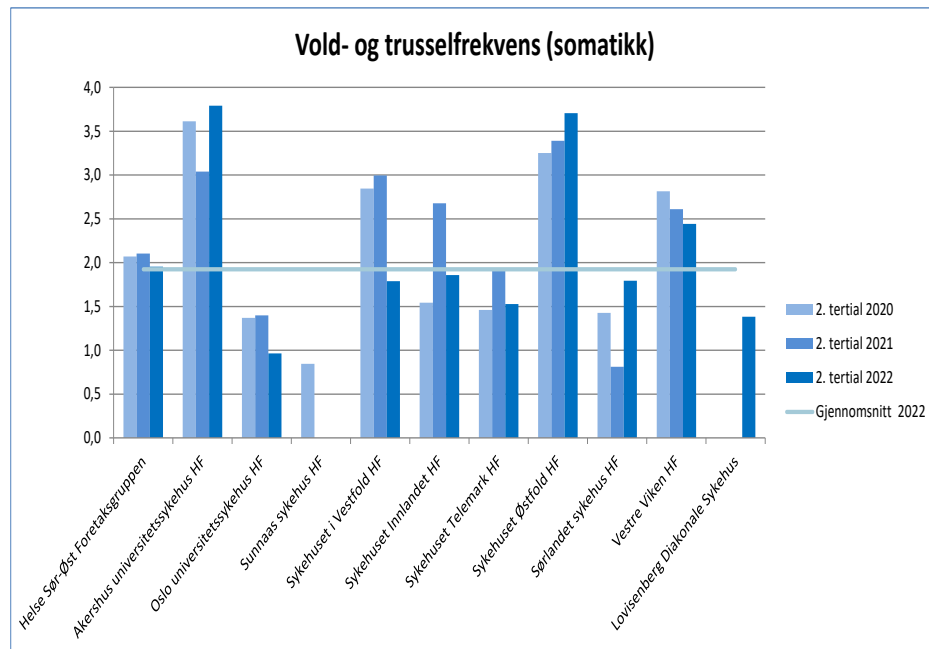
Fraværsskadefrekvens



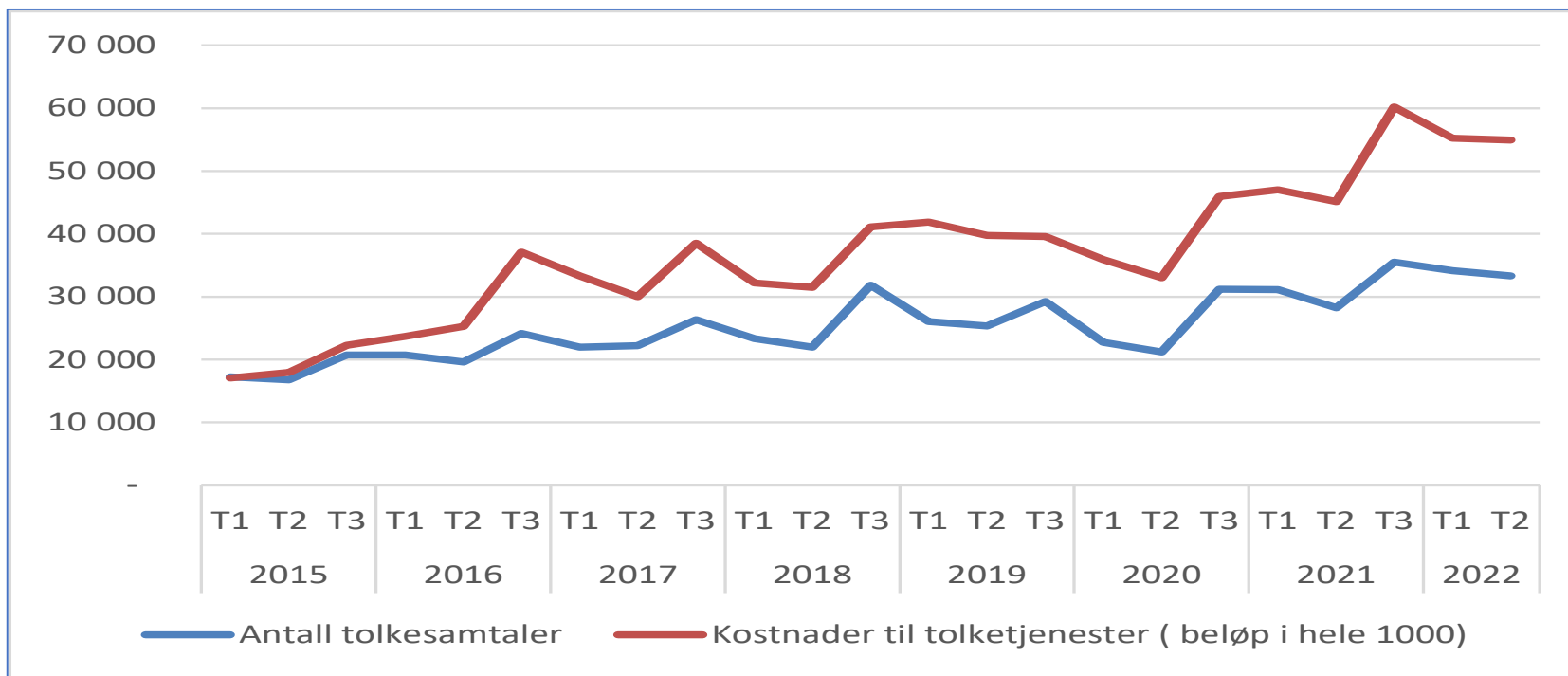
HMS- hendelser per brutto månedsverk



HMS



Tolketjenester



Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Status per tjenestoområde per helseforetak/sykehus

Helseforetak / sykehus	Ventetider hittil i år			% endring hittil i år 2021 - 2022					
	40	35	30	Døgn (utskrivninger)		Liggedøgn		Polikliniske opphold	
	VOP	BUP	TSB	VOP	BUP	VOP	BUP	VOP	BUP
Akershus universitetssykehus HF	48,4	48,5	24,6	8,4 %	11,7 %	6,6 %	-2,0 %	-2,1 %	3,4 %
Oslo universitetssykehus HF	48,2	57,5	32,1	-2,9 %	-14,8 %	2,4 %	-2,0 %	-2,1 %	2,8 %
Sykehuset i Vestfold HF	40,8	39,0	31,6	-0,8 %	-12,1 %	-1,0 %	-17,9 %	-0,4 %	-1,5 %
Sykehuset Innlandet HF	52,3	68,3	31,2	8,2 %	-20,2 %	-3,5 %	-18,6 %	0,8 %	-5,7 %
Sykehuset Telemark HF	34,4	38,3	24,2	19,4 %	40,5 %	6,0 %	-34,6 %	-6,6 %	3,0 %
Sykehuset Østfold HF	59,6	52,4	19,0	2,2 %	-33,5 %	10,6 %	-13,4 %	-2,4 %	-9,9 %
Sørlandet sykehus HF	49,0	49,7	28,5	7,4 %	46,0 %	2,0 %	48,6 %	-3,1 %	-6,8 %
Vestre Viken HF	44,6	53,8	38,1	5,0 %	13,1 %	6,1 %	5,4 %	7,2 %	-2,0 %
Helse Sør-Øst RHF	-	-	-	4,9 %	3,8 %	8,4 %	1,9 %	0,3 %	
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	47,8	51,2	28,1	5,7 %	-5,7 %	4,3 %	-2,7 %	-0,4 %	-1,6 %
Diakonhjemmet Sykehus	44,4	35,5	32,3	-15,1 %		2,2 %		-2,2 %	15,2 %
Lovisenberg Diagonale Sykehus	58,5	50,1	36,1	-3,3 %		4,9 %		-7,8 %	3,6 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	49,3	50,8	31,0	4,6 %	-5,7 %	4,3 %	-2,7 %	-1,2 %	-1,0 %

Antall inntektsgivende polikliniske opphold per tjenesteområde

Per helseforetak/sykehus

Polikliniske opphold	Hittil i år 2021				Hittil i år 2022				Endring i prosent 2021 til 2022			
	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Akershus universitetssykehus HF	263 267	105 304	63 148	21 300	280 616	103 094	65 269	20 362	6,6 %	-2,1 %	3,4 %	-4,4 %
Oslo universitetssykehus HF	575 233	63 655	34 067	18 196	575 769	62 337	35 021	15 893	0,1 %	-2,1 %	2,8 %	-12,7 %
Sunnaas sykehus HF	5 193				5 699				9,7 %			
Sykehuset i Vestfold HF	161 424	49 542	31 350	16 599	153 872	49 345	30 888	17 368	-4,7 %	-0,4 %	-1,5 %	4,6 %
Sykehuset Innlandet HF	219 941	69 965	35 431	12 519	225 193	70 528	33 410	11 614	2,4 %	0,8 %	-5,7 %	-7,2 %
Sykehuset Telemark HF	116 472	28 577	23 368	5 334	118 492	26 680	24 071	4 879	1,7 %	-6,6 %	3,0 %	-8,5 %
Sykehuset Østfold HF	200 175	46 224	29 532	20 379	203 022	45 103	26 613	21 075	1,4 %	-2,4 %	-9,9 %	3,4 %
Sørlandet sykehus HF	212 113	73 608	31 560	18 464	217 189	71 295	29 427	19 100	2,4 %	-3,1 %	-6,8 %	3,4 %
Vestre Viken HF	291 941	88 049	59 164	24 731	302 907	94 429	57 986	17 305	3,8 %	7,2 %	-2,0 %	-30,0 %
Helse Sør-Øst RHF	-	28 135	-	17 446	-	28 223	-	15 032		0,3 %		-13,8 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	2 045 759	553 059	307 620	154 968	2 082 759	551 034	302 685	142 628	1,8 %	-0,4 %	-1,6 %	-8,0 %
Betanien Hospital	19 127				20 681				8,1 %			
Diakonhjemmet Sykehus	50 659	32 394	7 233	5 443	49 490	31 695	8 331	4 582	-2,3 %	-2,2 %	15,2 %	-15,8 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	45 530	61 420	16 633	4 488	50 709	56 620	17 228	5 355	11,4 %	-7,8 %	3,6 %	19,3 %
Martina Hansens Hospital	23 358				22 718				-2,7 %			
Revmatismesykehuset	8 201				8 045				-1,9 %			
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	2 192 634	646 873	331 486	164 899	2 234 402	639 349	328 244	152 565	1,9 %	-1,2 %	-1,0 %	-7,5 %

Kostnader per tjenesteområde - per helseforetak/sykehus

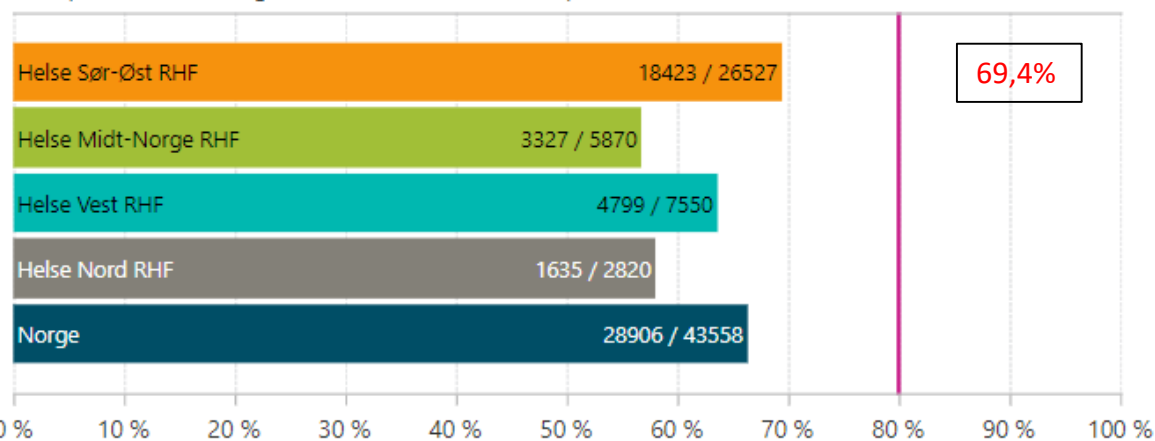
Kostnader per tjenesteområde	Per 2. tertial 2021				Per 2. tertial 2022				Endring i % 2021 til 2022			
	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Akershus universitetssykehus HF	4 820 873	975 562	285 022	172 449	5 082 035	1 053 767	323 781	170 595	5,4 %	8,0 %	13,6 %	-1,1 %
Oslo universitetssykehus HF	11 439 845	1 205 536	301 665	298 305	12 094 882	1 267 289	326 624	349 214	5,7 %	5,1 %	8,3 %	17,1 %
Sunnaas sykehus HF	334 379				351 415				5,1 %			
Sykehuset i Vestfold HF	2 125 044	523 001	157 159	132 118	2 202 495	527 593	157 797	145 164	3,6 %	0,9 %	0,4 %	9,9 %
Sykehuset Innlandet HF	3 135 443	792 410	167 556	131 702	3 294 468	822 190	195 303	137 869	5,1 %	3,8 %	16,6 %	4,7 %
Sykehuset Telemark HF	1 617 245	313 011	84 568	63 524	1 687 424	341 485	93 390	83 603	4,3 %	9,1 %	10,4 %	31,6 %
Sykehuset Østfold HF	2 723 234	605 457	145 033	103 015	2 882 922	607 955	154 538	119 739	5,9 %	0,4 %	6,6 %	16,2 %
Sykehuspartner HF	729 289				-							
Sørlandet sykehus HF	2 714 648	616 553	143 681	177 516	2 933 686	623 643	163 693	189 392	8,1 %	1,1 %	13,9 %	6,7 %
Vestre Viken HF	4 045 678	826 796	248 981	142 650	4 303 825	902 216	272 910	152 915	6,4 %	9,1 %	9,6 %	7,2 %
Helse Sør-Øst RHF	5 253 457	1 485 693	213 159	840 058	6 352 592	1 481 916	216 141	916 775	20,9 %	-0,3 %	1,4 %	9,1 %
Elimineringer	-3 863 198	-297 165	-	-56 063	-3 744 410	-355 238	-18 083	-98 434				
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	35 075 937	7 046 855	1 746 824	2 005 274	37 441 333	7 272 816	1 886 094	2 166 832	6,7 %	3,2 %	8,0 %	8,1 %

Nasjonal oversikt alle pasientforløp PHV og TSB

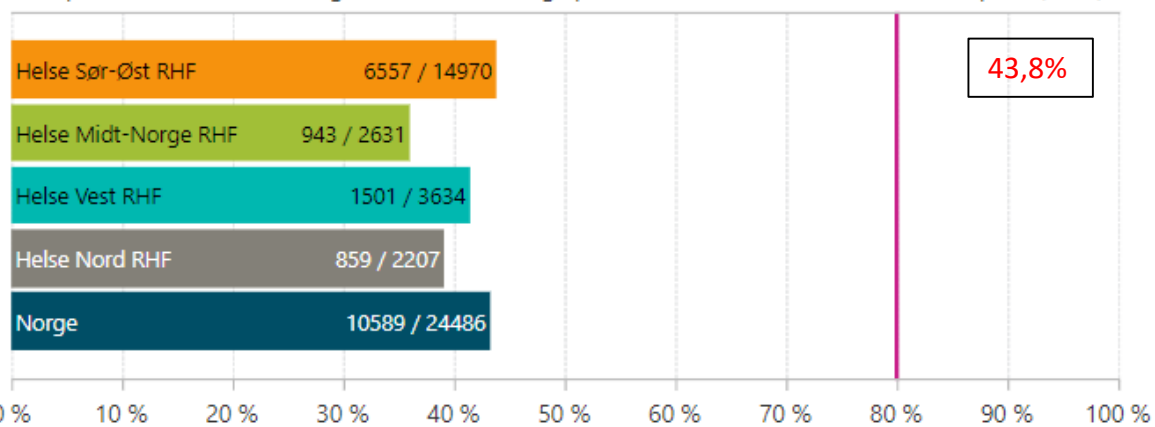
Per august 2022

MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR

Forløpstid for utredning - andel innen anbefalt forløpstid (PF01)

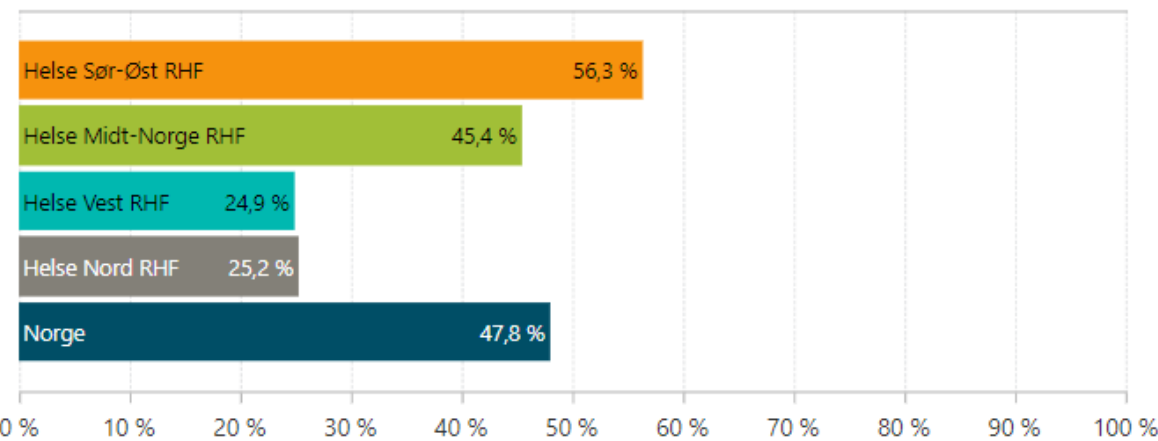


Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk - andel innen anbefalt forløpstid (PF03)

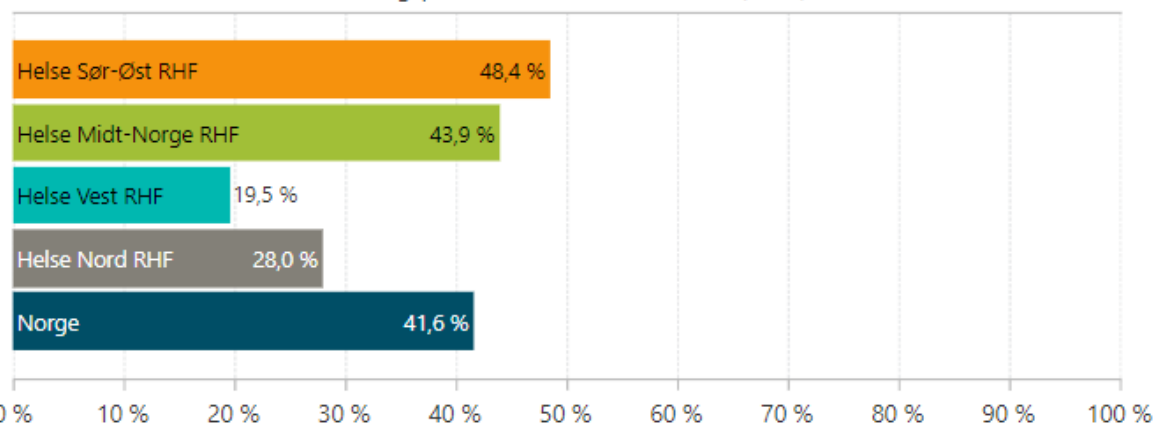


MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer (PA02)



Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler (PA03)



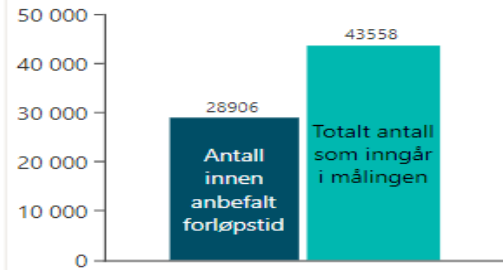
Regional oversikt alle pasientforløp PHV og TSB - per helseforetak/sykehus

Per august 2022

NORGE

Andel utredet innen anbefalt forløpstid

66 %



REGIONALE HELSEFORETAK

RHF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Helse Sør-Øst RHF	69 %	18423	26527
2 Helse Vest RHF	64 %	4799	7550
3 Helse Nord RHF	58 %	1635	2820
4 Helse Midt-Norge RHF	57 %	3327	5870

HELSEFORETAK

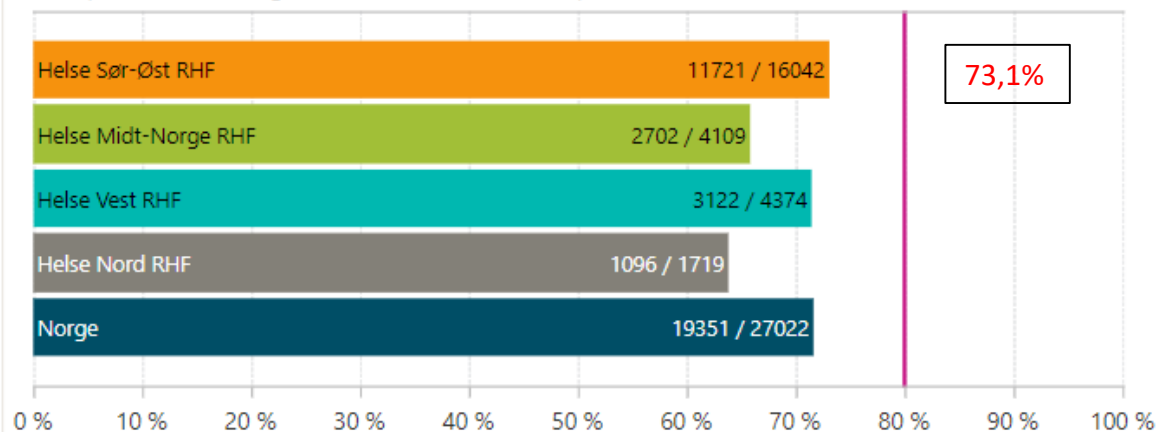
HF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Akershus universitetssykehus HF	69 %	3446	4960
2 Diakonhjemmet sykehus A/S	88 %	1270	1436
3 Lovisenberg diakonale sykehus AS	61 %	883	1437
4 Oslo universitetssykehus HF	64 %	1407	2211
5 Privat Sør-Øst HF	87 %	520	595
6 Sykehuset i Vestfold HF	84 %	2565	3065
7 Sykehuset Innlandet HF	68 %	1619	2367
8 Sykehuset Telemark HF	63 %	923	1472
9 Sykehuset Østfold HF	63 %	1712	2723
10 Sørlandet Sykehus HF	62 %	1593	2568
11 Vestre Viken HF	67 %	2487	3698

Nasjonal oversikt alle pasientforløp VOP

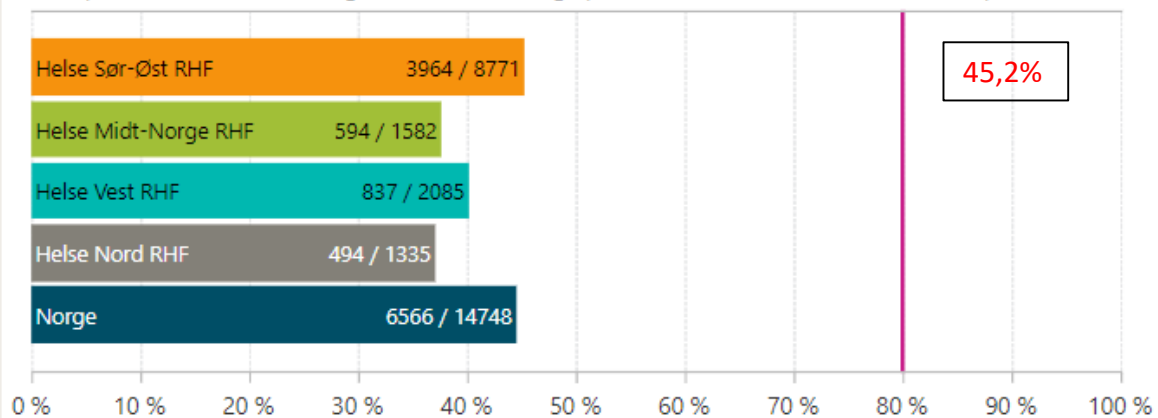
Per august 2022

MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR

Forløpstid for utredning - andel innen anbefalt forløpstid (PF01)

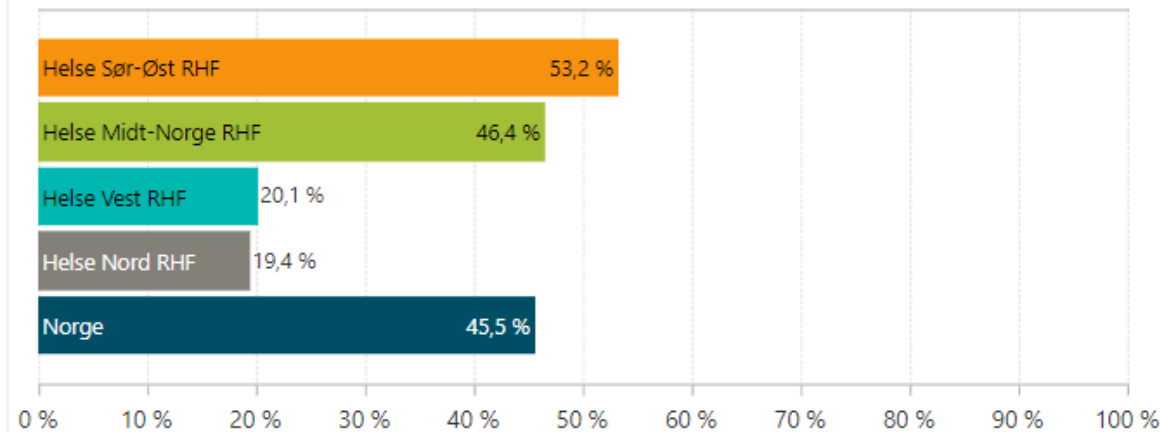


Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk - andel innen anbefalt forløpstid (PF03)

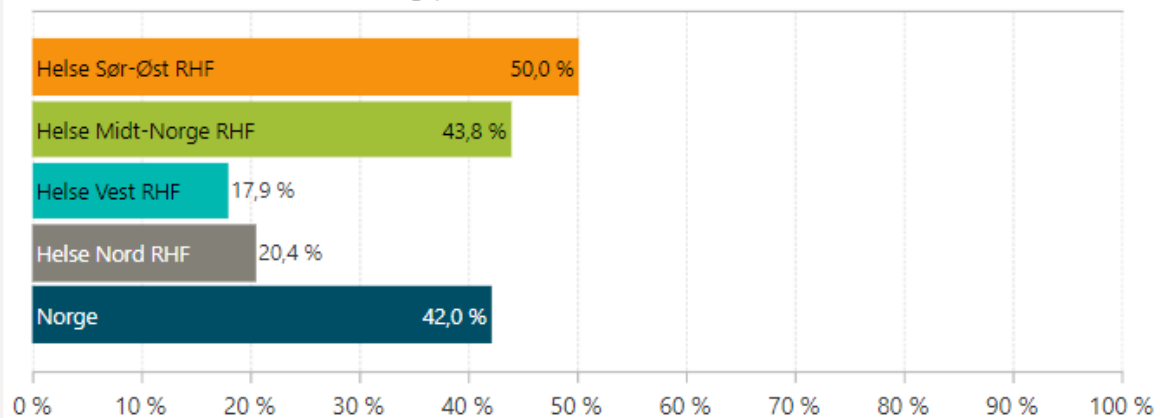


MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer (PA02)



Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler (PA03)



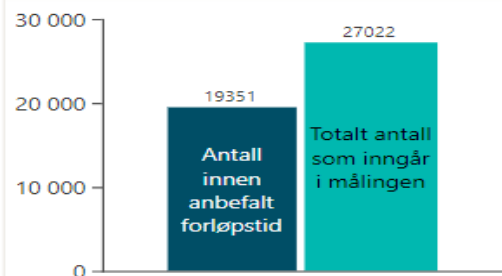
Regional oversikt alle pasientforløp VOP - Helse Sør-Øst per helseforetak/sykehus

Per august 2022

NORGE

Andel utredet innen
anbefalt forløpstid

72 %



REGIONALE HELSEFORETAK

RHF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Helse Sør-Øst RHF	73 %	11721	16042
2 Helse Vest RHF	71 %	3122	4374
3 Helse Midt-Norge RHF	66 %	2702	4109
4 Helse Nord RHF	64 %	1096	1719

HELSEFORETAK

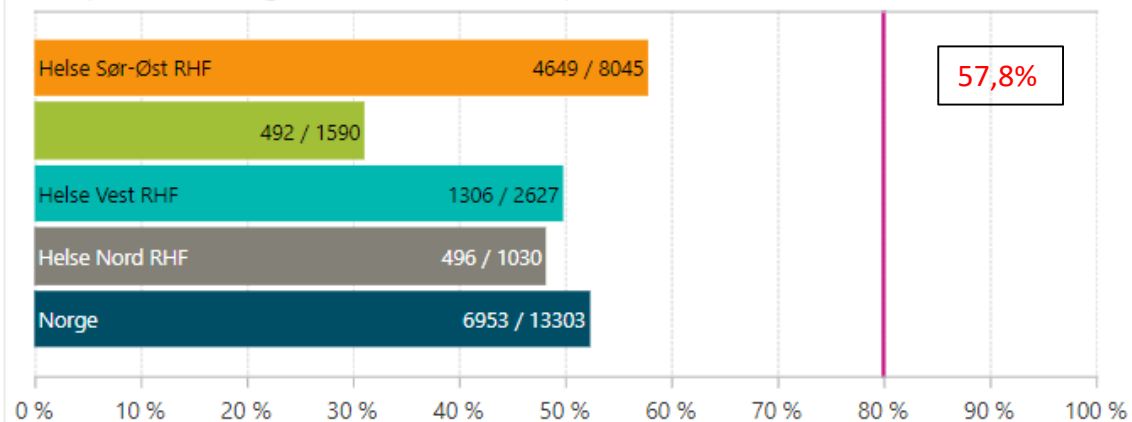
HF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Akershus universitetssykehus HF	63 %	1639	2603
2 Diakonhjemmet sykehus A/S	93 %	1077	1154
3 Lovisenberg diakonale sykehus AS	62 %	569	916
4 Oslo universitetssykehus HF	68 %	993	1454
5 Privat Sør-Øst HF	88 %	374	424
6 Sykehuset i Vestfold HF	90 %	1527	1701
7 Sykehuset Innlandet HF	73 %	1213	1670
8 Sykehuset Telemark HF	72 %	631	882
9 Sykehuset Østfold HF	67 %	1038	1541
10 Sørlandet Sykehus HF	67 %	917	1360
11 Vestre Viken HF	75 %	1744	2339

Nasjonal oversikt alle pasientforløp BUP

Per august 2022

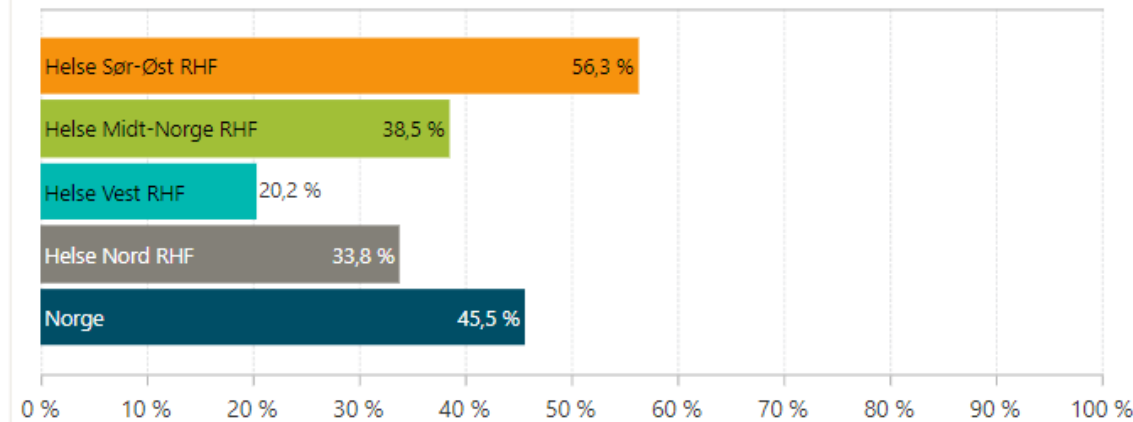
MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR

Forløpstid for utredning - andel innen anbefalt forløpstid (PF01)

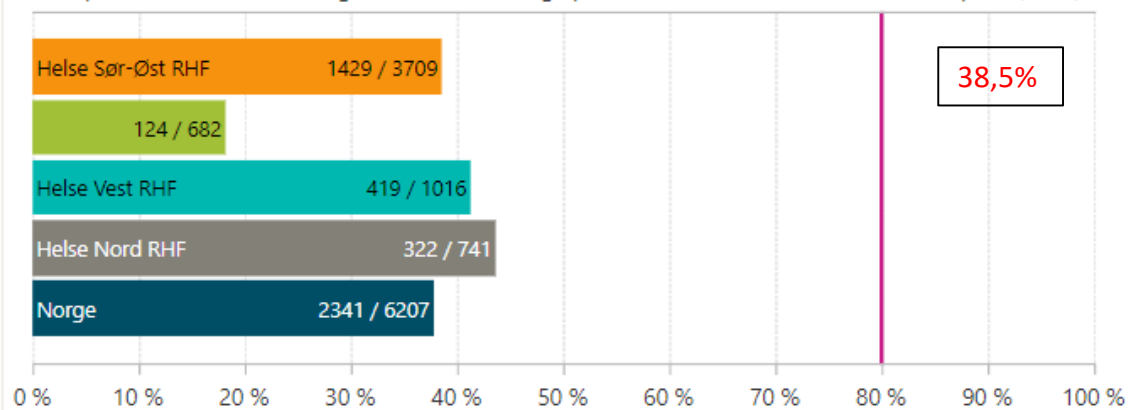


MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

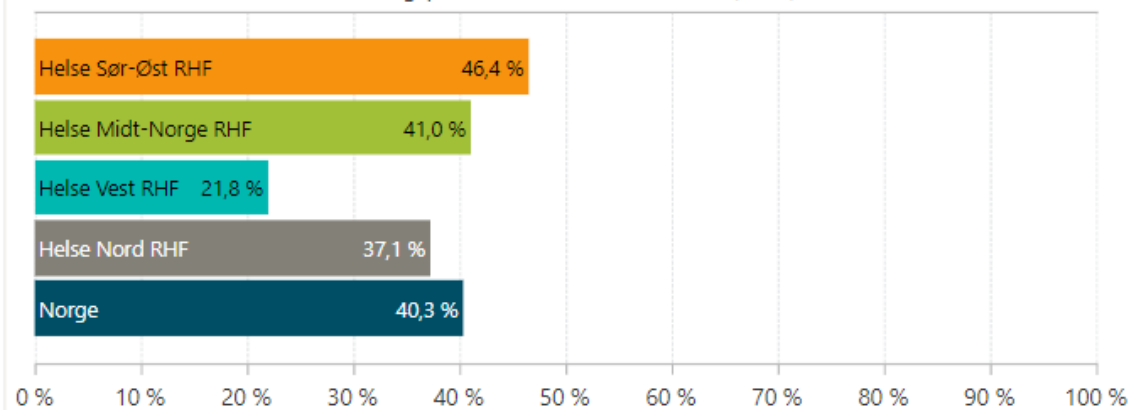
Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer (PA02)



Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk - andel innen anbefalt forløpstid (PF03)



Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler (PA03)



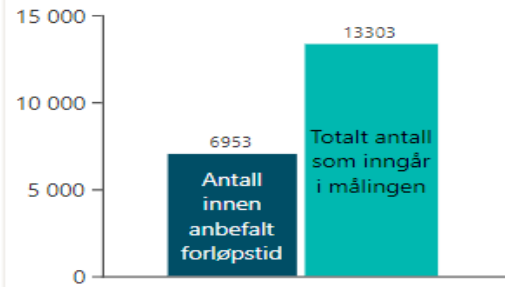
Regional oversikt alle pasientforløp BUP - Helse Sør-Øst per helseforetak/sykehus

Per august 2022

NORGE

Andel utredet innen anbefalt forløpstid

52 %



REGIONALE HELSEFORETAK

RHF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Helse Sør-Øst RHF	58 %	4649	8045
2 Helse Vest RHF	50 %	1306	2627
3 Helse Nord RHF	48 %	496	1030
4 Helse Midt-Norge RHF	31 %	492	1590

HELSEFORETAK

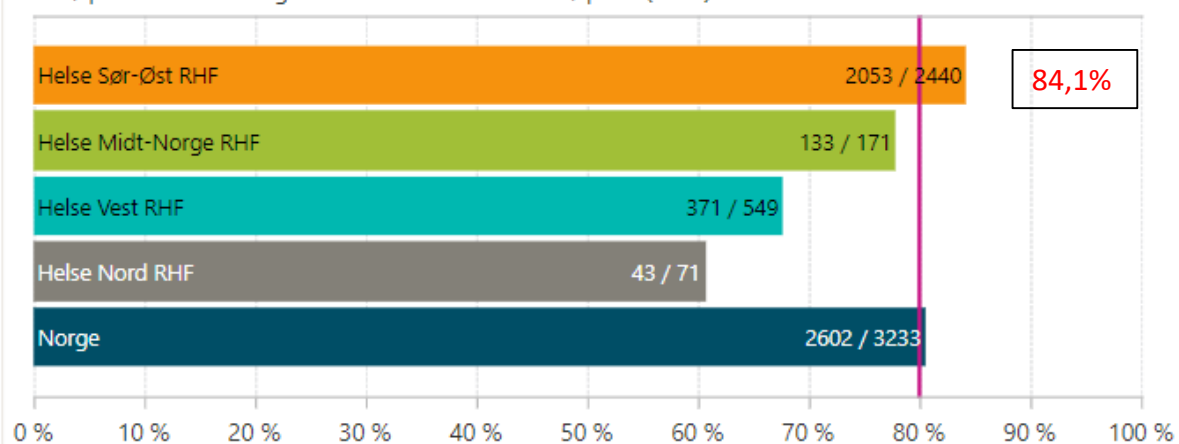
HF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Akershus universitetssykehus HF	69 %	1213	1747
2 Diakonhjemmet sykehus A/S	39 %	55	140
3 Lovisenberg diakonale sykehus AS	60 %	284	473
4 Oslo universitetssykehus HF	37 %	195	521
5 Privat Sør-Øst HF	97 %	31	32
6 Sykehuset i Vestfold HF	70 %	736	1048
7 Sykehuset Innlandet HF	57 %	275	486
8 Sykehuset Telemark HF	47 %	256	541
9 Sykehuset Østfold HF	44 %	331	758
10 Sørlandet Sykehus HF	58 %	605	1048
11 Vestre Viken HF	53 %	669	1254

Nasjonal oversikt alle pasientforløp TSB

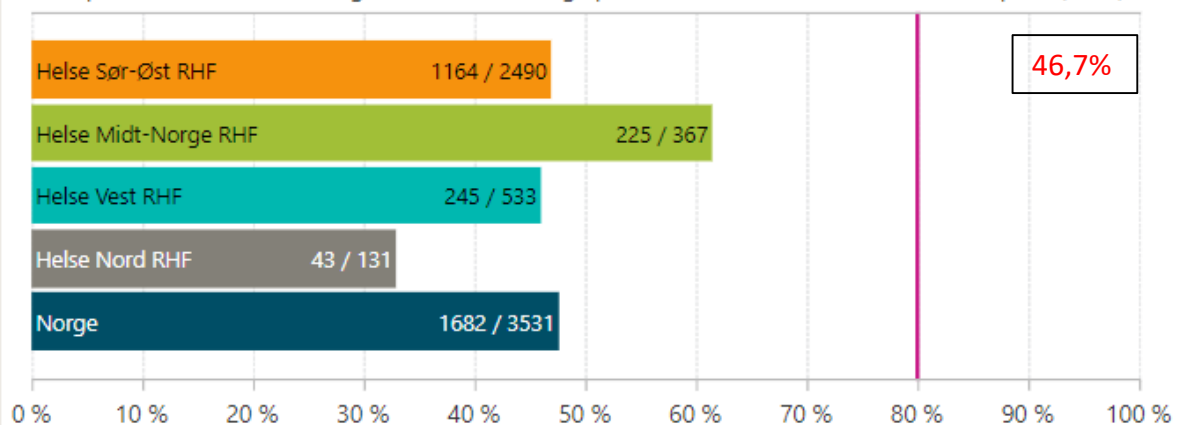
Per august 2022

MÅLOPPNÅELSE PER FORLØPSINDIKATOR

Forløpstid for utredning - andel innen anbefalt forløpstid (PF01)

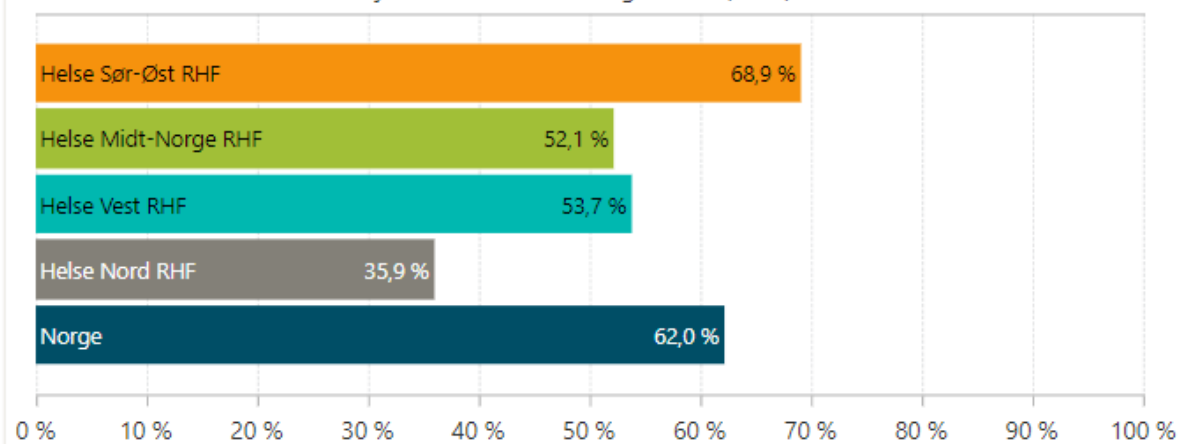


Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk - andel innen anbefalt forløpstid (PF03)

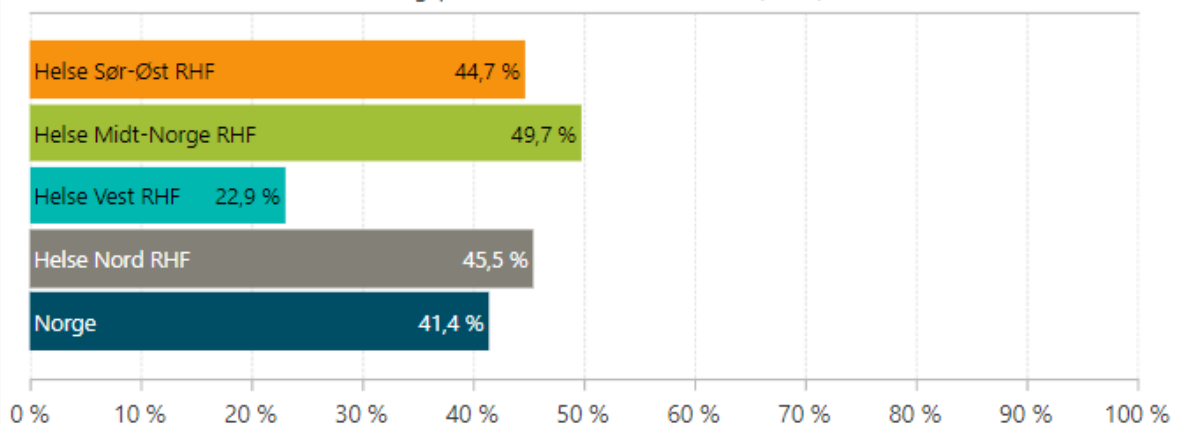


MÅLOPPNÅELSE PER AKTIVITETSINDIKATOR

Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer (PA02)



Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler (PA03)



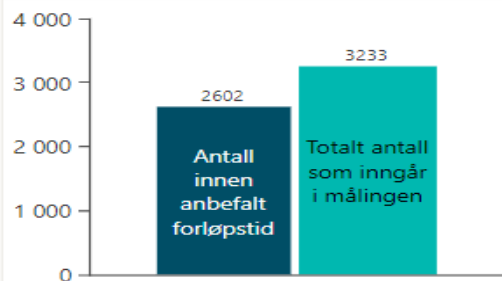
Regional oversikt alle pasientforløp TSB - Helse Sør-Øst per helseforetak/sykehus

Per august 2022

NORGE

Andel utredet innen anbefalt forløpstid

80 %



REGIONALE HELSEFORETAK

RHF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Helse Sør-Øst RHF	84 %	2053	2440
2 Helse Midt-Norge RHF	78 %	133	171
3 Helse Vest RHF	68 %	371	549
4 Helse Nord RHF	61 %	43	71

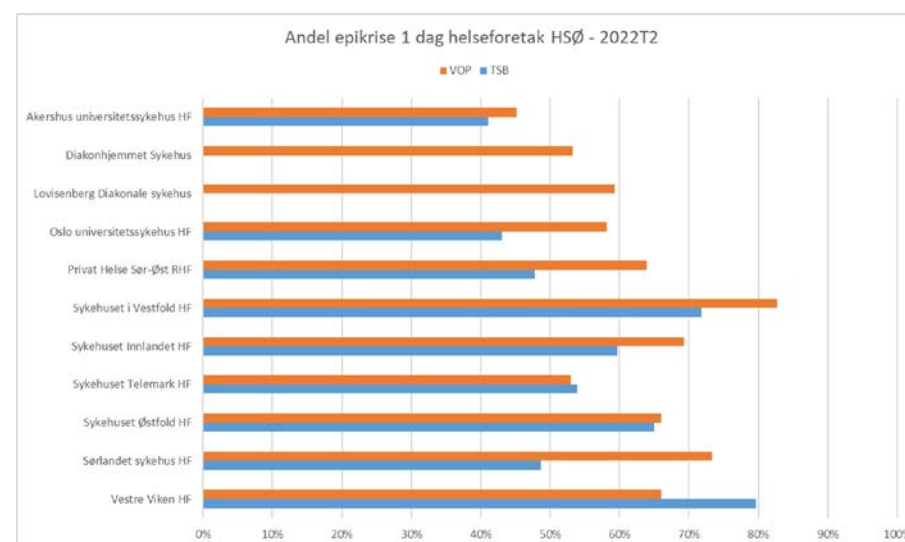
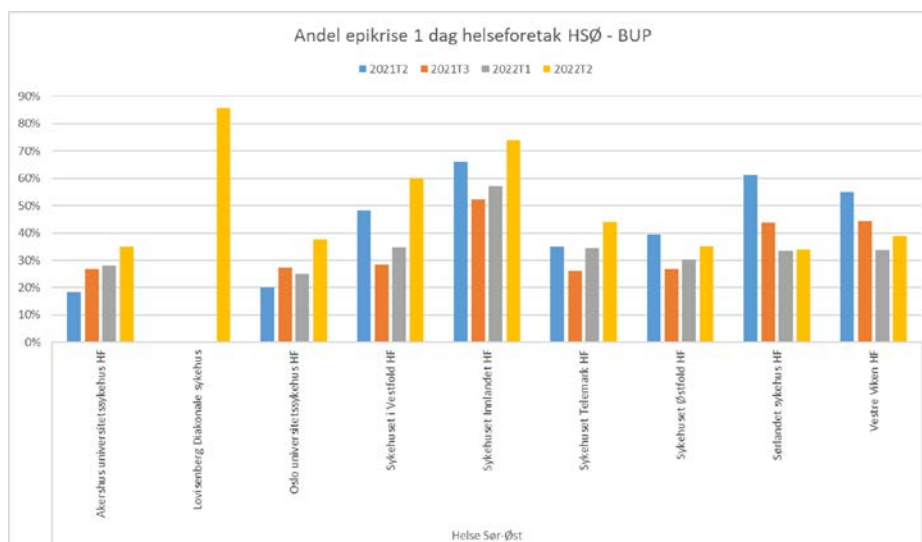
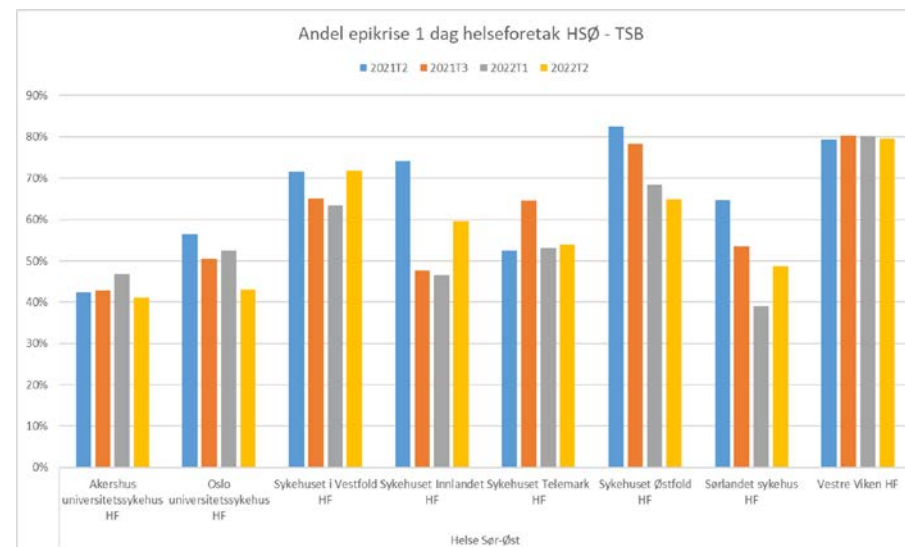
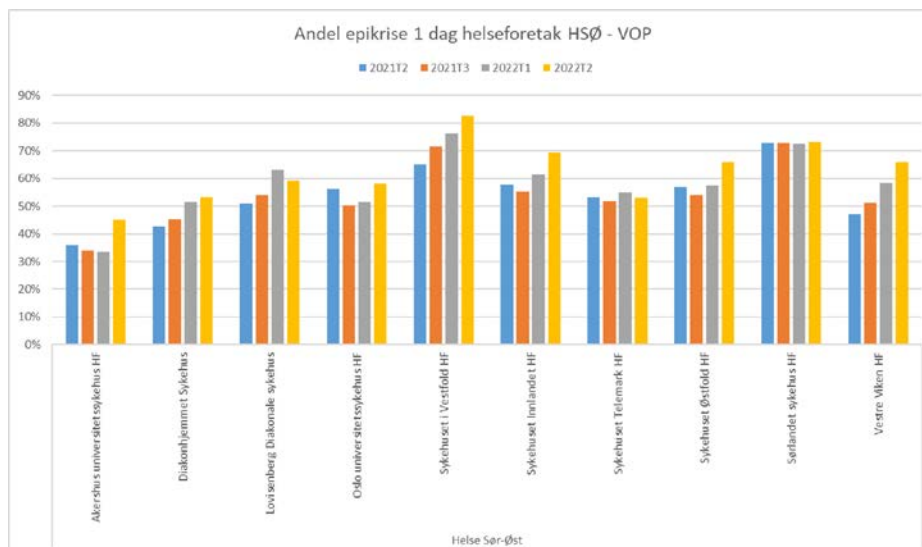
HELSEFORETAK

HF	Andel iht anbefaling	Antall iht anbefaling	Totalt antall som inngår i måling
1 Akershus universitetssykehus HF	97 %	594	610
2 Diakonhjemmet sykehus A/S	97 %	138	142
3 Lovisenberg diakonale sykehus AS	63 %	30	48
4 Oslo universitetssykehus HF	93 %	219	236
5 Privat Sør-Øst HF	83 %	115	139
6 Sykehuset i Vestfold HF	96 %	302	316
7 Sykehuset Innlandet HF	62 %	131	211
8 Sykehuset Telemark HF	73 %	36	49
9 Sykehuset Østfold HF	81 %	343	424
10 Sørlandet Sykehus HF	44 %	71	160
11 Vestre Viken HF	70 %	74	105

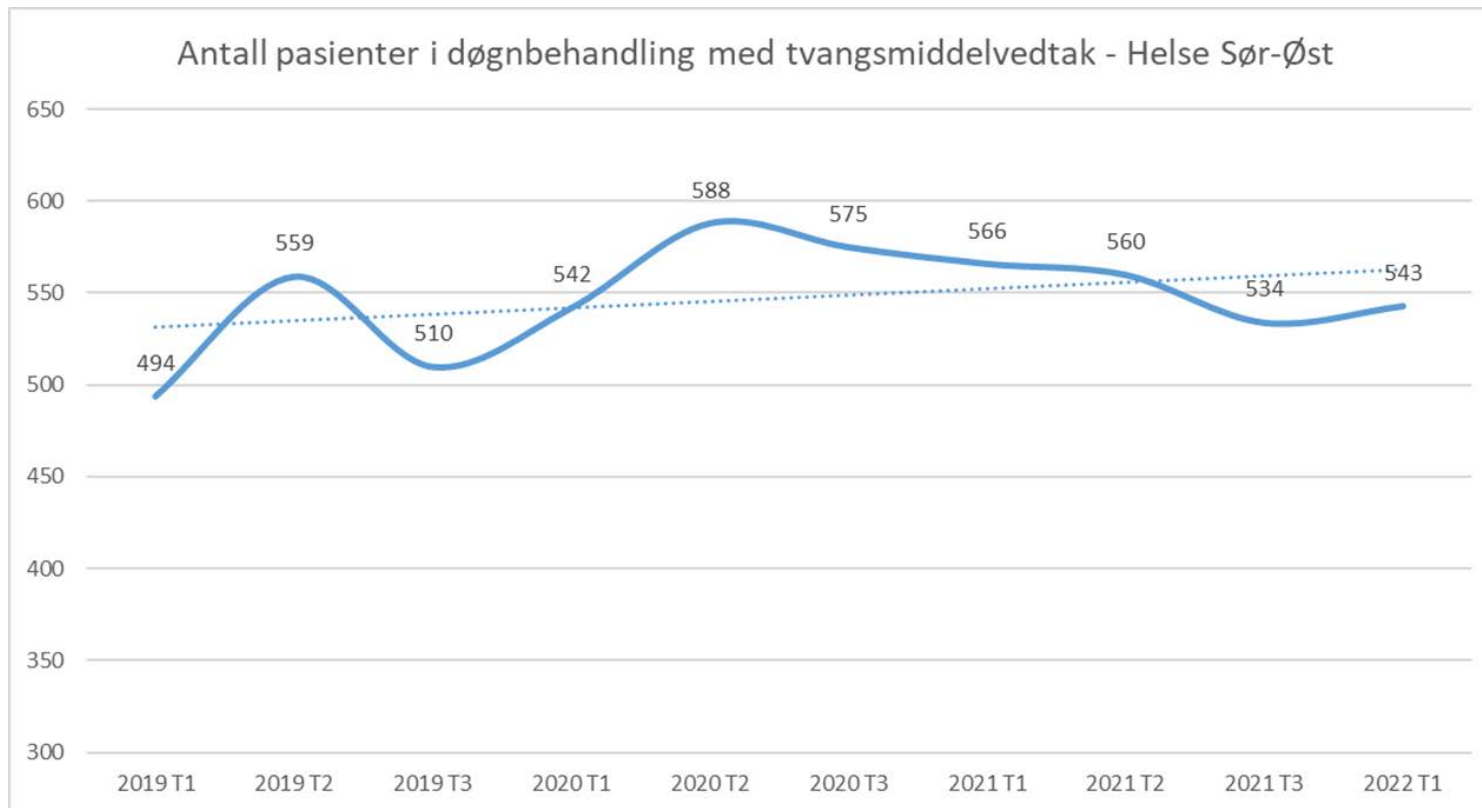
Andel avviste henvisninger innen psykisk helsevern

Andel avviste henvisninger ved poliklinikkene	August 2022		August 2021		Hittil i år 2022		Hittil i år 2021	
	BUP	VOP	BUP	VOP	BUP	VOP	BUP	VOP
Akershus universitetssykehus	9,4 %	31,3 %	10,8 %	24,1 %	10,3 %	27,1 %	18,3 %	22,2 %
Oslo universitetssykehus	13,5 %	33,5 %	28,7 %	24,3 %	24,5 %	32,7 %	26,4 %	27,5 %
Sykehuset i Vestfold	16,7 %	19,0 %	10,8 %	37,6 %	19,1 %	22,2 %	15,1 %	30,3 %
Sykehuset Innlandet	20,5 %	22,0 %	11,2 %	21,7 %	19,5 %	18,1 %	19,8 %	20,9 %
Sykehuset Telemark	13,3 %	33,1 %	19,4 %	15,8 %	18,6 %	29,8 %	16,7 %	14,9 %
Sykehuset Østfold	20,9 %	28,8 %	13,8 %	29,7 %	26,2 %	30,4 %	26,3 %	26,9 %
Sørlandet sykehus	31,5 %	32,8 %	17,4 %	37,0 %	32,1 %	34,0 %	24,0 %	34,2 %
Vestre Viken	20,4 %	14,1 %	21,6 %	12,1 %	24,2 %	14,9 %	24,8 %	13,4 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	18,1 %	26,2 %	15,7 %	25,1 %	20,9 %	25,6 %	21,5 %	23,6 %
Diakonhjemmet Sykehus	4,0 %	28,0 %	18,8 %	21,0 %	8,0 %	24,2 %	2,5 %	17,4 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	4,7 %	39,7 %	13,8 %	31,2 %	11,4 %	35,0 %	5,6 %	27,7 %
Private institusjoner	0,0 %	15,4 %	0,0 %	27,4 %	0,0 %	23,3 %	0,0 %	24,5 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus og private rusinstitusjoner	17,3 %	27,1 %	15,7 %	25,5 %	20,2 %	26,1 %	20,4 %	23,6 %

Andel epikriser PHV og TSB

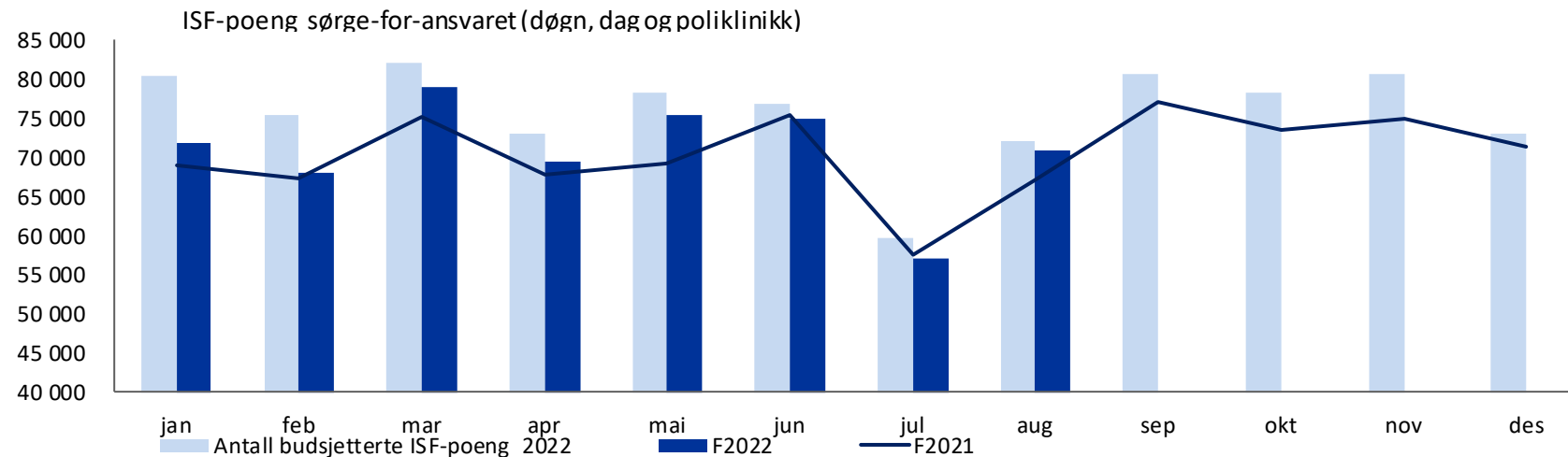


Antall pasienter i døgnbehandling med tvangsmiddelvedtak PHV



Aktivitet somatikk

Foretaksgruppen inkludert private (hittil i år)



ISF-poeng - August 2022	Hittil i år				HiÅ 2021 - HiÅ 2022		Årsestimat vs årsbudsjett		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Endring	Endring i prosent	Estimat per august	Avvik budsjett	Avvik i prosent
ISF-poeng pasientbehandling									
ISF (døgn) iht. sørge-for	402 165	425 206	-23 041	-5,4 %	12 452	3,2 %	622 285	-23 495	-3,6 %
ISF (dag) iht. sørge-for	49 425	53 023	-3 598	-6,8 %	1 431	3,0 %	77 083	-4 491	-5,5 %
ISF (poliklinikk) iht. sørge-for	115 045	119 759	-4 714	-3,9 %	3 948	3,6 %	176 996	-6 255	-3,4 %
ISF (døgn, dag og poli) iht. sørge-for	566 636	597 988	-31 353	-5,2 %	17 831	3,2 %	876 365	-34 241	-3,8 %
ISF-poeng legemidler									
Legemidler	35 189	34 310	879	2,6 %	694	2,0 %	51 485	-155	-0,3 %
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og legemidler) iht. sørge-for-ansvaret	601 824	632 298	-30 473	-4,8 %	18 525	3,2 %	927 849	-34 396	-3,6 %
Gjestepasienter fra andre regioner	17 250	18 045	- 795	-4,4 %	1 312	8,2 %	26 700	-586	-2,1 %

Aktivitet somatikk

ISF-poeng sørge-for-ansvaret per utfører (hittil i år)

ISF-poeng iht. sørge-for-ansvaret per utfører	Hittil i år				HiÅ 2021 - HiÅ 2022		Årsestimat vs årsbudsjett	
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Endring	Endring i prosent	Endring	Endring i prosent
Akershus universitetssykehus HF	80 279	82 286	-2 007	-2,4 %	5 420	7,2 %	-2 917	-2,3 %
Oslo universitetssykehus HF	139 982	154 627	-14 645	-9,5 %	- 823	-0,6 %	-16 047	-6,8 %
Sunnaas sykehus HF	3 466	3 789	- 323	-8,5 %	127	3,8 %	- 291	-4,9 %
Sykehuset i Vestfold HF	39 015	40 305	-1 290	-3,2 %	408	1,1 %	-1 341	-2,2 %
Sykehuset Innlandet HF	58 933	61 204	-2 270	-3,7 %	1 947	3,4 %	-2 365	-2,5 %
Sykehuset Telemark HF	29 197	29 165	32	0,1 %	1 763	6,4 %	0	0,0 %
Sykehuset Østfold HF	52 618	53 572	- 955	-1,8 %	3 283	6,7 %	- 419	-0,5 %
Sørlandet sykehus HF	49 667	50 935	-1 268	-2,5 %	1 422	2,9 %	-2 095	-2,7 %
Vestre Viken HF	73 754	79 054	-5 300	-6,7 %	2 773	3,9 %	-5 960	-4,9 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	526 910	554 936	-28 026	-5,1 %	16 319	3,2 %	-31 435	-3,7 %
Betanien Hospital	2 258	2 366	- 108	-4,6 %	- 47	-2,0 %	- 110	-3,0 %
Diakonhjemmet Sykehus	14 766	15 553	- 787	-5,1 %	653	4,6 %	-1 112	-4,7 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	11 345	13 567	-2 222	-16,4 %	681	6,4 %	-1 640	-7,8 %
Martina Hansens Hospital	4 069	4 170	- 101	-2,4 %	- 3	-0,1 %	237	3,6 %
Revmatismesykehuset	726	858	- 132	-15,4 %	- 33	-4,3 %	- 146	-11,1 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	560 074	591 450	-31 376	-5,3 %	17 570	3,2 %	-34 206	-3,8 %
Kjøp fra andre helseregioner	5 164	5 243	- 79	-1,5 %	246	5,0 %	- 151	-1,9 %
Kjøp fra private avtaleparter	820	996	- 176	-17,7 %	- 74	-8,3 %	- 283	-18,9 %
Fritt behandlingsvalg	577	299	278	93,2 %	88	9,9 %	398	89,0 %
Sum ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk)	566 636	597 988	-31 353	-5,2 %	17 831	3,2 %	-34 241	-3,8 %
Legemidler	35 189	34 310	879	2,6 %	694	2,0 %	- 155	-0,3 %
Sum ISF-poeng iht "sørge for"-ansvaret	601 824	632 298	-30 473	-4,8 %	18 525	3,2 %	-34 396	-3,6 %

Aktivitet somatikk

ISF-poeng sørge-for-ansvaret per utfører (denne periode)

ISF-poeng iht. sørge-for-ansvaret per utfører	August 2022				August måned 2021-2022	
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Endring	Endring i prosent
Akershus universitetssykehus HF	9 631	9 759	- 128	-1,3 %	414	4,5 %
Oslo universitetssykehus HF	16 770	18 212	-1 442	-7,9 %	- 325	-1,9 %
Sunnaas sykehus HF	451	477	- 27	-5,6 %	120	36,3 %
Sykehuset i Vestfold HF	5 147	5 160	- 13	-0,3 %	251	5,1 %
Sykehuset Innlandet HF	7 405	7 230	175	2,4 %	433	6,2 %
Sykehuset Telemark HF	3 780	3 611	169	4,7 %	421	12,5 %
Sykehuset Østfold HF	6 793	6 562	231	3,5 %	675	11,0 %
Sørlandet sykehus HF	6 232	6 245	- 13	-0,2 %	489	8,5 %
Vestre Viken HF	9 163	9 489	- 326	-3,4 %	556	6,5 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	65 372	66 747	-1 375	-2,1 %	3 033	4,9 %
Betanien Hospital	301	309	- 8	-2,6 %	1	0,3 %
Diakonhjemmet Sykehus	1 801	1 795	6	0,3 %	83	4,8 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1 727	1 780	- 53	-3,0 %	282	19,5 %
Martina Hansens Hospital	463	449	14	3,1 %	6	1,3 %
Revmatismesykehuset	96	96	0	0,1 %	18	23,4 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	69 760	71 177	-1 416	-2,0 %	3 423	5,2 %
Kjøp fra andre helseregioner	983	696	286	41,1 %	269	37,7 %
Kjøp fra private avtaleparter	96	125	- 28	-22,8 %	27	39,3 %
Fritt behandlingsvalg	116	37	79	210,9 %	52	74,7 %
Sum ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk)	70 955	72 035	-1 079	-1,5 %	3 771	5,6 %
Legemidler	4 609	4 405	204	4,6 %	20	0,4 %
Sum ISF-poeng iht "sørge for"-ansvaret	75 564	76 440	- 876	-1,1 %	3 791	5,3 %

Aktivitet psykisk helsevern og TSB

ISF-poeng sørge-for-ansvaret (hittil i år)

ISF-poeng sørge-for-ansvaret	Hittil i år				HiÅ 2021 - HiÅ 2022		Årsestimat vs årsbudsjett		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Endring	Endring i prosent	Estimat per august	Avvik budsjett	Avvik i prosent
VOP - Psykisk helsevern for voksne	113 812	119 310	-5 498	-4,6 %	16 360	16,8 %	179 272	-4 158	-2,3 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	92 936	94 505	-1 569	-1,7 %	-18 080	-16,3 %	145 544	-1 555	-1,1 %
Totalt PHV - psykisk helsevern	206 748	213 816	-7 067	-3,3 %	-1 720	-0,8 %	324 816	-5 713	-1,7 %
TSB - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	24 157	26 249	-2 092	-8,0 %	-1 928	-7,4 %	37 609	-2 536	-6,3 %
Totalt PHV og TSB	230 906	240 065	-9 159	-3,8 %	-3 648	-1,6 %	362 425	-8 249	-2,2 %

Aktivitet psykisk helsevern og TSB

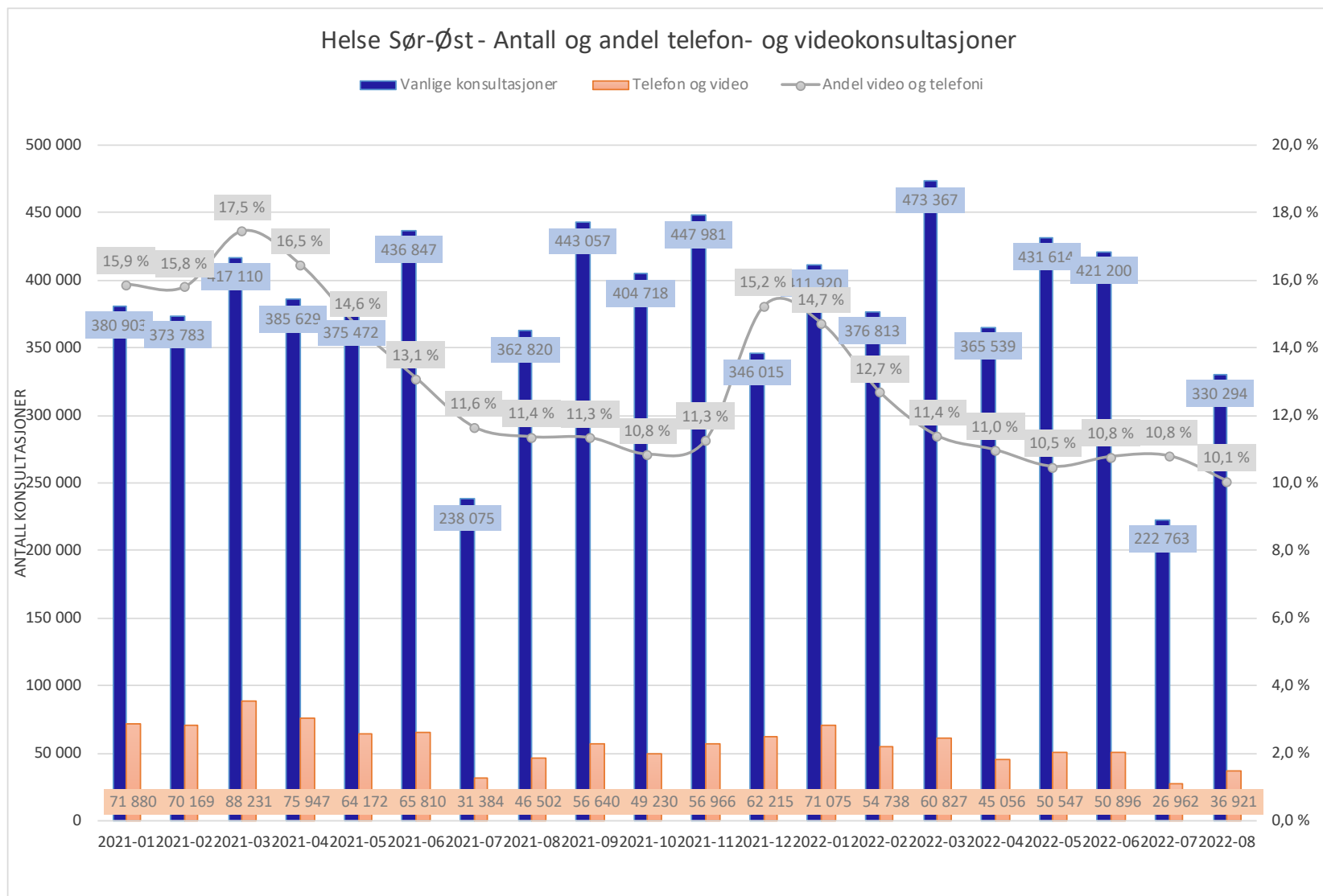
ISF-poeng sørge-for-ansvaret per utfører (hittil i år)

August 2022 - hittil i år	VOP				BUP				PHV samlet				TSB			
ISF-poeng	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Avvik	Avvik i prosent	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Avvik	Avvik i prosent	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Avvik	Avvik i prosent	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Avvik	Avvik i prosent
Akershus universitetssykehus HF	17 193	18 598	-1 405	-7,6 %	18 826	18 486	339	1,8 %	36 018	37 084	-1 065	-2,9 %	2 993	3 073	-80	-2,6 %
Oslo universitetssykehus HF	11 043	11 003	40	0,4 %	9 936	10 073	-137	-1,4 %	20 979	21 076	-97	-0,5 %	2 577	3 426	-849	-24,8 %
Sykehuset i Vestfold HF	8 818	8 960	-142	-1,6 %	9 285	9 194	91	1,0 %	18 102	18 154	-52	-0,3 %	2 270	2 235	36	1,6 %
Sykehuset Innlandet HF	13 512	13 675	-163	-1,2 %	9 301	8 787	514	5,8 %	22 813	22 462	350	1,6 %	1 752	2 217	-464	-21,0 %
Sykehuset Telemark HF	4 622	5 198	-575	-11,1 %	6 332	7 657	-1 325	-17,3 %	10 954	12 855	-1 901	-14,8 %	718	960	-241	-25,2 %
Sykehuset Østfold HF	9 222	10 580	-1 358	-12,8 %	7 522	8 487	-964	-11,4 %	16 745	19 067	-2 322	-12,2 %	3 535	3 382	153	4,5 %
Sørlandet sykehus HF	12 727	13 524	-797	-5,9 %	8 271	8 749	-479	-5,5 %	20 997	22 273	-1 276	-5,7 %	2 946	3 139	-192	-6,1 %
Vestre Viken HF	17 944	17 649	295	1,7 %	16 168	16 354	-185	-1,1 %	34 113	34 003	110	0,3 %	3 095	3 496	-400	-11,5 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	95 081	99 187	-4 106	-4,1 %	85 640	87 787	-2 146	-2,4 %	180 722	186 974	-6 252	-3,3 %	19 888	21 927	-2 039	-9,3 %
Diakonhjemmet Sykehus	5 528	6 528	-1 000	-15,3 %	2 291	2 032	259	12,8 %	7 819	8 560	-741	-8,7 %	800	884	-84	-9,5 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	11 567	12 105	-538	-4,4 %	4 999	4 687	312	6,7 %	16 566	16 792	-226	-1,3 %	1 118	1 308	-190	-14,6 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	112 177	117 821	-5 644	-4,8 %	92 931	94 505	-1 575	-1,7 %	205 107	212 326	-7 219	-3,4 %	21 806	24 119	-2 314	-9,6 %
Kjøp fra andre helseregioner	335	190	146	76,8 %	6	-	6		341	190	151	79,8 %	252	30	222	738,7 %
Kjøp fra private institusjoner	1 300	1 300	-	0,0 %	-	-	-		1 300	1 300	-	0,0 %	2 100	2 100	-	0,0 %
ISF- poeng Fritt behandlingsvalg	-	-	-		-	-	-		-	-	-		-	-	-	
Helse Sør-Øst inkludert kjøp (poliklinikk)	113 812	119 310	-5 498	-4,6 %	92 936	94 505	-1 569	-1,7 %	206 748	213 816	-7 067	-3,3 %	24 157	26 249	-2 092	-8,0 %

Aktivitet (døgn, dag og poliklinikk) - alle tjenesteområder

Antall behandlinger	August 2022				Hittil i år				HiÅ 2021 - 2022		Årsestimat vs årsbudsjett	
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Endring	Endring i prosent	Endring	Endring i prosent
Somatikk												
Antall utskrivninger døgnbehandling	40 115	40 046	69	0,2 %	316 215	329 000	-12 785	-3,9 %	10 427	3,4 %	-14 279	-2,9 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	139 081	141 500	-2 419	-1,7 %	1 125 286	1 170 060	-44 774	-3,8 %	47 917	4,4 %	-51 985	-2,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	29 873	28 591	1 282	4,5 %	230 271	235 375	-5 104	-2,2 %	4 968	2,2 %	-6 954	-1,9 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	284 667	284 121	546	0,2 %	2 234 402	2 330 116	-95 714	-4,1 %	41 768	1,9 %	-102 631	-2,9 %
VOP - Psykisk helsevern for voksne												
Antall utskrivninger døgnbehandling	2 167	2 139	28	1,3 %	16 781	17 065	- 284	-1,7 %	734	4,6 %	- 418	-1,6 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	45 403	46 222	- 819	-1,8 %	368 298	364 654	3 644	1,0 %	15 285	4,3 %	3 422	0,6 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	123	134	- 11	-8,2 %	583	939	- 356	-37,9 %	8	1,4 %	- 300	-20,3 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	80 228	81 702	-1 474	-1,8 %	639 349	693 065	-53 716	-7,8 %	-7 524	-1,2 %	-45 585	-4,3 %
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge												
Antall utskrivninger døgnbehandling	112	121	- 9	-7,1 %	981	1 067	- 86	-8,0 %	- 59	-5,7 %	- 182	-11,3 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	5 126	4 641	485	10,5 %	37 227	39 233	-2 006	-5,1 %	-1 045	-2,7 %	-2 384	-4,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	22	45	- 23	-51,1 %	239	330	- 91	-27,6 %	49	25,8 %	0	0,0 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	38 242	40 142	-1 900	-4,7 %	328 244	340 625	-12 381	-3,6 %	-3 242	-1,0 %	-8 527	-1,6 %
TSB - Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige												
Antall utskrivninger døgnbehandling	864	761	103	13,5 %	5 903	5 903	0	0,0 %	235	4,1 %	- 259	-2,9 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	36 787	31 593	5 194	16,4 %	236 505	251 157	-14 652	-5,8 %	- 120	-0,1 %	- 714	-0,2 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	71	112	- 41	-36,6 %	809	896	- 87	-9,7 %	90	12,5 %	5	0,4 %
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	19 208	20 365	-1 157	-5,7 %	152 565	168 993	-16 428	-9,7 %	-12 334	-7,5 %	-11 283	-4,4 %

Telefon- og videokonsultasjoner



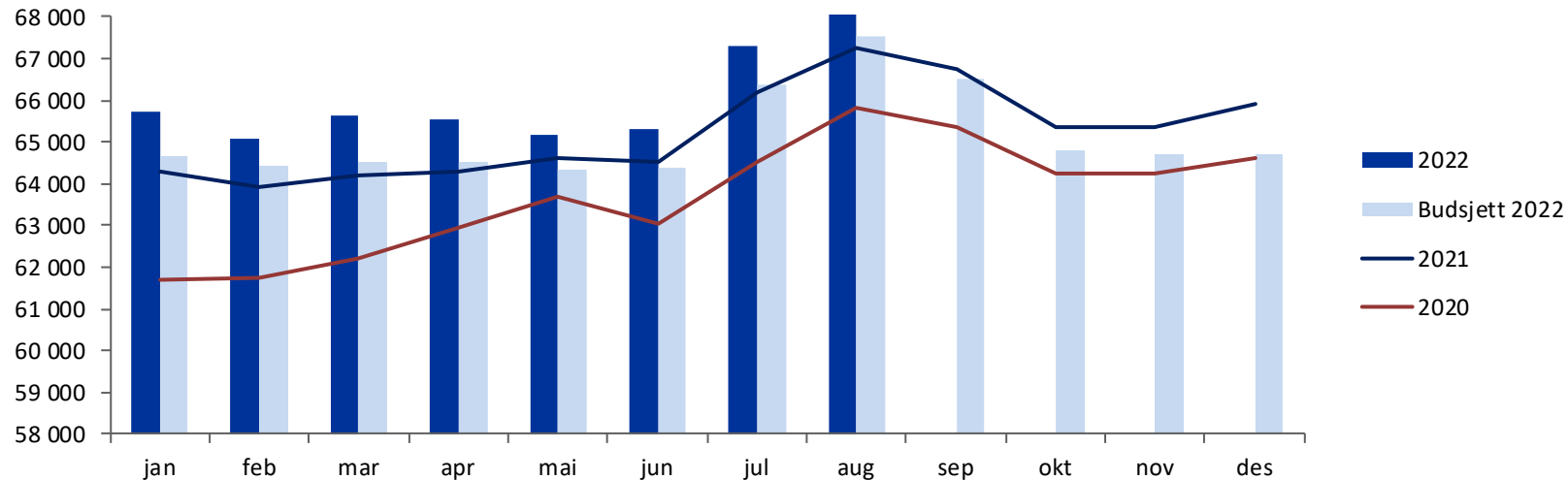
Telefon- og videokonsultasjoner

Per helseforetak/sykehus

Helse Sør-Øst - Telefoni- og videokonsultasjoner	2022 HiÅ			2021			Endring 2022-2021
	Antall telefoni - og video	Antall vanlige konsultasjoner	Andel telefoni - og video	Antall telefoni - og video	Antall vanlige konsultasjoner	Andel telefoni - og video	
Akershus universitetssykehus HF	62 608	425 328	12,8 %	109 032	650 302	14,4 %	-1,5 %
Oslo universitetssykehus HF	62 707	654 798	8,7 %	137 069	987 721	12,2 %	-3,4 %
Sunnaas sykehus HF	2 106	3 274	39,1 %	2 275	5 337	29,9 %	9,3 %
Sykehuset i Vestfold HF	38 228	241 109	13,7 %	71 142	375 913	15,9 %	-2,2 %
Sykehuset Innlandet HF	47 596	291 812	14,0 %	71 497	457 397	13,5 %	0,5 %
Sykehuset Telemark HF	21 567	159 028	11,9 %	38 473	246 204	13,5 %	-1,6 %
Sykehuset Østfold HF	37 484	287 955	11,5 %	77 553	414 041	15,8 %	-4,3 %
Sørlandet sykehus HF	45 527	288 545	13,6 %	70 190	450 001	13,5 %	0,1 %
Vestre Viken HF	51 938	429 397	10,8 %	95 002	645 309	12,8 %	-2,0 %
Betanien Hospital	1 048	21 179	4,7 %	1 439	31 648	4,3 %	0,4 %
Diakonhjemmet Sykehus	10 690	86 355	11,0 %	21 362	134 422	13,7 %	-2,7 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	13 968	113 722	10,9 %	41 735	164 335	20,3 %	-9,3 %
Martina Hansens Hospital	1 000	23 746	4,0 %	1 178	38 968	2,9 %	1,1 %
Revmatismesykehuset	555	7 262	7,1 %	1 199	10 812	10,0 %	-2,9 %
Helse Sør-Øst m/ private ideelle sykehus	397 022	3 033 510	11,6 %	739 146	4 612 410	13,8 %	-2,2 %

Bemanning

Månedsværk

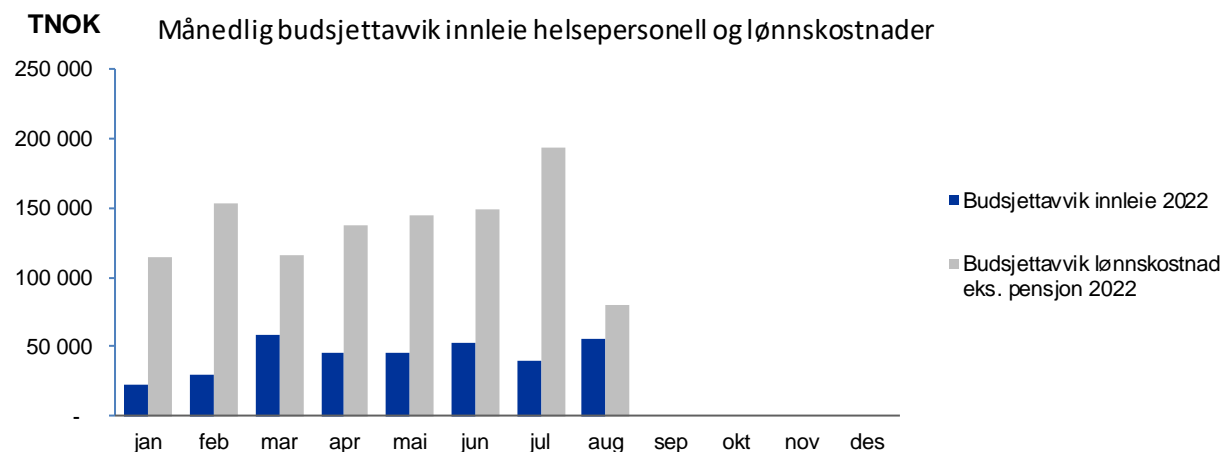


Brutto månedsværk	August 2022				Hittil i år per aug (snitt)				HiÅ 2021 - 2022 per aug		Totalt antall ansatte per aug (snitt)
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Endring	Endring i prosent	
Akershus universitetssykehus HF	8 867	8 870	- 2	0,0 %	8 636	8 586	50	0,6 %	285	3,4%	11 158
Oslo universitetssykehus HF	20 605	20 493	111	0,5 %	20 241	20 143	98	0,5 %	178	0,9%	24 604
Sunnaas sykehus HF	583	589	- 6	-0,9 %	568	574	- 6	-1,0 %	- 22	-3,7%	772
Sykehusapotekene HF	833	805	28	3,5 %	796	803	- 6	-0,8 %	29	3,8%	933
Sykehuset i Vestfold HF	4 486	4 404	81	1,8 %	4 336	4 245	90	2,1 %	71	1,7%	5 470
Sykehuset Innlandet HF	7 270	7 226	45	0,6 %	6 864	6 739	125	1,9 %	64	0,9%	8 981
Sykehuset Telemark HF	3 351	3 259	93	2,8 %	3 146	3 045	101	3,3 %	50	1,6%	3 957
Sykehuset Østfold HF	5 815	5 762	53	0,9 %	5 620	5 468	152	2,8 %	112	2,0%	7 101
Sykehuspartner HF	1 725	1 801	- 76	-4,2 %	1 730	1 775	- 45	-2,5 %	79	4,8%	1 748
Sørlandet sykehus HF	6 374	6 015	359	6,0 %	5 965	5 751	215	3,7 %	76	1,3%	7 528
Vestre Viken HF	8 252	8 090	161	2,0 %	7 915	7 753	162	2,1 %	183	2,4%	10 127
Helse Sør-Øst RHF	194	205	- 11	-5,4 %	192	202	- 11	-5,2 %	1	0,3%	200
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	68 356	67 519	837	1,2 %	66 009	65 084	926	1,4 %	1 106	1,7%	82 578

Med brutto månedsværk menes all arbeidstid som er utbetalt omgjort til månedsværk. Dette inkluderer faste ansatte, vikarer, engasjement, ansatte som har permisjon med lønn, utvidet arbeidstid leger, timelønn/merarbeid og overtid lønnet av foretaksgruppen.

Bemanning

Innleie helsepersonell fra vikarbyrå - og lønnskostnader

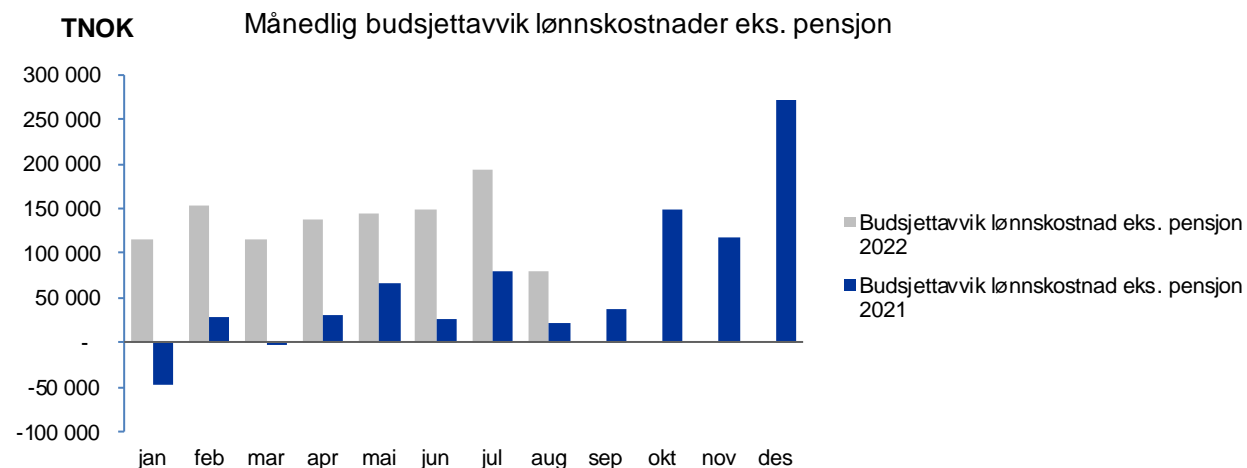


Foretak	Innleie helsepersonell fra vikarbyrå hittil i år				Lønnskostnad eks. pensjon hittil i år				Avvik HiÅ innleie og lønn	
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i prosent	Sum	Avvik i prosent
Akershus universitetssykehus HF	108 726	43 412	65 314	150,4 %	4 410 635	4 273 268	137 368	3,2 %	202 681	4,5 %
Oslo universitetssykehus HF	171 528	74 027	97 501	131,7 %	10 801 501	10 485 590	315 911	3,0 %	413 412	3,8 %
Sunnaas sykehus HF	0	0	0	0,0 %	271 069	276 425	-5 356	-1,9 %	-5 356	-2,0 %
Sykehusapotekene HF	0	0	0	0,0 %	353 481	354 352	- 872	-0,2 %	- 872	-0,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	53 971	9 657	44 314	458,9 %	2 177 356	2 142 944	34 412	1,6 %	78 726	3,5 %
Sykehuset Innlandet HF	68 840	36 791	32 049	87,1 %	3 392 108	3 316 961	75 147	2,3 %	107 196	3,1 %
Sykehuset Telemark HF	32 645	13 924	18 720	134,4 %	1 562 208	1 511 138	51 069	3,4 %	69 790	4,4 %
Sykehuset Østfold HF	36 614	10 739	25 875	240,9 %	2 742 299	2 608 747	133 553	5,1 %	159 428	5,7 %
Sykehuspartner HF	0	0	0	0,0 %	923 296	946 790	-23 494	-2,5 %	-23 494	-2,5 %
Sørlandet sykehus HF	54 550	33 944	20 606	60,7 %	2 911 719	2 780 670	131 050	4,7 %	151 656	5,1 %
Vestre Viken HF	57 868	11 243	46 625	414,7 %	4 129 402	3 877 692	251 710	6,5 %	298 334	7,1 %
Helse Sør-Øst RHF	0	0	0	0,0 %	140 089	152 703	-12 614	-8,3 %	-12 614	-9,0 %

Lønnskostnad eks. pensjon defineres som sum av alle lønnskostnader med unntak av pensjonskostnader.

Bemanning

Lønnskostnader

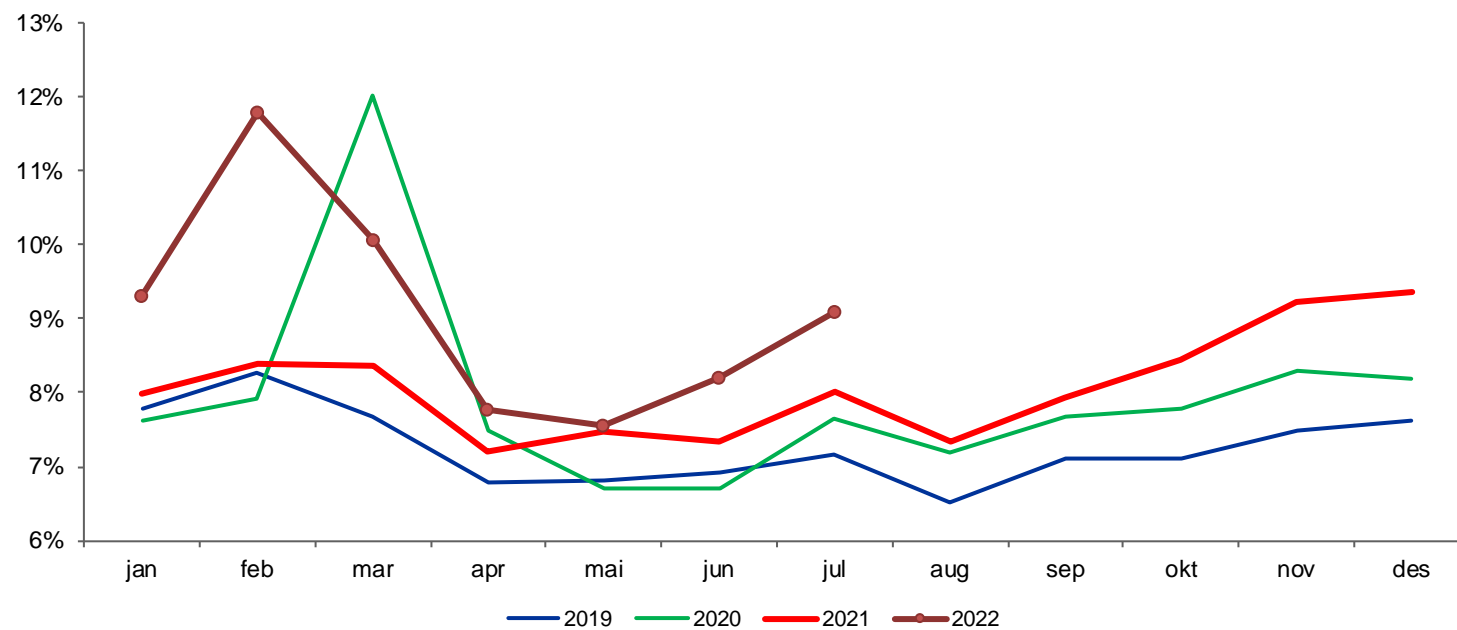


Foretak	Faktisk hittil i år					Avvik hittil i år					Avvik i prosent av budsjett hittil i år
	Fast lønn	Overtid og ekstrahjelp	Offentlige tilskudd og refusjoner	Annen lønn	Totalt	Fast lønn	Overtid og ekstrahjelp	Offentlige tilskudd og refusjoner	Annen lønn	Totalt	
Akershus universitetssykehus HF	3 671 223	412 644	- 276 997	603 766	4 410 635	35 239	182 950	- 92 152	11 331	137 368	3,2 %
Oslo universitetssykehus HF	8 830 028	1 126 954	- 639 428	1 483 947	10 801 501	68 084	298 921	- 106 629	55 535	315 911	3,0 %
Sunnaas sykehus HF	233 746	15 726	- 16 481	38 077	271 069	- 1 236	- 654	- 1 784	- 1 682	- 5 356	-1,9 %
Sykehusapotekene HF	313 783	11 351	- 22 144	50 491	353 481	- 1 919	1 207	2 459	- 2 620	- 872	-0,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	1 875 973	140 341	- 143 555	304 597	2 177 356	- 12 698	49 504	- 15 124	12 730	34 412	1,6 %
Sykehuset Innlandet HF	2 916 812	224 661	- 207 532	458 166	3 392 108	46 603	104 320	- 30 844	- 44 932	75 147	2,3 %
Sykehuset Telemark HF	1 333 603	110 355	- 93 087	211 337	1 562 208	- 2 443	40 763	- 1 123	13 872	51 069	3,4 %
Sykehuset Østfold HF	2 328 806	218 328	- 186 746	381 912	2 742 299	48 212	101 305	- 24 725	8 761	133 553	5,1 %
Sykehuspartner HF	783 188	38 203	- 35 493	137 399	923 296	- 699	2 745	- 14 504	- 11 035	- 23 494	-2,5 %
Sørlandet sykehus HF	2 420 558	266 788	- 198 569	422 942	2 911 719	62 341	92 048	- 46 072	22 733	131 050	4,7 %
Vestre Viken HF	3 479 827	297 078	- 243 658	596 155	4 129 402	87 186	137 874	- 43 421	70 071	251 710	6,5 %
Helse Sør-Øst RHF	115 667	1 544	- 3 313	26 191	140 089	- 8 692	- 390	- 3 313	- 218	- 12 614	-8,3 %

Fast lønn er all lønn som utbetales i henhold til arbeidsavtale og avtalt arbeidsplan – herunder planlagte kveld/natt-, lørdag/søndag-, vakt-, UTA- (utvidet arbeidstid for leger) og helligdagstillegg.

Bemanning

Sykefravær



Bemanning

Sykefravær per helseforetak

Helseforetak	Sykefravær					
	Juli 2022	Juli 2021	Juli 2020	Hittil i år 2022	Hittil i år 2021	Hittil i år 2020
Akershus universitetssykehus HF	9,6 %	8,3 %	8,1 %	10,0 %	8,5 %	8,9 %
Oslo universitetssykehus HF	9,4 %	8,5 %	7,8 %	9,1 %	7,6 %	8,2 %
Sunnaas sykehus HF	9,9 %	9,4 %	6,9 %	8,6 %	7,9 %	8,4 %
Sykehusapotekene HF	7,8 %	7,0 %	7,0 %	8,9 %	8,5 %	8,5 %
Sykehuset i Vestfold HF	9,4 %	7,7 %	7,7 %	9,0 %	7,7 %	7,7 %
Sykehuset Innlandet HF	8,6 %	8,0 %	8,0 %	9,1 %	8,1 %	8,4 %
Sykehuset Telemark HF	9,0 %	7,1 %	6,8 %	9,0 %	7,0 %	7,7 %
Sykehuset Østfold HF	8,7 %	7,8 %	7,7 %	9,4 %	8,3 %	7,8 %
Sykehuspartner HF	8,4 %	7,2 %	5,3 %	6,2 %	5,3 %	4,1 %
Sørlandet sykehus HF	8,4 %	7,8 %	6,9 %	8,7 %	7,9 %	7,5 %
Vestre Viken HF	9,0 %	7,4 %	7,8 %	9,2 %	7,8 %	8,2 %
Helse Sør-Øst RHF	9,2 %	5,5 %	4,3 %	4,0 %	3,0 %	2,4 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	9,1 %	8,0 %	7,6 %	9,1 %	7,8 %	8,0 %

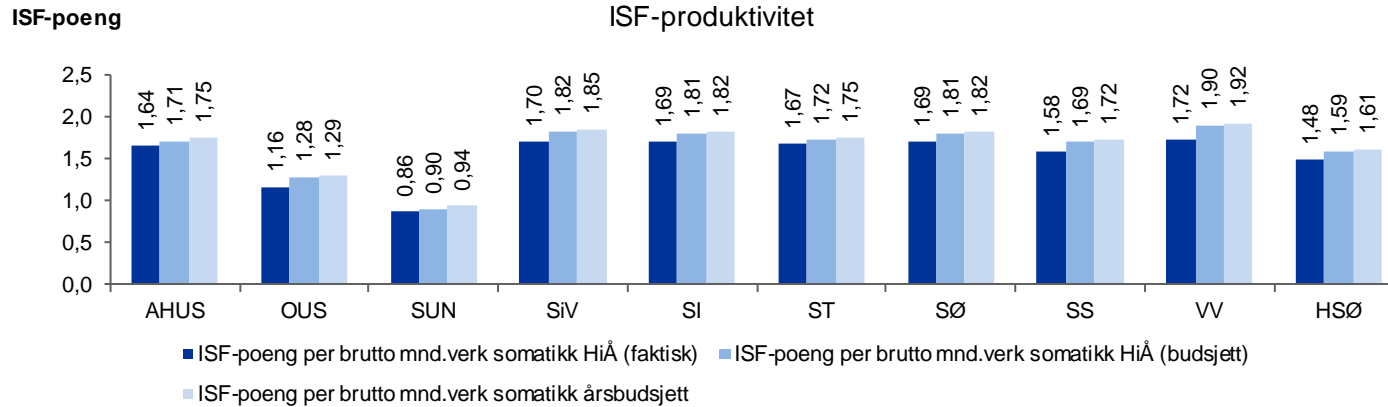
Bemanning

Fast ansatte - deltid

Helseforetak	Fast ansatte					
	Totalt antall fast ansatte	Herav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. stillingsprosent
Akershus universitetssykehus HF	7 746	1 894	24,5 %	91,1 %	20,8 %	92,3 %
Oslo universitetssykehus HF	17 698	2 596	14,7 %	94,1 %	13,3 %	94,6 %
Sunnaas sykehus HF	515	79	15,3 %	94,3 %	13,6 %	95,1 %
Sykehusapotekene HF	808	108	13,4 %	96,7 %	9,4 %	97,5 %
Sykehuset i Vestfold HF	4 343	1 421	32,7 %	88,0 %	26,6 %	90,0 %
Sykehuset Innlandet HF	6 434	2 143	33,3 %	88,9 %	28,7 %	90,5 %
Sykehuset Telemark HF	2 952	1 013	34,3 %	88,8 %	31,7 %	89,6 %
Sykehuset Østfold HF	5 440	1 764	32,4 %	88,5 %	30,0 %	89,3 %
Sykehuspartner HF	1 710	25	1,5 %	99,5 %	1,3 %	99,5 %
Sørlandet sykehus HF	5 339	1 583	29,6 %	90,1 %	25,7 %	91,3 %
Vestre Viken HF	7 322	1 848	25,2 %	91,4 %	19,4 %	93,1 %
Helse Sør-Øst RHF	196	6	3,1 %	98,9 %	3,1 %	98,9 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	60 503	14 480	23,9 %	91,5 %	20,7 %	92,5 %

Kolonnen korrigert andel deltid viser andel deltidsansatte fratrukket de som arbeider deltid på grunn av ulike individuelle forhold som det ikke er aktuelt å endre, for eksempel rettighetspermisjoner, delvis uførepensjon og godkjente bierverv ved høyskole/universitet. Denne indikatoren gir derfor uttrykk for potensialet for reduksjon av det samlede deltidsomfanget.

ISF-produktivitet somatikk hittil i år

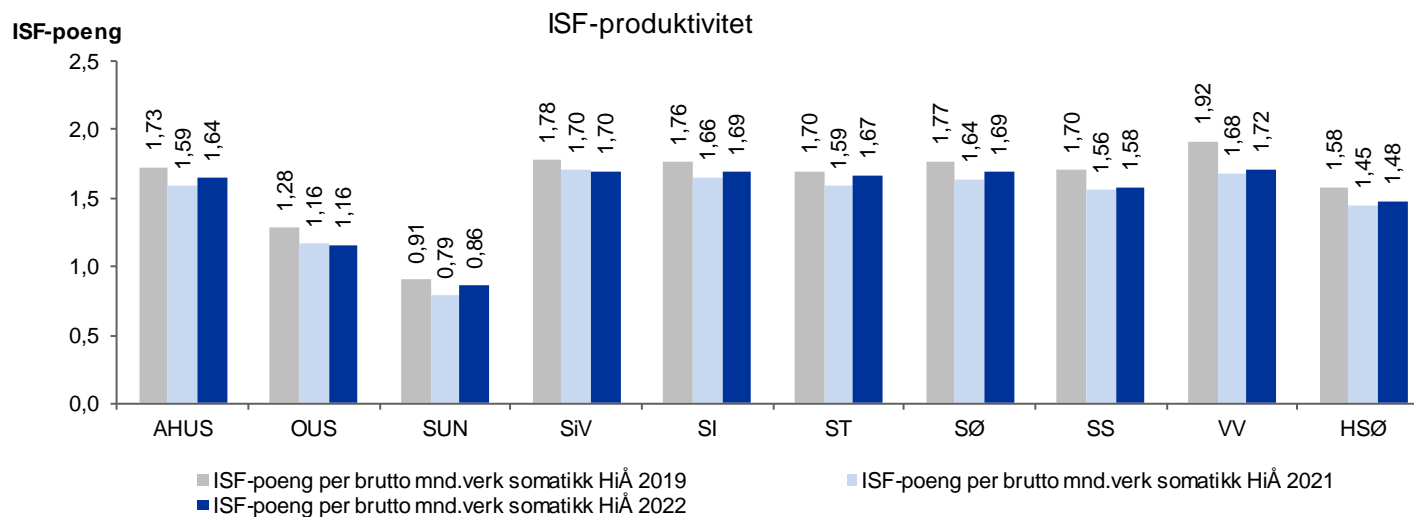


ISF-produktivitet	Aktivitet utført i eget foretak HiÅ (faktisk)	Aktivitet utført i eget foretak HiÅ (budsjett)	Brutto mnd.verk somatikk gjennomsnitt HiÅ (faktisk)	Brutto mnd.verk somatikk gjennomsnitt HiÅ (budsjett)	ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk HiÅ (faktisk)	ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk HiÅ (budsjett)	Avvik mot budsjett	ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk årsbudsjett
Akershus universitetssykehus HF	81 085	82 892	6 164	6 075	1,64	1,71	-0,06	1,75
Oslo universitetssykehus HF	150 991	166 190	16 313	16 239	1,16	1,28	-0,12	1,29
Sunnaas sykehus HF	3 920	4 141	568	574	0,86	0,90	-0,04	0,94
Sykehuset i Vestfold HF	39 325	40 676	2 897	2 789	1,70	1,82	-0,13	1,85
Sykehuset Innlandet HF	60 133	62 664	4 443	4 339	1,69	1,81	-0,11	1,82
Sykehuset Telemark HF	29 328	29 303	2 197	2 127	1,67	1,72	-0,05	1,75
Sykehuset Østfold HF	52 839	53 791	3 903	3 724	1,69	1,81	-0,11	1,82
Sørlandet sykehus HF	50 732	52 110	4 011	3 852	1,58	1,69	-0,11	1,72
Vestre Viken HF	74 747	80 165	5 447	5 285	1,72	1,90	-0,18	1,92
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	543 100	571 933	45 945	45 004	1,48	1,59	-0,11	1,61

Produktivitet = ISF-poeng utført i eget helseforetak per brutto månedverk i somatikk.

Fra og med 2016 følger fordelingen av månedverk knyttet til administrasjon og andre fellesressurser til tjenesteområde samme metodikk som fordelingen av kostnader og inntekter. Det innebærer at alle fellesressurser (administrasjon, teknisk personell, renholdspersonell mv.) fordeles ut på det enkelte tjenesteområde. I kategorien Annet skal det kun være bemanning knyttet til personalboliger og personalbarnehage.

ISF-produktivitet somatikk hittil i år 2022, 2021 og 2019

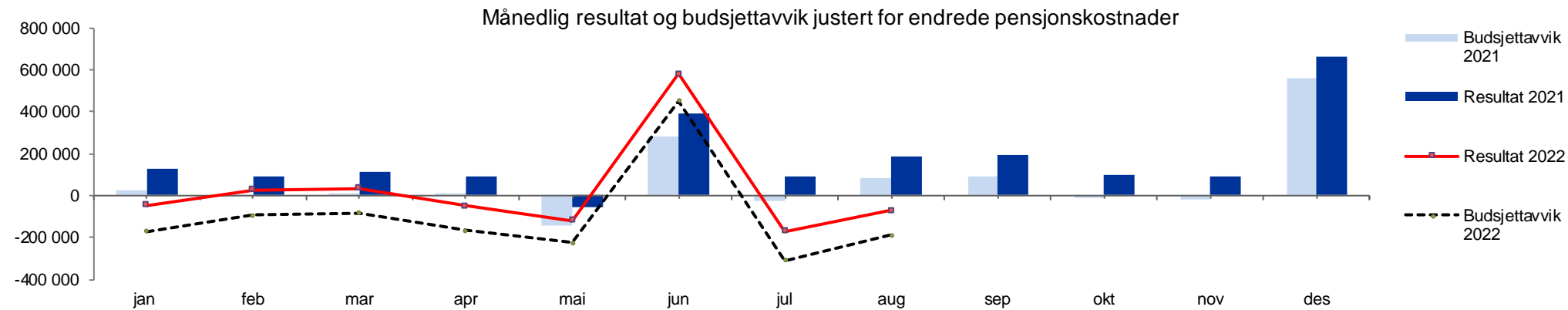


ISF-produktivitet	Aktivitet utført i eget foretak HiÅ 2022	Aktivitet utført i eget foretak HiÅ 2021	Brutto mnd.verk somatikk gjennomsnitt HiÅ 2022	Brutto mnd.verk somatikk gjennomsnitt HiÅ 2021	ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk HiÅ 2022	ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk HiÅ 2021	ISF-poeng per brutto mnd.verk somatikk HiÅ 2019
Akershus universitetssykehus HF	81 085	75 342	6 164	5 938	1,64	1,59	1,73
Oslo universitetssykehus HF	150 991	151 444	16 313	16 266	1,16	1,16	1,28
Sunnaas sykehus HF	3 920	3 737	568	590	0,86	0,79	0,91
Sykehuset i Vestfold HF	39 325	38 878	2 897	2 852	1,70	1,70	1,78
Sykehuset Innlandet HF	60 133	58 233	4 443	4 398	1,69	1,66	1,76
Sykehuset Telemark HF	29 328	27 553	2 197	2 165	1,67	1,59	1,70
Sykehuset Østfold HF	52 839	49 463	3 903	3 769	1,69	1,64	1,77
Sørlandet sykehus HF	50 732	49 240	4 011	3 951	1,58	1,56	1,70
Vestre Viken HF	74 747	71 770	5 447	5 331	1,72	1,68	1,92
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	543 100	525 661	45 945	45 259	1,48	1,45	1,58

*2019 er inkludert som et sammenlikningsgrunnlag, da dette er siste driftsår uten pandemieffekter.

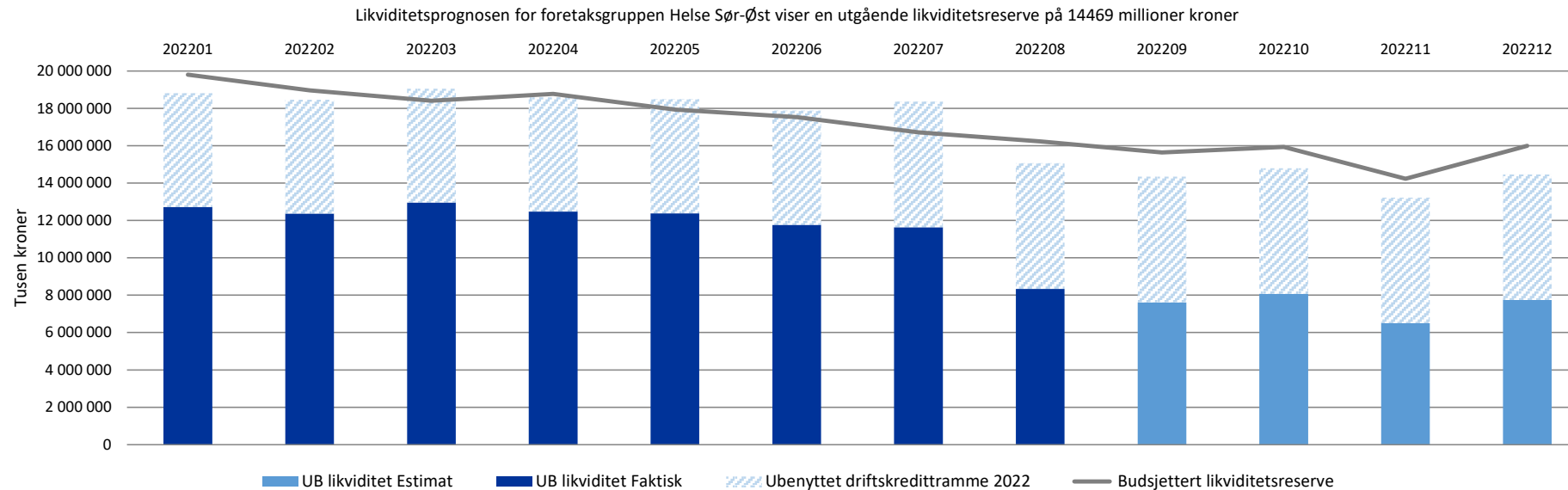
Resultat

Per helseforetak



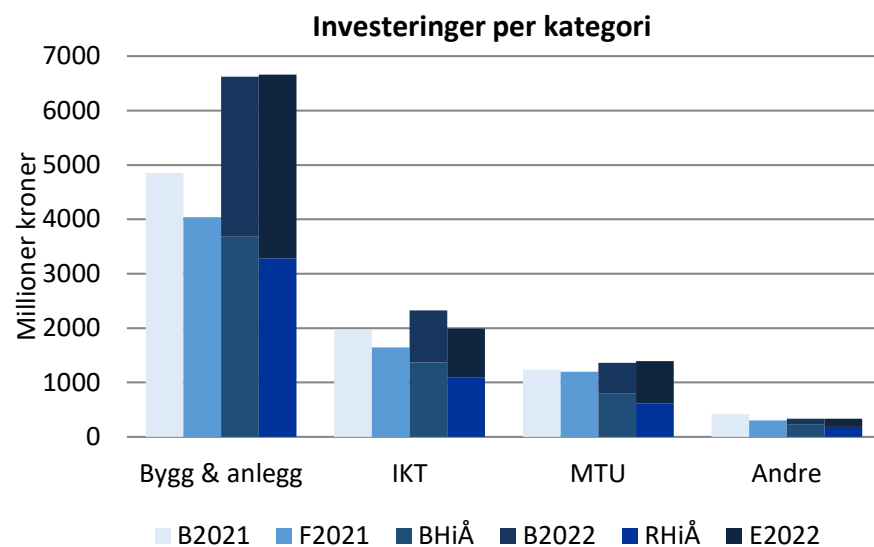
Resultat	Denne periode		Forrige periode		Hittil i år		Gevinst/tap ved salg og forserte avskrivninger hittil i år	Resultat hittil i år ekskl. gevinst/tap ved salg og forserte avskrivninger	Årsestimat mot årsbudsjett		
	Faktisk	Budsjettavvik	Faktisk	Budsjettavvik	Faktisk	Budsjettavvik			Estimat	Budsjett	Avvik
Akershus universitetssykehus HF	-7 639	-24 305	-23 131	-39 798	74 707	-58 627	18 906	55 800	69 000	200 000	-131 000
Oslo universitetssykehus HF	-32 166	-70 666	-46 865	-85 365	- 787	-308 787	-26 835	26 047	0	462 000	-462 000
Sunnaas sykehus HF	- 973	-1 556	-4 032	-4 616	2 280	-2 386	0	2 280	5 000	7 000	-2 000
Sykehusapotekene HF	2 947	- 867	6 266	-3 498	53 881	52 838	0	53 881	55 000	5 000	50 000
Sykehuset i Vestfold HF	-1 209	-2 876	-13 706	-15 373	-4 903	-18 237	- 209	-4 694	-10 000	20 000	-30 000
Sykehuset Innlandet HF	8 441	5 108	-26 599	-29 933	-49 553	-76 220	10	-49 563	-80 000	40 000	-120 000
Sykehuset Telemark HF	-3 830	-8 830	-1 355	-6 355	-6 423	-46 423	- 475	-5 948	15 000	60 000	-45 000
Sykehuset Østfold HF	-6 816	-8 482	-56 286	-57 953	-96 856	-110 188	5 758	-102 614	-130 000	20 000	-150 000
Sykehuspartner HF	-7 131	-7 368	-11 781	-25 040	66 558	9 464	30 030	36 528	100 000	100 000	0
Sørlandet sykehus HF	-3 414	-10 081	-3 349	-10 016	-2 640	-55 974	3 632	-6 272	0	80 000	-80 000
Vestre Viken HF	-38 290	-61 624	-7 383	-30 716	5 123	-181 544	30 699	-25 576	50 000	280 000	-230 000
Helse Sør-Øst RHF	17 160	493	16 729	62	138 613	5 280	0	138 613	200 000	200 000	0
Sum Helse Sør-Øst	- 72 920	- 191 055	- 171 493	- 308 599	179 999	- 790 806	61 516	118 483	274 000	1 474 000	-1 200 000

Likviditetsutvikling



Helse Sør-Øst foretaksgruppen	August 2022
Bankinnskudd alle banker	8 341 000
<i>Hvorav forskudd fra HOD</i>	0
Innestående på driftskreditkonto i Norges Bank	0
Netto bankbeholdning	8 341 000
Innskudd bank fratrukket forskudd	8 341 000
Ubenyttet trekk på driftskreditkonto i Norges Bank	6 728 000
Reell likviditetsreserve	15 069 000
<i>Innvilget driftskredittramme i Norges Bank</i>	<i>6 728 000</i>

Investeringer



Investeringer per kategori	RHiÅ	BHiÅ	Avvik	E2022	B2022	Avvik
Bygg & anlegg	3 282 000	3 681 000	-399 000	6 662 000	6 626 000	36 000
IKT	1 098 000	1 366 000	-268 000	1 994 000	2 326 000	-332 000
MTU	613 000	796 000	-183 000	1 392 000	1 364 000	28 000
Andre	186 000	232 000	-46 000	337 000	336 000	1 000
Sum	5 179 000	6 075 000	-896 000	10 384 000	10 652 000	-268 000

Investeringer 2022 per helseforetak

Helseforetak (tall i tusen kroner)	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Avvik	Årsestimat	Årsbudsjett	Avvik	Endring estimat mot forrige periode
Akershus universitetssykehus HF	157 000	227 000	-70 000	380 000	341 000	39 000	-
Oslo universitetssykehus HF	569 000	635 000	-66 000	1 241 000	1 153 000	88 000	-20 000
Sunnaas sykehus HF	1 000	5 000	-4 000	15 000	17 000	-2 000	-2 000
Sykehusapotekene HF	24 000	31 000	-7 000	38 000	47 000	-9 000	-1 000
Sykehuset i Vestfold HF	216 000	282 000	-66 000	370 000	370 000	-	-
Sykehuset Innlandet HF	147 000	144 000	3 000	211 000	211 000	-	-
Sykehuset Telemark HF	39 000	103 000	-64 000	146 000	192 000	-46 000	-41 000
Sykehuset Østfold HF	150 000	146 000	4 000	179 000	198 000	-19 000	8 000
Sykehuspartner HF	590 000	738 000	-148 000	1 044 000	1 296 000	-252 000	-70 000
Sørlandet sykehus HF	130 000	190 000	-60 000	222 000	284 000	-62 000	-22 000
Vestre Viken HF	147 000	200 000	-53 000	325 000	342 000	-17 000	-28 000
Helse Sør-Øst RHF inkl. regionale IKT-prosjekter	3 008 000	3 372 000	-364 000	6 013 000	6 003 000	10 000	89 000
Risikobuffer Helse Sør-Øst RHF	-	-	-	200 000	200 000	-	-
Sum investeringer	5 179 000	6 075 000	-896 000	10 384 000	10 652 000	-268 000	-87 000
Egenkapitalinnskudd til pensjonskassen	141 000	139 000	2 000	218 000	218 000	-	-6 000
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	5 320 000	6 214 000	-894 000	10 602 000	10 870 000	-268 000	-93 000

Store byggeprosjekter

Store byggeprosjekt med regional finansiering (tall i tusen kroner)								
Prosjektnavn	Helseforetak	Faktisk HiÅ	Budsjett HiÅ	Avvik	Årsestimat	Årsbudsjett	Avvik	Endring estimat mot forrige periode
Nytt sykehus i Drammen	Vestre Viken HF	1 479 800	1 390 800	89 000	2 705 800	2 529 700	176 100	176 200
Nytt sykehus i Drammen - kostnader knyttet til tomteerverv	Vestre Viken HF	18 300	4 200	14 100	19 900	6 100	13 800	600
Nybygg psykisk helsevern i Kristiansand	Sørlandet sykehus HF	176 400	194 200	-17 800	289 600	289 600	-	-
Nye Aker og Nye Rikshospitalet	Oslo universitetssykehus HF	291 700	419 000	-127 300	557 000	680 000	-123 000	-
Radiumhospitalet, Protonsenter	Oslo universitetssykehus HF	175 300	172 000	3 300	330 000	294 800	35 200	-41 500
Radiumhospitalet, Klinikbygget	Oslo universitetssykehus HF	509 000	588 800	-79 800	955 000	1 010 200	-55 200	41 400
Ny sikkerhetspsykiatri	Oslo universitetssykehus HF	24 600	110 800	-86 100	126 600	163 300	-36 600	-43 000
Livsvitenskapsbygget	Oslo universitetssykehus HF	3 800	-	3 800	10 800	11 100	-300	1 800
Videreutvikling av sykehuset Innlandet HF	Sykehuset Innlandet HF	-	-	-	35 000	35 000	-	-
Sum investeringer Helse Sør-Øst RHF		2 678 900	2 879 800	-200 800	5 029 700	5 019 800	10 000	135 500
Vedlikeholdsinvesteringer (fase II)	Oslo universitetssykehus HF	75 300	80 000	-4 700	118 900	120 000	-1 100	-200
Tønsbergprosjektet	Sykehuset i Vestfold HF	73 500	121 600	-48 100	130 000	130 000	-	-
Samling av sykehusbasert psykisk helsevern	Akershus universitetssykehus HF	8 400	33 000	-24 600	49 500	49 500	-	-
Nytt kreft- og somatikkbygg	Akershus universitetssykehus HF	3 800	-	3 800	20 000	-	20 000	-
Utbygging somatikk Skien	Sykehuset Telemark HF	4 600	45 600	-41 000	46 000	71 500	-25 500	-15 500
Sum regionalt prioriterte prosjekt ved helseforetakene		165 600	280 200	-114 600	364 400	371 000	-6 600	-15 700
Sum*		2 844 500	3 160 000	-315 400	5 394 100	5 390 800	3 400	119 800

* Sum tilsvarer balanseførte investeringer inklusive ikke-byggnær IKT

IKT-Investeringer

IKT-investeringer, tall i tusen kroner	Faktisk hiå	Budsjett hiå	Avvik	Årsestimat	Årsbudsjett	Avvik
Regional IKT-portefølje	428 000	484 000	-56 000	801 000	690 000	111 000
Sykehuspartner HF	539 200	685 000	-145 800	954 300	1 306 000	-351 700
IKT-løsning for screening tarmkreft	22 000	19 000	3 000	26 000	25 000	1 000
IKT i store byggeprosjekter	49 000	115 000	-66 000	126 000	215 000	-89 000
Lokale IKT-investeringer i helseforetakene	29 200	23 600	5 600	34 100	36 300	-2 200
ERP løsning sykehusapotekene	33 000	41 000	-8 000	52 000	53 000	-1 000
Sum IKT-investeringer	1 098 000	1 366 000	-268 000	1 994 000	2 326 000	-332 000

Avvik etter tilsyn

Tilsyn og avvik per 2. tertial 2022	Statens helsetilsyn										År:	2022	
Helseforetak/sykehus:	Antall tilsyn i tertialet	Antall avvik i tertial	Antall ikke lukkede avvik		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav**							Kommentar	
			I dette tertialet	Tidligere tertial/år*	Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system		Bygg/anlegg/utstyr
Akershus universitetssykehus HF													
Oslo universitetssykehus HF				2	2								Tilsyn fra 2021
Sunnaas sykehus HF													
Sykehusapotekene HF													
Sykehuset i Vestfold HF													
Sykehuset Innlandet HF													
Sykehuset Telemark HF													
Sykehuset Østfold HF			1	2				1		1			Tilsyn med utlokaliserte pasienter, avvik ikke lukket.
Sykehuspartner HF													
Sørlandet sykehus HF				1	1								1 merknad
Vestre Viken HF													
Betanien													
Diakonhjemmet Sykehus													
Lovisenberg Diagonale Sykehus	5												Disse fem er sendt til Statsforvalterne for vurdering.
Martina Hansens Hospital													
Revmatismesykehuset													
	5		1	5	3			1		1			

* Alvorlige avvik som har medført sanksjoner i form av tvangsmulkt eller stenging av virksomhet samt avvik fra tidligere år som ikke er lukket etter seks måneder, bør kort kommenteres i en liste på et eget ark.

** Dersom et avvik inkluderer flere IK-områder, velges det et og kommenteres hvilke andre som er berørt.

Avvik etter tilsyn

Tilsyn og avvik per 2. tertial 2022	Statsforvalterens helseavdeling										År:	2022			
	Antall tilsyn i tertialet	Antall avvik i tertial	Antall ikke lukkede avvik		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav**								Kommentar		
			I dette tertialet	Tidligere tertial/år*	Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring				Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygg/anlegg/utstyr
Helseforetak/sykehus:															
Akershus universitetssykehus HF															
Oslo universitetssykehus HF	1	2		2	2								Tilsyn fra 2021		
Sunnaas sykehus HF															
Sykehusapotekene HF															
Sykehuset i Vestfold HF															
Sykehuset Innlandet HF		4	1	3				4					ivaretagelse av førerkortforskriftene		
Sykehuset Telemark HF															
Sykehuset Østfold HF															
Sykehuspartner HF															
Sørlandet sykehus HF															
Vestre Viken HF															
Betanien															
Diakonhjemmet Sykehus															
Lovisenberg Diakonale Sykehus	3		3	16									16 betyr: 5 tilsyn fra første tertial og 10 fra 2021 og 1 fra 2020 som ikke er avsluttet		
Martina Hansens Hospital															
Revmatismesykehuset															
	4	6	4	21	2			4							

* Alvorlige avvik som har medført sanksjoner i form av tvangsmulkt eller stenging av virksomhet samt avvik fra tidligere år som ikke er lukket etter seks måneder, bør kort kommenteres i en liste på et eget ark.

** Dersom et avvik inkluderer flere IK-områder, velges det et og kommenteres hvilke andre som er berørt.

Avvik etter tilsyn

Tilsyn og avvik per 2. tertial 2022	Statens legemiddelverk										År:	2022	
Helseforetak/sykehus:	Antall tilsyn i tertialet	Antall avvik i tertial	Antall ikke lukkede avvik		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav**							Kommentar	
			I dette tertialet	Tidligere tertial/år*	Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system		Bygg/anlegg/utstyr
Akershus universitetssykehus HF													
Oslo universitetssykehus HF													
Sunnaas sykehus HF													
Sykehusapotekene HF				8									SLV-tilsynet på Sykehusapoteket Bærum 26.-28. april. Tiltaksplan innsendt før 05.08.2022. Totalt 10 avvik, derav 0 kritiske, 3 store og 7 andre. Siste frist for lukking av avvik 21.10.22.
Sykehuset i Vestfold HF	1	4	4							3		1	
Sykehuset Innlandet HF													
Sykehuset Telemark HF													
Sykehuset Østfold HF													
Sykehuspartner HF													
Sørlandet sykehus HF													
Vestre Viken HF	1	4			1	1			1	1			Rapport fra legemiddelverket, det arbeides med tiltak for å lukke avvikene
Betanien													
Diakonhjemmet Sykehus													
Lovisenberg Diakonale Sykehus													
Martina Hansens Hospital													
Revmatismesykehuset													
	2	8	4	8	1	1			1	4		1	

* Alvorlige avvik som har medført sanksjoner i form av tvangsmulkt eller stenging av virksomhet samt avvik fra tidligere år som ikke er lukket etter seks måneder, bør kort kommenteres i en liste på et eget ark.

** Dersom et avvik inkluderer flere IK-områder, velges det et og kommenteres hvilke andre som er berørt.

Avvik etter tilsyn

Tilsyn og avvik per 2. tertial 2022	Arbeidstilsynet										År:	2022	
Helseforetak/sykehus:	Antall tilsyn i tertialet	Antall avvik i tertial	Antall ikke lukkede avvik		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav**							Kommentar	
			I dette tertialet	Tidligere tertial/år*	Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system		Bygg/anlegg/utstyr
Akershus universitetssykehus HF		2	2					2					
Oslo universitetssykehus HF	3	2		2		1			1				
Sunnaas sykehus HF													
Sykehusapotekene HF													
Sykehuset i Vestfold HF	2												Venter på rapporter
Sykehuset Innlandet HF	3	6	3	6									Divisjon Gjøvik-Lillehammer: Medisinsk avd., Kreftenheten. 3 avvik fra tilsynet i 2016 er fortsatt åpne. I 2. tertial 2022 er det gjennomført tre postale tilsyn knyttet til forsvarlighetsvurdering av arbeidsordninger ved Divisjon Gjøvik - Lillehammer:
Sykehuset Telemark HF	2	5											
Sykehuset Østfold HF													
Sykehuspartner HF													
Sørlandet sykehus HF	5	10	10			2		5		3			Påleggene omhandler kartlegging og risikovurdering av hhv vold, trusler om vold og uheldige belastninger, og HMS-arbeid, opplæring i risiko og håndtering av vold og trussel om vold, samt manglende plan for bistand av BHT
Vestre Viken HF													
Betanien													
Diakonhjemmet Sykehus													
Lovisenberg Diakonale Sykehus													
Martina Hansens Hospital													
Revmatismesykehuset													
	15	25	15	8		3		8		3			

* Alvorlige avvik som har medført sanksjoner i form av tvangsmulkt eller stenging av virksomhet samt avvik fra tidligere år som ikke er lukket etter seks måneder, bør kort kommenteres i en liste på et eget ark.

** Dersom et avvik inkluderer flere IK-områder, velges det et og kommenteres hvilke andre som er berørt.

Avvik etter tilsyn

Tilsyn og avvik per 2. tertial 2022	Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap - DSB										År:	2022	
Helseforetak/sykehus:	Antall tilsyn i tertialet	Antall avvik i tertial	Antall ikke lukkede avvik		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav**							Kommentar	
			I dette tertialet	Tidligere tertial/år*	Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system		Bygg/anlegg/utstyr
Akershus universitetssykehus HF			1		1								
Oslo universitetssykehus HF													
Sunnaas sykehus HF													
Sykehusapotekene HF													
Sykehuset i Vestfold HF													
Sykehuset Innlandet HF			1										DSB gjennomførte siste tilsyn 4.-6.11.2019. Tilsynet ble avsluttet 19.12.2019. Pålegg angående oppdatering av "gamle" elanlegg ifm. gruppe 2-rom er fortsatt åpent. DSB skriver ifm. avslutning av tilsynet at SI har gitt en god tilbakemelding i forhold til
Sykehuset Telemark HF													
Sykehuset Østfold HF			1					1					1 avvik. 23 % etterslep periodisk vedlikehold av MTU. Avvik ikke lukket.
Sykehuspartner HF													
Sørlandet sykehus HF													
Vestre Viken HF													
Betanien													
Diakonhjemmet Sykehus													
Lovisenberg Diakonale Sykehus													
Martina Hansens Hospital													
Revmatismesykehuset													
			3		1			1					

* Alvorlige avvik som har medført sanksjoner i form av tvangsmulkt eller stenging av virksomhet samt avvik fra tidligere år som ikke er lukket etter seks måneder, bør kort kommenteres i en liste på et eget ark.

** Dersom et avvik inkluderer flere IK-områder, velges det et og kommenteres hvilke andre som er berørt.

Avvik etter tilsyn

Tilsyn og avvik per 2. tertial 2022	Lokalt el-tilsyn										År:	2022	
Helseforetak/sykehus:	Antall tilsyn i tertialet	Antall avvik i tertial	Antall ikke lukkede avvik		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav**								Kommentar
			I dette tertialet	Tidligere tertial/år*	Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygg/anlegg/utstyr	
Akershus universitetssykehus HF	1	1	1						1				
Oslo universitetssykehus HF	3												
Sunnaas sykehus HF													
Sykehusapotekene HF													
Sykehuset i Vestfold HF													
Sykehuset Innlandet HF													
Sykehuset Telemark HF	1												
Sykehuset Østfold HF													
Sykehuspartner HF													
Sørlandet sykehus HF													
Vestre Viken HF													
Betanien													
Diakonhjemmet Sykehus													
Lovisenberg Diakonale Sykehus													
Martina Hansens Hospital													
Revmatismesykehuset													
	5	1	1						1				

* Alvorlige avvik som har medført sanksjoner i form av tvangsmulkt eller stenging av virksomhet samt avvik fra tidligere år som ikke er lukket etter seks måneder, bør kort kommenteres i en liste på et eget ark.

** Dersom et avvik inkluderer flere IK-områder, velges det et og kommenteres hvilke andre som er berørt.

Avvik etter tilsyn

Tilsyn og avvik per 2. tertial 2022	Konsernrevisjonen										År:	2022	
	Antall tilsyn i tertialet	Antall avvik i tertial	Antall ikke lukkede avvik		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav**								Kommentar
			I dette tertialet	Tidligere tertial/år*	Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygg/anlegg/utstyr	
Helseforetak/sykehus:													
Akershus universitetssykehus HF				1	1								
Oslo universitetssykehus HF													
Sunnaas sykehus HF													
Sykehusapotekene HF													Konsernrevisjon CMS gevinstrealisering 25.01.2022. Rapport mottatt.
Sykehuset i Vestfold HF													
Sykehuset Innlandet HF													
Sykehuset Telemark HF													
Sykehuset Østfold HF													
Sykehuspartner HF	6												1. Revisjonsrapport 3/2022 følgerevisjon STIM 1. tertial 2022 mottatt. Omhandler revisjon av prosjekt modernisering av nett, prosjekt mobilitet og monitorering av prosesser på programnivå. 2. I andre tertial 2022 er det gjort følgerevisjon med overleverin
Sørlandet sykehus HF													
Vestre Viken HF	1												Avventer endelig rapport
Betanien													
Diakonhjemmet Sykehus													
Lovisenberg Diakonale Sykehus													
Martina Hansens Hospital													
Revmatismesykehuset													
	7			1	1								

* Alvorlige avvik som har medført sanksjoner i form av tvangsmulkt eller stenging av virksomhet samt avvik fra tidligere år som ikke er lukket etter seks måneder, bør kort kommenteres i en liste på et eget ark.

** Dersom et avvik inkluderer flere IK-områder, velges det et og kommenteres hvilke andre som er berørt.

Avvik etter tilsyn

Tilsyn og avvik per 2. tertial 2022	Kommunalt brannvesen										År:	2022	
Helseforetak/sykehus:	Antall tilsyn i tertialet	Antall avvik i tertial	Antall ikke lukkede avvik		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav**								Kommentar
			I dette tertialet	Tidligere tertial/år*	Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygg/anlegg/utstyr	
Akershus universitetssykehus HF	1	5	10					10	4			1	
Oslo universitetssykehus HF	1	3		1									Avvik fra 2021
Sunnaas sykehus HF													
Sykehusapotekene HF													
Sykehuset i Vestfold HF	1	2	2								2		
Sykehuset Innlandet HF	1		13	2									Manglende sprinkling på et bygg på Reinsvoll gjenstår å lukke fra tidligere tilsyn, samt et avvik på SI Lillehammer.
Sykehuset Telemark HF													
Sykehuset Østfold HF													
Sykehuspartner HF													
Sørlandet sykehus HF				6		1			1			4	4 avvik (bygg) og 2 forbedringsområder
Vestre Viken HF				13	1			2	5	2		7	Dokumentasjon av risikovurderinger brannvern, dokumentasjon av kontroll og oppfølging etter kontroller.
Betanien													
Diakonhjemmet Sykehus													
Lovisenberg Diagonale Sykehus													
Martina Hansens Hospital				2									* MHH har sendt handlingsplan til lokalt brannvesen
Revmatismesykehuset													
	4	10	25	24	1	1		12	10	8		12	

* Alvorlige avvik som har medført sanksjoner i form av tvangsmulkt eller stenging av virksomhet samt avvik fra tidligere år som ikke er lukket etter seks måneder, bør kort kommenteres i en liste på et eget ark.

** Dersom et avvik inkluderer flere IK-områder, velges det et og kommenteres hvilke andre som er berørt.

Avvik etter tilsyn

Tilsyn og avvik per 2. tertial 2022	Riksrevisjonen										År:	2022	
Helseforetak/sykehus:	Antall tilsyn i tertialet	Antall avvik i tertial	Antall ikke lukkede avvik		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav**							Kommentar	
			I dette tertialet	Tidligere tertial/år*	Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakers kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system		Bygg/anlegg/utstyr
Akershus universitetssykehus HF	1												
Oslo universitetssykehus HF	1												
Sunnaas sykehus HF													
Sykehusapotekene HF													
Sykehuset i Vestfold HF													
Sykehuset Innlandet HF													
Sykehuset Telemark HF													
Sykehuset Østfold HF	1												Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene
Sykehuspartner HF	2												1. Pågående revisjon: utnyttelse av IKT system i Helseforetakene. 2. Avsluttet revisjon: Forvaltningsrevisjon om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer. Tiltak forventes lukkes per 2022.
Sørlandet sykehus HF													
Vestre Viken HF													
Betanien													
Diakonhjemmet Sykehus													
Lovisenberg Diakonale Sykehus													
Martina Hansens Hospital													
Revmatimesykehuset													
	5												

* Alvorlige avvik som har medført sanksjoner i form av tvangsmulkt eller stenging av virksomhet samt avvik fra tidligere år som ikke er lukket etter seks måneder, bør kort kommenteres i en liste på et eget ark.

** Dersom et avvik inkluderer flere IK-områder, velges det et og kommenteres hvilke andre som er berørt.

Avvik etter tilsyn

Tilsyn og avvik per 2. tertial 2022	Luftfartstilsynet										År:	2022	
Helseforetak/sykehus:	Antall tilsyn i tertialet	Antall avvik i tertial	Antall ikke lukkede avvik		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav**							Kommentar	
			I dette tertialet	Tidligere tertial/år*	Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system		Bygg/anlegg/utstyr
Akershus universitetssykehus HF													
Oslo universitetssykehus HF	2	11	5							12		1	
Sunnaas sykehus HF													
Sykehusapotekene HF													
Sykehuset i Vestfold HF													
Sykehuset Innlandet HF													
Sykehuset Telemark HF													
Sykehuset Østfold HF													
Sykehuspartner HF													
Sørlandet sykehus HF													
Vestre Viken HF				1								1	Ett pålegg utsatt etter avtale med tilsynet.
Betanien													
Diakonhjemmet Sykehus													
Lovisenberg Diakonale Sykehus													
Martina Hansens Hospital													
Revmatismesykehuset													
	2	11	5	1						12		2	

* Alvorlige avvik som har medført sanksjoner i form av tvangsmulkt eller stenging av virksomhet samt avvik fra tidligere år som ikke er lukket etter seks måneder, bør kort kommenteres i en liste på et eget ark.

** Dersom et avvik inkluderer flere IK-områder, velges det et og kommenteres hvilke andre som er berørt.

Avvik etter tilsyn

Tilsyn og avvik per 2. tertial 2022	Internrevisjon											År:	2022
	Antall tilsyn i tertialet	Antall avvik i tertial	Antall ikke lukkede avvik		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav**								
			I dette tertialet	Tidligere tertial/år*	Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygg/anlegg/utstyr	
Helseforetak/sykehus:													
Akershus universitetssykehus HF													
Oslo universitetssykehus HF													
Sunnaas sykehus HF													
Sykehusapotekene HF													
Sykehuset i Vestfold HF													
Sykehuset Innlandet HF													
Sykehuset Telemark HF													
Sykehuset Østfold HF													
Sykehuspartner HF													
Sørlandet sykehus HF													
Vestre Viken HF													
Betanien	1	2	2	0					1			1	Frist til 1. oktober for å lukke avvik.
Diakonhjemmet Sykehus													
Lovisenberg Diakonale Sykehus													
Martina Hansens Hospital													
Revmatismesykehuset													
	1	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	

* Alvorlige avvik som har medført sanksjoner i form av tvangsmulkt eller stenging av virksomhet samt avvik fra tidligere år som ikke er lukket etter seks måneder, bør kort kommenteres i en liste på et eget ark.

** Dersom et avvik inkluderer flere IK-områder, velges det et og kommenteres hvilke andre som er berørt.

Avvik etter tilsyn

Tilsyn og avvik per 2. tertial 2022	Arkiverket											År:	2022	
Helseforetak/sykehus:	Antall tilsyn i tertialet	Antall avvik i tertial	Antall ikke lukkede avvik		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav**									
			I dette tertialet	Tidligere tertial/år*	Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygg/anlegg/utstyr		
Akershus universitetssykehus HF														
Oslo universitetssykehus HF														
Sunnaas sykehus HF														
Sykehusapotekene HF														
Sykehuset i Vestfold HF														
Sykehuset Innlandet HF														
Sykehuset Telemark HF														
Sykehuset Østfold HF														
Sykehuspartner HF	1													Tre pålegg lukket per august
Sørlandet sykehus HF														
Vestre Viken HF														
Betanien														
Diakonhjemmet Sykehus														
Lovisenberg Diakonale Sykehus														
Martina Hansens Hospital														
Revmatismesykehuset														
	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

* Alvorlige avvik som har medført sanksjoner i form av tvangsmulkt eller stenging av virksomhet samt avvik fra tidligere år som ikke er lukket etter seks måneder, bør kort kommenteres i en liste på et eget ark.

** Dersom et avvik inkluderer flere IK-områder, velges det et og kommenteres hvilke andre som er berørt.

Status for oppfølging av oppdrag der Helse Sør-Øst RHF er rapporteringsansvarlig («halvårsrapport»)

Halvårsrapporteringen bygger på en vurdering av om det enkelte krav vil bli oppfylt inneværende år for styringsbudskapene der Helse Sør-Øst RHF er rapporteringspliktig i årlig melding. Oversikten viser også oppdrag som er gitt til alle de regionale helseforetakene, der Helse Sør-Øst RHF har fått ansvar for å koordinere arbeidet. Status for oppdragene følges opp videre i det regionale helseforetakets virksomhetsstyring, og oppfølging av områder vurdert i rødt vil bli prioritert. Dette gjelder oppdraget om å øke antall LIS i psykiatri sammenlignet med 2021 og oppdraget om å redusere forbruk av bredspektret antibiotika.

Rød	Mål/krav vil ikke bli oppfylt i år. Tiltak må eventuelt revurderes.
Gul	Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.
Grønn	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.

ID	Rapporteringspliktig styringsbudskap 2022	Vurdering
0030	I tråd med omtale i Nasjonal helse- og sykehusplan ba foretaksmøtet om at antall lærlinger både i helsefag og i andre lærefag som er relevante i sykehus økes i løpet av planperioden 2020–2023. Arbeidet med å øke antallet helsefagarbeiderlærlinger skal prioriteres i planperioden.	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
1310	Det skal arbeides med tiltak som bidrar til å rekruttere, beholde og utvikle helsepersonell. Det skal tilrettelegges for praksisplasser og læreplasser.	Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.
1340	Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK), samt jordmødre skal økes sammenlignet med 2021.	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
1350	Antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget skal økes sammenlignet med 2021.	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
1360	Antall LIS i psykiatri skal økes sammenlignet med 2021.	Mål/krav vil ikke bli oppfylt i år. Tiltak må eventuelt revurderes.
1440	Helse Sør-Øst RHF skal videreutvikle arbeidet med å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng, med utgangspunkt i oppfølging av nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og undersøkelsen ForBedring.	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
1450	Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide en behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkelig tilgang til jordmødre på kort, mellomlang og lang sikt. Relevante aktører skal involveres i arbeidet.	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.

ID	Rapporteringspliktig styringsbudskap 2022	Vurdering
4060	<p>Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • videreføre og forsterke arbeidet med å utvikle en heltidskultur i helseforetakene. • iverksette tiltak for å styrke rekruttering og spesialistutdanning for leger ved de mindre sykehusene i distriktene. • delta i arbeid med forslag til endringer i spesialistforskriften. 	<p>Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksette tiltak må eventuelt justeres.</p>
4080	<p>Foretaksrådet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) vedtok å be daværende regjering sørge for at stedlig ledelse skulle være hovedregelen ved norske sykehus, og at dette ble fulgt opp i foretaksrådet den 4. mai 2016. Foretaksrådet viste videre til Hurdalsplattformen som slår fast at man skal sikre stedlig ledelse i sykehusene, og ba de regionale helseforetakene vise hvordan dette er ivarettatt innenfor lovens krav til enhetlig ledelse, jf. også rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus.</p> <p>Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene redegjøre for hvordan de ulike virksomhetene i regionen er organisert for å ivareta prinsippet om stedlig ledelse. Dette skal gå fram av årlig melding for 2022.</p>	<p>Mål/krav blir innfridd. Iverksette tiltak fungerer.</p>
4090	<p>Foretaksrådet viste til at et av regjeringens satsingsområder er Arbeid for alle i et inkluderende arbeidsliv. Som store arbeidsgivere er det av spesiell betydning at helseforetakene fortsetter arbeidet med å legge til rette for å rekruttere personer som av ulike grunner har utfordringer med å komme inn i arbeidslivet. Inkluderingsarbeidet skal også bidra til å forhindre frafall fra arbeidslivet.</p> <p>Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å videreføre arbeidet med inkludering og mangfold og legge til rette for rekruttering av personer som har utfordringer med å komme inn i arbeidslivet, samt å forhindre frafall fra arbeidslivet.</p>	<p>Mål/krav blir innfridd. Iverksette tiltak fungerer.</p>
4140	<p>Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dokumentere årlig status i arbeidet med å nå de langsiktige målene innen klimaområdet gjennom spesialisthelsetjenestens rapport om samfunnsansvar. • vurdere om det er ressursmessig riktig å videreføre tredjepartssertifiseringen av system for miljøledelse, eller om man skal ivareta målsettingene for miljøledelse på annen måte. • bidra i arbeidet med en nasjonal analyse av sårbarhet og tilpasningsbehov relatert til klimaendringer og helse. 	<p>Mål/krav blir innfridd. Iverksette tiltak fungerer.</p>
8000	<p>Kompensasjon for pandemirelaterte utgifter i RHF. Bevilgningen økes med 765,6 mill. kroner for å dekke økte utgifter som følge av pandemisituasjonen i første halvår 2022. For å legge til rette for mer fleksibel kapasitet som kan nyttes i beredskapssituasjoner, er det behov for kompetansetiltak og opplæringsprogrammer for helsepersonell som er rettet mot konkrete behov og som bidrar til mer oppgavedeling og en hensiktsmessig bruk av tilgjengelig personell. Under pandemien har opplæring av sykepleiere og andre helsepersonellgrupper i behandling og pleie av pasienter med covid-19, også for å kunne støtte og avlaste intensivenhetene, vært svært viktig. HSØ RHF skal videreføre og trappe opp arbeidet med kompetanseutvikling, samt utvide opplæringen til å omfatte flere helsefagarbeidere, portører o.l. Bevilgningsøkningen skal videre</p>	<p>Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksette tiltak må eventuelt justeres.</p>

ID	Rapporteringspliktig styringsbudskap 2022	Vurdering
	legge til rette for gode lokale løsninger for å holde kapasiteten oppe. Det skal rapporteres på dette i årlig melding 2022. HSØ RHF skal likebehandle de ideelle sykehusene med driftsavtale med de offentlige sykehusene ved fordeling av kompensasjon for pandemirelaterte utgifter.	
8010	Bevilgningen økes med 21 mill. kroner til å opprette minst 108 utdanningsstillinger for spesialsykepleiere innen anestesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK) og jordmødre fra 2022. Det vises til oppdragsdokumentene til HSØ RHF for 2022, der det er tildelt 13,5 mill. kroner for å opprette minst 16 nye utdanningsstillinger for ABIOK-sykepleiere og jordmødre. Disse stillingene er inkludert i tallet på nye 108 utdanningsstillinger. Det forutsettes at HSØ RHF oppretter minst 108 nye utdanningsstillinger for spesialsykepleiere i 2022. Det skal rapporteres på dette i årlig melding 2022.	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
4190	<p>Sentrale oppgaver i arbeidet med å videreutvikle nasjonale e-helseløsninger er knyttet til dokumentdeling via kjernejournal, digital samhandling og pasientens legemiddelliste.</p> <p>Standardisert språk skal benyttes for strukturering av informasjon i journalsystemene i helse- og omsorgstjenesten. Helse Midt-Norge RHF er først ut med å ta i bruk standardisert språk gjennom sitt arbeid med Helseplattformen. Pasientens legemiddelliste prøves ut i Helse Vest og Bergen kommune fra høsten 2021. Helse Midt-Norge RHF vil prøve ut en felles legemiddeloversikt gjennom Helseplattformen fra våren 2022.</p> <p>Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene legge følgende til grunn i det videre arbeidet for bedre journal- og samhandlingsløsninger:</p> <p>Felles språk</p> <ul style="list-style-type: none"> • De regionale helseforetakene skal utarbeide felles planer for bruk av felles språk innen prioriterte fagområder, herunder legemiddelområdet, pleieplaner, og medisinske kvalitetsregistre. Helse Midt-Norge RHF skal ha en lederrolle i arbeidet. <p>Pasientens legemiddelliste</p> <ul style="list-style-type: none"> • De regionale helseforetakene skal gjøre nødvendige forberedelser for trinnvis innføring av pasientens legemiddelliste fra 2023 og utarbeide en felles plan for videre utprøving og innføring i alle regioner. Arbeidet skal baseres på erfaringene i Helse Vest og Helse Midt-Norge. Helse Vest RHF skal ha en lederrolle i arbeidet. <p>Digital samhandling</p> <p>De regionale helseforetakene skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • samordne krav til dokumentdeling via kjernejournal og utarbeide planer for videreutvikling og trinnvis innføring i de enkelte regionene. Helse Sør-Øst RHF har en lederrolle for helseregionenes 	Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres. ¹

¹ Dette er et oppdrag som er gitt felles til de fire regionale helseforetakene. Deler av oppdraget (digital samhandling/kjernejournal) ledes av Helse Sør-Øst RHF. De regionale helseforetakene rapporterer på det samlede oppdraget i årlig melding 2022.

ID	Rapporteringspliktig styringsbudskap 2022	Vurdering
	<p>arbeid. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.</p> <ul style="list-style-type: none"> • videreføre arbeidet med utprøving av grensesnitt for deling av kritisk informasjon mellom journalsystemene i sykehus og kjernejournal. Helse Vest RHF har en lederrolle for helseregionene i arbeidet. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF. • starte utprøving og sørge for innføring av nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar (NILAR) i egen region og delta i styringsgruppen for prosjektet som ledes av Direktoratet for e-helse. <p>Det skal rapporteres på oppdragene i oppdatert Felles plan 2022 innen 1. oktober 2022.</p>	
4210	<p>Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • samordne krav og forutsetninger som bør ligge til grunn ved videre innføring av digital hjemmeoppfølging i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF, og inngå i Felles plan 2022. • legge til grunn felles prinsipper for tilgjengeliggjøring av digitale innbyggertjenester. 	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
4220	<p>Foretaksrådet viste til de regionale helseforetakenes bidrag i Direktoratet for e-helses arbeid med å utvikle Helseanalyseplattformen og Helsedataservice. Formålet er å legge til rette for enklere tilgang til og økt bruk av data fra de medisinske kvalitetsregistrene og Kreftregisteret.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å bidra i det videre arbeidet med realisering av Helseanalyseplattformen. 	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
4240	<p>Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rapportere på arbeidet med de regionale handlingsplanene for det systematiske arbeidet med å styrke informasjonssikkerheten og med å lukke de sårbarhetene som Riksrevisjonens undersøkelse avdekket innen utgangen av 2022. • utarbeide en årlig rapport i samarbeid med Norsk helsenett SF om trusler, trender, sårbarheter og relevante tiltak som spesialisthelsetjenesten kan benytte i sitt arbeid med risiko- og sårbarhetsvurderinger innen 1. juni hvert år. Erfaringer fra penetrasjonstesting og portskanningstester vil være relevant. • samarbeide med HelseCERT om regionale og nasjonale kapabiliteter for å oppdage og håndtere sikkerhets hendelser, og gjennom det sørge for at hensiktsmessige kapabiliteter blir etablert for å styrke egenbeskyttelsen og regionenes samlede evne til å oppdage digitale angrep. 	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
4110	<p>Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • videreutvikle beredskapsarbeidet og -planene med hensyn til pandemier og andre alvorlige kriser, ved å følge opp egevaluering av pandemihåndteringen, Koronakommisjonens rapport og egne risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til infrastruktur, kompetanse og innsatsfaktorer mv. • bidra med innspill til departementets nasjonale gjennomgang av helseberedskapen i 2022. • delta i planlegging, gjennomføring og evaluering av nasjonal atomberedskapsøvelse 2022. 	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.

ID	Rapporteringspliktig styringsbudskap 2022	Vurdering
	<ul style="list-style-type: none"> • sørge for at tjenestegjørende militært personell under NATO-øvelsen Cold Response 2022 gis tilgang til spesialisthelsetjenester uten etterfølgende fakturering fra norske myndigheter. 	
4160	<p>Foretaksmøtet viste til tidligere stilte krav om bygg og vedlikehold og de regionale helseforetakenes arbeid med dette. Foretaksmøtet viste videre til at det er et krav at Sykehusbygg HF skal benyttes i prosjekter som blir finansiert med lån over statsbudsjettet. Bakgrunnen for dette er hensynet til kunnskapsoppbygging og erfaringsoverføring.</p> <p>Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fastsette mål for tilstandsgrad for sine sykehusbygg. • sikre at helseforetakene utarbeider verdibevarende vedlikeholdsplaner med bakgrunn i tilstandsregistreringen av bygningsmassen som gjøres hvert fjerde år, slik at fastsatte mål for tilstandsgrad nås. 	<p>Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.</p>
4170	<p>Foretaksmøtet viste til tidligere stilte krav om bygg og vedlikehold og de regionale helseforetakenes arbeid med dette. Foretaksmøtet viste videre til at det er et krav at Sykehusbygg HF skal benyttes i prosjekter som blir finansiert med lån over statsbudsjettet. Bakgrunnen for dette er hensynet til kunnskapsoppbygging og erfaringsoverføring.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foretaksmøtet ba Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF rapportere om hvordan Sykehusbygg HF benyttes i de prosjekter hvor det er tildelt nye lånerammer for 2022. 	<p>Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.</p>
4350	<p>Foretaksmøtet viste til Hurdalsplattformen hvor det går fram at regjeringen vil sørge for at null-pluss-alternativet for videreutvikling av Sykehuset Innlandet skal utredes fullt ut. Null-pluss-alternativet skal utredes på en tilstrekkelig og sammenlignbar måte som øvrige alternativer slik at utredningen gir grunnlag for en reell sammenstilling og evaluering av alternativene opp mot oppsatte kriterier.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF sørge for at null-pluss-alternativet for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF utredes fullt ut. 	<p>Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.</p>
0040	<p>Foretaksmøtet ba om at det utarbeides regionale utviklingsplaner innen utgangen av 2022. Arbeidene med de lokale utviklingsplanene må tilpasses dette. Planene skal sendes på høring.</p>	<p>Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.</p>
1120	<p>Styrke psykisk helsevern og TSB slik at tilbudet kan trappes opp for barn og unge, samt voksne med alvorlig psykisk lidelse. Forebygging og kvalitet skal prioriteres, og utfall av behandling skal vektlegges.</p>	<p>Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.</p>
1130	<p>Forhindre feil bruk av tvang og tilrettelegge tjenestene slik at forebygging av aggresjon og vold understøttes.</p>	<p>Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.</p>
1140	<p>Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.</p>	<p>Mål/krav oppfylles delvis i år.</p>

ID	Rapporteringspliktig styringsbudskap 2022	Vurdering
		Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.
1170	Aktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021, både innen døgnbehandling og poliklinisk aktivitet.	Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.
1180	Andel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.
1190	Andel pasienter i pasientforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.	Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.
1200	Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.	Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.
1210	Helse Sør-Øst RHF skal i tråd med nasjonal alkoholstrategi 2021 – 2025 sørge for gode basistjenester innen TSB i alle helseforetak, styrke rusbehandlingstilbudet til barn og unge og utvikle rutiner for samhandling mellom somatiske avdelinger, psykisk helsevern og TSB.	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
1220	Helse Sør-Øst RHF skal innen utgangen av 2022 ha etablert og i funksjon de felles henvisningsmottakene (helseforetak/avtalespesialister) innenfor psykisk helsevern.	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
1230	Helse Sør-Øst RHF skal legge til rette for å tilby vurderingssamtale innen psykisk helsevern, særlig for barn og unge og der det er uklart om pasient har rett til helsehjelp eller det er behov for supplerende informasjon, eller der lege/henviser mener det er behov for rask avklaring før eventuell henvisning.	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
1250	Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at helsetjenesten som deltar i team for helsekartlegging i barnevernet har nødvendig språklig og kulturell kompetanse når samiske barn som skal plasseres utenfor hjemmet. <Fotnote: Det vises til oppdragsdokument 2021: Helse Nord RHF skal opprette et prosjekt som skal utrede muligheten for nasjonal døgnkontinuerlig tolketjeneste. Tilbudet må dekke både nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk. Tilbudet må ses i sammenheng med samisk tolketjeneste på Sámi klinihkka ved for eksempel hjelp av teknologi. Tilbudet skal dekke ordinær tolketjeneste, men også være tilgjengelig for AMK-sentraler.>	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.

ID	Rapporteringspliktig styringsbudskap 2022	Vurdering
1260	<p>De regionale helseforetakene skal utarbeide en overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern, jf. statusrapport om sikkerhetspsykiatri og rapport om utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien</p> <p><Footnote: Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport. Oslo universitetssykehus. Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune. SIFER 2020.></p> <p>Det skal særlig vurderes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • behovene for endring i kapasitet, innhold, organisering og sammenheng i tjenestetilbudet • behovet for langvarig forsterkede botilbud i samarbeid med kommunene og om det kan være hensiktsmessig å etablere tverrfaglige ambulante team for å ivareta personer som utgjør en sikkerhetsrisiko • videreutvikling av samarbeidsavtaler med kommunene, styringsdata og retningslinjer, jf. nevnte rapporter fra de regionale helseforetakene <p>Helse Sør-Øst RHF skal lede arbeidet.</p>	<p>Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.</p>
1320	<p>Det skal tilrettelegges for forskning og innovasjon i tjenesten, og arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet skal styrkes.</p>	<p>Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.</p>
1370	<p>Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 pst. innen 2023, jf. mål i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.</p>	<p>Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.</p>
1380	<p>Samlet forbruk av bredspektret antibiotika skal reduseres med 30 pst. i 2022 sammenliknet med 2012. 2021 var siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten (2015-2020) og det planlegges for videre arbeid med den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens i 2022.</p>	<p>Mål/krav vil ikke bli oppfylt i år. Tiltak må eventuelt revurderes.</p>
1390	<p>Intensivkapasiteten i norsk spesialisthelsetjeneste skal økes. De regionale helseforetakene skal i samarbeid, og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, jf. pågående arbeid, ta stilling til behovet for økning i hver region og nasjonalt, og vurdere tiltak på kort og lang sikt. Spesielt skal helseforetak med lav ordinær kapasitet (per 100 000) og/eller som har hatt høy beleggspersent over tid prioriteres, samtidig som hensynet til regionale funksjonsfordelinger ivaretas. De regionale helseforetakene skal særlig vurdere personellbehov og kompetansehevede tiltak for å skape fleksibilitet i behandlingsskapasiteten og for å avlaste intensivavdelingene. Dette kan for eksempel innebære etablering av opplæringstilbud for andre sykepleiere og spesialsykepleiere enn intensivsykepleiere, samt for andre helsepersonellgrupper. De regionale helseforetakene skal innhente kunnskap og erfaringer om organisering av intensivkapasitet fra andre land.</p> <p>Det skal leveres en felles statusrapport for arbeidet innen 15. juni 2022, med vekt på tiltak på kort sikt.</p>	<p>Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.</p>

ID	Rapporteringspliktig styringsbudskap 2022	Vurdering
1410	Helse Sør-Øst RHF skal bidra i departementets arbeide med revisjonen av nasjonal strategi for persontilpasset medisin, herunder levere oppdatert status for fagutvikling i spesialisthelsetjenesten og for innføring av persontilpasset medisin i diagnostikk og behandling. Videre skal Helse Sør-Øst RHF bidra i Norges forskningsråds arbeid med å revidere handlingsplanen for forskning og innovasjon for persontilpasset medisin.	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
1420	Helse Sør-Øst RHF skal legge til rette for helsetjenesteforskning og innovasjonsprosjekter som utvikler nye måter helsetjenester kan leveres på, samt prosjekter som evaluerer kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandling.	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
1430	På bakgrunn av endrete oppgaver for Statped, jf. Stortingets vedtak ved behandlingen av Meld. St. 6 (2019-2020), skal Helse Sør-Øst RHF, i samarbeid med Statped, gjennomgå aktuelle fagområder og vurdere behov for avtaler for å sikre et godt tilbud til barn med varige og omfattende behov. Dette omfatter blant annet tilbudet til døvblinde organisert i Helse Nord, stemmevansker i Helse Sør-Øst og tilbudet innen leppe-, kjeve- og ganespalte i Helse Vest og Helse Sør-Øst. Alternative samarbeidsformer er beskrevet i rapporten Utvikle samarbeidet mellom Statped og helsesektoren (2020).	Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.
1510	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2021. Målsetningen på sikt er lavere enn 50 dager.	Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.
1520	Regionen skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene.	Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.
1530	Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst.	Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.
1540	Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 pst.	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
1560	Helse Sør-Øst RHF skal påse at pasienter som mottar behandling hos private leverandører gjennom godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg får videreført det tilbudet de har behov for når ordningen avvikles.	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
1570	Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet følge opp evalueringen av Nye metoder, med tiltak for raskere saksbehandling og økt bruker- og klinikerinvolvering, herunder utvikle rammer for en sterkere referansegruppe i systemet. I dette arbeidet inngår utarbeidelsen av en samlet prosessveileder for saksbehandling i systemet og et	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.

ID	Rapporteringspliktig styringsbudskap 2022	Vurdering
	strategisk dokument for videreutviklingen av systemet, som inkluderer håndtering av persontilpasset medisin og medisinsk utstyr samt bruk av mini-metodevurderinger. Det skal leveres en felles statusrapport for arbeidet 1. oktober 2022.	
1580	Helse Sør-Øst RHF skal vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
1590	Det vises til tiltak i Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser. De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med brukerorganisasjonene og andre relevante aktører, utrede hvordan likeverdig og rask tilgang til høyspesialisert utredning, diagnostikk og behandling av personer med sjeldne diagnoser best kan ivaretas i spesialisthelsetjenesten. Det skal vurderes om det bør etableres nasjonale og/eller regionale tilbud. I arbeidet skal også utredning av et nasjonalt register for sjeldne diagnoser inngå. Sistnevnte må sees i sammenheng med oppdrag til Direktoratet for e-helse om kodeverk innen sjeldenområdet. I arbeidet skal det sees hen til internasjonalt arbeid med sjeldenområdet.	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
4300	Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester Foretaksrådet viste til Dokument 3:13 (2020–2021) Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Riksrevisjonens undersøkelse viser til utfordringer knyttet til kapasitet og kvalitet i de polikliniske helsetjenestene for barn, unge og voksne innenfor psykisk helsevern. Foretaksrådet viste til betydningen av at Riksrevisjonens undersøkelser følges opp. Foretaksrådet viste videre til oppdragsdokumentet for 2022 og de mål som er satt for arbeidet med psykisk helsevern. • Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene følge opp Riksrevisjonens undersøkelse om psykiske helsetjenester.	Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.
4310	Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene Foretaksrådet viste videre til Dokument 3:9 (2020-2021) Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene. Riksrevisjonens undersøkelse viser at pasienters tilgang til kliniske behandlingsstudier ikke er god nok, at kliniske behandlingsstudier ikke er tilstrekkelig integrert i pasientbehandlingen og at mange styrer i helseforetak og regionale helseforetak har liten oppmerksomhet rettet mot forskning. Foretaksrådet viste til betydningen av at Riksrevisjonens undersøkelser følges opp. Foretaksrådet viste til oppdragsdokument for 2022 og de mål som er satt for å følge opp nasjonal handlingsplan for kliniske studier. • Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene.	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
4320	Riksrevisjonens undersøkelse om helse og omsorgstjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse. Riksrevisjonen har undersøkt tilbudet om helse- og omsorgstjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse og familiene deres. Riksrevisjonen peker på at det er geografiske forskjeller og utilstrekkelig kapasitet i helseforetakenes habiliteringstilbud til barn.	Mål/krav oppfylles delvis i år. Iverksatte tiltak må eventuelt justeres.

ID	Rapporteringspliktig styringsbudskap 2022	Vurdering
	<p>Foretaksmøtet viste til oppdrag om habilitering i oppdragsdokumentet i 2021 og videre til oppdragsdokumentet for 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene følge opp Riksrevisjonens rapport om helse- og omsorgstjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse. 	
4340	<p>Foretaksmøtet viste til samarbeidet mellom Samferdselsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet om Fyrtårnsprosjektet for å bedre kvaliteten på registrering av data etter trafikkskader, og å anvende dataene som kunnskapsgrunnlag for arbeidet med å forebygge personskader i trafikken. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • legge til rette for at de sju helseforetakene som deltar i Fyrtårnsprosjektet arbeider med å bedre kvaliteten på registrering av data etter trafikkskader. • bygge opp kompetanse i arbeidet med registreringen og sørge for erfaringsoverføring til de andre helseforetakene. 	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
4380	<p>De regionale helseforetakene bes om å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • forberede seg på en stor flyktningetilstrømming fra Ukraina, og i den forbindelse blant annet sikre stor nok kapasitet til tuberkulosescreening. • etablere en nasjonal og regional koordinering av mottak av medisinsk evakuerte pasienter fra Ukraina og sørge for behandling og oppfølging av disse pasientene. Omfanget skal løpende avklares med Helse- og omsorgsdepartementet. 	Mål/krav blir innfridd. Iverksatte tiltak fungerer.
1330	<p>Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderte pasienter i 2022 skal økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2021, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.</p>	Rapportering mangler pga. tall foreligger ikke.
1550	<p>Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.</p>	Rapportering mangler pga. tall foreligger ikke.

Referat

Møte:	Sentralt kvalitetsutvalg	Tilstede:	Ulrich Johannes Spreng, May Janne Botha Pedersen, Mette Lise Lindblad, Wesley Caple, Mette Wahlberg, Narve H. Furnes, Inger Meland Buene, Solveig R. Tørstad, Trine Olsen, Per-Erik Holo, Anne-Lene Egeland Arnesen, Hanne Elisabeth Wanvik Misund, Cecilie B. Løken, Asgeir Kvam, Eli Årnot, Gro Vik Knudsen, Anne Lise Kristensen, Hans-Christian Stoud Platou, Kirsten Hørthe, Janne Hjelm-Gabrielsen, Rune Kløvtvedt, Nina H.Kristiansen Gjester/gjesteforelesere: Bodil Barstein, Mette Myhrhaug, Anita Schjøth, Hanne K. Tindberg
Møtedato:	04.10.2022		
Tidspunkt:	09.00-10.30		
Sted:	Teams		
Møteleder:	Ulrich Spreng		
Referent:	Per-Erik Holo	Forfall:	Lisbeth Sommervill, Hanne Juritzen,

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
33/2022	Godkjenning av innkalling og referat v/fagdirektør Ulrich Spreng Godkjent.
Informasjon	
34/2022	Revisjon Drammen sykehus «Rask Responssystem (RRS): Bruk og etterlevelse av verktøyene NEWS, ONEWS, PEVS og ISBAR for vurdering av pasienters tilstand og reaksjon/respons på akutte situasjoner» v/Fagsjef medisin Gro Vik Knutsen, DS og spesialrådgiver Bodil Barstein, DS Presentasjon av funn (positive erfaringer, avvik og tiltak) mv. ved revisjon ved Drammen sykehus. Se vedlegg.
35/2022	Brukerundersøkelsen i VV - Hvordan skape positiv kultur for brukernes tilbakemelding? v/spesialrådgiver Solveig R. Tørstad og Per-Erik Holo Presentasjon av resultater etter 2. tertialt 2022. Informasjon om videreutvikling av undersøkelsen og behov for markedsføring av dagens løsning da denne fortsatt må benyttes frem til ny versjon som vil muliggjøre utsending via SMS foreligger. Se vedlegg.

36/2022	<p>Rask respons system (RRS) i VV - systemnivå v/medisinsk faglig rådgiver Asgeir Kvam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva kan RRS system bidra med for å møte utfordringene i klinikkene for å sikre trygge pasientforløp på systemnivå • Trender fra Team pasientsikkerhets kildeanalyser vedr. RSS <p>Se vedlegg.</p>
37/2022	<p>Presentasjon av funn etter gransking av pasientskader etter Global Trigger Tool (GTT) metodikk 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultater VV 2021 • Informasjon om kvalitetsstudie på GTT metodikk i regi av HDIR <p>v/medisinsk faglig rådgiver Asgeir Kvam</p> <p>Se vedlegg</p>
38/2022	<p>Referater og oversikter</p>

Referat

Møte:	Ungdomsrådet i Vestre Viken
Møtedato:	27.09.22
Tidspunkt:	1700-1900
Sted:	Grønland 32, Møterom Tyrifjord 1
Inviterte:	<p>Fra Ungdomsrådet: Andreas Rollheim Melby (digitalt), Ayse Iclal, Hanan Murad (digitalt), Silje Crosby, Kaja Borgersen (digitalt), Elenor Amalie Iversen</p> <p>Fra administrasjonen: Kurt Kleppe Josefsen Axel Simonsen (digitalt)</p> <p>Innledere Turi Nestegård, barnepoliklinikken (sak 51/22)</p> <p>Gjest Hedda Vågårøy</p> <p>Forfall Andrine Bøe Ebbestad</p>

Saksliste:

Agenda	
Saker	
45/22	<p>Referat fra UR møtet 31.08</p> <p>Vedtak: Godkjent</p>
46/22	<p>Oppfølging av møtet 31.08</p> <p>Fra diskusjonen: Ungdomsrådet er veldig fornøyd med møtet med AD og MD og ser frem til å ha regelmessig dialog med ledelsen.</p>
47/22	<p>Innkomet post</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risikovurdering av tilstedeværelse sosiale medier • Foreløpig protokoll BU • Ønske om brukerrepresentasjon

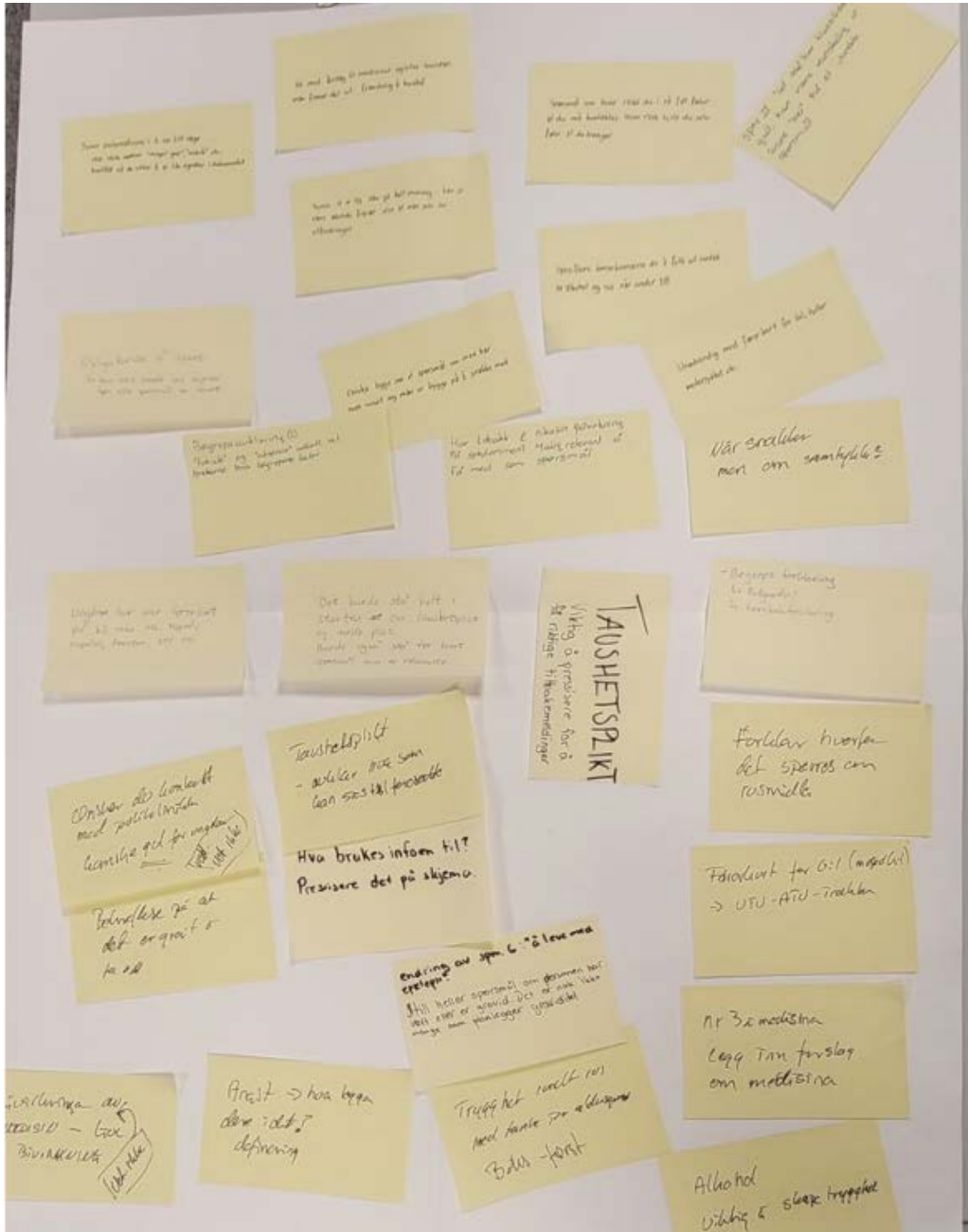
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 3. november og 1. desember. Eiendomsplan PHR. ○ Innlegg 10-30 minutter i FSU (fysisk møte 9. desember). Tema <i>Informasjon som treffer målgruppen.</i> ○ Deltakelse i arbeidsgruppe "Søsken som pårørende" ○ Kalibreringskonferanse om dialogbasert inntak mellom BUPA og kommunene. Representant i programkomite og planlegging i tillegg til innlegg på konferansen. Oppstart uke 43/44. <p>Vedtak: <i>Risikovurdering av tilstedeværelse sosiale medier</i> Sosiale medier er en viktig arena for å få tak i befolkningen og også ungdommen. Ungdomsrådet støtter seg på administrasjonens vurderinger og tenker ikke det er nødvendig med eget avsnitt i risikovurderingen.</p> <p><i>Foreløpig protokoll BU</i> Tas til orientering</p> <p><i>Ønske om brukerrepresentasjon 3.11 og 1.12. Eiendomsplan PHR.</i> Hanan og Kaja representerer UR 3. 11 og Ayse deltar 1.12</p> <p><i>Innlegg 10-30 minutter i FSU (fysisk møte 9. desember). Tema Informasjon som treffer målgruppen.</i> Silje og Kaja representerer UR i samlingen. Det forutsettes at det er mulig å gjennomføre innlegget før kl 1300.</p> <p><i>Deltakelse i arbeidsgruppe "Søsken som pårørende"</i> Ayse og Hanan representerer UR i arbeidsgruppen. Rådet ønsker å få tilsendt mandatet så snart som mulig.</p> <p><i>Kalibreringskonferanse om dialogbasert inntak mellom BUPA og kommunene.</i> Ungdomsrådet har dessverre ikke kapasitet til å delta på denne konferansen. Rådet ønsker gjerne å bidra inn i prosjektet dialogbasert inntak der det er relevant og ønskelig.</p>
48/22	<p>Nye retningslinjer Hva betyr de nye retningslinjene for oss?</p> <p>Vedtak: Ungdomsrådet mener at de nye retningslinjene i all hovedsak bør legges til grunn for revidert mandat for Ungdomsrådet i VV.</p> <p>Det er imidlertid noen utfordringer blant annet i forhold til hvor lenge ungdom kan sitte i rådet. Pr i dag foreligger det ikke annen avgrensning enn aldersgrensen. Dette bør være tilstrekkelig. En iverksettelse av grense for funksjonsperiode på seks år kan medføre at viktig kompetanse mistes. I motsetning til for brukerutvalget er rekruttering av ungdom et problem.</p>

49/22	<p>Konferanse i regi av FFO i 2023 Diskusjon og innspill til FFO. Ønsker vi en eller to samlinger/når/hvordan innhold, organisering og frekvens</p> <p>Vedtak: UR ønsker en samling for ungdomsrådene i Viken velkommen. Det burde holde med en samling i året. Samlingen bør være fredag-søndag. Det foreslås at det settes ned en programkomite med deltakere fra alle ungdomsrådene. Samlingen bør gjennomføres enten mars eller september/oktober og stedet må være et sted hvor det er god kollektivtrafikk. Aktuelle tema kan være: Bli kjent, sosialt samvær, hvordan være brukerrepresentant, hvordan medvirker, medvirkning via sosiale medier, hvordan nå frem med et budskap</p>								
50/22	<p>Status saker</p> <p>Handlingsplan</p> <ul style="list-style-type: none"> – Overganger – Ungdom på voksenavdeling – Første møte med spesialisthelsetjenesten – Ungdomssidene på www.vestreviken.no <p>Fra diskusjonen Det er ønskelig med mer involvering fra alle medlemmer i rådet for å nå målene. Vi ønsker å etablere en arbeidsgruppe for hvert av områdene som er definert i handlingsplanen med hver sin leder for å få litt mer fokus på arbeidet</p> <p>Arbeidsgruppene</p> <table border="1" data-bbox="336 1249 1216 1653"> <tr> <td>Overganger inkl revidering av retningslinjene</td> <td>Hanan (leder) Ayse Silje</td> </tr> <tr> <td>Ung på voksenavdeling</td> <td>Ayse (leder) Hanan</td> </tr> <tr> <td>Første møte med spesialisthelsetjenesten</td> <td>Elenor (leder) Kaja Silje</td> </tr> <tr> <td>Egne nettsider</td> <td>Silje (leder) Hanan Andreas</td> </tr> </table> <p>Kurt lager en mal for referat etc i disse arbeidsgruppene.</p>	Overganger inkl revidering av retningslinjene	Hanan (leder) Ayse Silje	Ung på voksenavdeling	Ayse (leder) Hanan	Første møte med spesialisthelsetjenesten	Elenor (leder) Kaja Silje	Egne nettsider	Silje (leder) Hanan Andreas
Overganger inkl revidering av retningslinjene	Hanan (leder) Ayse Silje								
Ung på voksenavdeling	Ayse (leder) Hanan								
Første møte med spesialisthelsetjenesten	Elenor (leder) Kaja Silje								
Egne nettsider	Silje (leder) Hanan Andreas								
51/22	<p>Workshop epilepsiprojektet Innledes og ledes av prosjektleder Turi Nestegård, Barnepoliklinikken. Fokus i dette møtet er på spørsmålene som ungdommene må svare på hjemmefra.</p> <p>Fra diskusjonen Ungdområdet hadde en workshop med formål å finne gode løsninger for ungdom i forhold til epilepsiprojekt. Resultat av workshopen er summert på gule lapper og overlevert prosjektleder.</p>								

52/22	<p>Møteplan 2022 - Ungdomsrådet 31. august, 21. september, (fellesmøte med BU 25. oktober) og 30. November.</p> <p>Fra diskusjonen Ungdomsrådet er bedt av BU om å komme med innspill på dagsorden på fellesmøtet i november. Ungdomsrådet ønsker at det i dette møtet blir informert om endringen i arbeidsform ved etablering av arbeidsgruppene. Det er også ønskelig med representasjon fra BUs medlemmer i disse gruppene og dette ønsker vi å diskutere. Ellers er det ønskelig å få en kort orientering om emner som BU mener er viktig.</p>
53/22	<p>Eventuelt</p> <p>Kontaktinformasjon Kurt sender ut oppdatert liste med telefonnumre og mail til alle.</p> <p>ID – kort Flere ønsker ID-kort. Dette for å kunne identifisere seg ved besøk ved representering av rådet blant annet på Blakstad og andre behandlingssteder. Kurt sjekker opp og legger en plan for utstedelse av kort.</p> <p>Parkering Det er ikke tilfredsstillende at det ikke er mulig å parkere ved møtelokalet. Dette er ikke inkluderende. På kveldstid står plassene uansett ledig, slik at det bør være mulig å få til en ordning hvor rådsmedlemmene kan benytte de ledige plassene. Spesielt for rullestolbrukere er det vanskelig å finne parkeringsplasser andre steder. I tillegg er det kanskje spesielt for ungdom ikke så lett å legge ut for parkering på flere hundre kroner for hvert møte. Dette må administrasjonen finne en løsning på.</p> <p>Årsplan Oppdatert årsplan følger vedlagt. Alle har ansvar for at egne aktiviteter blir lagt inn.</p>

Vedlegg

Sak 51/22 Gule lapper fra workshop.



Sak 53/22 Rullert årsplan

Det er viktig at alle gir tilbakemelding til Kurt om aktiviteter de er med på.

	Rådsmøter saker	Andre møter/representasjon
Januar	26. januar Utviklingsplan 2035 Nye retningslinjer/mandat Info om FACT ung Handlingsplan Årsrapport, diskusjon Team brukermedvirkning	
Mars	23. mars Valg av leder/nestleder Årsmelding, vedtak Arbeidsform Sosiale medier FACT Ung	
April	27. april Møte med avdelingssjefene Barnesporet Overganger – sjekklister og retningslinjer Valg av Kaja og Hanan til styringsgruppe FACT UNG	
Mai	22. mai Handlingsplan Erfaringer fra FFO samlingen Helgesamling VV Workshop kontinuerlig forbedring Innlegg introkurs nye helsefagarbeidere Digital hjemmeoppfølging - barn epilepsi Deltakelse møte ungdom med overvekt Ledersamling BUPA	Samling FFO 20.-22. mai Nesten alle deltok på samling på Scandic hotell, Asker i helgesamling for alle ungdomsråd i Viken. FACT Ung styringsgruppe Kaja og Hanan deltar i styringsgruppen 3.,4. og 5.mai
Juni	Ungdomshelse Workshop – egne sider for ungdom på www.vestreviken.no Faglig samarbeidsutvalg barn og unge Ny nettside for pårørende Leder og nestledersamling UR - Tromsø Nytt medlem i UR	Workshop KF 8. juni Ayse deltok fra UR i workshop om kontinuerlig forbedring Ledersamling BUPA 9. juni Silje deltok i samling for nivå 4 ledere i BUPA Overvekt barn/unge Ayse deltok på planleggingsmøte 14. Juni om tilbud for barn og ungdom med overvekt på BS

August	18. august Innlegg introduksjonsuke – nye helsefagarbeidere Helgesamling Status handlingsplan Elæringskurs sikkerhetsplan Planlegging av møte med AD 31. august Møte med AD og fagdirektør	Workshop elæring sikkerhet Silje: deltakelse workshop 19.08 elæringsprogram sikkerhet
September	21. september Workshop – digital hjemmeoppfølging barn med epilepsi - spørsmålskjema Nye retningslinjer Risikovurdering av å være på FB og Insta Eiendomsplan PHR Arbeidsgruppe “Søsken som pårørende” Innlegg FSU “Informasjon som treffer målgruppen” Kalibreringkonferanse om dialogbasert inntak mellom BUPA og kommunene. Representant til programkomite FFO konferanse UR 2023	Introkurs helsefagarbeidere 1.september Silje: presentasjon av UR FACT ung 13. og 14. Hanan og Kaja deltok i styringsgruppemøter FSU Barn og unge 16.9 Kaja og Silje deltok i utvalget
Oktober	25. oktober Felles møte med Brukerutvalget	
November	30. november Møte med avdelingssjefene	Eiendomsplan PHR Hanan og Kaja deltar i prosjektmøte 3.11
Desember		FSU Barn og unge 9.12 Kaja og Silje deltar FACT ung 6. og 7.12 Kaja og Hanan deltar på styringsgruppemøter Eiendomsplan PHR Ayse deltar i prosjektmøte 1.12

Årsplan for styret 2022
Ajourført pr 24.oktober 2022

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Styreutvalg 20. januar			
Mandag 31. januar Digitalt / Teams	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2021, inkludert risikovurdering, gevinstplan og IKT. 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Klinikk for intern service (KIS) Nytt sykehus Drammen Foreløpig årsresultat 2021 Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> Brukerutvalg 25. januar Styrets årsplan pr januar 	
16. februar – foretaksmøte i regi av HSØ			Oppdrag og bestilling (OBD) 2022
Mandag 28. februar Brakerøya, Drammen	<ul style="list-style-type: none"> Årlig melding 2021 Foretaksprotokoller 2021 – inkl. OBD 2022 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2022 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Drammen sykehus Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 10. februar SKU 1. februar HAMU 8. februar Brukerutvalg 22. februar Årsrapport 2021 for varslingsutvalget 	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> Styrets årsplan 	
Mandag 28. mars Fysisk – Drammen G 32	<ul style="list-style-type: none"> Årsberetning/årsregnskap 2021 Etiske retningslinjer 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2022 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> PHT Nytt sykehus Drammen ØLP 2023 -2026 Pasientombudenes årsmelding 2021 Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 10. mars Brukerutvalg 22. mars Styrets årsplan 	Eget møte mellom styret og revisor.
Styreutvalg 8. april			
25. april Fysisk – Drammen G 32	<ul style="list-style-type: none"> ØLP 2023 -2026 Revidert utviklingsplan 2035 Temasak Kompetanse og bemanning Ledelsens gjennomgang VVHF 2021 Styrende dokumenter for Vestre Viken Instruks for styret i Vestre Viken Instruks for AD i Vestre Viken 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr 31. Mars ARP-prosjektet Andre orienteringer <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> SKU referat 12. April (utgår) HAMU 5. april Brukerutvalg referat 19. april Styrets årsplan pr april 	
Styreutvalg			

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
9. mai utgår- erstattet 11. mai og 23. mai			
Mandag 30. mai Digitalt / Teams	<ul style="list-style-type: none"> Tertialrapport 1. tertial 2022 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr 30. April <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sikre pasientforløp - gevinster Nytt sykehus Drammen (notat) Klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD) Analyse Kongsberghendelsen og PHT <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> Årsrapport 2021 VVHF - endelig HAMU – 10. mai Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 27.-28. april SKU 3. mai Brukerutvalg 24. mai Styrets årsplan pr mai 	Forskning i VVHF
Styreutvalg 3. juni og 24. juni			
Mandag 20. juni Fysisk møte - Scandic	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet Styrets møteplan 2023 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2022 <p>Andre orienteringer:</p>	Styreseminar i etterkant av styremøte (kl. 14.00 – 18.00)

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Ambassadeur, Drammen		<ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen og reorganisering mottaksprosjekt NSD, Samlet Plan Helselogistikk-prosjektet Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> HAMU 7. juni Brukerutvalg 14. juni SKU 14. juni Styrets årsplan pr juni 	
Styreutvalg 16. og 22. august			
Mandag 29. august Digitalt / Teams (09.00 – 11.00)		<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. juli Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 23. juni og 25. august Brukerutvalg 23. august Styrets årsplan Tilleggsdokument Oppdrag og bestilling 2022 	
Styreutvalg 2, 9 og 14 september			
Mandag 26. september Fysisk – ved Drammen sykehus	<ul style="list-style-type: none"> Tertialrapport 2. tertial 2022 Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2023 Lønnsoppgjør 2022 for administrerende direktør 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Status nytt sykehus Drammen Referatsaker	Program styreseminar: Status økonomistyring i klinikkene

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Styreseminar 26. september		<ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 22. september HAMU 13. september SKU 6. september Brukerutvalg 20. september Styrets årsplan 	
Styreutvalg 26. og 27 oktober			
Mandag 31. oktober Digitalt / Teams Bærum sykehus, for de som ønsker å møte fysisk.	<ul style="list-style-type: none"> Medarbeiderundersøkelsen ForBedring i VVHF 2022 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr 30. september 2022 BRK-prosjektet Sårbare fagmiljøer og sykehus i nettverk Kvalitetsindikatorer <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bærum sykehus Nytt sykehus Drammen Budsjett 2023 <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra HSØ 21. oktober SKU 4. oktober Brukerutvalg 25. oktober Styrets årsplan 	Forskning i VVHF
Styreutvalg 11. og 14. november			
Mandag 28. november Fysisk – Kongsberg	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet Styrets årsplan 2023 Temasak ARP/Kompetanse og bemanning 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2021 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eiendomsplan PHR del 2 	Dialogmøte med Brukerutvalget.

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> • Innføring av internhusleieordning • Nytt sykehus Drammen • Budsjett 2023 • Fullmakter i VVHF • Kongsberg sykehus • Digital transformasjon <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ16.-17. november • HAMU 1. november • SKU 8. november • Brukerutvalg 22. november • Styrets årsplan 	<p>Evaluering av styrets arbeid.</p>
<p>Mandag 12. desember Fysisk- Drammen G32</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Budsjett og mål 2023 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 30. november 2022 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Reevaluering NSD – erfaringer fra nytt sykehus i Østfold <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 15. desember • HAMU 13. desember • SKU 6. desember • Brukerutvalg 13. desember • Styrets årsplan 	

Merk:

- Det tas forbehold om endringer i oversiktene basert på at aktuelle saker ikke har fastsatt møtetidspunkt eller det er oppstått forsinkelser.
- Fysisk møte kan også omgjøres til digitalt møte ved behov.

- Oppdatert årsplan for styret ligger som fast referatsak til styremøtene.

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 90/2022 Virksomhetsrapportering pr. 2 tertial 2022. Styret ber om å få informasjon i et senere styremøte om hvordan utviklingen av Fritt behandlingsvalg vil påvirke drift og kostnader for VVHF.	26.09.22	30.01.23	
Sak 90/2022 Virksomhetsrapportering pr. 2 tertial 2022. Det rapporteres om at risiko på både kort og lang sikt innen IKT området vurderes som høy, og leveranser fra Sykehuspartner går fra grønt til gult. Dette påvirker NSD direkte med hensyn til gevinstuttak. Styret stiller spørsmål til om risikoen er høyere. En beskrivelse av «Plan B» for NSD med bakgrunn i de forsinkede leveransene fremlegges ved neste tertialrapportering.	26.09.22	27.02.23	
Sak 79/2022 Eventuelt. Styreleder informerte om mottatt henvendelse vedr. Tilsettingssak. Saken er ikke avsluttet. Styreleder vil ha dialog med administrerende direktør i saken.	20.06.22		Dialog mellom styreleder og administrerende direktør er ivaretatt. Saken er avsluttet.
Sak 74/2022 Utbedring av foretakets varslingsordning. Varslingsutvalgets årsrapport fremlegges årlig for styret. Fra og med 2022 rapporteringen vil denne medfølges av en oversikt over antall og type varslingssaker. Styret vil også få fremlagt resultater av den oppfølgingen konsernrevisjonen har varslet i 2022.	20.06.22		
Sak 51/2022 Temasak ARP-programmet. Styret ber om statusoppdatering på ARP-programmet hvert halvår, og klinikkene bes om å informere om status i sitt arbeid med ARP-programmet når de har innlegg for styret.	25.04.22	28.11.22	Lagt i årsplanen

Sak 49/2022 Revidert utviklingsplan 2035. Styret ønsker å holdes orientert om viktige initiativer som VVHF tar som en følge av mål og tiltak i Utviklingsplanen, dette for å følge med på at "våre initiativ må henge sammen med UP".	25.04.22	Fort-løpende	Informeres under driftsorientering fra AD
Sak 25/2022 Investeringer og vedlikehold VVHF for 2022. Styret ønsker en statusoppdatering knyttet til BRK-prosjektet på egnet måte og ved passende anledning.	28.03.22	31.10.22	
Sak 116/2021 Eiendomsplan PHR del 1 – ramme for videre eiendomsutvikling. Styret ønsker å følge arbeidet i del 2 gjennom orienteringer i styremøter.	20.12.21	28.11.22	
Sak 119/ 2021 Reevaluering NSD –erfaringer fra nytt sykehus i Østfold Ny reevaluering legges frem for styret.	20.12.21	19.12.22	Lagt i årsplanen.
Sak 88/2021 Driftsorientering fra administrerende direktør. Styret får informasjon om tilsynsrapporten om Kongsberghendelsen når den foreligger.	25.10.21	28.03. 22	Informert under driftsorientering fra AD
57/2021 Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 31. mai 2021. Styret bør diskutere arbeidet med reduksjon av AML-brudd i 2022 og sette mål for dette arbeidet i foretaket.	21.06.21	12.12.22	Under avklaring.

Huskeliste 2023:

- Bærum sykehus (utsatt fra 20. Juni 2022)
- Revidering av Etske retningslinjer til styremøtet 27. Mars