

Organisasjon

Innspill

Forslag

1. Bruker-organisasjoner		
1.1 Brukerutvalget i Vestre Viken	Brukerutvalget mener at dagens organisering bryter med både regionale og nasjonale mål om helhetlige og sammenhengende pasientforløp. I en akutt situasjon, når pasienten er i behov av rask og effektiv hjelp, er det svært utfordrende for både pasient og pårørende å forholde seg til to forskjellige helseforetak, én for ambulanse og pasientreiser og én for medisinsk nødmeldetjeneste. Dette kan skape usikkerhet og uro, både for pasienten og deres pårørende, og potensielt gå ut over pasientsikkerheten. Dagens org gir utfordringer i samhandlingen mellom de ulike aktørene i helseforetakene og kommunene, noe som kan føre til ineffektivitet og problemer med koordineringen av pasientforløp. Når pasientene, kommunehelsetjenesten og Bærum sykehus må forholde seg til to forskjellige helseforetak, er det en risiko for at pasientforløpene ikke blir helhetlige, og det kan oppstå unødvendige forsinkelser og forvirring i akutte situasjoner.	Forslag til løsning: Alternativ 2 Dette vil bidra til en mer sammenhengende helsetjeneste for innbyggerne i området og redusere risikoen for komplikasjoner og forvirring i akutte situasjoner. Vi vil også påpeke at innbyggerne i de tidligere kommunene Røyken og Hurum må forholde seg til to pasientreisekontor, noe som skaper ytterligere utfordringer for dem som skal bruke tjenestene. Vi mener at dette er en unødvendig komplikasjon som bør vurderes på nytt, ettersom det allerede er krevende nok for pasientene å forholde seg til én pasientreisekontor.
2. Kommuner		
2.1 Asker kommune	Asker og Bærum kommuner erfarer at det generelt sett er det mye som er bra med dagens organisering av eksisterende prehospitale tjenester. Det er for eksempel stor og robust tjeneste med høy spisskompetanse innenfor fagområdet og et godt samarbeid mellom nødetater. Samtidig er det forbedringspunkter som bør jobbes videre med, som for eksempel som tidligere og bedre involvering ved endringer i prehospitale tjenester, spesielt innen psykiatri og rus, som påvirker samhandlende tjenester, som legevakt, fastleger med flere. Tilsvarende gjelder behov for bedre samhandling om kompetanseutvikling, øvelser og samtrening. De to sistnevnte er også forskriftsfestet. Det er sentralt for kommunene at overordnede avtaler sikrer god samhandling mellom prehospitale tjenester og kommunene og forskriftsfestede plikter. Det er viktig for kommunen at samarbeidet med den lokale helsetjenesten er best mulig og at vi er gjensidig omforent om oppgavedeling mm. Dette samarbeidet bør sees i sammenheng med samarbeid i det akutte medisinske kjede – både i hverdags oppdrag men også i større kriser hvor samarbeidet med andre nødetater er avgjørende. Operativ leder funksjon bør derfor opprettholdes og slik sett sikre fortsatt tett samarbeid med både politidistrikt og ABBR. Grisgrendte områder i kommunene må også sikres adekvate prehospitale tjenester innenfor forskriftsfestet responstid. Det er også viktig at pasientreiser er tilstrekkelig dimensjonert og velfungerende slik at innbyggerne og helsetjenestene våre sikres forsvarlige og nødvendige reiser innenfor avtalt tid i henhold til avtalen. Når kapasiteten ikke er tilstrekkelig, utfordrer det beredskapen og ressursbruken i helsetjenesten. Oppsummert vil kommunene påpeke at det mest sentrale er at våre innbyggere sikres gode prehospitale tjenester fra Helse Sør-Øst, uavhengig av hvilket alternativ som velges. Videre forutsetter kommunen at eventuelle utfordringer som følger av de ulike modellene uansett ivaretas av kompenserende tiltak og at det er et høyt fokus på samhandling mellom samarbeidspartene.	Formannskapet har behandlet saken i møte 17.06.2025 sak 108/25 Vedtak 1. Asker kommune avgir høringsssvar i samsvar med vedlagte utkast. 2. Asker kommune støtter alternativ 2 i høringsnotatet: Vestre Viken får ansvar for prehospitale tjenester i Asker og Bærum kommuner. 3. Asker kommune anmoder om at ved implementering av ny modell for Prehospitale tjenester skal HSØ sørge for at Vestre Viken og Bærum sykehus, kommer minst like godt ut mht. de økonomiske rammebetingelser som i dag. 4. Asker kommune mener at merforbruket etter bygging av nye Drammen sykehus, ikke kan belastes Vestre Viken helseforetak og lokalsykehusene sine budsjetter for nødvendig vedlikehold, rehabilitering og evt. nye investeringer kritisk utstyr og oppgradering av helsebygg.
2.2 Bærum kommune	Liklydende med Asker kommune	Bærum kommune støtter alternativ 1 (likt geografisk område for politi, brann og prehospitale tjenester)
2.3 Drammen kommune	Vestre Viken HF beskriver at de foreslåtte endringene kan få direkte betydning for hele opptaksområdet for sykehuset, inkludert Drammen kommune. Vestre Viken HF beskriver alternativ 2 som den eneste løsningen som ivaretar målene om helhetlige pasientforløp, effektiv ressursbruk og samhandling mellom kommuner og helseforetak. Det er en utfordring i opptaksområdet for Vestre Viken HF at grenser trekkes opp på forskjellige måter for forskjellige deler av helsetjenestene. I den grad det er mulig, bør dette unngås. Hensiktsmessig organisering muliggjør sammenhengende helsetjenester i samarbeid mellom kommuner, prehospitale tjenester og sykehus.	For Drammen kommunes innbyggere er det viktig at prehospitale tjenester i Vestre Viken HF er godt organisert og godt rustet til å håndtere hele opptaksområdet på en sammenhengende måte, og vi stiller oss bak Vestre Viken HF sitt høringsinnspill.

Organisasjon

Innspill

Forslag

2.4 Oslo kommune	For Oslo kommune er det avgjørende å sikre at befolkningen i Oslo, og alle som til enhver tid oppholder seg i kommunen, har rask tilgang til gode og trygge akuttmedisinske tjenester. Kommunens vurderinger knyttet til organiseringen av prehospitaltjenester i Asker og Bærum gjøres derfor ut fra hvordan dette kan påvirke kvalitet, beredskap og pasientsikkerhet i akuttjenestene for Oslos befolkning. Følgende punkter fra Oslo kommunes tjenester gis som innspill til høringen: Erfaringer med dagens organisering: Legevakten og de akuttmedisinske tjenestene i Oslo har ikke erfart ulemper knyttet til dagens løsning med Oslo universitetssykehus (OUS) som ansvarlig for prehospitaltjenester i Asker og Bærum. Legevakten har tett samhandling med Prehospital avdeling ved OUS. Vi har ikke hatt behov for samarbeid med andre prehospitaltjenester da OUS dekker hele Oslo og alle omkringliggende kommuner. Legevaktssentral og nødmeldetjenester: Grensen mellom Oslo og Bærum følger Lysakerelven for ruting av anrop til 116117, og feilruting skjer sjelden. Når det gjelder 113, dreier det seg oftere om akutte hendelser og ulykker utenfor hjemmet, og flere vil befinne seg utenfor egen bopel ved kontakt med 113. Dette vil kunne medføre at flere vil havne på AMK i et helseforetak de ikke tilhører. Legevakten har øyeblikkelig hjelp-plikt for alle som befinner seg i Oslo. Det er til enhver tid mange i Oslo fra områdene rundt, som enten jobber eller oppholder seg her. Det er derfor en del som oppsøker legevakten i Oslo med akutt sykdom, men som tilhører sykehusene rundt. Kommunen er derfor avhengige av fleksibilitet i ambulansetjenesten slik at ambulanse kan bringe pasientene til rett sykehus, eksempelvis til Asker og Bærum sykehus. Dersom ikke dette er mulig er det flere pasienter som må innlegges på Oslo-sykehus før overflytting til sykehuset hvor de har geografisk tilhørighet. En bekymring for legevakten er økt konfereringstid dersom leger må forholde seg til flere sykehus for innleggelse, dette kan gi økt tidsbruk og kan være uheldig for pasientsikkerheten. Befolkning og pasientstrømmer: Grensen mellom Oslo og Bærum er svært tett befolket. Mange har fastlege på tvers av kommunegrensen, og befolkningen lever og ferdes i stor grad på begge sider av Lysakerelven. Området er også et felles rekreasjonsområde. Dette understreker behovet for sømløs samhandling og fleksible ambulansetjenester som kan operere over kommunegrensene.	Alternativ 0(+) og 1 (OUS ansvar for hele Asker og Bærum): Disse alternativene gir en helhetlig løsning for hele Asker og Bærum under OUS. Det bidrar til kortere beslutningslinjer for Oslo kommune, reduserer risikoen for fragmentering og sikrer fortsatt fleksibilitet i ambulanseberedskapen over kommunegrensene. Alt 1 er best sett fra Oslo ifht beredskap. Deretter Alt 3 med delt Ansvar for Asker og Bærum. Alternativ 2 (Vestre Viken fullt ansvar for Asker og Bærum): Alt 2 vil for Oslo være mest uheldig mtp beredskap, Selv om det gir bedre samsvar mellom helseforetak og sykehusområde, øker det kompleksiteten for Oslo kommune og våre nødetater, som da må forholde seg til to ulike prehospitaltjenester i et tett integrert byområde. Alternativ 3 (delt modell, skille mellom Asker og Bærum): Denne modellen ivaretar at grensen settes i et mindre tett befolket område og påvirker derfor Oslo mindre, men gir utfordringer et annet sted og gir ikke gevinst med helhetlig styring og ledelse i Vestre Viken Oppsummering: For Oslo kommune er det avgjørende å sikre et robust og samordnet prehospitalt tilbud til befolkningen og alle som oppholder seg i Oslo. For akuttjenestene er det viktig at omorganisering ikke påvirker ambulanseberedskapen i Oslo samt at ambulanseberedskapen er fleksibel i grenseområdene slik at pasienten kjøres til den legevakten og det sykehuset de tilhører, selv om kommunegrensen må krysses (innenfor rimelighetens grenser). Kommunen mener også at det tette samarbeidet mellom nødetatene i beredskapsøyemed er viktig å opprettholde uavhengig av organisering. Omorganisering er også kostnadskrevende og det tar tid å etablere nye rutiner og samarbeid. Alt 1 er best sett fra Oslo ifth beredskap.
3. Andre nødetater		
3.1 Oslo Politidistrikt	Oslo pd er i likhet med Helse Sør-Øst RHF opptatt av at våre innbyggere og besøkende skal ha tilgang til gode akuttmedisinske tjenester. Et godt samarbeid mellom involverte kommuner og nødetatene er viktig for å gi befolkningen best mulig trygghet og sikkerhet. Fra en annen nødetats perspektiv fremstår disse premissene for utredningen som avgjørende. De beste resultatene kommer som regel gjennom samarbeid. Når tid er en vesentlig faktor på et oppdrag blir også samarbeid og samhandling vesentlig mer krevende. Vi stiller oss bak at det er en stor fordel med dagens løsning at nødetatene har sammenfallende ansvarsområde i Asker, Bærum og Oslo, som utgjør et tett befolket område uten et klart geografisk skille. De tre nødetatene brann, politi og helse har organisert seg på lik måte med dedikerte innsatsledere som trener og koordinere ressursene sammen. Som et resultat av mye samarbeid på tvers ble Operativ lederforum (OLF) etablert for mange år siden. Under reelle hendelser, små og store, treffes de samme nøkkelpersonene igjen i ILKO. I tillegg til å møtes fysisk i ILKO samhandler de også gjennom Nødnett på talegruppene BAPS, SAMVIRKE og AMBPOL. Disse er alle politidistrikt spesifikke. På operasjonelt nivå samarbeider politiets operasjonssentral i Oslo med AMK Oslo. Det er en ubetinget fordel å kun ha en AMK sentral å forholde seg til. Vi er kjent med at andre operasjonssentraler har inntil tre AMK sentraler med et geografisk ansvar innenfor et politidistrikt. Dette er krevende for politiet. Det samme vil gjelde for Redningsledelsen der vi i Oslo pd har representant fra OUS som representerer Helse ved hendelser i Oslo politidistrikt.	Endring og utvikling er sunt og nødvendig. Det er likevel vår vurdering at en endring som deler et politidistrikt mellom to prehospitaltjenester i et område med høy befolkningstetthet medfører en stor risiko for dårligere akuttmedisinske tjenester over lang tid. Dette vil kunne påvirke befolkningen sin oppfatning av egen trygghet og sikkerhet. På bakgrunn våre erfaringer og bekymringer rangerer vi de fire alternativene som dette: 1. Alternativ 1 - det beste alternativet for befolkningen i kommunene Asker og Bærum. 2. Alternativ 0+ - som i dag 3. Alternativ 3 – deler politidistriktet i to prehospitaltjenester langs kommunegrensen mellom Asker og Bærum som har mye høyere befolkningstetthet enn grensen mellom Asker og Lier. 4. Alternativ 2 - deler politidistriktet i to prehospitaltjenester langs kommunegrensen mellom Oslo og Bærum som har mye høyere befolkningstetthet enn grensen mellom Asker og Bærum.

Organisasjon

Innspill

Forslag

	Vedlegg merket 1192417_1_1 har et kart på forsiden som vi oppfatter viser befolkningstetthet langs kommunegrensen mellom Oslo og Bærum. På samme kart ser vi også befolkningstettheten langs kommunegrensen mellom Asker og Lier. Det er stor grunn til å tro at det vil medføre store ulemper om to AMK-sentraler skal "dele" på disse 113 anropene om grensen går mellom Oslo og Bærum. Dette har Oslo pd erfaring med i tiden før 2017 da grensen mellom Oslo pd og Asker & Bærum pd gikk på kommunegrensen mellom Oslo og Bærum.	
Brann og redningsetaten	Saken er presentert i en PPT, som beskriver på en oversiktlig måte de foreslåtte endringene. For å få et bredest mulig grunnlag for å svare på dette, ble ABBR, politiet og HSØ invitert til et møte hos BRE, mandag 27. september 2024. Fra begge nødetater møtte både operasjonelt og taktisk nivå, i egenskap av seksjonsledere, vaktkommandør og innsatsledere. Fra operasjonelt nivå (110-sentralen, som styrer BRE og ABBR), ser vi på en endring ved at Vestviken AMK skal ta over styringen av ambulansene i Asker og Bærum som en endring med flere risiko, som vil utfordre og antas å skape store utfordringer for det gode samarbeidet som i dag er mellom 110-sentralen og AMK. Bakgrunnen for dette er at alle tre nødsentralene i dag er godt samkjørte, har tett dialog på flere nivåer, felles rutiner som blant annet omhandler tidskritiske helseoppdrag hvor begge brannvesener bidrar, samt en koordineringsavtale mellom LA AMK / NBKO ved transport av BREs redningsdykkere. I tillegg kommer en rekke innarbeidede rutiner og prosedyrer mellom Oslo AMK og Oslo 110. Her kan nevnes blant annet rutiner for å i å vareta innsatspersonellets sikkerhet. Dette er et samarbeid som er bygget opp over flere tiår, blant annet gjennom et tett samarbeid i 11X-Forum I Oslo PD. BRE mener dette er viktig for å kunne løse tidskritiske og livstruende situasjoner raskt, der våre nesten en million innbyggere forventer dette. Ved å flytte styringen av ambulansene i Asker og Bærum til en annen AMK-sentral, og derved splitte opp den velfungerende samkjøringen vi opplever i dag, ser vi store utfordringer ved at Oslo 110-sentral skal forholde seg til to AMKer. Utrykningstiden for nødetatene i vårt distrikt er relativt kort sammenlignet med andre deler av landet. I dag blir tidskritiske hendelser fulgt opp i samhandlingstalegrupper som BAPS, SAMVUP, SAR og Samvirke 01. Dersom en annen AMK – sentral skal samhandle i disse i Oslo, i tillegg til andre politidistrikter, ser vi sto risiko for forsinkelser av tidskritisk informasjon. HRS sør er en ekstern aktør Oslo 110 samhandler med i svært tidskritiske hendelser, som drukning og båtulykker. Om de skal forholde seg til to AMK under disse, ser vi muligheter for forsinkelser, spesielt i grenseområder / kommunegrenser. På taktisk nivå ser både BRE og ABBR flere utfordringer knyttet til at IL helse funksjonen vil opphøre i dagens form for oppdrag som krysser Lysakerelven. I Oslo pd har vi innarbeidet en rutine hvor innsatsledere lytter i BAPS1 til enhver tid, og vi forhåndsvarsler hverandre ved tidskritiske hendelser. Det er flere eksempler på at dette har spart tid og gitt oss bedre forutsetninger i oppstarten av ett oppdrag. Eksempler på hendelser hvor vi forhåndsvarsler hverandre kan være drukninger, PLIVO, knivstikking, alvorlige branner, hendelser knyttet til skinnegående materiell med mere. I flere tilfeller tjener man opptil to minutter fra man får forhåndsvarslet til man blir varslet av egen 11X sentral. Vi har mange flere oppdrag som er i grenseland mellom de to tiltenkte AMK distriktene i dag, sammenlignet med grenseland oppdrag i dagens AMK struktur. Det som kjennetegner området som blir i grenseland for de foreslåtte AMK grensene er stor befolkningsmasse, jernbane, T-bane og trikk går gjennom området, i tillegg til en av Norges mest trafikkerte veistreknninger. Vi samhandler ofte på tvers av kommunegrensen mellom Oslo og Bærum på disse oppdragene og oppdragene kan også starte i Oslo og ende i Bærum eller motsatt. Videre kjennetegnes området med høy tetthet av ressurser fra alle nødetater og dertil rask responstid. Noe som krever ledelse	Konklusjon BRE og ABBR sin anbefaling etter momentene som er forklart, er at det ikke anbefales å dele opp ansvaret for drift av ambulansetjenesten i OPD. BRE ønsker ikke at vår 110 – sentral og brannvesener skal forholde seg til for forskjellige AMK – sentraler, samt at taktisk nivå ikke vil ha en IL – helse i Asker og Bærum.

Organisasjon	Innspill	Forslag
	og koordinering på innsatsleder-nivå. Ved fravær av IL helse funksjonen vil kvaliteten på oppdragsløsningen reduseres. Et annet eksempel er hendelser på sjøen, det være seg båtulykker eller drukning. Disse oppdragene kjennetegnes av et stort behov for samhandling mellom innsatsledere. Det er gjerne en til to luftambulanse-ressurser, politihelikopter og redningshelikopter på oppdraget, i tillegg til båtressurser fra politi og brann. For å lykkes her er vi helt avhengig av IL Helse funksjonen for å koordinere transport av ambulanse/lege ut til forulykkede med politi eller brann ressurser, i tillegg til koordinering av luftressurser.	
4. Fagforeninger		
4.1 Foretakstillitsvalgte PHT Vestre Viken	Samarbeid i helsefelleskap Det fremheves som en forutsetning i Meld. St. 23 (2024–2025) kapittel 4, at utviklingen av de akuttmedisinske tjenestene skal skje gjennom samarbeid mellom helseforetak og kommuner, forankret i helsefelleskapene. Dette er en tydelig forventning fra regjeringen, og innebærer at aktørene sammen skal planlegge og utvikle en helhetlig akuttmedisinsk kjede. En delt løsning vil ikke være i samsvar med føringene i meldingen, og vil svekke forutsetningene for å oppnå best kvalitet og mest hensiktsmessig ressursbruk. Helhetlige og sammenhengende tjenester: Foretakstillitsvalgte mener at alternativ 2 representerer den mest hensiktsmessige og helhetlige løsningen for fremtidig organisering av de prehospitale tjenestene i Asker og Bærum. Vi oppfatter dette alternativet som den eneste løsningen som oppfyller nasjonale og regionale mål og behov. Asker og Bærum tilhører allerede Vestre Vikens opptaksområde, og Bærum sykehus er en del av foretaksstrukturen. Martina Hansen Hospital blir en del av Vestre Viken i løpet av 2025. Ved å samle det prehospitale ansvaret i samme foretak som sykehusansvaret, sikres økt faglig og organisatorisk sammenheng – til beste for både innbyggere, ansatte og pasientforløp. Alternativ 2 medfører sammenfall mellom helseforetakets geografiske opptaksområde og det operative ansvaret for de prehospitale tjenestene. Dette er i tråd med overordnede nasjonale føringer, slik de blant annet kommer til uttrykk i Meld. St. 23 (2024–2025). Helsetjenestene må organiseres slik at pasientene opplever helhetlige og sammenhengende forløp, at foretaket får en mest hensiktsmessig bruk av våre ansatte og at samhandling med kommunene styrkes. Et samlet ansvar i ett foretak gir de beste forutsetningene for dette.	Foretakstillitsvalgte i Vestre Viken HF gir innspill til høringen om organisering av prehospitale tjenester for Asker og Bærum. Vi stiller oss bak Vestre Viken HFs høringssvar som har vurdert de ulike alternativene ut fra målsettingen om helhetlige og sammenhengende tjenester, effektiv ressursbruk, god samhandling og befolkningens trygghet. Vi vil trekke frem og understreke punkter som understøtter disse målsettingene. I tillegg vil vi vise til Meld. St. 23 (2024–2025), der regjeringen understreker behovet for helhetlige og sammenhengende akuttmedisinske tjenester, i samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Vi Foretakstillitsvalgte i Vestre Viken HF mener alternativ 2 er den beste løsningen som fullt ut ivaretar disse hensynene. Konklusjon: Foretakstillitsvalgte i Vestre Viken HF mener at alternativ 2 gir den mest robuste, helhetlige og fremtidsrettede organiseringen av prehospitale tjenester for Asker og Bærums innbyggere og Bærum sykehus. Videre sikrer alternativ 2 best mulig kvalitet og hensiktsmessig ressursbruk i et helhetlig samarbeid med helsefelleskapene.
4.2 Delta – OUS	Vi ønsker med dette å gi en tydelig anbefaling på vegne av våre medlemmer ved Prehospital klinikk, Oslo universitetssykehus (OUS). Etter grundig dialog med ansatte – særlig ved ambulansestasjonene i Asker og Bærum – er det et entydig ønske om å videreføre dagens organisering under OUS, og at det ikke gjennomføres virksomhetsoverdragelse til Vestre Viken HF. 1. Stabilitet og pasientsikkerhet Den nåværende organiseringen oppleves som trygg og velfungerende. Våre medlemmer gir uttrykk for bekymring for at en overføring til Vestre Viken vil føre til uønskede konsekvenser for både pasientsikkerheten og arbeidsmiljøet. Delta har, sammen med Fagforbundet, sendt ut en questback til alle ansatte ved stasjonene i Asker og Bærum, og fått følgende svar: 93% ønsker at ambulansetjenesten fortsatt skal være OUS ansvar – 8 % er neutrale eller litt uenige 8% er enig eller litt enig i at ambulansen overføres til VV – 93% er uenige 2. Samarbeid med nødetatene Det eksisterer et godt samarbeid mellom nødetatene i området, både i trening, daglig beredskap og ved reelle hendelser. En ny ansvarsdeling medfører risiko for svikt i samhandling, særlig ved at nødanrop kan rutes til feil AMK-sentral, med fare for forsinket innsats i akutte situasjoner. Det vil også bli komplekst og krevende for politi og brann sine nødsentraler å måtte forholde seg til to AMK-sentraler i det som for dem er et sammenhengende operasjons- og beredskapsområde.	Selv om Asker og Bærum tilhører Vestre Vikens sykehusopptaksområde, har OUS siden 2003 driftet ambulansetjenesten, en ordning som ble etablert for å sikre en funksjonell og effektiv tjeneste i et sammenhengende byområde. Valget står mellom to fundamentalt ulike prinsipper. På den ene siden står prinsippet om administrativt og geografisk samsvar, hvor ansvaret for prehospitale tjenester følger grensene for helseforetakets opptaksområde. På den andre siden står prinsippet om funksjonell og operasjonell integrasjon, som anerkjenner at Asker, Bærum og Oslo utgjør et felles bo-, arbeids- og transportmarked. Med en samlet befolkning på ca. 230 000 i Asker og Bærum, og 330 000 når man inkluderer de tilstøtende bydelene Vestre Aker og Ullern i Oslo, er dette i praksis ett sammenhengende urbant område hvor kommunegrenser og helseforetaksgrenser er av underordnet betydning for akuttmedisinske behov. Delta Oslo universitetssykehus anbefaler at dagens modell opprettholdes – det såkalte 0+ alternativet. Vi mener dette best ivaretar pasientsikkerhet, operativ beredskap og et trygt arbeidsmiljø for ansatte. Vi ber også om at døren stenges for flere utredninger i saken. Tilbakemelding fra våre medlemmer er at de ikke ønsker flere langvarige og usikkerhetsdrivende utredningsprosesser knyttet til Asker og Bærum ambulansestasjoner.

Organisasjon

Innspill

Forslag

	3. Kapasitetsutfordringer hos Vestre Viken Det er betydelig usikkerhet knyttet til om Vestre Viken har tilstrekkelige ressurser og kapasitet til å håndtere det operative ansvaret i Asker og Bærum. Dette kan medføre økt belastning på OUS og svekke beredskapen i Oslo-regionen. En virksomhetsoverdragelse vil også kunne medføre en betydelig økonomisk utfordring ved en omfordeling og økning av kostnader knyttet til antall enheter og behov for mer personell da dagens gevinster med samordning mellom Oslo, Follo, Asker og Bærum bortfaller. 4. Naturlig ansvar for beredskap Vi mener at ansvar for drift av ambulanser i et område må ligge til det helseforetaket som også har ansvaret for de nærmeste ressursene i omkringliggende områder. Når ambulansene i Asker er opptatt på oppdrag, er det ambulansene på Bærum og Smestad som er nærmest for å dekke opp storparten av befolkningen i området. Selv om Asker og Bærum skulle legges til Vestre Viken HF, vil det fortsatt være ambulanser fra Smestad som er nærmest dersom ambulanser i Asker og Bærum er opptatt. En slik beredskapsglidning skjer ofte, uavhengig av hvem som har ansvar for stasjonene. Vestre Viken HF vil ikke være det foretaket som naturlig får, eller tar, ansvar for å dekke opp beredskap i Asker og Bærum ved samtidighetskonflikter eller behov for beredskapsforflytninger. 5. Erfaring fra storbyer og internasjonal praksis Etablerte erfaringer tilsier at prehospitale tjenester bør organiseres i større, geografisk sammenhengende enheter. Den foreslåtte modellen, som innebærer deling mellom to helseforetak, midt i et tett befolket område, er ikke i tråd med anbefalt praksis og kan svekke den samlede beredskapen. Vi er ikke kjent med at tilsvarende deling eksisterer i andre velutviklede beredskapssystemer i land det er naturlig å sammenligne seg med. 6. Ambulansestasjonen i Sætre Vi anbefaler sekundært til alternativ 0+, at man går for alternativ 1, gitt at de ansatte ved Sætre ambulansestasjon ønsker en slik endring. Ved samtidighet på Hurum-landet, er ambulanser fra Follo ofte nærmere og raskere på stedet enn biler fra Asker, og vesentlig nærmere enn Drammen, ved at ambulanser fra Follo kan sendes gjennom Oslofjord-tunnelen. Dette taler for at denne stasjonen ansvarsmessig overføres til OUS slik at OUS får et helhetlig ansvar for beredskapen i dette geografiske området. At OUS får ansvar for gamle Hurum og Røyken, og overtar drift av pasientreiser og Sætre ambulansestasjon, vil kunne gi en mer helhetlig og sammenhengende prehospital dekning i Asker kommune. Dette vil også forenkle planlegging og utvikling av det samlede tjenestetilbudet i Asker kommune.	
4.3 Fagforbundet Sykehus og helse	Stabilitet og sikkerhet: De ansatte ved ambulansestasjonene i Asker og Bærum er helt tydelige på at de ikke ønsker en virksomhetsoverdragelse til Vestre Viken. De mener at den nåværende modellen gir bedre forutsetninger for både pasientsikkerhet og arbeidsmiljø, og frykter at en overføring vil føre til forringede arbeidsmiljøer og svekket beredskap. Samarbeid mellom nødetatene: I dag er det et velfungerende samarbeid mellom nødetatene i dette området, både i forhold til beredskap, trening og under skarpe oppdrag. En deling vil innebære en betydelig utfordring for samfunnssikkerhet og beredskap, i det daglige og ved store hendelser. Ved å flytte ansvarsområdet og grensene for de prehospitale tjenestene i Asker og Bærum over til Vestre Viken, vil flere nød anrop bli koblet til feil AMK-sentral. Dette kan føre til forsinkelser i å koble riktig ressurs til riktig hendelse, noe som kan forringe den akutte hjelpen som kreves i livstruende situasjoner. Vi legger merke til at de samarbeidende nødetatene fraråder sterkt en endring av dagens ansvarsområde. Kapasitetsutfordringer: Fagforbundet Sykehus og Helse er bekymret for om Vestre Viken har tilstrekkelig kapasitet til å håndtere samtidige konflikter på en forsvarlig måte med de ressursene som foreslås å være tilgjengelige i Asker og Bærum. Dersom kapasiteten i Vestre Viken er	Etter samtaler og innspill fra våre medlemmer, spesielt de ansatte på ambulansestasjonene i Asker og Bærum, er det et klart ønske om å videreføre den nåværende løsningen, fremfor en virksomhetsoverdragelse til Vestre Viken.

Organisasjon

Innspill

Forslag

	utilstrekkelig, vil det nødvendigvis føre til at ressurser fra Oslo må sendes ut, noe som vil forverre beredskapen og svekke responstiden i andre områder. Erfaring fra storbyer: Internasjonal praksis og erfaring fra større byområder viser at prehospitale tjenester bør organiseres i større, sammenhengende geografiske områder. Den foreslåtte modellen, som deler ansvaret på flere aktører i et tett befolket område, står i kontrast til denne etablerte praksisen og kan svekke effektiviteten i nødberedskapen. Vurdering av ambulansestasjonen i Sætre: Fagforbundet Sykehus og Helse mener også at det er viktig å vurdere om ambulansestasjonen i Sætre bør overføres til OUS, gitt at de ansatte ved Sætre ambulansestasjon ønsker en slik endring for å sikre en mer enhetlig og sammenhengende beredskap for hele Asker kommune. Anbefaling Basert på innspillene fra våre medlemmer og generelle vurdering, anbefaler vi at man går for 0+ alternativet. Vi mener dette vil være den beste løsningen for å sikre både høy kvalitet på pasientbehandlingen, god beredskap og et godt arbeidsmiljø for de ansatte.	
4.4 Foretakstillitsvalgte Vestre Viken	Vi stiller oss bak Vestre Viken HF's høringsssvar som har vurdert de ulike alternativene ut fra målsettingen om helhetlige og sammenhengende tjenester, effektiv ressursbruk, god samhandling og befolkningens trygghet. Vi vil trekke frem og understreke punkter som understøtter disse målsettingene. I tillegg vil vi vise til Meld. St. 23 (2024–2025), der regjeringen understreker behovet for helhetlige og sammenhengende akuttmedisinske tjenester, i samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Vi Foretakstillitsvalgte i Vestre Viken HF mener alternativ 2 er den beste løsningen som fullt ut ivaretar disse hensynene. Samarbeid i helsefellesskap Det fremheves som en forutsetning i Meld. St. 23 (2024–2025) kapittel 4, at utviklingen av de akuttmedisinske tjenestene skal skje gjennom samarbeid mellom helseforetak og kommuner, forankret i helsefellesskapene. Dette er en tydelig forventning fra regjeringen, og innebærer at aktørene sammen skal planlegge og utvikle en helhetlig akuttmedisinsk kjede. En delt løsning vil ikke være i samsvar med føringene i meldingen, og vil svekke forutsetningene for å oppnå best kvalitet og mest hensiktsmessig ressursbruk. Helhetlige og sammenhengende tjenester: Foretakstillitsvalgte mener at alternativ 2 representerer den mest hensiktsmessige og helhetlige løsningen for fremtidig organisering av de prehospitale tjenestene i Asker og Bærum. Vi oppfatter dette alternativet som den eneste løsningen som oppfyller nasjonale og regionale mål og behov. Asker og Bærum tilhører allerede Vestre Vikens opptaksområde, og Bærum sykehus er en del av foretaksstrukturen. Martina Hansen Hospital blir en del av Vestre Viken i løpet av 2025. Ved å samle det prehospitale ansvaret i samme foretak som sykehusansvaret, sikres økt faglig og organisatorisk sammenheng – til beste for både innbyggere, ansatte og pasientforløp. Alternativ 2 medfører sammenfall mellom helseforetakets geografiske opptaksområde og det operative ansvaret for de prehospitale tjenestene. Dette er i tråd med overordnede nasjonale føringer, slik de blant annet kommer til uttrykk i Meld. St. 23 (2024–2025). Helsetjenestene må organiseres slik at pasientene opplever helhetlige og sammenhengende forløp, at foretaket får en mest hensiktsmessig bruk av våre ansatte og at samhandling med kommunene styrkes. Et samlet ansvar i ett foretak gir de beste forutsetningene for dette.	Konklusjon: Foretakstillitsvalgte i Vestre Viken HF mener at alternativ 2 gir den mest robuste, helhetlige og fremtidsrettede organiseringen av prehospitale tjenester for Asker og Bærums innbyggere og Bærum sykehus. Videre sikrer alternativ 2 best mulig kvalitet og hensiktsmessig ressursbruk i et helhetlig samarbeid med helsefellesskapene
4.5 Foretakstillitsvalgt og klinikktillitsvalgt Delta i vestre Viken	Liklydende innspill som fra 4.4	
4.6	Liklydende innspill som fra 4.4	

Organisasjon

Innspill

Forslag

Norsk Sykepleierforbund i Vestre Viken		
5. Venneforeninger og privat personer		
5.1 Venner av Drammen sykehus	Bakgrunn Nåværende ordning for de prehospitale tjenestene i lokalsykehusområdet til Bærum sykehus er som kjent rester etter tidligere struktur da Bærum sykehus beredskapsmessig var del av Oslo-sykehusene. Under oppbyggingen av helsevesenets nødkommunikasjon ble det etablert en felles AMK for Oslo og Akershus. De prehospitale tjenestene har ikke fulgt senere struktur- og ansvarsendringer i området. Venner av Drammen sykehus, VADS, finner en splitting av oppgaver og ansvar uheldig, spesielt av to grunner: Helhetlig ansvar VADS er kjent med den betydelige faglige og medisinsk-tekniske utviklingen som skjer innen de prehospitale tjenestene, bl.a. med økt oppmerksomhet på tidsfaktorens betydning i akuttsituasjoner. VADS vil derfor understreke viktigheten av enhetlig ansvar og ledelse av hele akuttkjeden, fra mottatt 113-melding i AMK, via akuttbehandling på stedet og under transport – evt. i faglig kontakt med spesialist på sykehus -, til sykehus på adekvat faglig nivå. De fleste innleggelsene skjer til sykehus i Vestre Viken. VADS finner det derfor uheldig med en struktur der forskjellige instanser har ansvar innen Vestre Vikens ansvarsområde, spesielt gjelder dette akuttkjeden. Med Nye Drammen sykehus som lokalsykehus for befolkningen i tidligere Røyken og Hurum (jfr. Stortingets vedtak 21. juni 2017 og HSØ's beslutning), kan det virke noe påfallende at de som bor i 10-15 min avstand fra sykehuset får prehospitale tjenester ledet fra AMK i Oslo. Beredskap Samordning mellom beredskapsetatene kan, som angitt i høringsbrevet, være vesentlig. Med mindre det er samlokalisering av de tre etatenes koordinerende sentraler skjer kontakten mellom dem ved tekniske løsninger, og er derved uavhengig av om de prehospitale tjenestene for Asker og Bærum ledes fra AMK Vestre Viken eller AMK ved OUS. På et innsatssted vil prehospitalt personell som er stasjonert i Asker og Bærum virke sammen som de pleier med politi og brann. Dette er uavhengig av om de har tilknytning til AMK i Oslo eller Vestre Viken. Da pasienter fra innsatsstedet oftest skal fordels til sykehus innen Vestre Viken, er det en fordel at helsepersonellet på innsatsstedet kommuniserer med og har tilknytting til AMK Vestre Viken, dvs. en sammenhengende ansvarslinje. Videre pekes på sårbarhet og konsekvenser ved utfall av en AMK-sentral. Det kan være teknisk svikt eller følge av en villet handling. Utfall av en større sentral, som AMK ved OUS, kan få betydelige konsekvenser for et større område. Det vil være fordelaktig med en nærliggende AMK-sentral som i et gitt tilfelle vil kunne overta de mest presserende oppgaver.	Konklusjon Venner av Drammen sykehus – VADS – mener ut fra strukturelle og beredskapsmessige forhold at de prehospitale tjenestene må ha en sammenhengende udelt ansvarslinje. - Spesielt i akuttsituasjoner er det vesentlig med enhetlig ansvar og ledelse av hele akuttkjeden, fra mottatt 113-melding til behandling på stedet og under transport, til levering og videre behandling på adekvat faglig nivå. - Felles god innsats fra de tre nødetatene, er basert på samvirke i hverdagen og felles øvelser mv., ikke hvilken bakenforliggende sentral de er tilknyttet, med mindre det er samlokalisering av de tre etatenes sentraler. - Konsekvensene ved utfall av en AMK er knyttet til størrelsen av området som sentralen skal dekke. De prehospitale tjenester anbefales å inngå i en sammenhengende udelt ansvarslinje som del av spesialisthelsetjenesten i hele Vestre Vikens ansvarsområde.
Sverre AAE	Min bakgrunn har vært paramedic/seksjonsleder for ambulansetjenesten i Bærum, tidl medlem av beredskapsrådet/arbeidsutvalg Asker og Bærum kommuner, tidl leder og styremedlem av operativt lederforum (Forum for operativ ledelse Brann - Politi og Ambulanse) Asker og Bærum. Jeg påberoper meg gode kunnskaper om lokale forhold i Asker og Bærum være seg samskaping, samhandling innenfor beredskapsarbeid mellom nødetatene og Asker og Bærum kommuner.	Helse Sør Øst har tidligere behandlet samme forslag til reorganisering av prehospitale tjenester i Bærum og Asker. Sunn fornuft ut fra fag og beredskap gjorde at forslaget den gang ble avvist. Det fremkommer ingen nyheter i nytt forslag, i dokumentene som er lagt frem i saken, bortsett fra HF-Vestre Vikens ønske om å ha større kontroll og fremstå større i HSØ.

Organisasjon

Innspill

Forslag

	Organisering av de prehospitale tjenestene må vurderes på sikker og raskest behandlingstilbud til pasientene. Nytt forslag til organisering vil gi et svekket og usikkert pasienttilbud med rigide grensesetting i Norges mest folketette boområder. OUS og de prehospitale tjenester mener å ha gode erfaringer med dagens organisering og samhandling mellom ulike helseforetakene i området, fra HF-Drammen via HF-Bærum til Osloykehusene og HF-AHUS. Jeg viser til Oslo Politidistrikt som er slått sammen med Asker og Bærum Politidistrikt, Oslo brann og redning i samhandling med Asker og Bærum interkommunale Brann og redning som de senere år har hatt fokus på å bygge ned grensene i hovedstadsområdet. Altså bygge ned kunstige grenser, til beste for befolkningen, oppdragsgiver og til slutt kunne gi økonomiske gevinster i samskapings navn.	Norges mest folketette områder fortjener lavest mulig risiko med best mulig organisering, uten å sette grenser midt i befolkningen i Oslo-området. Nye og kunstige grenser vil medføre økt risiko for feilhandlinger og misforståelser i situasjoner der flere organisasjoner burde visst om eller forstått situasjonen for den skadelidende pasient. Den beste løsningen i hovedstadsområdet er å utvikle dagens løsning med riktige og effektive ressurser uten kunstig grensesetting.
6. Helseforetak		
6.1 Vestre Viken	Vestre Viken HF gir innspill til høringen om organisering av prehospitale tjenester for Asker og Bærum. Vi vurderer de ulike alternativene ut fra målsettingen om helhetlige og sammenhengende tjenester, effektiv ressursbruk, god samhandling og befolkningens trygghet. Vi viser til Meld. St. 23 (2024-2025), der regjeringen understreker behovet for helhetlige og sammenhengende akuttmedisinske tjenester, i samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Alternativ 2 vurderes som den eneste løsningen som fullt ut ivaretar disse hensynene. Nedenfor følger våre vurderinger av de enkelte alternativene, og våre anbefalinger. Høringen har etter vår vurdering betydelige metodiske og innholdsmessige svakheter. Den fremstår som ubalansert og mangler et helhetlig og faktabasert grunnlag for en så viktig beslutning. Flere sentrale vurderinger og relevant dokumentasjon er utelatt, og det foreligger ikke en objektiv sammenligning av alternativene. 1. Manglende ROS-analyser: Til tross for betydelig ressursbruk er ikke ROS-analysene inkludert i høringsdokumentet. Dette er kritisk, da risikovurderinger er essensielle for å sikre forsvarlige beslutninger. Vi viser til Riksrevisjonens rapport 3:13 (2023-2024), der regionale helseforetak og helseforetakene får kritikk for manglende systematikk i arbeidet med risikostyring. Viser også til Oppdrags- og bestillerdokumentet fra Helse Sør-Øst, punkt 6.1: "Helseforetaket skal følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, vurderinger og anbefalinger i Dokument 3:13 (2023-2024) Risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene." 2. Manglende brukermedvirkning: Høringsdokumentet mangler en tydelig beskrivelse av hvordan brukermedvirkning er ivarettatt i prosessen. Dette er bekymringsfullt, særlig med tanke på at Helse Sør-Øst RHF har et etablert brukerutvalg som er definert som et rådgivende organ for styret og administrerende direktør, og som skal medvirke på overordnet og strategisk nivå. Ifølge helseforetakets egne nettsider har brukerutvalget gått fra å være et høringsorgan til å bli en reell premissleverandør i helsetjenesten. Det fremstår som et klart avvik fra Helse Sør-Østs egne prinsipper at brukernes erfaringer og synspunkter ikke er dokumentert i det foreliggende beslutningsgrunnlaget. 3. Samarbeid i helsefelleskap - en forutsetning i Meld. St. 23 (2024-2025) I Meld. St. 23 (2024-2025) fremheves det at utviklingen av de akuttmedisinske tjenestene skal skje gjennom samarbeid mellom helseforetak og kommuner, forankret i helsefelleskapene (kapittel 4). Dette er en tydelig forventning fra regjeringen, og innebærer at aktørene sammen skal planlegge og utvikle en helhetlig akuttmedisinsk kjede. En delt løsning vil ikke være i samsvar med føringene i meldingen, og vil svekke forutsetningene for å oppnå best kvalitet og mest hensiktsmessig ressursbruk. 4. Avgrenset høringsutvalg gir et skjevt beslutningsgrunnlag	Vestre Viken HF mener at alternativ 2 gir den mest robuste, helhetlige og fremtidsrettede organiseringen av prehospitale tjenester for Asker og Bærums innbyggere samt Bærum sykehus. De konkluderer samtidig med at det kun er alternativ 2 som svarer til formålet slik det kommer til uttrykk i Meld. St. 23 (2024-2025), nemlig å sikre best mulig kvalitet og mest hensiktsmessig ressursbruk. Dette forutsetter et samlet ansvar og samarbeid i helsefelleskapene, noe som ikke lar seg realisere med en delt løsning.

Organisasjon

Innspill

Forslag

	Vi stiller oss kritiske til at kommunene i hele sykehusområdet ikke er inkludert i høringen. Dette gjelder særlig kommunene Drammen, Lier og Ringerike, som tilhører Vestre Viken HF sitt opptaksområde og vil kunne bli direkte påvirket av endringer i det prehospitale tjenestetilbudet. En beslutning av denne betydning forutsetter bred involvering og forankring hos alle berørte aktører. • Alternativ 0+: I dag fremstår alternativ 0(+) som verken utredet, analysert eller kostnadsberegnet. Det fremkommer ikke at 0+ alternativet vil få en økt kostnad - først etter at saken er avgjort av HSØ. Å tilbakeholde kjente og relevante økonomiske kostnader mener vi ikke er god forvaltningsskikk. Det oppfyller dermed ikke de metodiske kravene som bør stilles til et beslutningsalternativ i en høringsprosess. Vi mener derfor at alternativet ikke bør inngå i det videre vurderingsgrunnlaget. • Alternativ 1 - Påstanden om et "samlet tilbud" for Asker er misvisende: I beskrivelsen av alternativ 1 heter det at Oslo universitetssykehus overtar ambulansetasjonen i Sætre og får ansvar for pasientreiser, slik at Asker får et samlet tilbud. Dette mener vi er en misvisende fremstilling. Bærum sykehus er en del av Vestre Viken HF, og både Asker og Bærum er kommuner i dette helseforetakets opptaksområde. Et samlet og helhetlig prehospitalt tilbud for Asker kan derfor først realiseres når Vestre Viken har det totale prehospitale ansvaret i regionen - ikke ved å overføre ytterligere ansvar til et annet foretak. Dette støttes også av føringene i Meld. St. 23 {2024-2025} Fornye, forsterke, forbedre, hvor det legges vekt på bedre samordning, helhetlige pasientforløp og mer sammenhengende tjenester for pasientene. Å splitte ansvar mellom ulike foretak svekker nettopp disse målsettingene. Bærum sykehus sine utfordringer og behov er ikke tilstrekkelig inkludert, til tross for at dette er avgjørende for å levere på kravene knyttet til ventetidsløftet. Vestre Vikens bærekraftsplan forutsetter også at de fire sykehusene kan samarbeide og fordele pasienter og fag uhindret mellom seg. Dette gjelder innen intensivområdet, men også for andre fagområder. • Alternativ 2 - Vestre Viken overtar det prehospitale ansvaret i Asker og Bærum: Vestre Viken HF mener at alternativ 2 representerer den mest hensiktsmessige og helhetlige løsningen for fremtidig organisering av de prehospitale tjenestene i Asker og Bærum. Dette alternativet bør ikke bare vurderes - det må legges til grunn som den løsningen som oppfyller nasjonale og regionale mål og behov. Vestre Viken HF vil etablere egen innsatslederfunksjon (02) for regionen ved en overtagelse. Det vises i høringsdokumentet til at Vestre Vikens prehospitale ansvarsområde vil øke med 85 %. Selv om dette tallet er korrekt, må det samtidig presiseres at dette ikke representerer et uproporsjonalt inngrep, men en naturlig harmonisering av tjenesteansvar og geografi. Antallet ambulanseressurser, 113-samtaler og pasienter vil overhodet ikke øke tilsvarende. Asker og Bærum tilhører allerede Vestre Vikens opptaksområde, og Bærum sykehus er en del av foretaksstrukturen. Å samle det prehospitale ansvaret i samme foretak som sykehusansvaret gir økt faglig og organisatorisk sammenheng - til beste for både innbyggere, ansatte og pasientforløp. Videre fremgår det at antall ambulanser må økes med to, og at bemanningen på AMK og pasientreiser må styrkes. Dette må ikke fremstilles som en særskilt økonomisk utfordring for Vestre Viken. Økonomiske rammer følger ansvarssted - og Vestre Viken HF har sagt at vi skal løse dette innenfor 2025-rammen som OUS får tildelt for å dekke Asker og Bærum. Dette er ikke en ny ufinansiert kostnad da ressursene følger med ansvaret - dette er en omfordeling fra Oslo universitetssykehus, ikke en ny kostnadsøkning. Det kommer frem i høringsdokumentet at dette alternativet påvirker akutt- og beredskapssamarbeidet mellom nødetatene i Oslo, som får to prehospitale tjenester å forholde seg til. Denne formuleringen er etter vårt syn utilstrekkelig begrunnet og gir et misvisende inntrykk. Alle organisasjonsendringer vil nødvendigvis innebære justeringer i samhandlingsstrukturer, men det avgjørende er om disse endringene har vesentlige	
--	---	--

Organisasjon

Innspill

Forslag

	konsekvenser for innbyggernes trygghet og sikkerhet. Det foreligger ikke dokumentasjon eller analyse knyttet til påstanden i høringsdokumentet. Det mangler også viktig kontekst, da tilsvarende løsninger med samhandling mellom nødetater og flere helseforetak, er i drift ved mange AMK- og llx-sentraller i Norge. Det er derfor ikke grunnlag for å fremstille dette som en særskilt utfordring for Oslo politidistrikt. Vi vil i tillegg understreke at Vestre Viken HF vil etablere egen innsatslederfunksjon (02) for regionen ved en overtagelse. Et vesentlig poeng som heller ikke fremheves tilstrekkelig, er at alternativ 2 medfører sammenfall mellom helseforetakets geografiske opptaksområde og det operative ansvaret for de prehospitale tjenestene. Dette er i tråd med overordnede nasjonale føringer, slik de blant annet kommer til uttrykk i Meld. St. 23 (2024-2025) - Fornye, forsterke og forbedre. Her vektlegges det at helsetjenestene må organiseres slik at pasientene opplever helhetlige og sammenhengende forløp, at ressursene utnyttes effektivt, og at samhandling med kommunene styrkes. Et samlet ansvar i ett foretak gir de beste forutsetningene for dette. Bærum sykehus sine utfordringer og behov er ikke tilstrekkelig inkludert, til tross for at dette er avgjørende for å levere på kravene knyttet til ventetidsløftet. Vestre Vikens bærekraftsplan forutsetter også at de fire sykehusene kan samarbeide og fordele pasienter og fag uhindret mellom seg. Dette gjelder innen intensivområdet, men også for andre fagområder. For å kompensere for dagens begrensninger har Vestre Viken innenfor egne rammer måttet etablere en ekstra døgnbemannet intensivambulans for å sikre rask og trygg overføring av syke nyfødte fra Bærum sykehus til Drammen sykehus. Vestre Viken HF er av den bestemte oppfatningen av at alternativ 2 er den eneste løsningen som ivaretar både faglige, organisatoriske og samfunnsmessige hensyn på en tilfredsstillende måte. Ved en helhetlig og sammenhengende drift for helseforetaket vil også pasientsikkerheten styrkes. Vi anbefaler derfor at den vedtas. • Alternativ 3 - Vestre Viken overtar Asker, Oslo universitetssykehus beholder Bærum Beskrivelsen av alternativ 3 fremstår som ubalansert og formidler i liten grad de potensielle fordelene ved løsningen. Det vises til at omstillingskostnadene er lavere enn i alternativ 2, men dette nevnes isolert og uten å drøfte mulige gevinster ved en tydeligere organisering for Asker kommune og bedre lokal forankring av tjenesten. Det er heller ikke gjort en vurdering av hvordan dette alternativet kan påvirke pasientstrømmer eller bidra til bedre samordning av ressurser i den delen av regionen som allerede er en del av Vestre Viken HF sitt ansvar. Samtidig viderefører alternativet et delt foretaksansvar i en felles bo- og arbeidsregion, og innebærer at Bærum sykehus må forholde seg til to prehospitale aktører. Dette svekker helheten i tilbudet og skaper nye grenseflater internt i Bærum. Det kommer frem i høringsdokumentet at dette alternativet påvirker akutt- og beredskapssamarbeidet mellom nødetatene i Oslo, som får to prehospitale tjenester å forholde seg til. Denne formuleringen er etter vårt syn utilstrekkelig begrunnet og risikerer å gi et misvisende inntrykk. Alle organisasjonsendringer vil nødvendigvis innebære justeringer i samhandlingsstrukturer, men det avgjørende er om disse endringene har vesentlige konsekvenser for innbyggernes trygghet og sikkerhet. Det foreligger ikke en slik analyse i høringsdokumentet. Det mangler også viktig kontekst, da tilsvarende løsninger med samhandling mellom nødetater og flere helseforetak, er i drift ved mange AMK- og 11x-sentraller i Norge. Det er derfor ikke grunnlag for å fremstille dette som en særskilt utfordring for Oslo politidistrikt. Vi vil i tillegg understreke at Vestre Viken HF allerede er i ferd med å etablere egen innsatslederfunksjon (02). Etter vår vurdering gir ikke alternativ 3 et helhetlig og fremtidsrettet system for prehospitale tjenester. Det reduserer ikke kompleksiteten i regionen, men viderefører den. Alternativet er derfor ikke ønskelig, men kan vurderes dersom alternativ 2 skulle falle bort i den videre	
--	--	--

Organisasjon	Innspill	Forslag
Oslo universitets-sykehus	beslutningsprosessen. Dette med begrunnelse i at en større andel av Vestre Vikens pasienter da vil kunne få helhetlige pasientforløp i samme foretak. I saksfremlegget og i utredningsarbeidet har det fremkommet områder hvor Vestre Viken peker på flere interne utfordringer som knyttes mot dagens organisering av prehospitaltjenester i deres lokalsykehusområde. Oslo universitetssykehus erfarer ikke at andre sykehus i vårt opptaksområde har lignende utfordringer. Vi tok derfor allerede i 2024 initiativ overfor VV slik at de to sykehusene sammen kan gjennomføre forbedringstiltak for å kunne redusere de samhandlings- og logistikkulempene sykehuset VV opplever. Frem til nå har VV ikke fulgt opp dette og i sitt tilsvarende i mai måned i år, viser VV til den pågående prosessen i Helse Sør-Øst RHF om organiseringen av de prehospitaltjenestene i Asker og Bærum, og ønsker på nåværende tidspunkt ikke å gå videre i en slik prosess. Det har derfor beklagelig vis, ikke vært mulig for OUS å følge opp de fremsatt ulemper og avvik VV fremfører i sin utredning da OUS hverken har fått innsyn i de beskrevne avvikene eller saksunderlagene for de ulempene som fremsettes. OUS sin vurdering av løsningsalternativene Både OUS og VV har i prosessen vært enige med Helse Sør Øst om de fire alternativene til dagens modell, og samtidig gitt sin tilslutning til den analytiske tilnærmingen prosjektet har benyttet og vurderingskriteriene som beskrives i rapporten. Alternativ 2 og 3 Det er vår overordnede vurdering at løsningsalternativ 2 og 3 hvor ansvaret for prehospitaltjenester i enten både Asker og Bærum kommuner, eller bare i Asker kommune, skilles ut fra OUS og overføres til VV, ikke er en fremtidsrettet og robust løsning. Det er vår vurdering at disse to forslagen samlet sett vil kreve en større personalmessig og økonomisk ressurstilgang enn dagens løsning og de to andre foreslåtte modellene. Samtidig vil alternativene skape en rekke operasjonelle og beredskapsmessige utfordringer både i daglig drift og ved store hendelser. I et samfunnssikkerhets- og beredskapsmessig perspektiv, vil alternativ 2 og 3, etter vår vurdering, gi en rekke utfordringer ved at både politi, brann og forsvaret skal forholde seg strategisk, operativt og taktisk til to forskjellige AMK-sentraler, to forskjellige ambulansetjenester og to sykehus i det samme politidistriktet i det som er landets tetttest befolkede område. I den daglige driften, vil delingen også innebære en rekke praktiske utfordringer, både for Pasientreiser og for ambulanse- og AMK-sentralene. For Pasientreiser vil de to sykehusene måtte inngå parallelle avtaler med transportnæringene, i det som for næringene er et samordningsområde, mens de to AMK-sentralene må koordinere en rekke oppdrag i det som geografisk og kommunikasjonsmessig fremstår som et sammenhengende område. For OUS vil en oppdeling og utskillelse, ikke frigjøre stillinger/ressurser, da ressursinnsatsen og volumet er for lavt til dette. Samtidig signaliserer VV at de vil trenge en ressurstilførsel da volumet i deres målestokk vil innebære en vesentlig meraktivitet. Modellene vurderes av OUS som ikke å være bærekraftige i det forventede fremtidsbildet vi som samfunn står foran samtidig som modellen har stor økonomisk og organisatorisk risiko. OUS kan derfor ikke anbefale innføringen av de to modellene. Alternativ 0+ Modellen innebærer at dagens grenseflater og deling hvor VV opprettholder ansvaret for ambulansestasjonen og pasientreiser i gamle Hurum kommune videreføres mens OUS har ansvaret i resten av kommunen og i Bærum for Nødmeldetjenesten, Ambulansetjenester og Pasientreiser. For befolkningen som er brukere av Pasientreiser i gamle Hurum kommune innebærer dette videreføring av dagens ulemper, mens ulempene VV beskrives i sin tilbakemelding, vil kunne reduseres gjennom et styrket og mer formalisert samarbeide knyttet til tjenesteutøvelsen i de to kommunene. Modellene vurderes av OUS som bærekraftige i det forventede fremtidsbildet selv om noen av ulempene ved delingen ansvaret for Asker kommune videreføres. Den økonomiske risikoen	Oppsummering og anbefaling De Prehospitaltjenester i Asker og Bærum kommuner har siden tidlig i etableringen av dagens organisering av helseforetakene vært en del av ett felles AMK- og ambulanseområde (2003). Modellen har i stort vist seg både beredskapsmessig, personalmessig og økonomisk å være både effektivt og bærekraftig. Kommunereformen med innlemmingen av Hurum i Asker kommune har sammen med fremsatte ulemper sett fra VV lagt grunnlaget for flere utredninger om organisering av tjenestene i dette området. Prosessene har så langt vært åpne, med gode muligheter for helseforetakene til å delta, gi innspill til faglig innretning, metodikk og konsekvensvurderinger, både av faglig og økonomisk karakter. Alternativ 1 vurderes av OUS som den mest bærekraftig av de foreslåtte modellene og den modellen som samlet sett er mest egnet til å møte fremtidens utfordringsbilde med knappere tilgang til ressurser og helsepersonell. Dagens ulemper ved delingen ansvaret for Asker kommune faller samtidig bort. Den økonomiske og organisatoriske risikoen vurderes som lav og modellen vurderes som den mest egnede til å møte det forventede fremtidsbildet

Organisasjon

Innspill

Forslag

	vurderes som lav selv om den innebærer en organisatorisk og operativ ulempe gitt den fortsatte todelingen av Asker kommune. Alternativ 1 Modellen innebærer at OUS beholder ansvaret for kommunene Asker og Bærum som i dag, og tar i tillegg over ansvaret for ambulansetjenesten og pasientreiser i tidligere Røyken og Hurum kommuner. Modellen innebærer en overdragelse lik endringen som ble gjort mellom SI og OUS ved overføringen av Glåmdalen, men i et mindre omfang. Personellet knyttet til Ambulansetjenesten virksomhets overdras til OUS og på Pasientreiseområdet må VV overdrar sine avtaler til OUS, slik SI gjorde med avtalen i Glåmdalen i 2019. For OUS vil en slik endring ikke innebære behov for økte administrative ressurser da antall ansatte som må overføres er lavt og det økonomiske volumet knyttet Pasientreiser er relativt lavt. Som for Modell 0+ kan ulempene VV beskrives i sin tilbakemelding, reduseres gjennom et styrket og mer formalisert samarbeide knyttet til tjenesteutøvelsen i de to kommunene. Alternativ 1 vurderes av OUS som den mest bærekraftig av de foreslåtte modellene. Dagens ulemper ved delingen ansvaret for Asker kommune faller samtidig bort. Den økonomiske og organisatoriske risikoen vurderes som lav og modellen vurderes som den mest egnede til å møte det forventede fremtidsbildet.	
--	---	--