 SYKEHUSET ØSTFOLD	Sluttrapport	Side: 1 / 30
Prosjektnr/-id: 19/08085	Dato: 29.02.20	

Funksjonsfordeling Moss - Kalnes

Utredning

Rapport

Utarbeidet etter innspill fra klinikkene og stab:

Helge Stene-Johansen	Leder av arbeidsgruppen
Heidi Lyngås	
Trond Smogeli	
Eirin Finnanger	
Tore Dag Olsen	
Anne Lene Ullerud	
Carina Brimsholm	

Innhold

1	<i>Innledning</i>	3
2	<i>Mandat for arbeidsgruppa</i>	3
3	<i>Historisk utvikling</i>	3
4	<i>Nåværende arealdisponering og mulighet for bedre utnyttelse i Moss</i>	6
4.1	Bygningsmasse Moss sykehus	6
4.2	Arealdisponering og muligheter per etasje	7
4.2.1	5. etasje – arealdisponering og muligheter	7
4.2.2	4. etasje – arealdisponering og muligheter	8
4.2.3	3. etasje – arealdisponering og muligheter	9
4.2.4	2. etasje – arealdisponering og muligheter	10
4.2.5	1. etasje – arealdisponering og muligheter	11
4.2.6	U.etasje – arealdisponering og muligheter.	12
4.2.7	Konklusjon, muligheter for bedre utnyttelse Moss	13
5	<i>Nåværende aktivitet for poliklinikk, dag-og døgnbehandling i Moss</i>	13
5.1	Faktatall 2019 for somatikk Moss	13
5.2	Faktatall 2019 for avdeling for rus- og avhengighetsbehandling Moss	14
6	<i>Fagområder som kan flytte til Moss</i>	15
6.1	Klinikk for kirurgi	15
6.2	Klinikk for medisin	16
6.3	Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	16
7	<i>Muligheter for utvidelse av sengekapasitet i Moss</i>	17
7.1	Konsekvenser ved opprettelse av to sengeposter i Moss	17
7.2	Konsekvenser for utvidelse av operative inngrep som mulighet for overføring av kirurgiske pasienter	20
7.3	Risikovurdering	21
8	<i>Muligheter for utvidelse av sengekapasitet på Kalnes</i>	23
8.1	Konsekvenser ved opprettelse av sengepost på Kalnes	24
9	<i>Mulighet for senger i strålebygg</i>	24
10	<i>Oppsummering</i>	26
	<i>Vedlegg</i>	27
	Vedlegg 1 Oversikt over innspill fra klinikk om evt flytting til Moss	28
	Vedlegg 2 Risikovurdering av opprettelse av to sengeposter på permanent basis i Moss	30

1 Innledning

Sykehuset Østfold HF (SØ) har siden innflytting i nytt sykehus på Kalnes november 2015 hatt økende kapasitetsutfordringer med høyt overbelegg og mangel på senger. Det ble august 2018 etablert eget kapasitetsprogram og en rekke tiltak er gjennomført. Det er kontinuerlig gjennomgang av pasientstrømmen i sykehuset med data i sanntid og økning av kompetanse innen pasientflyt. Det er søkt og fått innvilgelse av arbeidstilsynet om midlertidig tillatelse til å ha to pasienter på 47 ensengsrom og det er daglig oppfølging med kommunene for å overføre overliggere og utskrivningsklare pasienter. Kapasitetsprogrammet rapporterer ukentlig status i sykehusledermøtene.

Kapasitetsutfordringene i SØ har vært tema på flere oppfølgingsmøter med Helse Sør Øst (HSØ). På oppfølgingsmøte 31. oktober 2019 ble SØ bedt om å utrede mulighetene for å etablere flere senger i Moss, samt se på den totale utnyttelsen av Moss fordelt på døgn, dag- og poliklinisk aktivitet. Det ble etter vedtak i sykehusledermøte 26. november 2019 nedsatt en arbeidsgruppe med gitt mandat. Arbeidsgruppen har bestått av ledere fra klinikk, stab, foretakstillitsvalgte og vernetjenesten. Arbeidsgruppen leverte sluttrapport 28. februar 2020.

2 Mandat for arbeidsgruppa

Følgende mandat ble besluttet i sykehusledermøte 26.11.2019, sak 249-19:

- *Det etableres en arbeidsgruppe som skal kartlegge dagens utnyttelse og vurdere fremtidig bruk av arealer i Moss og funksjonsfordeling mellom Moss og Kalnes, både med hensyn til permanent døgnbehandling, poliklinikk og dagbehandling.*
- *Arbeidsgruppen gis følgende mandat:*
 - *Utrede muligheten for økt poliklinikk, dagbehandling og døgnbehandling for somatikk i Moss a. Gi en oversikt over nåværende poliklinisk, dag- og døgnbehandling aktivitet i Moss,*
 - *b. Gi en samlet oversikt over hvilke områder/pasientgrupper som kan overføres til poliklinisk behandling/dagbehandling i Moss eller andre lokalisasjoner. Oversikten må inneholde kriterier for funksjonsfordeling som tar hensyn til fag, medarbeiderperspektiv og arealbehov*
 - *Gi en oversikt over nåværende arealplan og muligheter for bedre utnyttelse/utvidelse*
 - *Utarbeide nødvendige risikovurderinger særlig med hensyn til opprettelse av senger på permanent basis i Moss*
- *Rapport leveres til administrerende direktør innen 28.02.2020.*

3 Historisk utvikling

HSØ godkjente i styresak 054-2009 konseptrapport for nytt østfoldsykehus med vedtak om videreføring til forprosjekt. Dimensjoneringen av sykehuset var basert på en to-strukturmodell med somatisk sykehusvirksomhet i Moss og på Kalnes. All sykehusvirksomhet innen psykisk helsevern skulle samles på Kalnes. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling døgn og poliklinikk skulle være i Moss. I revidert konseptrapport og hovedfunksjonsprogrammet (HFP) av 27. mai 2009 var det planlagt med to akuttmottak. Medisinsk akuttmottak for den nordre delen av Østfold skulle være i Moss og

resterende del av det medisinske mottaket og all akuttkirurgi på Kalnes. Nytt østfoldsykehus ble fremskrevet til 2020 og det ble benyttet lav befolkningsvekst og høy utnyttelsesgrad.

HSØ overførte eierskapet til utbyggingsprosjektet fra SØ til HSØ gjennom vedtak i styresak 054-2009, hvor HSØ også ble ansvarlig for gjennomføring av forprosjektet. Under gjennomføringen av forprosjektet ble det, av økonomiske årsaker, gjennomført en revisjon av funksjonsprogrammet. Revidert funksjonsprogram førte til en reduksjon på totalt 4 271 kvm netto på Kalnes og en overføring av 15 polikliniske rom fra Kalnes til Moss.

Forprosjektet for nytt østfoldsykehus ble godkjent 16. desember 2010 i HSØ styresak 090-2010. I forprosjektet ble det lagt inn følgende kapasiteter i nytt østfoldsykehus:

Funksjon	Forprosjekt		
	Kalnes	Moss	I alt
Senger	578	100	678
Ordinær somatikk	415	100	515
Ordinær psykiatri	108		108
Teknisk somatikk	43		43
Teknisk psykiatri	12		12
Poliklinikk	93	52	145
Dagplasser	64	49	113

Tabell 1. Kapasitet forprosjektet.

Første leveranse i nytt østfoldsykehus med vedtatt to-strukturmodell ble åpnet med ny dialyseavdeling i Moss november 2011 med 11 dagplasser.

SØ gjennomførte i 2011 en utredning om å samle akuttberedskapet i ett akuttmottak. Tidligere beslutningen om å beholde akuttmottaket i Moss ble reversert i forbindelse med de kostnadsreduksjonene som ble foretatt i arbeidet med forprosjektet (2010). Omlegging av akuttberedskapen var begrunnet i behovet for faglig bredde og robust fagmiljø for å sikre et helhetlig, likeverdig og kvalitativt godt spesialisthelsetilbud til befolkningen i Østfold (jf. SØ styresak 75-11).

Styret i HSØ ble i sak 037-2010 21 orientert om forslaget til premissendring. I saken beskrives følgende:

«Samle all øyeblikkelig hjelp til nytt sykehus på Kalnes, det vil si at det ikke etableres øyeblikkelig-hjelp funksjon på Moss sykehus som forutsatt i konseptrapporten. Faglig og driftsøkonomiske er dette vurdert å ha positive effekter, og prosessen er gjennomført i nær dialog med berørte kommuner og KS. I forhold til konseptet for nytt sykehus på Kalnes er det forutsatt at dette ikke skal medføre endringer i dimensjonering, kapasiteter eller løsningsvalg»

Utredningen ble godkjent i styret i SØ 12. desember 2011. Vedtaket førte til en reduksjon på 74 senger i Moss og en etablering av 44 nye medisinske senger i Fredrikstad. Det ble ikke økt tilsvarende antall senger på Kalnes. Samlingen av akuttberedskapen ble gjennomført i april 2012. Arealene i akuttmottaket på Kalnes ble ikke utvidet tilsvarende.

SØ etablerte i 2012 et pilotprosjekt for coloncancer-screening. Prosjektet ble lokalisert i Moss der det ble benyttet en halv sengepost etter at denne ble frigjort som følge av overføring av senger fra Moss til Fredrikstad. Prosjektet er senere blitt overført til ordinær drift,

Etter godkjenning ble det i 2012 etablert en ny plastikkirurgisk enhet i Moss. Denne ble etablert i en frigjort sengepost etter overføring av senger fra Moss til Fredrikstad. Plastikkirurgisk enhet i Moss har flerområdefunksjon.

I samsvar med godkjent forprosjekt ble det etablert en ny dagkirurgisk avdeling i Moss. Virksomheten ble overført fra Sarpsborg til Moss og åpnet i februar 2014. Pre-/postoperative funksjoner for dagkirurgisk avdeling benytter arealene etter tidligere akuttmottaket.

Øyeavdelingen ble overført fra Fredrikstad til Moss august 2014. Øyeavdelingen ble plassert i tidligere akuttmottak, intensiv og medisinsk overvåking i Moss etter omfattende ombygging.

I desember 2014 blir de siste poliklinikkene overført fra sykehuset i Sarpsborg til Moss etter at bygningsmassen ble solgt til Sarpsborg kommune.

Kapasitet i SØ etter endringer fra forprosjektet til dagens status:

Kalnes	Forprosjekt	Endringer	Korrigert	Dagens tall
Ordinære senger	415	-32 ¹⁾	383	383
Tekniske senger	41 ²⁾	+8 ³⁾	49	49
Poliklinikk	93	+7 ⁴⁾	100	100
Moss				Dagens tall
Ordinære senger	100	-74 ⁵⁾	26	18 (38) ⁶⁾
Poliklinikk	52	+17 ⁷⁾	69	73
SØ totalt				Dagens tall
Ordinære senger	515	-106	409	401 (421)
Tekniske senger	41	+8	49	49
Poliklinikk	145	24	169	173

Tabell 2. Endringer i kapasitet.

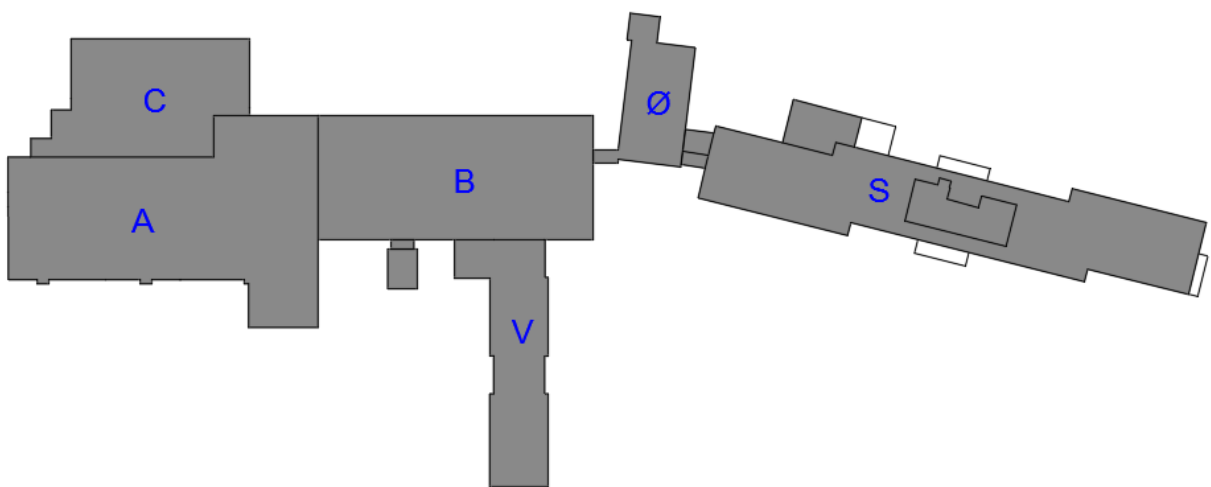
Merknader til tabellen over

1. Redusert for 7 senger ifm gruppe 0 (hotellsenger) til gruppe 1 rom, reduksjon 4 senger hotellstandard (36 til 32), 8 senger medisinsk overvåking overføres fra ordinære senger til tekniske senger, 1 rom øye (obs) og 1 rom akutt ØNH, 1 rom (obs) ombygd til kontor og kortidspost reduseres med 8 senger fra programmert 43 senger til tegnet 35 senger.
2. Redusert med 2 senger PO (fra 19 til 17).
3. Økt med 8 senger medisinsk overvåking.
4. Økt med 3 rom audiometri og 4 rom høresentral.
5. Reduksjon av senger i forbindelse med etablering av ett akuttmottak (SØ styresak 75-11).
6. 18 ordinære senger (10 ortopedi og 8 kirurgi). 20 senger avlastingsenhet i perioder.
7. Økning poliklinikk Moss ligger på screeningprosjekt gastro, økning i rom på øyeavdeling og etablering av ny plastikkirurgisk enhet.

4 Nåværende arealdisponering og mulighet for bedre utnyttelse i Moss

4.1 Bygningsmasse Moss sykehus

Sykehuset i Moss er en del av to-struktur-modellen. Akuttfunksjonene er på Kalnes og Moss inneholder planlagte aktiviteter. Bygningsmassen i Moss består av mange byggetrinn med ulik bygningsmessig standard og grad av tidligere oppgraderinger. Bygningsmassen har flere fløyer som har ulike antall etasjer og etasjeforskyvninger. Fløyene fordeler seg som vist i figur 1.



Figur 1: Fløyoversikt

Overordnet fordeler funksjoner seg i de forskjellige fløyene som vist i tabellen under. (Grå felt markerer at fløyene ikke har flere etasjer enn det er fylt inn tekst.)

Moss sykehus								
Etasje	Fløy A	Fløy B Nord	Fløy B Syd	Fløy C	Fløy S Nord	Fløy S Syd	Fløy V	Fløy Ø
U1	Operasjon+sterilsentral	Garderobertrenhold	Øyeavdelingen	Øyeavdelingen				Varemottak+forsyning
1.etg.	Poliklinikk+Bilddiagnostikk	Poliklinikk+vestibyle	Poliklinikk+vestibyle		Tekniske rom	Hovedkjøkken	Dialyse, blodbank+apotek	Teknisk avdeling+trening
2.etg.		Poliklinikk	Poliklinikk		Legevakta	Poliklinikk+Kantine		Sentralbord+kontorer
3.etg.		Operasjon+Postop.	Poliklinikk		BUPP-Poliklinikk	BUPP+legekontorer		Hvilerom+kontorer
4.etg.		Revma-Poliklinikk	Kirurgisk Sengepost		RUS-Poliklinikk	RUS-Sengepost		
5.etg.					RUS-Sengepost	RUS-Sengepost		

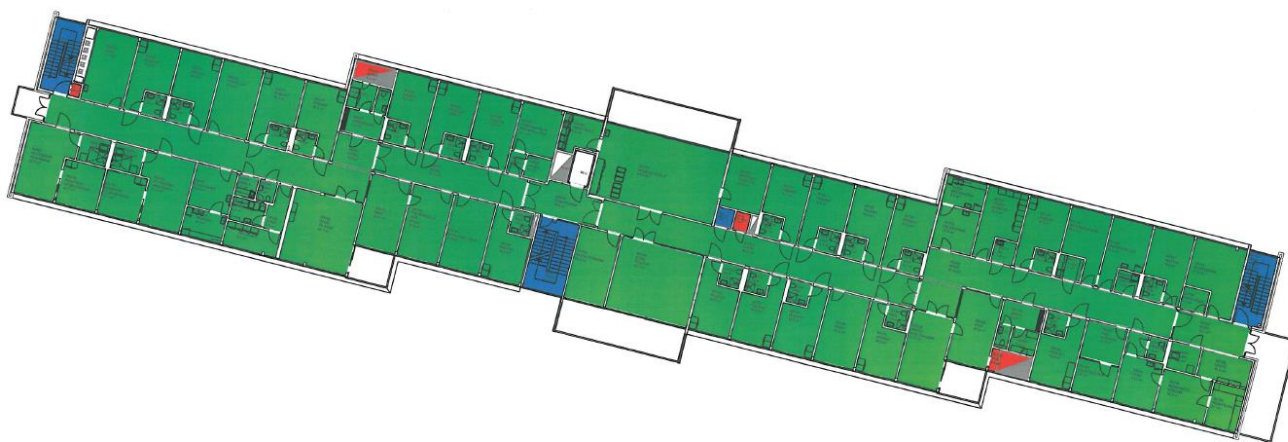
Tabell 3. Funksjonsfordeling.

Arealmessig er Moss godt utnyttet. Et mulig potensial for fortettinger og omdisponeringer ligger primært i utnyttelsesgraden innen poliklinisk aktivitet. Arealdisponeringen fordeler seg per etasje som vist på tegningene og beskrivelse under påfølgende underkapitler.

4.2 Arealdisponering og muligheter per etasje

4.2.1 5. etasje – arealdisponering og muligheter

Tegningsnavn: SØM-5.etg
Skrevet ut: 19.02.2020
Gruppert på Disponeres av
■ 293 - Teknisk avdeling
■ 509002 - Avrusning
■ 315 - Eiendomsavdelingen



Arealdisponering

Det er kun S-fløyen som har 5. etasje, jf. tabell 3.

S-fløyen består av en hovedinngang med eget midtparti som har adkomst og trapperom. Fra trapperommet er det adkomst inn til avdelinger på begge sider, definert som nord og syd i S-fløyen.

Hele 5. etasje er en sengepost for avrusning. Kapasiteten i denne etasjen er 18 sengerom og 2 skjermingsrom. I tillegg kommer tilhørende behandlingsrom og støtterom.

Muligheter for bedre utnyttelse

5. etasje er godt utnyttet, og det er ingen muligheter for å bedre utnyttelsesgraden.

4.2.2 4. etasje – arealdisponering og muligheter



Arealdisponering

Denne etasjen består av S-fløyen og B-fløyen, jf. tabell 3.

S-fløyen nord, inneholder poliklinikk for rusbehandling (TSB). S-fløyen syd, inneholder sengepost rusbehandling (seksjon for utredning).

Sengeposten har en kapasitet på 16 sengerom, hvor behandlingsrom og spiserom ligger utenfor arealene til selve sengeposten. Spiserom for pasienter ligger i S-fløyen nord som er i samme fløyen som TSB, og behandlingsrommene er plassert i 2. etasje. Ettersom mange sengerom er plassert innenfor et lite område, har avdelingen lite oppholdsrom og støtterom for pasienter og ansatte, og har over flere år slitt med arealutfordringer.

B-fløyen inneholder revma-poliklinikk mot nord og kirurgisk/ortopedisk sengepost mot syd.

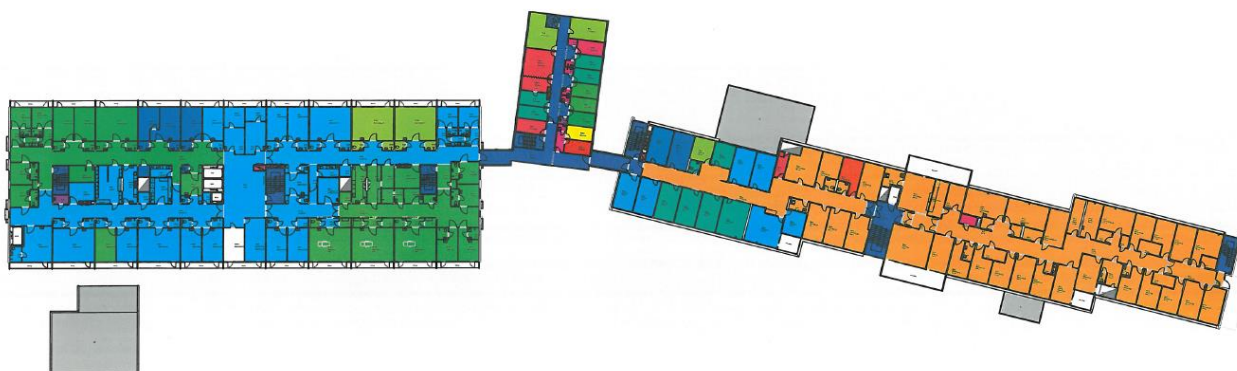
Sengeposten har en kapasitet på 29 senger som fordeler seg på 11 to-sengersrom og 7 enerom.

Muligheter for bedre utnyttelse

Mulighetsrommet for bedre utnyttelse av arealene, er å øke antall pasientbehandlinger per rom i poliklinikkene.

4.2.3 3. etasje – arealdisponering og muligheter

Tegningsnavn: SØM-3.etg
Skrevet ut: 20.02.2020
Gruppert på Disponeres av
453007 - Kvinneklunikens poliklinikker
508010 - BUPP Moss
449011 - Kirurgisk poliklinikkområde 11 Moss
455001 - Dagkirurgen Moss
315 - Eiendomsavdelingen
455002 - Anestesi, operasjon, postoperativ Moss
450005 - Ortopedisk sengepost Moss
290 - IKT avdelingen
443009 - Endokrinologisk Poliklinikk 10
443014 - Hjertemedisin Poliklinikk 6
447002 - Revmatologi Poliklinikk 12
Mossregionens Legevakt
452002 - Øye operasjon
293 - Teknisk avdeling
501002 - Lærings- og mestringssenteret
191000 - Analyseavdelingen
300 - Service og Sambruksområder
312 - Renhold



Arealdisponering

Denne etasjen består av S-fløyen, Ø-fløyen og B-fløyen, jf. tabell 3.

S-fløyen nord og deler av syd inneholder barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUPP). Resten av S-fløyen syd inneholder legearbeidsplasser og møterom. Ø-fløyen inneholder kontorer og hvilerom.

B-fløyen inneholder i hovedsak operasjonsavdeling og postoperativ, mot nord. Mot syd er det poliklinikker for kvinneklunikken, endokrinologi og kirurgi.

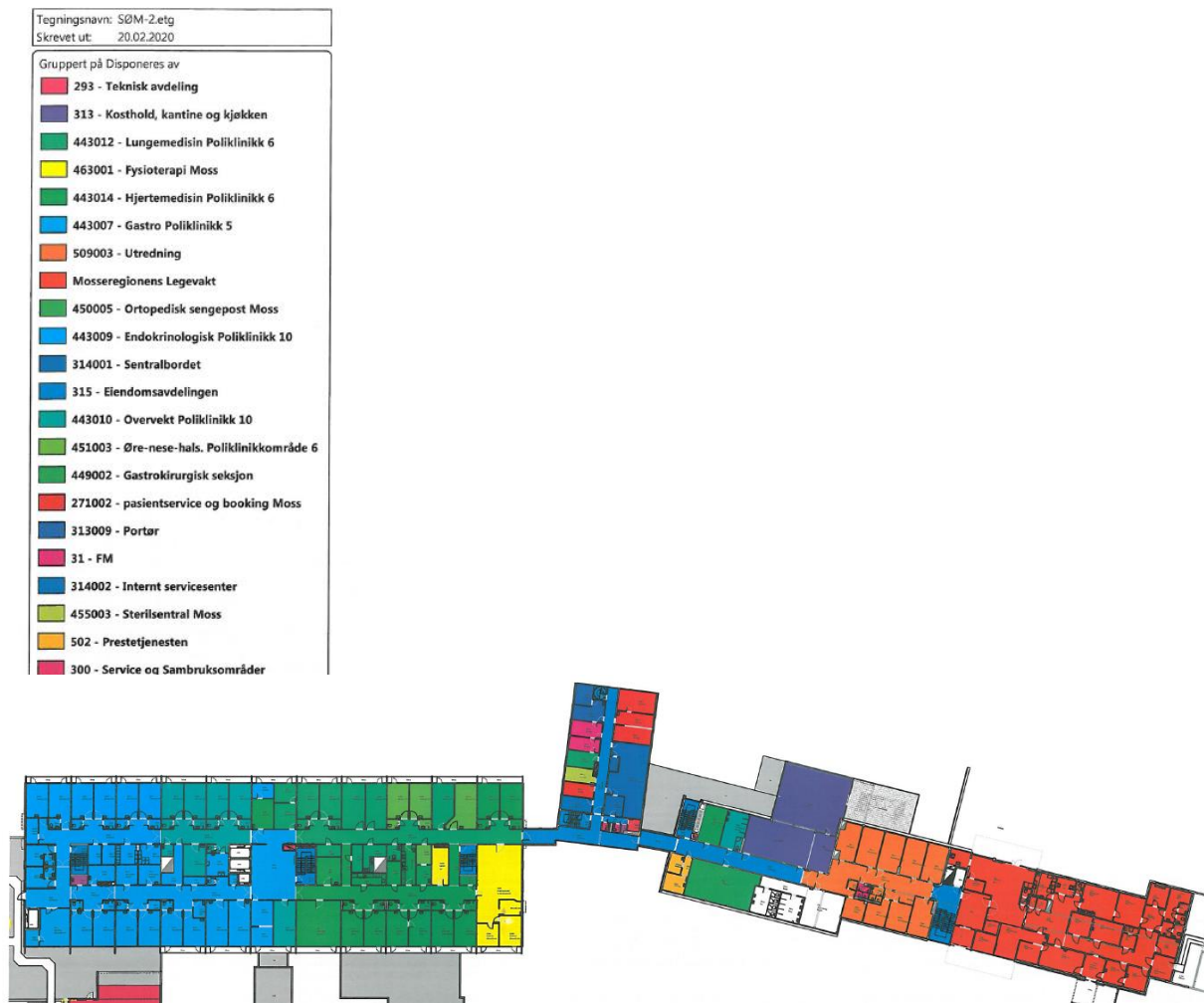
Muligheter for bedre utnyttelse

3. etasje er godt utnyttet arealmessig. Mulighetsrommet for bedre utnyttelse av arealene, er å øke antall pasientbehandlinger per rom i poliklinikkene.

B-fløyen: Det er 1 behandlingsrom som ligger i midtkjernen, som ikke er utnyttet.

Ø-fløyen: Det er mulig med en fortetting i kontorer og hvilerom.

4.2.4 2. etasje – arealdisponering og muligheter



Arealdisponering

Denne etasjen består av S-fløyen, Ø-fløyen og B-fløyen, jf. tabell 3. S-fløyen nord er utleid til Mossregionens legevakt. S-fløyen syd inneholder behandlingsrom og treningsrom tilhørende sengepost rusbehandling i 4. etasje, samt kantine og noen få kontorer. Tidligere garderobe i S-fløyen, bygges i disse dager om til 5 behandlingsrom som foreløpig ikke er disponert.

Ø-fløyen inneholder kontorer og sentralbordet for SØ.

B-fløyen nord inneholder poliklinikk, i hovedsak for hjerte og lunge, og treningsareal for fysioterapi.

B-fløyen syd inneholder poliklinikker for overvekt, endokrinologi og gastro,

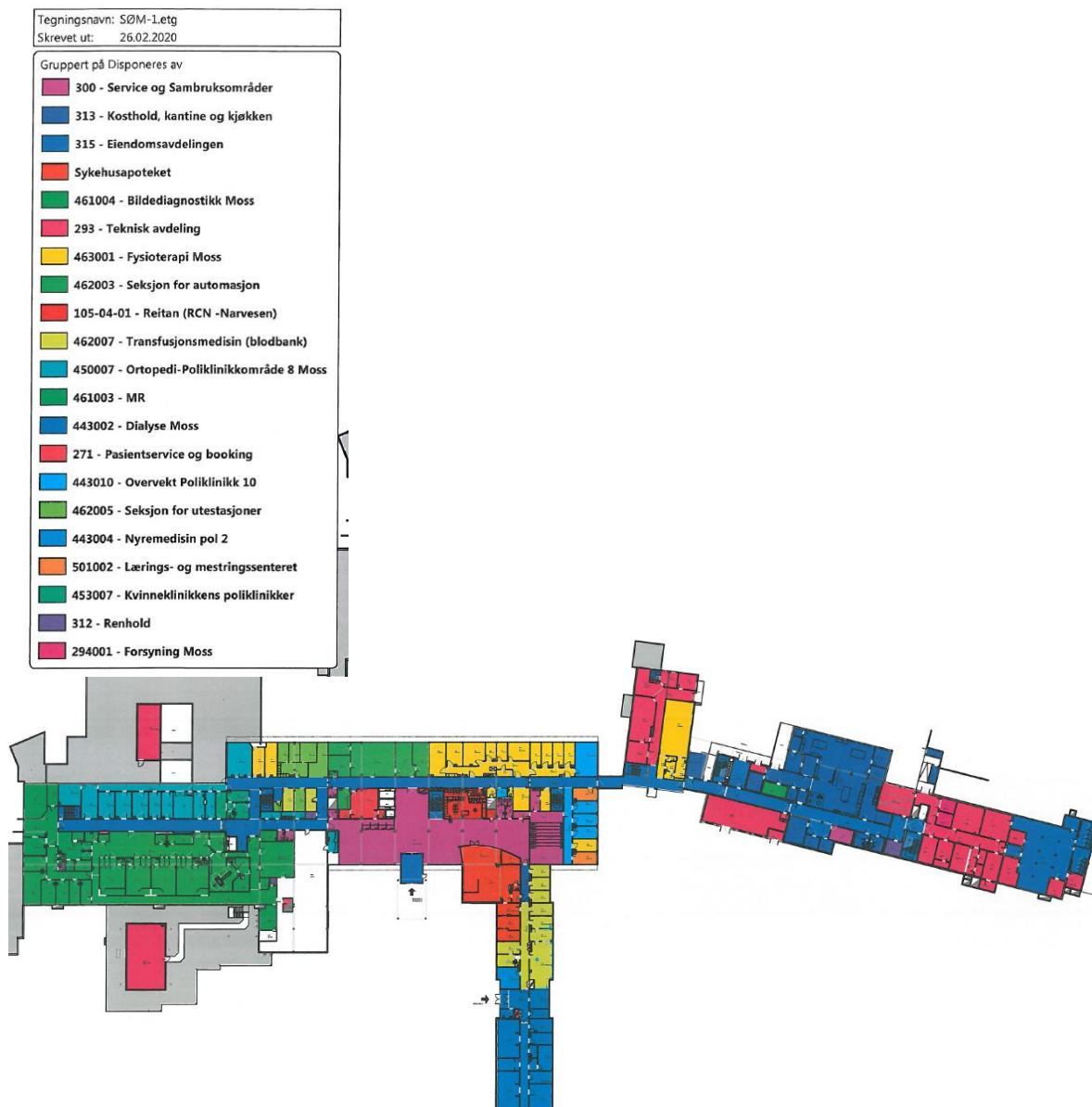
Muligheter for bedre utnyttelse

Rommene i 2. etasje er i sin helhet i aktiv bruk. Mulighetsrommet for bedre utnyttelse av arealene, er knyttet til å øke antall pasientbehandlinger per rom i poliklinikkene.

S-fløyen: Det bygges 5 nye behandlingsrom som foreløpig ikke er disponert, i tidligere garderobe.

Ø-fløyen: Det er mulig med en foretting i kontorer.

4.2.5 1. etasje – arealdisponering og muligheter



Arealdisponering

Denne etasjen består av S-fløyen, Ø-fløyen, B-fløyen A-fløyen og V-fløyen, jf. tabell 3.

S-fløyen inneholder i hovedsak sentralkjøkken og tekniske rom.

Ø-fløyen inneholder teknisk avdeling og treningshall for pasientbehandling.

B-fløyen inneholder vestibyle med service og støttefunksjoner, fysioterapi og poliklinikkrom.

A-fløyen inneholder poliklinikkrom, bildediagnostikk og arealer for fremtidig øyeinjeksjonsklinikk.

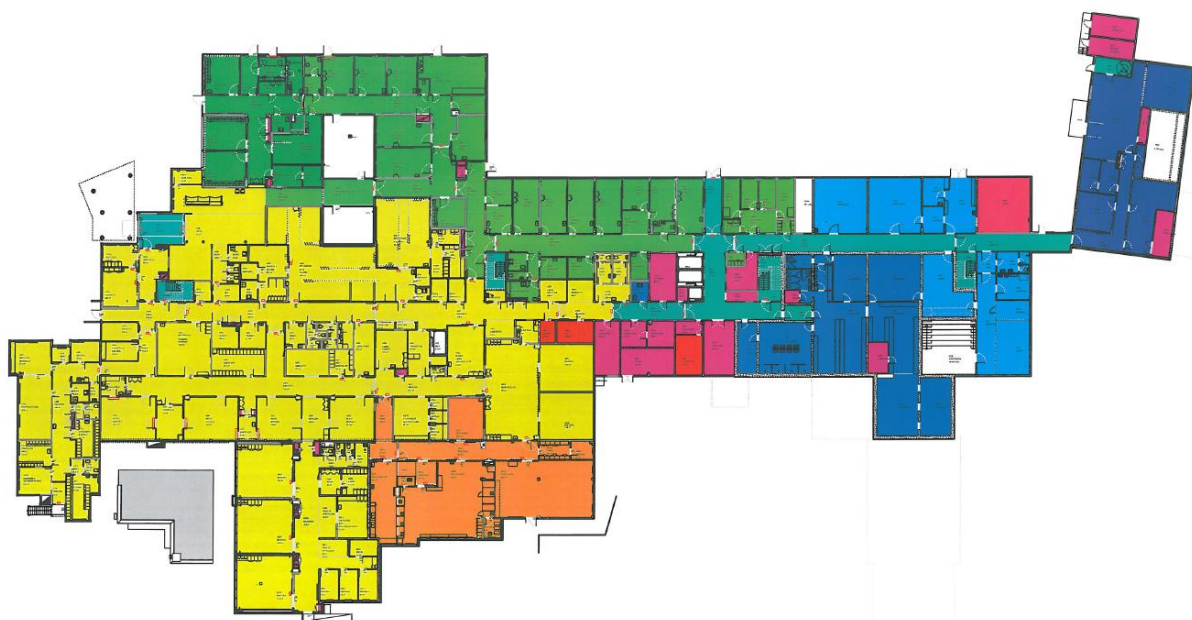
V-fløyen inneholder dialyse og blodbank (blodgivere).

Muligheter for bedre utnyttelse

Alle rom i 1. etasje er i aktiv bruk, bortsett fra tidligere arkivrom (disponert til ny injeksjonsklinikk, øye). Mulighetsrommet for bedre utnyttelse av arealene, er knyttet til å øke antall pasientbehandlinger per rom i poliklinikkene.

4.2.6 U.etasje – arealdisponering og muligheter

Tegningsnavn: SØM-U.etg
Skrevet ut: 21.02.2020
Gruppert på Disponeres av
■ 455001 - Dagkirurgen Moss
■ 455003 - Sterilsentral Moss
■ 294001 - Forsyning Moss
■ 300 - Service og Sambruksområder
■ 452003 - Øye poliklinikken
■ 315 - Eiendomsavdelingen
■ 452002 - Øye operasjon
■ 292 - Medisinsk teknologisk avdeling
■ 312 - Renhold
■ 293 - Teknisk avdeling
■ 290 - IKT avdelingen



Arealdisponering

Denne etasjen består av Ø-fløyen, B-fløyen og A-fløyen, jf. tabell 3.

Ø-fløyen inneholder varemottak, sentrallager og forsyning.

B-fløyen inneholder garderober, sengevaskeri og deler av øyepoliklinikken.

A-fløyen inneholder øyeavdelingen med poliklinikk og operasjon, sterilsentral, dagkirurgi med 9 operasjonsstuer og postoperativ/oppvåkning.

Muligheter for bedre utnyttelse

Alle rom i u.etasje er i aktiv bruk. Mulighetsrommet for bedre utnyttelse av arealene, er å øke antall pasientbehandlinger per rom i poliklinikkene.

For å øke operasjonsaktiviteten er det behov for utvidelse av postoperativ/oppvåkning.

Mulighetsrommet for å øke postoperativ kan være å omdisponere deler av ventesonene ved H-inngangen i u.etasje.

4.2.7 Konklusjon, muligheter for bedre utnyttelse Moss

Sykehuset i Moss er godt utnyttet arealmessig, og mulighetsrommet for bedre utnyttelse kan være å øke antall pasientbehandlinger. Ved ytterligere fortettinger og sambruk av rom, kan man frigi noen rom som vil ligge spredt i bygget. Dette vil kreve prosesser og endrede arbeidsrutiner i klinikkene.

Arealer hvor det tidligere var arkiv, er vedtatt omdisponert til øyeinjeksjonsklinikk. Denne ombyggingen vil øke kapasiteten for å ivareta nødvendig behov for øyeavdelingen.

5 Nåværende aktivitet for poliklinikk, dag- og døgnbehandling i Moss

5.1 Faktatall 2019 for somatikk Moss

Tabellen under viser oversikt over aktiviteten i Moss for poliklinikk, dag- og døgnbehandling innen somatikk.

Aktivitet i Moss	2018	2019	Økning
Dagbehandling	23887	24883	996
Døgnopphold	1809	1877	68
Polikliniske konsultasjoner	97796	101091	3295

Tabell 4. Nåværende somatisk aktivitet i Moss (tall hentet fra analyseavdelingen).

Som tabell 4 viser, har det vært økning i 2019 innen polikliniske konsultasjoner og dagbehandling sammenlignet med 2018-tall.

Tabellen under viser somatisk aktivitet fordelt på fagområder i Moss 2019.

Dagbehandling	Antall	Poliklinikk	Antall
SØM øye operasjon	9781	SØM Ortopedisk pol	12627
satelittdialyse Moss	4315	SØM øyepoliklinikk	10496
SØM Revmatologisk dagavdeling	2142	SØM Revma pol	8117
SØM ortopedisk dagkirurgi	1795	SØM hjertepoliklinikk	7722
SØM Dagkirurgi Moss 3	1420	SØM Overvekt pol	7425
SØM ØNH dagkirurgi	1155	SØM Fysioterapi Moss	7256
SØM Gyn dagkirurgi	1010	SØM plastikk kirurgisk poliklinikk	5977
SØM urologisk dagkirurgi	567	SØM gastrolab	5447
SØM Ortopedisk pol	528	SØM Søvnenheten	5244
SØM gastro dagkirurgi	361	SØM Nyrepoliklinikk	4318
SØM Lungepoliklinikk	277	SØM Gyn poliklinikk	4197
SØM Gyn poliklinikk	265	SØM diabetespoliklinikk	4044
SØM dagkirurgisk tannbehandling	214	SØM Endomkrin medpol	3290
SØM barn dagkirurgi	182	Øye foto	3127
SØM Gynekologisk poliklinikk med abort	157	SØM gastrokirurgisk poliklinikk	2492
SØM øye dagkirurgi	124	SØM Revma pol rygg	2092

SØM Kar/Thorax dagkirurgi	115	SØM Sårkirurgisk poliklinikk	1470
SØM Revma pol	97	SØM revma poliklinikk osteoporose	1144
colorectal cancer screening	87	SØM Uropol	936
SØM Endo dagkirurgi	57	SØM Lungepoliklinikk	855
SØM Dagkir anestesi	51	colorectal cancer screening	633
SØM hjertepoliklinikk	38	SØM ØNH poliklinikk	580
SØM Søvnheten	30	SØM Nyre	569
SØM Fysioterapi Moss	21	SØM stomi poliklinikk	526
SØM Plastikk dagkirurgi	17	SØM bariatrisk poliklinikk	333
SØM Nyrepoliklinikk	13	SØM Revmatologisk dagavdeling	85
SØM plastikk kirurgisk poliklinikk	13	SØM gastro dagkirurgi	32
SØM gastrokirurgisk poliklinikk	12	SØM Dagkir anestesi	12
SØM Overvekt pol	10	SØM Plastikk dagkirurgi	11
SØM diabetespoliklinikk	9	SØM Dagkirurgi Moss 3	10
SØM Endomkrin medpol	7	SØM Gyn dagkirurgi	7
SØM Sårkirurgisk poliklinikk	4	SØM ØNH dagkirurgi	6
SØM Nyre	3	SØM ortopedisk dagkirurgi	5
SØM Revma pol rygg	2	SØM øye operasjon	2
Øye foto	1	SØM urologisk dagkirurgi	2
SØM Uropol	1	SØM Gynekologisk poliklinikk med abort	1
SØM revma poliklinikk osteoporose	1	SØM Endo dagkirurgi	1
SØM gastrolab	1	Sum	101091
Sum	24883		

Tabell 5. Aktivitet for dag og poliklinikk fordelt på fagområder.

5.2 Faktatall 2019 for avdeling for rus- og avhengighetsbehandling Moss

Kilder:

- Polikliniske konsultasjoner hentet fra rapport [poliklinisk aktivitet TSB 2019](#)
- Rapport 6813 – antall henvisninger
- Rapport 6040 – antall innleggelser (med overliggere)
- Rapport 6705 – antall utskrivinger
- Rapport 5845 – aktivitetsrapport beleggspersent og antall liggedøgn
- Gjennomsnittlig liggetid hentet fra rapport [liggetid utvikling](#)

TSB Moss

Antall polikliniske konsultasjoner	7241
Antall henvisninger inn RUS	416
Antall henvisninger inn LAR	18

Tabell 6. Faktatall for TSB Moss.

Seksjon for avrusning

Antall sengeplasser	20
Antall henvisninger inn	508
Antall innleggelser	450
Antall utskrivninger	347
Beleggsprosent	77 %
Antall polikliniske konsultasjoner	49
Antall liggedøgn	5623
Gjennomsnittlig liggetid	13 døgn

Tabell 7. Faktatall for seksjon for avrusning.

Seksjon for utredning

Antall sengeplasser	15
Antall henvisninger inn	109
Antall innleggelser	36
Antall utskrivninger	118
Beleggsprosent	74 %
Antall polikliniske konsultasjoner	69
Antall liggedøgn	4046
Gjennomsnittlig liggetid	47 døgn

Tabell 8. Faktatall seksjon for utredning.

6 Fagområder som kan flytte til Moss

Klinikkene for kirurgi, medisin og psykisk helsevern og tverrfagligspesialisert rusbehandling ble bedt om å kartlegge hvilke pasienter/fagområder som ev. kunne flyttes fra Kalnes til Moss. Påfølgende underkapitler viser oppsummering av tilbakemeldinger.

6.1 Klinikk for kirurgi

Klinikk for kirurgi har gjennom flere år hatt et bevisst fokus på funksjonsfordeling mellom Moss og Kalnes. Fokus for operative inngrep har vært overgang «fra seng til stol til poliklinikk».

Klinikken har allerede en stor poliklinisk virksomhet i Moss. Det foregår også en del kveldsaktivitet, og en ev. utvidelse av denne kan vurderes.

Klinikk for kirurgi har ingen pasientgrupper i et pågående behandlingsforløp som kan overflyttes fra Kalnes til Moss. Det som fremkommer i tilbakemeldingen er at de kan flytte enkelte operasjoner til Moss. Pasientgrupper som kan egne seg er brystkreftoperasjoner eller operative inngrep i skjoldbruskkjertelen. Dette vil kunne friggi operative ressurser ved Kalnes til økt planlagt kirurgi (prostata) ved innkjøp av robot.

Operasjonsstuene i 3. et. i Moss kan utnyttes bedre, men det vil kreve økt postoperativ-areal, økt bemanning, ombygning av vaskerom og sterilforsyning. Se for øvrig kap 7.2.

6.2 Klinikk for medisin

Klinikk for medisin har i dag en stor dag- og poliklinisk aktivitet, men har ingen sengeposter i Moss. Alle fagområdene i klinikk for medisin har vurdert at kun utskrivningsklare pasienter kan overføres til Moss. Dette baserer seg på medisinsk-faglige vurderinger og erfaringer fra opprettelse av avlastningspost i Moss vinteren 2019.

Hvis det skal etableres sengepost for medisinske pasienter, som er i et behandlingsforløp og skal overflyttes i Moss, er de i behov at laboratoriet og bildediagnostikk må øke kapasiteten og etablere vaktordning.

Klinikk for medisin ser det som mer hensiktsmessig å flytte poliklinisk aktivitet til Moss. Se nærmere detaljer på hvilke fagområder i vedlegg 1. Se for øvrig kap 7.1.

6.3 Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

Pasienter som er innlagt på Kalnes har behov for spesialisert behandling (akuttmottak, sikkerhetsseksjoner, seksjoner for psykoseutredning- og behandling, affektive lidelser og alderspsykiatri). De fleste pasientene har også behov for en særlig beskyttelse for en kortere eller lengre periode, og en stor andel av disse pasientene innlegges på og behandles med utgangspunkt i tvangsparagrafer. Pasientene som «tåler» et lavere behandlingsnivå med hensyn til døgnbehandling behandles i DPS. Det er kun seksjonene på Kalnes som er hjemlet for bruk av tvang. Det er helsedirektoratet som gir slik hjemmel og den er basert på en lang rekke forutsetning som handler om alt fra rommessige forhold, infrastruktur, sikkerhetssystemer, legedekning 24/7, bemanningsfaktor mv.

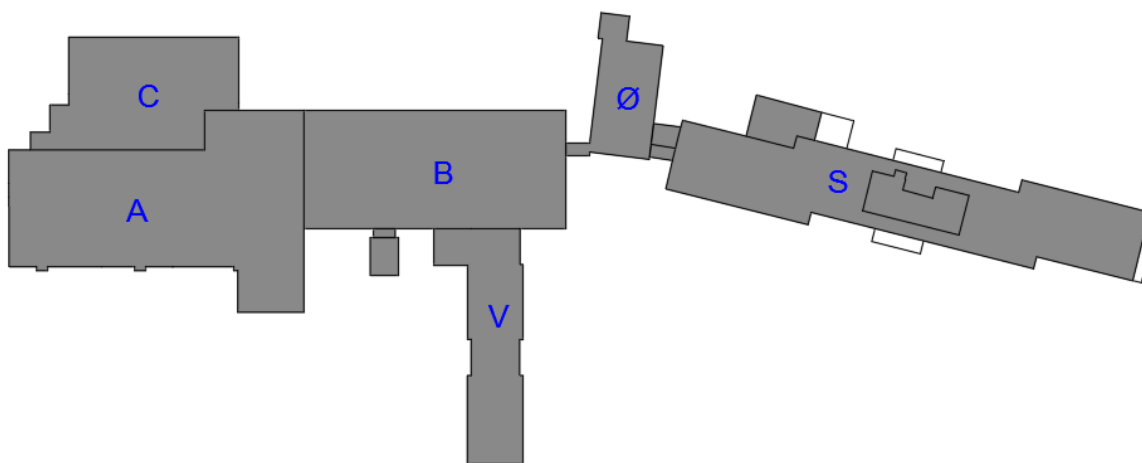
Poliklinisk behandling ivaretas hovedsakelig i DPS-ene. Den polikliniske virksomheten på Kalnes (som disponerer 2 rom) er svært liten og er tett integrert med de spesialiserte døgnseksjonene (henholdsvis alderspsykiatri og affektive lidelser), og ivaretar utredning og behandling som DPS-ene ikke har forutsetninger til. Legebemanningen i disse små poliklinikkene inngår dessuten i vaktberedskapen.

Oppsummert vil det si at ingen pasienter fra Kalnes kan flytte til Moss.

7 Muligheter for utvidelse av sengekapasitet i Moss

Opprettelse av to nye sengeområder, på til sammen 60 senger i Moss, vil være utfordrende med tanke på arealer. Det er i dag ingen disponible arealer for å etablere sengepostene.

Opprinnelige sengeposter i Moss var lokalisert i B-blokken i 2., 3. og 4.et. Det var to sengeposter i hver etasje med felles adkomst/ekspedisjonsområde i midtkjernen. Da det ble vedtatt å legge ned akuttfunksjonen i Moss, ble også sengepostene komprimert/flyttet til Fredrikstad, og arealene ble omdisponert til andre funksjoner. Det vil derfor være B-blokken som er best egnet til ev. opprettelse av sengeposter, med tanke på arealenes utforming med tidligere sengerom, bad og støttefunksjoner.



I dag benyttes disse arealene til dagbehandling og poliklinisk virksomhet. Ved en ev. omdisponering til sengeposter må flere av dagens aktiviteter flyttes til annet sted eller avvikles. Dette er ikke utredet i denne rapporten.

Ettersom det ikke er akuttfunksjoner (akuttmottak, overvåking og intensivavdeling) i Moss, vil pasientgrunnet være begrenset. Det vil si at Moss ikke vil kunne motta ø-hjelp-pasienter. Pasienter som allerede er i et behandlingsforløp, kan overføres fra Kalnes til Moss. Se for øvrig kapittel 7.3 Risikovurdering og vedlegg 2.

7.1 Konsekvenser ved opprettelse av to sengeposter i Moss

Dagbehandling og poliklinisk aktivitet må flyttes

Det er i dag poliklinisk virksomhet og dagbehandling i arealene som ev. omdisponeres til sengeposter i Moss. Dette innebærer at det må skaffes erstatningsareal til poliklinikk og dagbehandling (ca. 30-40 behandlingsrom). SØ har ikke disponibelt erstatningsareal til dette formålet og konsekvensen av dette kan føre til redusert poliklinisk tilbud, økte ventelister, fristbrudd og i verste fall mulig forverret sykdomsbilde for pasienten. I tillegg vil det føre til reduserte inntekter.

Arealutfordringer

Bygningsmassen i Moss består av mange byggetrinn med ulik bygningsmessig standard og grad av tidligere oppgraderinger. Etter samling av akuttberedskapen i april 2012, ble medisinske sengeposter flyttet fra Moss til Fredrikstad. Det skulle etableres nye virksomheter i B-blokken i Moss, blant annet flytting av flere funksjoner fra sykehuset i Sarpsborg.

4.et. B-blokk ble pusset opp og oppgradert til en sengepost for kirurgi/ortopedi/revma på den ene siden, og revma-poliklinikk på den andre siden.

Arealene etter sengepostene 2. og 3.et. B-blokk ble omdisponert til poliklinikker og dagbehandling. Arealene var planlagt oppgradert etter at ombyggingen i underetasjen til øye- og operasjonsavdelingen var sluttført. Ombyggingen i underetasjen ble imidlertid så kostnadskrevende at det ikke var økonomiske midler igjen til oppgradering arealene i 2. og 3.etg.

Poliklinikkene som i dag er i disse to etasjene i B-blokken, har derfor arealer av eldre standard som bærer preg av vedlikeholdsetterlep. Den største bygningsmessige utfordringen med å etablere sengeposter i Moss, er at arealene har gammel teknisk infrastruktur (fra ca. 1976). Dette gjelder blant annet el-anlegg, sykeromskanaler, pasientsignalanlegg, logistikksystemer- IKT, varslingsystemer.

Det er i ettertid gjort enkelte funksjonsendringer av rom for å tilpasses poliklinisk virksomhet. Dette innebærer at ved etablering av sengeposter må støtterom (desinfeksjonsrom, medisinrom, mv.) tilbakeføres.

Det er ikke mulig å tilbakeføre akuttmottak i Moss, da disse arealene er omdisponert til operasjonsstuer og øyeavdeling.

Ved økning av operasjonskapasiteten i Moss, må det gjøres noen omdisponeringer av areal, samt noen utvidelser, ombygginger og oppgraderinger.

Vaktlinjer og transport

Det er en forutsetning for opprettelse av sengeposter i Moss at det ikke skal opprettes akuttmottak. Pasientene må enten være overføringspasienter fra Kalnes eller elektive kirurgiske pasienter. Ved opprettelse av sengeposter i Moss, kreves det både medisinske og kirurgiske vaktlinjer. I tillegg må vaktlinjene for anestesi, senter for laboratoriemedisin og bildediagnostikk oppgraderes. Overføring av pasienter fra Kalnes vil i tillegg ha behov for et mottaksfunksjon i Moss og arealer til dette må eventuelt bygges om.

Pasienter må transporteres mellom Kalnes og Moss og det gir et økt transportbehov av ambulanse og hvite biler.

Rekruttering og bemanning av to sengeposter

En beregning viser at for å bemanne to sengeposter er det behov for totalt 99,5 årsverk.

Tabellen under viser fordeling av årsverk per sengepost.

SUM		49,75
Sykepleiere		27,18
Hjelpepleier		9,57
Sekretær		1,00
Seksjonsleder		1,00
Overlege		4,00
LIS		7,00

Tabell 9. Bemanning sengepost.

Dette utgjør totalt 85,2 mill. kroner for to sengeposter.

Erfaringer viser at det er vanskelig å rekruttere spesialister til Moss. SØ har allerede i dag rekrutteringsproblemer. Det er gjort erfaringer etter drift av avlastningspost i Moss og det er vanskelig å skaffe kvalifisert personell. Det vil i tillegg bli mer utfordrende å få nødvendig tilsyn fra spesialister fra andre fagområder på grunn av manglende fleksibilitet i bruken av fagpersonell når det er fysisk avstand mellom Kalnes og Moss.

FM-tjenester og legemidler

FM-tjenester med portør, servicemedarbeider, mat og renhold vil ha behov for ekstra ressurser. Det vil også bli ekstra kostnader til tøy 375 000 kroner (flatt og personell tøy) og ekstra kostander til forbruksvarer som er anslått til ca. 2,3 mill. kroner (avhengig av type behandling som skal utføres).

I tillegg er det nødvendig med andre tjenester fra sykehusapoteket, som i dag har en liten filial i Moss.

Senter for laboratorietjenester

Laboratoriet i Moss er betjent fra kl. 07:30-20:00 mandag til fredag. Lørdag og søndag er laboratoriet stengt. For å betjene 2 sengeposter må laboratoriet over på 24/7-turnus. Det vil være nødvendig med 12-delt turnus og minst 6 nye stillinger. I tillegg er det behov for nytt utstyr, og nåværende lokaler er ikke store nok. Desentralisert prøvetaking må utvides til også å gjelde Moss. I tillegg vil det være behov for flere blodbanktjenester og lukket blodbanksløyfe.

Det vil også være behov for registrering og behandling av prøvematerialet. For eksempel automasjonsløsning med ankomst-registrering av prøverør og for klinisk kjemi, immunkjemi, hematologi og koagulasjon.

Bilddiagnostikk

Bilddiagnostikk har behov for å oppbemanne med overlege til stede 07.30-20.00 og bakvakt for tilkalling i tidsrommet 20.00-07.30. Det vil også være behov for å dekke basale intervensjonsprosedyrer. Dette genererer isolert sett 2,58 årsverk pluss vaktlønn. Det må avklares hvordan denne vekten skal fordeles da det per i dag ikke er noen overleger som ikke går i vakt. Dette betyr at man enten må ansette minst 6 overleger for å dekke vekten eller omarbeide vaktplanene og øke vaktbelastningen til en gruppe overleger.

I tillegg er det behov for radiografoppbemanning som vil koste 4,7 mill. kroner samt helligdagstillegg.

Moss har per nå ikke mobilt røntgenapparat, noe som er nødvendig om man skal ta undersøkelser på stue. Dette utstyret koster ca. 1,5 mill. kroner.

Oppsummert er driftskostnadene 13,4-14,4 mill. kroner/år + ev. investeringskostnader på utstyr.

Manglende egnede pasientgrupper

Erfaring fra tidligere etablering av avlastningsenhet i Moss viste at det var vanskelig å selektere pasienter som kunne flyttes til Moss. Dette førte til at kapasiteten i Moss ikke ble utnyttet, og det var fortsatt overbelegg på Kalnes. Det var i tillegg vanskelig å bemanne enheten med nok kvalifisert personell.

Medarbeiderne opplevde økt administrativt arbeid ved overflyttingen når pasientene allikevel kun hadde en dag før utskrivning. Erfaring viser at det blir ca. 1-2 døgn ekstra liggetid ved overføringer, og økt gjennomsnittlig liggetid øker sengebehovet. Noen av pasientene måtte på grunn av forverret helsetilstand flyttes tilbake til Kalnes, da det ikke var tilfredsstillende akuttberedskap i Moss.

7.2 Konsekvenser for utvidelse av operative inngrep som mulighet for overføring av kirurgiske pasienter

Klinikk for kirurgi kan overføre pasienter til operative inngrep til Moss. Økt operativ virksomhet i Moss vil det gi følgende behov:

- 6-8 flere oppvåkingsplasser i underetasjen.
- Større areal for å ivareta retningslinjer for smittevern.
- Utøkning av støtteareal til lager og arbeidsplasser.
- Utøkning av operativ virksomhet i 3. etasje er mulig med 6 team per uke.
 - Dagens virksomhet må tildeles annet areal – operativ virksomhet uten narkose.
 - Utøkning av mottaks- og overvåkingsareal.
 - Økt bemanning.
 - Ombygging av skyllerom.
 - MTU – til ny aktivitet.
 - Utøkning av noen senger i eksisterende sengepost «Moss 4».
 - Inkludering av den 3. operasjonsstue i operasjonsavdelingen i 3. etasje ligger i dag utenfor lukket operativ sone.

Behov for økt bistand fra sterilsentralen

Det vil være behov for lengre åpningstid og økt antall årsverk (1-2) på sterilmforsyning. Per i dag er sterilmforsyning åpent til kl. 22:00.

Det er ingen bygningsmessige utvidelsesmuligheter i sterilsentralen i underetasjen, og vaskekapasiteten er sprengt.

For å imøtekomme økt aktivitet og større utnyttelse av operasjonsvirksomheten i 3. etasje må skyllerommet oppgraderes til et vaskerom kun for sterilforsyning/operasjonsavdelingen. Da vil det kreve ombygging og innkjøp av utstyr. Det vil si innkjøp av to stk. gjennomgående vaskemaskiner til en pris av 450 000 - 500 000 kroner per stykk, med sporingsystem på instrumenter/prosesser i T.Doc. I tillegg må det etableres lokalt opplegg for RO-vann til vaskeprosessen anslått til ca. 100 000 kroner. Instrumentlager i 3. etasje må oppgraderes for styring av temperatur, luftfuktighet og ventilasjon iht. til forskrift om smittevern til sterilt lager.

7.3 Risikovurdering

Risikovurdering for opprettelse av somatiske senger på permanent basis i Moss ble gjennomført 18.02.2020. Den ble gjennomført i samarbeid med staber, foretakstillitsvalgte og verneombud. Klinikken hadde allerede gitt innspill om risikområder i et tidligere møte. Risikovurderingen ble i etterkant sendt på høring til deltagere i risikomøtet og til sykehusledelsen.

Forutsetning for risikovurderingen er at det ikke skal opprettes akuttmottak i Moss. Pasientene må overføres fra Kalnes eller være elektive pasienter. Målet med risikovurderingen var å avdekke risikofaktorer knyttet til opprettelse av 60 permanente senger (to sengeposter) i Moss.

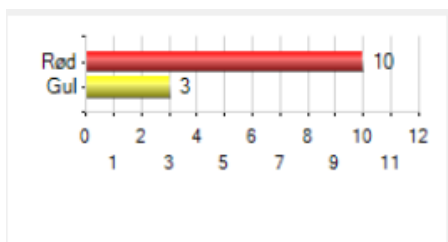
Følgende risikomomenter ble vurdert:

Risikomomenter	SbF	SbE	S	P	A	R	YM	Ø	O	T
1 Manglende plass for dagens eksisterende virksomhet			5	3	3			5	2	4
2 Manglende oppgradering av bygningsmasse og teknisk infrastruktur til sengeområde			5					5		
3 Oppgradering av bygningsmasse til operasjon, oppvåkning og sterilsentral			5					5		
4 Manglende kvalifisert personell til drift			4			5		6		
5 Manglende vaktlinjer for drift 24/7			5					4		
6 Økt behov for lab tjenester			5					4		
7 Økt behov for bildediagnostikk			4	2				4		
8 Økt behov for øvrige støttefunksjoner			5					4		
9 Manglende akutfunksjoner			5	4	2			6		
10 Manglende mottak for pasienter.			3	2				3		
11 Fare for økt liggetid			3	2				3		
12 Få egnede pasientgrupper			5	2	2					
13 Økt transportbehov			4	2	2		2	4		

Tabell 10. Risikomomenter.

For fullstendig risikovurdering, se vedlegg 2.

I risikovurderingen som ble gjennomført ble 10 av risikoene røde og tre gule.



Figur. Oppsummering av skåringen av risikomomentene.

Kun de risikoene som er røde er oppsummert under.

- For *pasientene* er det vurdert at det som har høyest risiko er «*manglende plass for eksisterende virksomhet*» og at det er *manglende akuttberedskap i Moss*. Konsekvensen er satt til moderat og det kan eventuelt føre til følgende konsekvenser: Økte ventelister og fristbrudd. Det kan ta lengre tid før pasienten får nødvendig behandling og pasientens tilstand kan eventuelt forverres. Ved et forverret sykdomsbilde må pasienten fraktes til Kalnes.
- For *ansatte* er det vurdert at det som har høyest risiko er «*manglende plass for eksisterende virksomhet*». Konsekvensen er satt til moderat og det kan eventuelt føre til frustrasjon, uro i arbeidsmiljøet, usikkerhet om arbeidssted og eventuelt lengre reisevei. Det kan bli økt arbeidsbelastning og økt turn-over på enkelte avdelinger.
- For *ressurser* er det *manglende kvalifisert personell til drift* som er den høyeste risikoen og konsekvensen er vurdert som svært alvorlig da situasjonen kan kreve mobilisering av ressurser fra andre enheter.
- For *tjenesteproduksjonen* er det vurdert at det som har høyest risiko er *manglende plass for eksisterende virksomhet*. Konsekvensen er vurdert som alvorlig og at produksjonen settes ut av drift for lengre tid og at andre produksjonslinjer rammes midlertidig.
- For *økonomi* er det vurdert at det er fem områder som er satt til svært alvorlig risiko. Dette tilsvarer at konsekvensen er anslått til å koste mer enn 10 mill. kroner. Dette gjelder:
 - «*Manglende plass for eksisterende virksomhet*»
 - «*Manglende oppgradering av bygningsmasse og teknisk infrastruktur til sengeområde*»
 - «*Oppgradering av bygningsmasse til operasjon, oppvåkning og sterilsentral*»
 - «*Manglende kvalifisert personell til drift*»
 - «*Manglende akuttfunksjoner*»

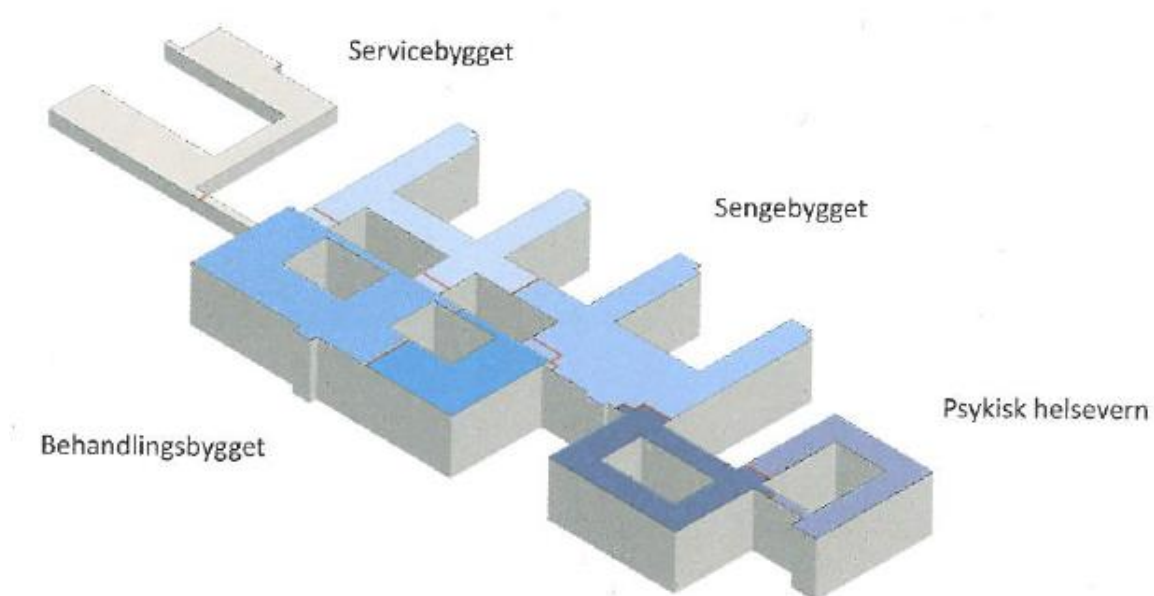
Fem områder innen *økonomi* er kategorisert til alvorlig risiko. Dette tilsvarer at konsekvensen er anslått å koste mellom 1 og 10 mill. kroner. Dette gjelder:

- «*Manglende vaktlinjer for drift 24/7*»
- «*Økt behov for lab tjenester*»
- «*Økt behov for bildediagnostikk*»
- «*Økt behov for øvrige støttefunksjoner*»
- «*Økt transportbehov*»

8 Muligheter for utvidelse av sengekapasitet på Kalnes

Utvidelse av sengekapasitet på Kalnes med 20-25 senger krever omdisponering av eksisterende areal. Ved omdisponering av arealer for å etablere en sengepost, må man se på hvilket område som er best egnet. Dette gjelder både med tanke på infrastruktur og logistikk.

Det anbefales derfor å vurdere arealer i sengebygget som kan omdisponeres til sengepost. Dette fordi sengebygget har en utforming som er best tilpasset en sengepost og infrastruktur og logistikk som er mer tilrettelagt.



Figur 2: Byggoversikt Kalnes

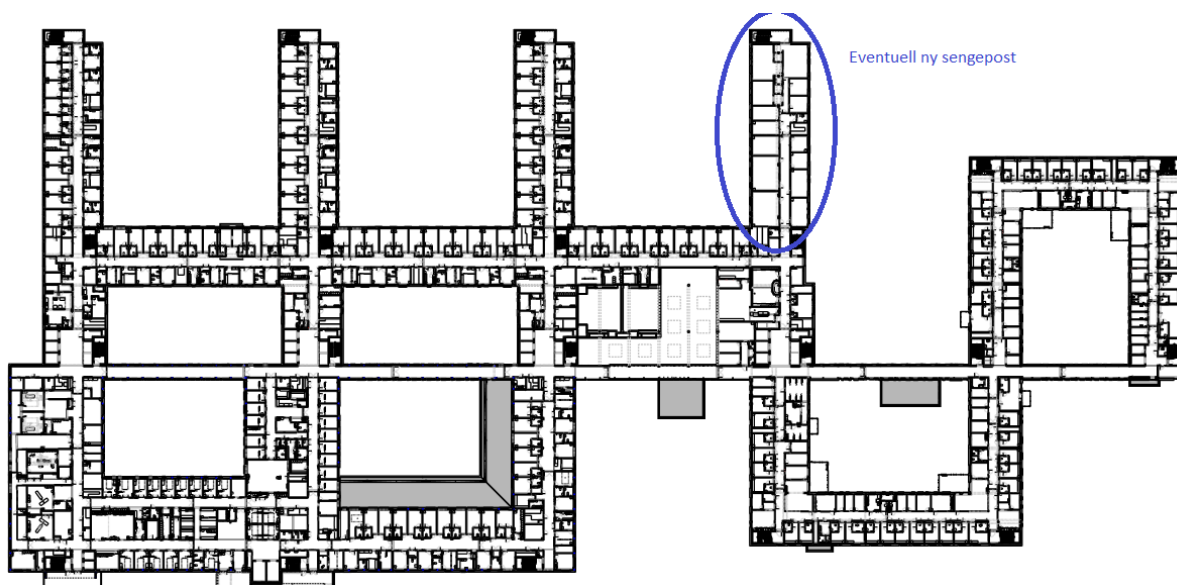
Ved omdisponering av arealer til sengepost bør man tenke noe langsiktig ved valg av arealer. Funksjoner som må flyttes på for å etablere sengepost bør helst ikke være pasientbehandling eller poliklinikker som SØ ønsker fortsatt skal ha virksomheten lokalisert på Kalnes.

Sengebygget blokk B, har i dag sengepost kun i 3. etasje (kreftavdelingen).

Underetasjen blokk B, inneholder legearbeidsplasser, møterom og fysioterapiavdelingen. Denne etasjen har noe utfordring med tanke på logistikk for en sengepost.

1. etasje blokk B inneholder kantine og møterom. Dette arealet egner seg ikke som sengepost da logistikk med sengetransport, mat mv. må transporteres gjennom vestibyleområdet.
2. etasje blokk B inneholder legearbeidsplasser og møterom. Dette arealet ligger i umiddelbar nærhet til øvrige sengeposter. Infrastruktur og logistikk er derfor bedre tilrettelagt (se figur 3).

Hvis det skal vurderes videre å etablere en sengepost innenfor eksisterende bygningsmasse på Kalnes, anbefales det å se nærmere på muligheten for å omdisponere 2.etasje som aktuelt areal for omdisponering til sengepost.



Figur 3: Eventuell ny sengepost i 2. etasje.

Dette krever en ombygging av arealene til sengerom med bad, og tilhørende støttefunksjoner. Teknisk infrastruktur må på plass og funksjoner som benytter arealene i dag må flyttes til annet areal.

8.1 Konsekvenser ved opprettelse av sengepost på Kalnes

Ved omdisponering til sengepost kreves det en ombygging av eksisterende arealer, med blant annet sengerom, bad, og tilhørende støttefunksjoner. Teknisk infrastruktur må på plass og funksjoner som benytter arealene i dag må flyttes til annet areal.

Ved omdisponering av 2. etasje B-fløy til sengepost, må det finnes erstatningsareal for arbeidsplasser og møterom. Arbeidsplasser til leger som må ha tilhørighet inne på Kalnes må prioriteres foran arbeidsplasser for andre administrative funksjoner.

Alternativ plassering for administrative funksjoner som kan flyttes ut av Kalnes, kan ses på i fase II, kontorarbeidsplasser. Det er gjort et vedtak om å leie lokaler som bygges på nabotomten ved riggområdet, hvor bl.a. behovet for administrative funksjoner som i dag er på Tuneteknikeren skal dekket (fase I). Disse lokalene ligger i gangavstand fra Kalnes og er planlagt innflyttingsklare i løpet av 2021.

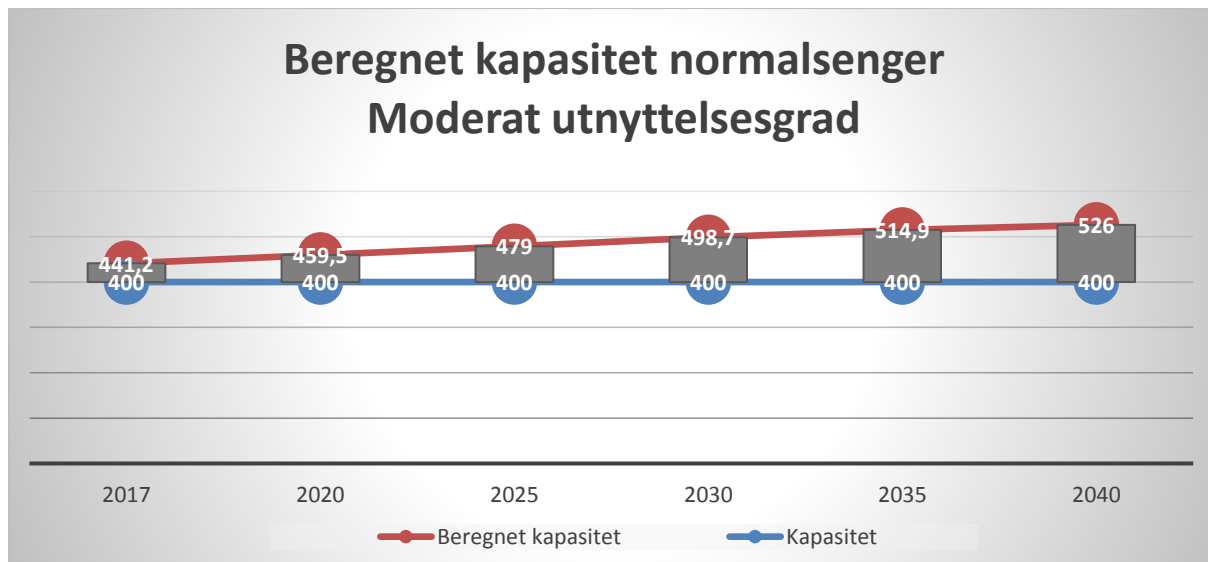
I fase II, kontorarbeidsplasser, skal det vurderes om det er administrative funksjoner som kan flyttes ut fra Kalnes, for å frigjøre areal til pasientbehandling og støttefunksjoner.

9 Mulighet for senger i strålebygg

HSØ besluttet i styresak 030-2016 å etablere stråleterapienheter i sykehusområder som ikke har eget strålebehandlingstilbud i dag. I styresaken fremkommer det at det regionale brukerutvalget (sak 152-2015) ser viktigheten av at nye stråleenheter legges til et robust fagmiljø hvor kreftbehandlingen er samlet.

SØ må ha tilstrekkelig kapasitet både for å ivareta den generelle veksten i behov for somatiske døgnplasser og veksten som kommer som følge oppgave- og funksjonsfordeling innen kreftbehandlingen. Det vil være formålstjenlig å se disse i et samlet prosjekt. Et fremtidig kreftsentersammen med et somatikkbygg vil gi et helhetlig utviklingsprosjekt som sikrer god pasientbehandling, tilstrekkelig kapasitet og gode pasientforløp.

Framskrivningen mot 2040 viser følgende behov for økt somatisk døgnkapasitet:



(Beregnet av Sykehusbygg sept. 2019)

I følge framskrivningen skulle den somatiske døgnkapasiteten vært 60 senger mer enn det SØ disponerer i dag og videre 100 senger mer i 2030 enn dagens kapasitet.

I tillegg vil det komme økt behov for senger pga. økt aktivitet innen kreftbehandlingen.

Som følge av den utfordrende situasjonen knyttet til somatisk døgnkapasitet vil det være riktig å se mulighetene for å utrede et felles prosjekt som svarer ut både et kreftsentersammen og et somatikkbygg.

I økonomisk langstidsplan (ØLP) er det lagt inn investeringer til strålebygg/kreftsentersammen i 2028. Det kan være fornuftig å se om ikke utbyggingen av dette prosjektet kan fremskyndes og at prosjektet utvides med et somatikkbygg med kapasitet frem mot 2035.

10 Oppsummering

Ut fra både faglige og arealmessige vurderinger, og sett opp mot risikovurderingen, anses sykehuset i Moss å være lite egnet til opprettelse av to nye sengeposter. Klinikk for medisin har gitt tilbakemelding på at det kun er utskrivningsklare pasienter som kan flyttes fra Kalnes uten å opprette akuttberedskapsfunksjon Moss. Forslag om at overføringspasienter som er i et behandlingsforløp kan flyttes til Moss, vil kreve betydelig oppgradering av personell, inkludert vaktlinjer og støttetjenester fra lab, bildediagnostikk og FM-tjenester.

Klinikk for kirurgi kan overføre enkelte elektive operasjoner, men dette krever omfattende oppgradering av areal og utstyr.

Konsekvensene for opprettelse av sengeposter i Moss gir tap av arealer for dag- og poliklinisk aktivitet i eksisterende virksomhet. Dette vil gi et redusert tilbud til pasienter og reduserte inntekter da det ikke finnes annet tilgjengelig areal til dette i SØ. I tillegg vil det gi store økonomiske kostnader ved ombygging, etablering av vaktlinjer og investering av nødvendig utstyr i pasientbehandlingen. Klinikken har også gitt tilbakemelding om at det i flere sårbare fagmiljøer kan være vanskelig å rekruttere spesialister til Moss.

Når to-struktur-modellen for nytt østfoldsykehus ble valgt, ble det vurdert at sykehuset i Moss ville ha en teknisk levetid frem til 2035. For at Moss skal kunne ha en tilfredsstillende standard etter 2035, må det gjennomføres betydelige bygningsmessige oppgraderinger. Det vil således være vanskelig å forsvare større investeringer i Moss uten å vurdere sykehuset i Moss sin plass etter 2035.

Arbeidsgruppens anbefaling

Arbeidsgruppen anbefaler at opprettelse av senger kan iverksettes i to faser.

I første fase, og på kort sikt, kan man utvide med 20- 25 senger på Kalnes som beskrevet i kapittel 8.

Dette fører til omrokking av arealer og ombygging. Det er allikevel lettere siden det er etablerte vaktlinjer innenfor eksisterende system og intakt infrastruktur på Kalnes. Dette fører til at det blir billigere å drifte en ekstda sengepost på Kalnes enn om man er på to fysisk adskilte steder. «Livsløpet» for bygg er bedre på Kalnes enn i Moss.

I tillegg jobber SØ parallelt med ulike tiltak for å redusere antall innleggelser, blant annet kapasitetsprogram, samarbeid med kommunehelsetjeneste, hjemmesykehus og økt bruk av videokonsultasjoner. Det er igangsatt et arbeid for å se på utnyttelsesgraden av polikliniske rom i Moss og Kalnes for å få optimalisert driften. Det sees også på utflytting av administrative funksjoner fra Kalnes til administrasjonsbygg og frigjøring av arealer til poliklinisk virksomhet.

Fase to, som er en mer langsiktig løsning, er å fremskynde etablering av stråleenhet med etablering av somatiske senger. Dette vil kreve nybygg og det foreslås at kapasitetsbehov knyttet til pasienttilbudet utredes nærmere for å opprette sengeplasser til somatisk virksomhet utover senger knyttet til kreftsenter. HSØ har vedtatt at det skal etableres strålebehandling i SØ i perioden 2025-2030. Det er ønskelig at denne fremskyndes for å kunne ivareta SØ sine behov for flere senger. I virksomhetsstrategien for SØ 2019-2023 er etablering av kreftsenter et prioritert område innen pasientbehandling.

I forprosjektrapporten for nytt østfoldsykehus er det beskrevet en planlagt utvidelse av Kalnes når Moss legges ned. Dette er ikke nærmere beskrevet av arbeidsgruppen da det ligger utenfor denne arbeidsgruppens mandat.

Vedlegg

Vedlegg 1 Oversikt over innspill fra klinikk om evt flytting til Moss

Tabellen under viser forslag til hva som kan flyttes/økes i Moss fra klinikk for kirurgi.

Fagområde	Aktuelt
Kirurgisk avdeling	<p>Følgende er vurdert, men har behov for tilrettelegging:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antall senger er i dag avstemt med hvordan kirurgisk/ ortopedisk drift er planlagt. • Operasjonsstuene i 3. etasje bør vurderes med tanke på: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ny gjennomgang av inngrepene om flere inngrep utføres poliklinisk (altså ikke inne på operasjonsstue) ○ Må <u>vi ruste opp</u>, spesielt den 3. stuen? ○ Økt endokrinkirurgi – har i dag lange ventelister ○ Utnyttelse av operasjonsstuene på fredager i 3. etasje bør vurderes. Vil kreve bemanning og eventuelt <u>behov for senger 4. etasje</u> • Kirurgisk avdeling utfører en stor mengde benigne inngrep i Moss <ul style="list-style-type: none"> ○ Vurdere å redusere antall benigne inngrep-brokk (overføre eventuelle aktuelle benigne inngrep - 2 avtalespesialister), Volvat og Colosseum Mann/Faust har avtale om fritt sykehusvalg, benigne inngrep-brokk) ○ Eventuelt bruke ledig kapasitet til: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colon inngrep/ tarm reseksjoner ▪ Cancer renis • Benign urologi; <ul style="list-style-type: none"> ○ URS-pasienter kan fint behandles i Moss. <u>Det vil kreve utstyrsoppdatering – laser</u> ○ Fimoseoperasjoner for voksne må antagelig reduseres; ut til avtalespesialister (vi har > 200 inngrep/år) • Postoperativ kapasitet må vurderes, antagelig utvides: <ul style="list-style-type: none"> ○ ESBL og andre infeksjonsrisikopasienter må kunne behandles også i Moss; <u>behov for eget toalett etc.</u> – krever noe ombygging – utvidelse ○ Økt antall pasienter vil medføre økt risiko for økt antall med ASA > 2 og dermed <u>behov for postoperativ overvåkning</u> flere enn 1 dag per uke slik det er nå. Det vil kreve økt bemanning. • Poliklinikken utnyttes ganske bra, men vi har mer å gå på – også kveldsaktivitet <ul style="list-style-type: none"> ○ Kartlegging av utstyrsbehov med tanke på økt aktivitet <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tredemølle (kar) ▪ Dopplerapparat (kar) ▪ Cystoskopi (rack) • Vaktordning; <ul style="list-style-type: none"> ○ OBS vaktordningen slik den er i dag er ikke forenelig med økt drift; flere pasienter innlagt med kompliserte diagnoser osv.
Ortopedisk avdeling	<ul style="list-style-type: none"> • Ortopedisk avdeling har en utstrakt drift i Moss, og for å kunne flytte mer drift fra Kalnes til Moss så er det et <u>behov for flere rom til poliklinikk</u>. Det er en stor poliklinisk aktivitet med vanlig poliklinikk

	<ul style="list-style-type: none"> • I tillegg er det ett rom i poliklinikken som er gjort om til spesiallaboratoriet (operasjonsstuen). Fra januar 2020 skal det være drift på denne 5 dager per uke. Det fører til at det benyttes et annet poliklinikkrom til for- og etterarbeid for virksomheten der • Det er en hoft- og kneskole i poliklinikken. De kan evt flytte ut, men da må man finne egnede lokaler annet sted i Moss. Det er behov for flere rom sammen for å samkjøre flere faggrupper. Dette kunne har ført til bedre utnyttelse av rommene og dermed kanskje flyttet enda mere poliklinikk fra Kalnes til Moss • Operativ virksomhet kan ikke flyttes mer uten å få flere operasjonsressurser
Operasjons-avdelingen Moss	<ul style="list-style-type: none"> • Generelt vil man si at operasjonsavdelingen Moss er godt utnyttet innenfor de arealmessige begrensningene de har. Det betyr at hvis «noe annet skal inn - må noe annet ut» • Cirka 170 pasienter per måned er registrert som innlagt. Andelen dagkirurgi er om lag 79 %
Øre-nese-hals-avdelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Har dagkirurgisk virksomhet i SØM 5 dager per uke i 1. etasje, og opererer ører og bihuler hver tirsdag i 3 etasje. Det dekker ikke hele behovet for dagkirurgiske operasjoner, men samsvarer med overlegebemanningen i avdelingen • ØNH har poliklinikk i 2 etasje med 3 behandlingsrom, 1 legekantor innredet med ØNH utstyr, stol og mikroskop og 2 sykepleierkontor for CPAP – tilpasning, kontroller og utdeling av utredningsutstyr • Overlege har i dag fast poliklinikk 1 dag per uke rettet mot søvnpasienter, dette økes fra januar 2020 for å avlaste Kalnes og romproblematikk der, og vil inkludere også andre problemstillinger enn søvn • For også å øke krav til aktivitet vil overlege ha poliklinikk når denne opererer med erfaren LIS på formiddagen, de fleste dager unntatt onsdager
Øyeavdelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Ønsker etter hvert å kunne legge inn pasienter i Moss for å måle trykket i øyet gjennom natten. Denne pasientgruppen har i dag ikke noe tilbud i SØ. Noen har blitt oversendt til OUS, men OUS mener at SØ får ivareta disse selv. Dette vil kanskje utgjøre 20 pasienter per år, men ut fra dagens situasjon ved øyeavdelingen ligger disse planene «på is».

Tabellen under viser vurderinger pr fagområde innen medisinsk klinikk

Fagområde	Aktuelt
Gastro	<ul style="list-style-type: none"> • Nasjonal screening vil være i Moss • Flere gastro- og koloskopier kan utføres i Moss. Begrensning er antall leger • Har størst aktivitet i forhold til poliklinikk allerede i Moss • Døgnpasienter – USK
Nyre	<ul style="list-style-type: none"> • Kan øke poliklinikk i Moss når alle legestillinger er besatt • Døgnpasienter – ingen
Lunge	<ul style="list-style-type: none"> • Kan øke poliklinisk aktivitet i Moss (ikke kreftkontroller). Begrensninger i dag er MTU (resp-fys-app) og antall polikliniske rom tilgjengelig i Moss • Døgnpasienter – USK
Infeksjon	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen aktivitet å flytte
Nevrologi	<ul style="list-style-type: none"> • Poliklinikk i Moss vurderes på et senere tidspunkt • Døgnpasienter: Ingen
Hjerte	<ul style="list-style-type: none"> • Kan øke poliklinisk aktivitet i Moss – begrensninger i dag er polikliniske rom • Døgnpasienter – ingen
Fysikalsk medisin og rehabilitering	<ul style="list-style-type: none"> • Flytte LMS for å frigjøre areal til annen poliklinisk aktivitet? (2 rom og kurslokale)
Akuttgeriatri	<ul style="list-style-type: none"> • Poliklinikk kan flytte fra Kalnes til Moss • Mulighet for å flytte aktivitet i Moss til annet areal i SØ • Døgnpasienter: ingen

Vedlegg 2 Risikovurdering av opprettelse av to sengeposter på permanent basis i Moss

Se vedlagte PDF-fil.



Rapport risikovurdering
**Opprettelse av somatiske senger på
permanent basis i Moss**

Rapporten inneholder:

Planlegging og oppstart
Hendelser og tiltak

Risikoanalyse

Opprettelse av somatiske senger på permanent basis i Moss

Plassering	Kvalitets- og pasientsikkerhetsavdeling
Ansvarlig	Marit Flåskjer
Oppstartsdato	18.02.2020
Status	Pågår
Ref.nummer	R 2020 - 020

Beskrivelse

Skal få frem risikomomenter som vurderes og settes inn i matrise.
Ingen ettervurdering.
Oppdraget er en bestilling fra Helse-Sør Øst.

Det forutsettes at det ikke skal opprettes akuttmottak i Moss. Pasientene må overføres fra Kalnes eller være elektive pasienter

Mål / hensikt

Mål:
Avdekke risikofaktorer knyttet til opprettelse av 60 permanente senger (to sengeposter) i Moss.

Deltakere

Carina Brimshold
Helge Stene Johansen
Tore Dag Olsen
Heidi Lyngås
Anita Talåsen Granli
Tmre Frank Banfi

Referanse:
Klinikken har gitt innspill

Fasilitator:
Eirin Finnanger
Lene Merete Osvik

Risiko

Risiko er muligheten / sannsynligheten for at noe uønsket kan skje og hvilke følger / konsekvenser dette kan få.
Risiko = sannsynlighet x konsekvens

Sannsynlighet:	Konsekvens:
1 - Meget liten	1 - Ubetydelig
2 - Liten	2 - Lav
3 - Moderat	3 - Moderat
4 - Stor	4 - Alvorlig
5 - Svært stor	5 - Svært alvorlig

Risikomomenter

1 Manglende plass for dagens eksisterende virksomhet

-- Før -- -- Etter --

Årsaksbeskrivelse

Stor poliklinisk aktivitet i dagens eksisterende virksomhet. I Moss 2019: 24883 dagbehandlinger, 101091 polikliniske konsultasjoner. Vi har ikke erstatningsareal for poliklinikkene som må flyttes ut. Det blir ca. 30-40 polikliniske rom som må flyttes, ved opprettelse av to sengeposter

Sannsynlighet

5

Konsekvenser

Pasient	3	15
Ansatt	3	15
Økonomi	5	25
Omdømme	2	10
Tjenesteproduksjon	4	20

Konsekvensbeskrivelse

Pasient	Økte ventelister og fristbrudd. Det tar lengre tid før pasienten får behandling. Mulig forverret sykdomsbilde.
Ansatt	Frustrasjon, uro i arbeidsmiljø, usikkerhet rundt arbeidssted, lengre reisevei. Mulig økt arbeidsbelastning. Økt turn-over.
Økonomi	Økte driftskostnader, tap av inntekt, ombygging, manglende inntekter.
Tjenesteproduksjon	Ved permanent nedleggelse av polikliniske tilbud.

Forslag til tiltak

Vurdering av tiltak

2 Manglende oppgradering av bygningsmasse og teknisk infrastruktur til sengeområde

-- Før -- -- Etter --

Årsaksbeskrivelse

Gammel teknisk infrastruktur fra 1976. Funksjonsendring av rom, Oppbygging av støtterom, skifte ut teknisk infrastruktur som blant annet: Logistikkssystemer - IKT (elektronisk kurve/lukket legemiddelsløyfe). Økt behov for medisinsk teknisk utstyr og tilhørende integrasjoner. Pasientsignalanlegg og sengekanaler.

Sannsynlighet

5

Konsekvenser

Økonomi	5	25
---------	---	----

Konsekvensbeskrivelse

Økonomi	Det er en omfattende oppgradering for å sikre gruppe 1 tilpasning av rom.
---------	---

Forslag til tiltak

Vurdering av tiltak

3 Oppgradering av bygningsmasse til operasjon, oppvåkning og sterilentral

-- Før -- -- Etter --

Årsaksbeskrivelse

Ved overføring av døgnekirurgi fra Kalnes til Moss kreves det utvidet kapasitet.

Oppvåkning: Det er anbefalt 2,8 oppvåkningsplass/pr operasjonsstue hvilket tilsier estimert 26 -28 plasser. Har per dags dato 21 plasser, for liten kapasitet i utgangspunktet.

Utvidelse av rom på sterilentralen vaskerom, pakkerom og sterilt lager.

For å øke kapasitet i operasjonsstuer 3.dje etasje må skyllerom oppgraderes.

Sannsynlighet

5

Konsekvenser

Økonomi

5

25

Utlokalisering av noen kirurgiske inngrep som kan gjøres i operasjonsstue i 3 etasje.

Konsekvensbeskrivelse

Økonomi

For å ivareta ombygging innenfor områder med spesialfunksjoner

Forslag til tiltak

Vurdering av tiltak

4 Manglende kvalifisert personell til drift

-- Før -- -- Etter --

Årsaksbeskrivelse

Det er vanskelig å få tak i spesialister. Rekrutteringsproblemer allerede i dag. Det er gjort erfaringen etter drift av avlastningspost i Moss, og det var vanskelig å skaffe kvalifisert personell.

Sannsynlighet

4

Konsekvenser

Ressurser

5

20

Økonomi

5

20

Konsekvensbeskrivelse

Ressurser

Ved innleie av eksternt personell for å bemanne opp ved sviktende rekruttering.

Økonomi

Bemanning på to sengeposter (innenfor alle fagspesialiteter og områder) krever ca 49,75 stillinger per sengepost, som tilsvarer 85,2 mill. kroner for to sengeposter

Forslag til tiltak

Vurdering av tiltak

5 Manglende vaktlinjer for drift 24/7

-- Før -- -- Etter --

Årsaksbeskrivelse

Ved opprettelse av sengeposter i Moss kreves det både medisinsk og kirurgiske vaktlinjer.

Sannsynlighet

5

Konsekvenser

Økonomi

4

20

Konsekvensbeskrivelse

Økonomi

Det kreves både medisinsk og kirurgiske vaktlinjer (3 overlege/3 Lis) pr. døgnområde.

Det gjelder også oppgradering av vaktlinje for anestesi, senter for laboratoriemedisin og bildediagnostikk (se punkt 6 og 7).

Forslag til tiltak

Vurdering av tiltak

6 Økt behov for lab tjenester

-- Før -- -- Etter --

Årsaksbeskrivelse

I dag er laboratoriet betjent fra 0730 - 20 mandag til fredag. Lørdag og søndag er laboratoriet stengt.

For å betjene to sengeposter må lab over på 24/7 turnus.

I tillegg er det også behov for nytt utstyr, og nåværende lokaler er ikke store nok.

I tillegg vil det være behov for flere blodbanktjenester og lukket blodbanksløyfe.

Sannsynlighet

5

Konsekvenser

Økonomi

4

20

Konsekvensbeskrivelse

Økonomi

-24/7 drift krever 6 nye stillinger m. m. Utvidelse av utstyrsparken.

Forslag til tiltak

Vurdering av tiltak

7 Økt behov for bildediagnostikk

-- Før -- -- Etter --

Årsaksbeskrivelse

Opprettelse av sengeposter krever oppbemanning til døgndrift 24/7, og etablering av vaktordning.

Sannsynlighet

4

Konsekvenser

Pasient

2

8

Økonomi

4

16

Konsekvensbeskrivelse

Pasient

Pasienter kan få lengre ventetid på CT undersøkelser.

Økonomi

Oppbemanning til døgndrift vil skape behov for 10 stilling, 6 radiografstill. og 4 radiologstill. Nytt transportabelt utstyr til bruk på stue.
Økt fokus på sengepost vil øke behov for ny CT. Sengedrift vil redusere poliklinisk kapasitet og inntekter.

Forslag til tiltak

Vurdering av tiltak

8 Økt behov for øvrige støttefunksjoner

-- Før -- -- Etter --

Årsaksbeskrivelse

Dette krever økt behov for renhold, mat, portør, medisiner, forsyning, samt andre tjenester fra sykehusapoteket.

Sannsynlighet

5

Konsekvenser

Økonomi

4

20

Forslag til tiltak

Vurdering av tiltak

9 Manglende akuttfunksjoner

-- Før -- -- Etter --

Årsaksbeskrivelse

Akuttfunksjoner som intensiv, akuttmottak og overvåkning ble nedlagt i 2012.

Arealene er omdisponert til operasjonsstuer og øyeavdelingen

Sannsynlighet

5

Konsekvenser

Pasient	4	20
Ansatt	2	10
Økonomi	5	25

Konsekvensbeskrivelse

Pasient Ved forverret sykdomsbilde må pasienten transporteres til Kalnes.

Ansatt De ansatte føler seg utrygge dersom pasientens tilstand forverres.

Økonomi Behov for å bygge ut, og økt bemanning.

Forslag til tiltak

Vurdering av tiltak

10 Manglende mottak for pasienter.

-- Før -- -- Etter --

Årsaksbeskrivelse

Det er overføringspasienter og nyinnlagte som krever et bedre mottaksområde. Det er ikke sengemottaksplass i Moss.

Sannsynlighet

3

Konsekvenser

Pasient	2	6
Økonomi	3	9

Konsekvensbeskrivelse

Pasient Dårlig pasientopplevelse.

Økonomi Det må foretas bygningsmessige endringer.

Forslag til tiltak

Vurdering av tiltak

11 Fare for økt liggetid

-- Før -- -- Etter --

Årsaksbeskrivelse

Gjelder spesielt overføringspasienter. Erfaring viser at det blir ca. 1-2 døgn ekstra liggetid ved overføring.

Sannsynlighet

3

Konsekvenser

Pasient	2	6
Økonomi	3	9

Konsekvensbeskrivelse

Pasient Pasientene blir liggende lenger med større mulighet for å få sykehusinfeksjoner.

Økonomi Økt gjennomsnittlig liggetid krever flere senger.

Forslag til tiltak

Vurdering av tiltak

12 Få egnede pasientgrupper

-- Før -- -- Etter --

Årsaksbeskrivelse

Lite egnede pasientgrupper på grunn av manglende overvåkningsfunksjoner.

Det er erfaringer fra tidligere år med avlastningsenhet som tilsier at det er vanskelig å finne egnede pasienter til overføring fra Kalnes til Moss.

Får ikke utnyttet kapasitet i Moss, fortsatt fullt på Kalnes.

Behov for bemanning på begge steder.

Sannsynlighet 5

Konsekvenser

Pasient	2	10
Ansatt	2	10

Konsekvensbeskrivelse

Pasient Pasienter havner på feil avdeling, og blir transportert mellom Kalnes og Moss. Dette kan medføre usikkerhet for pasienter og pårørende.

Ansatt Merarbeid med klargjøring og overflytting av pasienter. De pasientene som ligger på Kalnes får økt pleietyngde.

Forslag til tiltak

Vurdering av tiltak

13 Økt transportbehov

-- Før -- -- Etter --

Årsaksbeskrivelse

Gjelder ambulanse og hvite biler, eventuelt helsebuss.

Sannsynlighet 4

Konsekvenser

Pasient	2	8
Ansatt	2	8
Ytre miljø	2	8
Økonomi	4	16

Konsekvensbeskrivelse

Pasient Økt responstid for dårlige pasienter som venter på ambulanse (grønn/gul tur). Pasienter må vente lenger for hjemkjøring fra sykehus. Kan føre til utsatte hjemreiser og forlenget liggetid.

Ansatt Ambulansepersonell vil oppleve mer stress.

Ytre miljø Økt antall transporter gir økt CO2 utslipp. Dette vil føre til redusert måloppnåelse for miljøsertifisering av SØ.

Økonomi Kjøpe ny hvit bil, og øke bemanning.

Forslag til tiltak

Vurdering av tiltak