

Til: Styret ved Vestre Viken HF

Dato utsendt: 8. mai 2023

Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 15. mai 2023
Møtetid: Kl. 10.00 – 15.30
Møtested: Kongsberg sykehus, møterom Auditoriet

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, må melde fra om dette til styresekretær innen søndag 14. mai (hilde.enget@vestreviken.no).

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

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

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Hilde Enget

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
		Orientering
45/2023	10.00 5 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 15. mai
46/2023	10.05 5 min	Godkjenning av møteprotokoller 27. mars 2023 Vedlegg: <ol style="list-style-type: none"> 1. Foreløpig protokoll 27. mars 2023 2. <i>Foreløpig protokoll 27. mars sak 32 unntatt offentlighet B-protokoll</i> 3. <i>Foreløpig protokoll 27. mars sak 33 unntatt offentlighet B-protokoll</i>
47/2023	10.10 90 min	Styringsmål for økonomisk langtidsplan (ØLP) 2024 - 2027 Vedlegg: <ol style="list-style-type: none"> 1. Oppdaterte planforutsetninger ØLP 2024 - 2027 2. Eierskap og finansieringsansvar for regionale RIS/PACS-systemer. <i>Unntatt offentlighet jfr. Offl.§ 23.</i> <p>Før behandling av saken avholdes det et internt styreseminar med presentasjon i møtet. Denne delen er unntatt offentlighet jfr. Helseforetaksloven § 26a punkt 2.</p>
	11.40 30 min	Lunsj
48/2023	12.10 20 min	Driftsorientering fra administrerende direktør <i>(Inkl. Orientering om status pr. april 2023)</i>
49/2023	12.30 15 min	Virksomhetsrapportering pr 31. mars Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr. 31. mars
50/2023	12.45 90 min	Statusoppdatering fra Kongsberg sykehus v/ klinikkdirektør og avdelingssjefer. Tiltak for å øke aktiviteten og redusere kostnader. Presentasjon i møtet.
	14.15 10. min	Pause
51/2023	14.25 20 min	Ledelsens gjennomgang VVHF for 2022 Vedlegg: Rapport LGG 2022, foretaksnivå
52/2023	14.45 15 min	Etiske retningslinjer i VVHF Vedlegg: Etiske retningslinjer i VV HF
53/2023	15.00 15 min	Varslingsordningen i VVHF Vedlegg: <ol style="list-style-type: none"> 1. Revidert mandat for Varslingsutvalget i VVHF 2. Dagens prosedyre for varsling av kritikkverdige forhold
54/2023	15.15 10 min	Status nytt sykehus Drammen
55/2023	15.25 5 min	Møteplan 2024 for styret i VVHF
56/2023	15.30	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 28. april 2023

	0 min	<ul style="list-style-type: none"> 2. Brukerutvalg 2. mai 2023 3. Referat SKU 9. mai 2023 - ettersendes 4. Høringssvar NOU 2023:4 Tid for handling 5. Styrets årsplan 2023 per mai inkl. pendingliste 6. Referat HAMU 18. April 2023
57/2023	15.30 5 min	Eventuelt
	15.35	Møteslutt

Dato: 2. mai 2023
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	45/2023	15.05.23

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 8. mai 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Innkalling og saksliste til styremøte 15. mai 2023.

Dato: 2. mai 2023
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoller

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	46/2023	15.05.23

Forslag til vedtak

Møteprotokoller fra styremøte 27. mars godkjennes.

Drammen, 8. mai 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg:

1. Foreløpig protokoll 27. mars 2023
2. *Foreløpig protokoll 27. mars sak 32 unntatt offentlighet B-protokoll*
3. *Foreløpig protokoll 27. mars sak 33 unntatt offentlighet B-protokoll*

Saksbehandler: Hilde Enget

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Bærum sykehus, møterom styrerommet**Dato:** 27. mars 2023**Tidspunkt:** Kl. 10.00 – 15.30

Følgende medlemmer deltok:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Hans Tore Frydnes	Nestleder (fra kl. 12.00)
Kari Fjelldal	Styremedlem
Robert Bjerknes	Styremedlem (fra kl. 11.15)
Hans Kristian Glesne	Styremedlem
Bovild Tjønn	Styremedlem
Gry Lillås Christoffersen	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
Maria Josefsen Gundersen	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem

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

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

Navn	Funksjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør
Krzysztof Hochnowski	Fung. direktør medisin og helsefag
Mette Lise Lindblad	Direktør økonomi
Henning Aarset	Direktør Kommunikasjon og samfunnskontakt
Eli Årnot	Direktør kompetanse
Cecilie B Løken	Direktør Teknologi
Rune Abrahamsen	Prosjektdirektør NSD
Hilde Enget	Administrasjonssjef/styresekretær

Styrets leder Siri Hatlen ledet møtet og administrerende direktør la fram sakene.

Protokollfører: Hilde Enget

Styreseminaret:

Styret takker for informasjonen og kommenterer at det er fornuftig med en innfallsvinkel der man starter med de områder som vil gi størst effekt. Samtidig er det viktig at administrasjonen identifiserer tiltak som vil gi varig langsiktig effekt. Det er innsatsen som legges ned i årene 2023 og 2024 som vil kunne bidra til en langsiktig bærekraftig økonomi for helseforetaket. Styret vil bli informert om status i oppfølgingen i styremøtene fremover.

Styret gjennomførte sitt årlige møte med revisjonen ihht. Aksjeloven § 7-5a.

Styret gjennomførte møte med revisjonen. Gøril Hyni fra PwC la frem presentasjon i møtet.

Sak 26/2023 Godkjenning av innkalling og saksliste**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 27/2023 Godkjenning av styreprotokoll fra 27. februar 2023**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Møteprotokoll fra styremøtet 27. februar 2023 godkjennes.

Sak 28/2023 Styrets årsberetning og årsregnskap for VVHF 2022**Oppsummering av innhold**

I saken fremlegges den endelige årsregnskapsrapporteringen pr. 31. desember 2022. Årsrapport, bestående av styrets årsberetning, resultat, balanse, noter og kontantstrømoppstilling, legges frem for styret med forslag om at det anbefales fastsatt som resultat for 2022 i foretaksmøte. Det regnskapsmessige årsresultatet viser et overskudd på 121 MNOK. Styrets innspill til årsberetningen fra styremøte 27. februar 2023 er innarbeidet i endelig utkast til årsberetning. I eget vedlegg fremlegges også lederlønsrapport for 2022.

Kommentarer i møtet

Styret kommenterte at revisor i møte alene med styret hadde gitt svært god tilbakemelding på administrasjonens arbeid med økonomi og styring og dette oppleves som svært betryggende i den vanskelige økonomiske situasjonen foretaket står i.

De spørsmål som fremkom i møtet ble svart ut i møtet.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

1. Styret for Vestre Viken HF anbefaler at den fremlagte årsrapport for 2022, bestående av styrets årsberetning, resultat- og balanseoppstilling, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger vedtas.
2. Styret tar den vedlagte lederlønsrapport for 2022 til orientering
3. Styret foreslår at resultatet for 2022, et overskudd på 121 MNOK, føres slik: Overføring til annen egenkapital: 121 MNOK.

4. Styret ber administrerende direktør om å oversende vedtaket med nødvendige vedlegg for videre behandling i foretaksmøte og sende årsrapporten til det nasjonale regnskapsregisteret i Brønnøysund.
5. Styret gir administrerende direktør fullmakt til eventuelt å gjøre mindre tekstredigeringer dersom det er påkrevd fra ekstern revisor eller lignende.

Sak 29/2023 Driftsorientering fra administrerende direktør

Oppsummering av innhold

Administrerende direktør informerte om partnerskapsmøte med våre 21 kommuner 17. Mars der bla. Helsepersonellkommissjonens rapport var på dagsorden. Det pågår dialog med Asker kommune om alternativ anvendelse av Blakstad til helseformål. Styret ble også informert om status for avhending av Drammen sykehus. Irene Beheim er fungerende direktør inntil Kristin Fagerhaug er på plass som ny klinikkdirektør for Intern service medio mai. Det første utstyret er nå på plass i nytt sykehus Drammen og sentrale helsepolitikere fra både FrP og AP har besøkt og viser stor interesse for det nye sykehuset. Helse Sør-Øst besøkte VVHF i forbindelse med revidering av regional teknologistrategi den 7. mars. AMK videoprojektet har mottatt designpris fra DOGA. Administrerende direktør informerte også om ny hovedbankforbindelse, medieoppslag om Helseloggistikk og om pågående arbeid med intensivtransport i VVHF. VVHF er i dialog med Helse Sør-Øst om ny ØLP, dette er også tema i styreutvalgsmøte 28. Mars.

Kommentarer i møtet

Styreleder informerte fra styreledermøte i HSØ 14. mars, der hun opplever en erkjennelse av at det ikke er manglende styring eller nye krav fra VVHFs side som er årsak til økte byggekostnader for NSD. Styret ønsker å være tydelig på at en mulig fremtidig løsning med årlig tildeling fra Helse Sør-Øst, ikke vil gi den forutsigbarhet helseforetaket trenger for å kunne utvikle virksomheten og sikre gode og trygge helsetjenester over tid. Som følge av at administrasjonen skal levere innspill til ØLP 2024 - 2027 til HSØ 18. April, vil styreutvalget på styrets vegne drøfte den strategiske innretningen på ØLP i styreutvalgsmøte den 28. mars. Det presiseres at oversendelse av ØLP innspill til HSØ gjøres med forbehold om styrets godkjenning den 15. mai 2023 der saken blir fremlagt for beslutning.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

Sak 30 /2023 Virksomhetsrapport pr. januar 2023

Oppsummering innhold:

Prognosen for året viser et avvik mot budsjett på 225 MNOK. Videreføringen av bevilgningen fra 2022 på 2,5 MRD til helseforetakene vil påvirke denne prognosen. Administrerende direktør vil opprettholde arbeidet med å identifisere og iverksette virkningsfulle tiltak for å få økonomien på rett kjørl. Oppfølging av tiltaksarbeidet i klinikkene har høy prioritet.

Kommentarer i møtet:

Styret påpeker at det er mange muligheter ved bruk av videokonsultasjoner, både med tanke på tilgjengelighet, redusere ventetider og god økonomiutnyttelse. Det å ta i bruk videokonsultasjoner i samarbeid med kommunene ble trukket frem som eksempel på en fremtidig løsning, for å sikre

gode overganger. Styret vil i de tertialvise rapporteringene få fremlagt statistikk på den digitale oppfølgingen blant ulike pasientgrupper.

Styret konstaterer nedgang i innleie samtidig som det er høye kostnader til overtid, og spør om dette gjør utslag for kvalitet og pasientsikkerhet. Administrerende direktør er ikke kjent med en slik utvikling og informerer om at kartlegging, analysering og tiltak er en del av avviksoppfølgingen i pasientbehandlingen. Styret kommenterer at de økonomiske konsekvenser knyttet til sykefravær bekymrer på lik linje som konsekvenser knyttet til arbeidsmiljø og kvalitet. I sum er dette tre viktige grunner til å gi sykefraværsoppfølgingen stor oppmerksomhet.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. 28. februar 2023 til orientering.

Sak 31/2023 Resultatkrav

Oppsummering innhold:

Beslutningen om å tilføre spesialisthelsetjenesten en varig styrking av finansieringen kommer godt med i en tid preget av svært høy prisvekst. Etervirkningen av pandemien har medført en lavere produktivitet enn før pandemien. I tillegg er sykefraværet fortsatt høyt, og medfører økt press på den bemanning som er på jobb. Innleie og overtid gir dyrere timer, selv om bruken av innleie er redusert. Som følge av at budsjettet for 2023 er vedtatt med en betydelig uløst utfordring vil administrerende direktør foreslå at resultatkravet ikke endres for 2023. Siden investeringsrammene er vesentlig tatt ned i 2023 er det ønskelig at bevilgningen benyttes til å styrke investeringen med i første omgang 30 MNOK.

Kommentarer i møtet:

Styret kommenterer at bruk av incentivordninger i forbindelse med sommerferieavvikling er en tilleggskostnad og administrerende direktør informerer om at VVHF brukte 9,5 MNOK i fjor. Det arbeides for å holde ordningene på et lavt nivå, i tråd med føringer fra Helse Sør-Øst.

Styret uttrykker bekymring til manglende investeringsmidler til BRK-programmet. Styret støtter forslaget om å avvente ytterligere styrking av investeringsbudsjettet til regjeringen legger frem RNB i mai. Styret kommenterer at VVHF ikke kan forvente å få særlig mer enn kompensasjon for lønn- og prisvekst i denne sammenheng, og at hovedmålet fremover vil være å få ned styringsfarten for å sikre årets budsjett.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret vedtar å opprettholde resultatkravet for 2023 på 178 millioner kroner.
2. Investeringsrammen for 2023 økes med 30 MNOK. Administrerende direktør vil komme tilbake til styret med revidert vurdering av investeringsplanen etter behandling av økonomisk langtidsplan for 2024 – 2027, og når eventuelle nye bevilgninger for 2023 er besluttet i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2023.

Sak 32/2023 Luftambulansesatsjon på Ål

Saken er unntatt offentlighet Jf. Offl. § 23 første ledd. Egen protokoll fra møtet.

Sak 33/2023 Lokalisering av Habilitering og Behandlingshjelpemidler

Saken er unntatt offentlighet Jf. Offl. § 23 første ledd. Egen protokoll fra møtet.

Sak 34/2023 Anskaffelse av PT-CT til nytt sykehus Drammen**Oppsummering av innhold:**

PET/CT er nødvendig for å sikre forsvarlig pasientbehandling i fremtiden. Etablering av stråleterapi vil øke etterspørselen etter PET/CT-undersøkelser. Det er mest hensiktsmessig og også mest økonomisk regningsvarende å etablere dette tilbudet i nytt sykehus Drammen, i stedet for å videreføre dagens modell med leie av en modulløsning utenfor sykehuset.

Kommentarer i møtet:

Styret støtter forslaget om å gå fra leasing til investering. På spørsmål fra styret kan administrerende direktør bekrefte at helseforetaket har forberedt organiseringen inkl. kostnadene rundt PET CT på nytt sykehus i Drammen.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

1. Styret ber administrerende direktør søke Helse Sør-Øst RHF om fullmakt til å starte prosessen med anskaffelse av PET-CT til nytt sykehus i Drammen.
2. Styret legger til grunn at anskaffelsen tar forbehold om finansiering.

Sak 35/2023 Anskaffelse av analysehall laboratoriemedisinsk avdeling**Oppsummering av innhold:**

Det har vært gjennomført anbud til Nytt sykehus i Drammen (NSD) med opsjoner til de tre andre sykehusene (Ringerike, Kongsberg og Bærum) for anskaffelse av labinstrumenter/analysehall (automasjon/ klinisk/immunkjemi/ infeksjonsimmunologi). Kontraktsoptionene gir mulighet til å anskaffe utstyr fra samme leverandør til de andre sykehusene, og dermed standardisere utstyrsparken i foretaket.

Kommentarer i møtet:

Styret kommenterer at det er lagt frem et godt businesscase i saken.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret gir administrerende direktør fullmakt til utløsning av opsjon for anskaffelse av analysehall ved Ringerike og Kongsberg sykehus.

Sak 36/2023 Statusoppdatering fra Bærum sykehus v/ klinikkdirektør Trine Olsen**Oppsummering av innhold:**

Presentasjon i møtet.

Kommentarer i møtet:

Styret takker for en informativ og konstruktiv presentasjon av status i arbeidet ved Bærum sykehus med å sikre kvalitet og økonomisk bærekraft. Styret trekker frem at både systematikk og involvering i arbeidet virker tillitsvekkende, og at det er positivt at nødvendige analyser gjøres underveis slik at man er trygg på tiltak og metoder. Styret verdsetter spesielt vilje og evne til hele tiden å ta i bruk nye og bedre løsninger.

På spørsmål fra styret om hvilke tiltak som er igangsatt mht rekrutteringsutfordringer, informerer klinikkdirektør at de har etablert utdanningsstillinger og at de jobber med kontinuerlig forbedring av tjenestene. Gode ledere med kunnskap om endringsprosesser og samarbeid med utdanningsinstitusjonene blir også trukket frem som viktige tiltak.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar informasjonen til orientering.

Sak 37/2023 Statusoppdatering fra klinikk medisinsk diagnostikk v/klinikkdirektør Wesley Caple

Oppsummering av innhold:

Presentasjon i møtet.

Kommentarer i møtet:

Styret er imponert over systematikken i endringsarbeidet i klinikk for medisinsk diagnostikk, og uttaler at denne har stor overføringsverdi til andre klinikker og avdelinger i helseforetaket. Hvordan det arbeides med kulturen for å få med seg folk, trekkes også frem som positivt.

På spørsmål fra styret vedr. effektivisering knyttet til rekvisisjon av analysepakker, informerer klinikkdirektør at klinikken driver aktiv veiledning til egne ansatte knyttet til standardiserte forløp.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar informasjonen til orientering.

Sak 38/2023 Høringssvar Helsepersonellkommisjonens rapport NOU 2023:4 Tid for handling

Oppsummering av innhold:

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i brev av 2. februar 2023 Helsepersonellkommisjonens NOU 2023:4. *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* på høring, til blant annet alle helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet inviterer høringsinstansene til å vurdere Helsepersonell-kommisjonens NOU. Høringsfristen er satt til 2. mai 2023.

Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll har sittet som medlem i Helsepersonellkommisjonen. Hun har derfor ikke vært involvert i arbeidet med utkast til høringssvar fra Vestre Viken HF.

Kommentarer i møtet:

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret er orientert om at administrasjonen ved økonomidirektør (som stedfortreder for administrerende direktør) vil være avsender av VVHF sitt høringsvar til Helsepersonellkommissjonens rapport NOU 2023:4 Tid for handling.
2. Styret vil få høringsvaret til orientering når dette er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

Sak 39/2023 Status nytt sykehus Drammen

Oppsummering av innhold:

Prosjektorganisasjonen for nytt sykehus er inne i en periode med mye aktivitet. Samtidig har sykefraværet vært høyt. Dette øker belastningen på driftsorganisasjonen, og har i noen grad påvirket fremdriften i mottaksprosjektet. Sykefraværet er nå fallende. Mottaksprosjektets mandat og tilhørende møtestruktur gjør det mulig å følge opp fremdriften i de ulike aktivitetene. I hovedsak går dette arbeidet i henhold til planen.

Kommentarer i møtet:

Ingen kommentarer.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Sak 40/2023 Instruks for styret

Oppsummering av innhold:

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

Instruks for styret i Vestre Viken HF ble sist fastsatt i styremøte 25. april 2022 i sak 42/2022. Styret har lagt til grunn at instruksen legges fram for styret for en årlig gjennomgang og godkjenning, og at dette skjer på styremøtet i mars.

Kommentarer i møtet:

Ingen kommentarer.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Instruks for styret i Vestre Viken HF godkjennes.

Sak 41/2023 Instruks for administrerende direktør

Oppsummering av innhold:

I protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 er det presisert at styrene for helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Instruksene bygger på maler fra Helse Sør-Øst RHF. Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF ble sist fastsatt i styremøte 25. april 2022, sak 43/2022. Styret har lagt til grunn at instruksen legges fram for styret for en årlig gjennomgang og godkjenning.

Kommentarer i møtet:

Ingen kommentarer.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF godkjennes.

Sak 42/2023 Referatsaker

Ingen kommentarer.

Sak 43/2023 Eventuelt

1. Status vedr. oppfølging av ansattparkering fra styremøtet 30. Januar 2023 ble etterspurt. Administrerende direktør vil følge opp saken og gi en oppdatering under «Driftsorientering fra AD» i styremøte den 15. Mai 2023. Det vil også bli informert på intranett om at man søker å løse utfordringene som oppleves av ansatte.

Bærum 27. mars 2023

Siri Hatlen
styreleder

Hans Tore Frydnes
nestleder

Bovild Tjønn

Hans-Kristian Glesne

Tom Roger H Frost

Maria Josefsen Gundersen

Robert Bjerknes

Kari Fjelldal

Toril A K Morken

Gry Lillås Christoffersen

Dato: 5. mai 2023
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Styringsmål for økonomisk Langtidsplan (ØLP) 2024 - 2027

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i Vestre Viken HF	47/2023	15.5.2023

Forslag til vedtak

1. Styret vedtar styringsmål for økonomisk langtidsplan basert på forutsetningene for utvikling av EBITDA som lå til grunn for vedtak i sak 2/2019 Forprosjekt nytt sykehus i Drammen.
2. Informasjon om økonomiske forutsetninger og plan for gevinstrealisering tas til foreløpig orientering.

Drammen, 8. mai 2023

Lisbeth Sommervoll
Administrerende direktør

Bakgrunn

Økonomisk langtidsplan (ØLP) er første trinn i budsjettprosessen for 2024, og beskriver foretakets forventede rammer knyttet til kapasitet, aktivitet, driftsøkonomi og investeringer de neste fire årene. HSØ har oversendt helseforetakene Budsjettskriv 3 som ga rammebetingelser basert på vedtak i styret i HSØ, sak 022-2023. I etterkant er det kommet informasjon om revidert nasjonalbudsjett (RNB) som gir tydelige indikasjoner på at rammebetingelsene vil endres vesentlig. Av den grunn har HSØ i brev 3. mai 2023 til de administrerende direktørene i HF'ene bedt om at helseforetakene planlegger med behandling av ØLP i august (vedlegg). HSØ vil behandle konsekvensene av RNB i sitt styre 21. juni. Endrede rammebetingelser forventes oversendt helseforetakene i etterkant av dette.

Bygging av nytt sykehus i Drammen (NSD) er i full gang med planlagt innflytting i 2025. Prosjektet er ved vedtak 008/2023 i HSØ gitt en høyere styringsramme enn grunnlaget for VVHF's styrets vedtak i 2019 om igangsettelse av prosjektet. I tillegg prisreguleres byggeprosjektet med en prisindex som så langt vesentlig overstiger den deflator som foretakets inntektsrammer reguleres med i de årlige statsbudsjetter. RNB gir ekstra kompensasjoner for prisstigningen og finansieringsforutsetningene vil endres med dette. Foretaket skal oppdatere sine beregninger for eventuelt avvik i prisreguleringer når nye planforutsetninger mottas i juni.

Økt styringsramme for NSD og den høyere prisreguleringen for byggeprosjektet innebærer en vesentlig høyere anskaffelseskost for det nye sykehuset enn de forutsetninger som lå til grunn for styrets vedtak i 2019. Styret i VVHF vedtok følgende i sak 2/2019:

1. Styret tar forprosjekt for nytt sykehus i Drammen til etterretning og anbefaler Helse Sør-Øst RHF å legge rapporten til grunn for gjennomføring av prosjektet.
2. Det forutsettes at kostnadsrammen på 9 966 MNOK (prisnivå 2017 kroner) opprettholdes og at avviket mellom investeringskalkylen og den fastlagte styringsrammen dekkes inn av angitte tiltak.
3. Dokumentasjonen i denne styresaken viser med all tydelighet at bygging av nytt sykehus i Drammen er et stort og krevende økonomisk løft for Vestre Viken HF. Styret konstaterer at det forutsettes vesentlige effektiviseringer, omstillinger og innovasjon i hele organisasjonen både før sykehuset er innflyttingsklart og i årene etterpå. Det er viktig at dette er godt forankret og erkjent i hele organisasjonen.
4. Styret legger til grunn at foretakets samlede kapasitet blir optimalt utnyttet etter at nytt sykehus i Drammen er bygd slik at kapasitetsutfordringer håndteres i sykehusnettverket.
5. I tilknytning til Strategisk plan 2019 -2022 ber styret om at det etableres en helhetlig plan for effektivisering, omstilling og innovasjon for å møte forutsetningene i foreliggende styresak og underliggende dokumenter. Styret legger til grunn oppdatert økonomisk langtidsplan.
6. Styrets vedtak meddeles Helse Sør-Øst RHF.

Foretaket har i dialog med administrerende direktør og styreleder i HSØ kommet frem til at styringsmålet for VVHF's ØLP skal være uten disse to faktorene, men slik at ØLP fremlegges med byggeprosjektets fulle investeringskostnad.

I denne saken redegjøres det for hvordan VVHF kan fastsette sine styringsmål de kommende årene for å sikre at foretaket leverer på de forutsetninger som lå til grunn for styrets vedtak i 2019.

Saksutredning

Foretaket står overfor betydelige investeringer i årene framover, og må derfor ha positive resultater for å opparbeide tilstrekkelig egenkapital. Resultatforventningene må baseres på en nøktern underliggende drift, noe som innebærer en kostnadsvekst lavere enn veksten i inntekter. Ved godkjenning av forprosjektrapporten for Nytt sykehus i Drammen (NSD) ble det lagt til grunn en vekst i EBITDA. Veksten i EBITDA bygde på en gevinstrealiseringsplan for NSD og andre tiltak for å sikre en bærekraftig økonomi i hele foretaket. Foretaket må planlegge for nødvendige investeringer for å sikre et fortsatt godt behandlingstilbud, samt fortsatt utvikling av tjenestene. EBITDA målet ligger fast.

Utviklingsplanen 2035 for VVHF ble vedtatt av styret 25. april 2022 og viderefører de fem målområdene fra forrige utviklingsplan:

- Styrke brukermedvirkning og brukerstyring
- Skape trygge og helhetlige pasientforløp
- Styrke samhandling og nettverk
- Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi
- Sikre personell med rett kompetanse

En bærekraftig økonomi er en grunnleggende forutsetning for foretakets videre utvikling.

Økonomiske rammebetingelser

Pandemien har medført at foretaket ligger etter planen mht. realisering av gevinst knyttet til NSD og iverksettelse av andre tiltak som har lagt til grunn for forutsetningen om økonomisk bærekraft. Sykefraværet er på et vesentlig høyere nivå enn tidligere. Året 2022 var sterkt preget av høy prisvekst. Prisveksten har resultert i økte bevilgninger over statsbudsjettet. Det er nå klart at RNB vil komme med nye bevilgninger for å møte en prisvekst i 2023 som er høyere enn statsbudsjettet la til grunn. De økte bevilgningene vil medføre bedre finansiering av økte rentekostnader og den høyere prisreguleringen av byggeprosjektet. Når nye rammebetingelser foreligger må det gjøres oppdaterte beregninger for å dokumentere eventuelle avvik i forutsetningene. RNB gir også økte lånerammer til byggeprosjektene som følge av prisstigningen. For VVHF er det antydnet 286 MNOK i økt ramme for HOD-lån. Økt lånefinansiering gir imidlertid ingen endring i foretakets finansieringsforutsetninger da det uansett er lagt opp til mellomfinansiering med driftskreditt fra HSØ.

Det er foreløpig ikke avklart hvordan den økte styringsrammen for NSD skal finansieres, jf. sak 008-2023 i HSØ. Styret i HSØ presiserte at økt styringsramme for Nytt sykehus i Drammen ikke må bli til hinder for at Vestre Viken HF kan fortsette å levere gode helsetjenester. Av den grunn er det i møte med administrerende direktør og styreleder i HSØ avtalt at VVHF fastsetter sine styringsmål basert på en beregnet ØLP der økt prisregulering og økt styringsramme holdes utenfor.

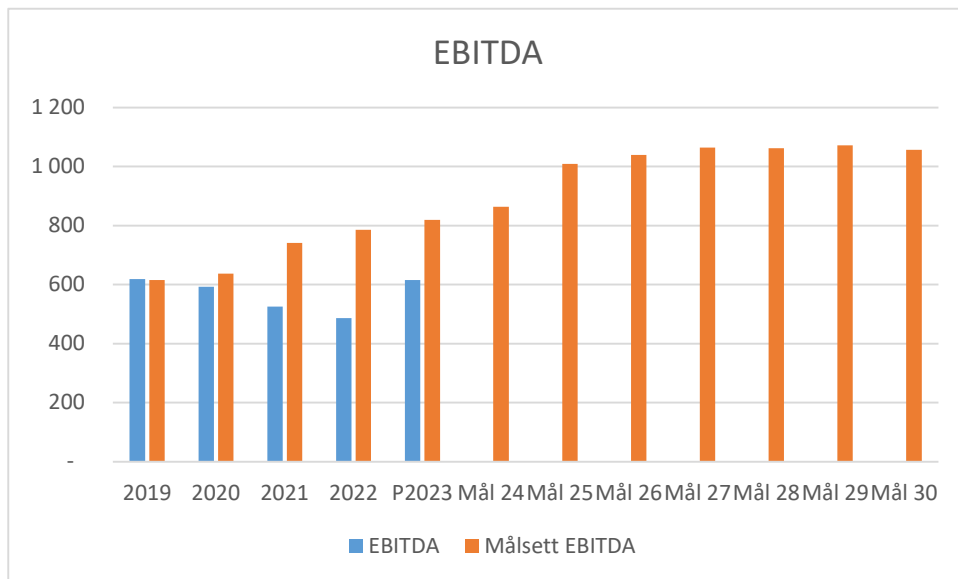
Krav til EBITDA

EBITDA står for resultat før renter og avskrivninger, og brukes til å måle den andelen av resultatet som kan benyttes til å betjene foretakets gjeld. Når styret vedtok forprosjektrapporten for NSD i 2019 ble det samtidig lagt til grunn en forutsetning om utvikling i EBITDA. Som nevnt overfor er krav til EBITDA ikke oppnådd i årene 2021, 2022 og forventes heller ikke oppnådd i 2023.

Som følge av prisregulering NSD utover deflator i statsbudsjettet, korrigert styringsramme NSD, endrede forutsetninger for kapitalisering samt endrede rentesatser vil foretakets resultat etter avskrivninger og finans avvike vesentlig fra de forutsetninger som lå til grunn for godkjent

forprosjekt NSD. Dette er forhold som er utenfor foretakets kontroll. EBITDA er imidlertid et resultat av foretakets drift og inneholder elementer foretaket kan ta kontroll på. Prisvekst og et langt høyere sykefravær er en viktig underliggende årsak til svake resultater de siste par årene, men her er det kommet tilleggsbevilgninger som avhjelper på situasjonen. Foretaket vil tilstrebe å nå de EBITDA målene som lå til grunn for forprosjektrapporten i 2019. Som følge av ettervirkningene etter pandemien er det imidlertid nødvendig å bruke noe mer tid på å nå målene.

Utvikling i EBITDA og forutsetningen fra forprosjektrapporten er vist i grafen nedenfor. Målsatt EBITDA er beregnet på prognose omsetning 2023. EBITDAoppnåelse 2023 forventes endret med endrede rammebetingelser fra RNB.



Som det fremkommer av tabellen overfor har foretaket en estimert økonomisk utfordring på vel 200 MNOK for å nå målet i 2024 og ytterligere 200 MNOK for å nå målet i 2025. Deretter flater kurven noe ut. Dette legger grunnlaget for målsatt gevinstrealisering og revidert plan for gevinstrealisering NSD og økonomisk bærekraft for VVHF som vil fremlegges for styret styreseminar 12. juni 2023.

Siden foretaket i 2024 og 2025 vil pådra seg ekstraordinære høye kostnader til flytting og forberedelser til NSD, samt forholdet at en andel av vedlikeholds- og oppgraderingsplan BRK vil treffe driftsresultatet foreslås det at EBITDA oppnåelse i disse årene måles uten disse kostnadene.

Fremtidig investeringsbehov

For å sikre langsiktig økonomisk bærekraft er det viktig å opprettholde et visst nivå på investeringene. Investeringer i eiendom, medisinteknisk utstyr og IKT skal støtte opp under ønsket utvikling av driften, samtidig som eiendelene skiftes ut i takt med slit og elde.

Eiendom

I tillegg til NSD står foretaket foran betydelig krav til oppgradering av bygningsmassen ved de andre sykehusene. BRK planen er forsinket som følge av lavere resultatoppnåelse de siste par årene. Eiendomsplan PHR og PHT er under utvikling. PHR nærmer seg ferdigstilling og for å gi best mulig driftsforutsetninger gitt utviklingen av tjenestene er det behov for nye bygg. Dette vil kunne delfinansieres ved salg av eksisterende bygningsmasse i tillegg til effektivisering av driften. For PHT har det over en lengre periode vært en høyere aktivitetsvekst enn veksten i

pasientbehandling tilsier. Eiendomsplan PHT vil først og fremst sikre god plassering av ambulansestasjonene for overholdelse av krav til responstider. Det vil iverksettes prosess rundt anskaffelse av nye lokaler til Drammen ambulansestasjon. Lokalene tilfredsstiller ikke krav til arbeidsmiljø og har etter noen mindre utbedringer fått midlertidig dispensasjon til å drifte i dagens lokaler i ytterligere 2 år.

For fagområdene behandlingshjelpemidler og habilitering vil det inngås nye leieavtaler (jf. styresak 32/2023).

Med disse planene, og fullføring av BRK, har foretaket en samlet langtidsplan for all virksomhet som ikke berøres av nytt sykehus i Drammen.

HSØ har fastsatt et overordnet mål om at ordinært vedlikehold skal ligge på minimum 350 kroner per kvadratmeter for hele bygningsmassen, indeksregulert gjennom planperioden. For å styrke ekstraordinært vedlikehold har HSØ avsatt 200 millioner kroner årlig av regionens likviditet til lokale investeringsformål i årene 2024-2026. Det er stilt krav til at HFene minst skal videreføre vedlikeholds nivået i planperioden sammenlignet med forrige økonomiske langtidsplan. Midlene fordeles etter rapportering i internhusleieordningen. For VVHF utgjør dette 25 MNOK årlig tom. 2026. Internhusleieordningen ble vedtatt i 2022 og skal implementeres fullt ut i 2023. Dette vil innebære innføring av incentivordninger som skal stimulere til arealeffektivisering. VVHF har både leide og eide bygg. En mer effektiv arealutnyttelse kan bidra til reduksjon av leide arealer.

IKT og bygnær IKT

Innen bygnær IKT og eiendomsmessige IKT-tilpasninger er det erfaringsmessig behov for investeringsmidler til nødvendige IKT-oppgraderinger. Dette må ses i sammenheng med de årlige bygningsmessige planene og nødvendige forberedelser til NSD. STIM-prosjektet Modernisering av nett startet opp i 2022 og forventes ferdigstilt i løpet av 2024. Formålet med prosjektet er å erstatte utdaterte enheter med en modernisert og helhetlig regional nettverksinfrastruktur som skal levere tilstrekkelig kvalitet og tilgjengelighet til å understøtte foretakenes behov.

Sykehuspartner har angitt forutsetninger for lokale investeringer med 9,5 MNOK pr. år i 2024-2027. Det har vist seg fra tidligere at Sykehuspartner har begrenset kapasitet til leveranser, noe som representerer en stor utfordring for VVHF både for driftsmessige forhold og for strategiske utviklingsprosjekter. I tillegg representerer det en utfordring for å få gjennomført nødvendige forberedelser til innflytting i Nytt Sykehus i Drammen. Rammen for investeringer vurderes for lav for VVHF gitt forutsetninger om at foretaket selv må bære investeringskostnader til RIS/PACS, T-doc (system for sterilsentralene), samt nødvendig utstyr til helselogistikk. Det er dialog med HSØ om forutsetningene for lokale versus regionale investeringer. Foretaket vil foreslå at forholdet omkring RIS/PACS adresseres HSØ formelt. Utkast til brev følger vedlagt.

Medisinteknisk utstyr

VVHF har medisinsk-teknisk utstyr (MTU) til en total anskaffelsesverdi på 1,26 MRD. Alle utstyrsenheter er registrert i foretakets utstyrsdatabase Medusa, og pr 1. januar 2023 var det registrert 14.053 MTU enheter. Reinvestering i MTU er nødvendig for å kunne opprettholde stabil drift og unngå avbrudd i pasientbehandling. Dagens MTU park har en gjennomsnittsalder på 7,1 år og en verdivektet gjennomsnittsalder på 6,4 år. Alderen har økt siden 2020 da investeringsrammen for MTU har vært lavere enn behovet for reinvestering, jf tabellen under.

Gjennomsnittsalder for MTU i VV 2017-2023

År	Sum alder / antall	Verdivektet alder
2017	7	6,3
2018	7	6,2
2019	7	6,3
2020	6,9	6
2021	6,7	6,1
2022	6,8	6,1
2023	7,1	6,4

Med bakgrunn i en gjennomsnittlig brukslevetid på 9,5 år vil beregnet behov for investeringsmidler til opprettholdelse av dagens MTU-park de neste årene være om lag 116 MNOK pr. år i tillegg til midler over drift til gjenanskaffelse av mindre MTU (verdi under 100.000 kr). De siste årene har det også vært sterkere prisstigning enn tidligere, og antall kjøp har blitt nedjustert for å holde seg innenfor investeringsrammen.

Aktivitetsvekst, teknologisk utvikling og nye behandlingsmetoder medfører behov for utvidelse eller oppgradering av MTU. Behov for nyanskaffelser vil vurderes oppimot andre tiltak for å sikre en effektiv utnyttelse av MTU-parken. Nyanskaffelser kan i et helhetsperspektiv være mer lønnsomt enn tiltak for å øke utnyttelsesgraden av MTU som f.eks. kveldspoliklinikk, eller kostbart vedlikehold for å forlenge levetiden med noen få år. MTU er et fagfelt i rask utvikling og investering i ny og moderne teknologi vil kunne gi økonomiske gevinster som f.eks. redusert undersøkelsestid og redusert bruk av reagenser, ref styresak 35/2023.

I nytt sykehus i Drammen er det forutsatt en "medflyttingsgrad av utstyr" på 29 %, dvs at VVHF er forpliktet til å dekke 29% av anskaffelseskostnaden til utstyr som etableres i NSD. Anskaffelser i regi av prosjektorganisasjonen for nytt sykehus (PNSD) og foretakets egne investeringer samordnes fortløpende. Investeringsplanene er innrettet slik at planlagte utskiftninger i størst mulig grad sammenfaller med flyttingen, slik at man unngår å flytte store modaliteter med kort gjenværende levetid. VVHF skulle i utgangspunktet overflytte/anskaffe MTU for 351 MNOK. Denne summen har økt til ca. 400 MNOK og beregning pr 1. januar 2023 viser at 65% av verdien av MTU i eksisterende sykehus vil overflyttes til NSD. 80 MNOK som er avsatt i planperioden er tilstrekkelig for å ivareta VVs forpliktelser for MTU i NSD, med noen få unntak som er nevnt under.

Finansiering av ny PET-CT i NSD er fortsatt uavklart, ref styresak 34/2023. Det kan fortsatt være mulighet for finansiering over MTU-budsjettet i nytt sykehusprosjekt. Det jobbes videre mot PNSD for å få til dette. Alternativt må investeringen omprioriteres innenfor samlet ramme for MTU. Kostnadene til operasjonell leie av dagens PET-modul vil samtidig falle bort ved flytting til nytt sykehus.

I PNSD er det lagt opp til kjøp av to strålemaskiner, såkalt linak (forkortelse for lineær-akselerator) til stråleterapi. Analyse av behov og hvilke grupper som skal behandles viser at det er behov for tre linakere ved Drammen Sykehus. Det vil være mest hensiktsmessig at PNSD kjøper inn alle tre linakere samtidig.

Omstillingsbehov og handlingsplan for resultatsikring

Helseforetakenes arbeid med å rekruttere, beholde og utvikle kompetansen hos sine medarbeidere skal bidra til å møte det fremtidige kompetansebehovet. Tilgang på kvalifisert personell forventes å bli utfordrende de kommende årene i takt med at antall eldre i befolkningen øker og derav behovet for helsetjenester. Kravet til økonomisk bærekraft

kombinert med knapp tilgang på helsepersonell medfører at virksomheten må omstilles de kommende årene. Omstillingen vil omhandle flytting av oppgaver mellom personell, opplærings- og kvalifiseringstiltak, samt digitalisering av tjenestene.

Veksten i ambulansetjenester og pasientreiser har tidligere år vist en større vekst enn øvrige aktivitetsforutsetninger. Den betydelige veksten innenfor dette området, sammen med forskriftsfesting av krav til responstider vil kunne medføre vesentlige kostnadsøkninger de kommende årene. Tiltak som kan bidra til å redusere veksten innenfor dette området er nødvendig. Dette området forventes å bli påvirket av pågående prosjekter med økt hjemmebehandling og videoløsninger i AMK. Prehospitale tjenester for Asker og Bærum leveres av OUS. Dette er en u hensiktsmessig organisering for Vestre Viken. Foretaket mister mulighet til flåtestyring av ambulanseporteføljen. Flåtestyring vil kunne gi driftsmessig positive effekter for samordning av ambulansesvirkomheten i opptaksområdet, og ved bedre tilpasning i overgangen sykehus og pasienttransport. HSØ har restartet prosjektet med utredning av organisering av ambulansetjenesten og AMK. I første omgang vil det utredes muligheter for bedre samordning AMK. Deretter vil organisering av ambulansetjenesten gjennomgås. HSØ har gitt tydelige signaler om at det vil tilsiktes at ambulansetjenesten samorganiseres med sykehusdrift knyttet til foretakenes opptaksområder. Det er meget positivt for VVHF som gjennom flere år har utfordringer med dagens organisering.

Vekst i utlevering av utstyr og forbruksmateriell for hjemmebehandling (behandlingshjelpemidler – BHM) forventes å øke i planperioden. Det er en risiko for at nye produkter og økt hjemmebehandling vil gi økte kostnader. VVHF følger utviklingen tett og har iverksatt flere tiltak for å forbedre styringsinformasjon, arbeidsprosesser og verktøy innen BHM-området. Med Ahus og VVHF som piloter er HSØ i ferd med å bygge ut BHM fra Forsyningscenteret. I den anledning er det presisert at HSØ må sette seg i førersetet mht standardisering innen BHM.

Kostnader til Sykehuspartner HF har økt mer enn prisstigningen. For planperioden øker kostnadene med STIM (Program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering), regionale prosjekter som Helselogistikk og DIPS Arena, samt tiltak innen sikker og stabil drift. Det er i tillegg økning i avtalekostnader spesielt innenfor infrastruktur, samt økt arbeidsflatekostnad som følge av innføring av mobile arbeidsflateverktøy og Microsoft 360. Gevinstrealisering knyttet til å ta i bruk ny teknologi er helt nødvendig. Historisk har det ikke vært jobbet godt nok med det. Program VIDT (Vestre Viken Digital Transformasjon) skal blant annet jobbe med å forbedre prosessene for gevinstrealisering når det innføres nye system og endringer i eksisterende system. Program VIDT og prosjektkontoret samarbeider om dette og er i dialog med Sykehuspartner og Helse Sør-Øst gjennom regionale nettverk for gevinstrealisering. VVHFs implementering av både DIPS Arena og Helselogistikk vil medføre endringer i drift som forventes å gi gevinster. Det vil stilles krav til prosjektene for å fremlegge gevinstplaner.

Foretaket har opplevd en sterk vekst innenfor psykiatrien de siste årene, spesielt innen barn og unge. Konkurransen om arbeidskraften er stor og finansieringsmodellen er i all hovedsak rammebasert som dermed ikke gir økte inntekter i takt med veksten. Det er derfor behov for omstillinger også her. Det er et overordnet krav at spesialiserte tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres særskilt. Fortsatt økning vil kunne medføre ytterligere press på økonomien i tillegg til utfordring med tilgang på kompetanse.

Det er en økende vekst av forbruket av lab og bilde. Effektivisering av tjenestene og en mer riktig bruk av tjenester er en forutsetning for å håndtere dette uten økt finansiering. Manglende investeringsmidler og forsinkelser i prosjekter medfører risiko for at effektiviseringen ikke skjer i takt med veksten. Riktig bruk av disse tjenester er avhengig av somatikken endring praksis i mange av sine rutiner. Foretaket har startet et innovasjonsprosjekt for å ta i bruk kunstig

intelligens (KI) for bildeanalyse og innenfor hematologiprosesser. Metodikk og kompetanse fra disse prosjektene kan benyttes til å innføre KI-løsninger innen andre områder. Det forventes at KI og ny teknologi vil bidra vesentlig i driften fremover. I en implementeringsfase vil det kreve investeringer i programvare/utstyr og frikjøp/innleie av ressurser. Dette vil vurderes i forbindelse med de kommende års budsjetter.

Innen bildediagnostikk vil avansert informasjonsteknologi, bedre diagnostikk, og innføring av felles bildearkiv vil øke tilgjengelighet av - og samhandling om - bildediagnostiske undersøkelser uavhengig av hvor disse er utført. Felles bildearkiv vil også være en forutsetning for å realisere potensialet i digital patologi og gi nye muligheter for bedret oppfølging av pasienter innen en rekke kliniske fagområder. En kritisk suksessfaktor for den ønskede digitaliseringen, er at tiltakene får prioritet i Helse Sør-Øst mtp investeringsmidler og ressurser hos Sykehuspartner.

Vestre Viken HF med sine fire somatiske sykehus med forholdsmessig korte avstander gir en mulighet til organisering av tjenestene og utnyttelse av samlet kapasitet på en måte som sikrer tilgang på helsetjenester nær der befolkningen bor, samtidig som kompetansen kan benyttes på tvers av lokasjonene. Satsing på Vestre Vikens virtuelle sykehus bidrar til at pasientene i større grad kan motta helsetjenester uten å møte opp fysisk på sykehuset. Tjenester som tidligere krevde oppmøte hos spesialist skal i større grad kunne ytes til pasientene ved hjelp av videokonsultasjoner, nettbaserte behandlingsprogrammer og som digital hjemmeoppfølging ved bruk av pasientrapporterte data og sensorteknologi. Brukerstyring og samvalg skal vektlegges og understøttes. Kunstig intelligens skal gjøre det mulig å utnytte felles helsedata for å tilby raskere og mer presis diagnostisering, bedre behandling og mer effektiv ressursbruk.

Innenfor både somatikk og psykiatri vil det spesielt utredes tiltak som bidrar til utnyttelse av samlet kapasitet på tvers av sykehus og avdelinger. Dette er helt nødvendig for å sikre god pasientbehandling i fremtiden gitt utfordringer med rekruttering av personell. Oppgavedeling mellom faggrupper er også nødvendig å realisere i større grad. I tillegg er det konstatert at organisering og drift av poliklinikkene har forbedringspotensialer. Dette ble avdekket i forbindelse med en revisjon gjennomført i 2022. Foretaket ser også potensialer i bedre samhandling med kommunene om spesielt sårbare fagområder. Nødvendig kapasitet på kveld, natt og helg utfordrer konkurransedyktigheten og økt samhandling om ressursene kan bidra til utjevning av belastningen på personellet. Sikre pasientforløp og aktivitetsstyrt ressursplanlegging ligger til grunn for alle tiltak. Mer samhandling på tvers av sykehusene i foretakene skal også bidra til reduksjon av uønsket variasjon. Mer samhandling på tvers vil også påvirke foretakets innkjøpskostnader. Det vil i planperioden innføres nye rutiner for bestillinger av varer. Tiltaket skal sikre mer overensstemmelse med avtaler i tillegg til redusert variasjon. På medikamentområder er det etablert en høykostgruppe som aktivt overvåker nye prisavtaler og påvirker klinikerne i valg av medikament.

Arbeidet med revisjonen av plan for økonomisk bærekraft i VVHF og gevinstrealisering NSD pågår og planlegges fremlagt for styret i styreseminar 12. juni. Tiltakene i gevinstplanen vil omfatte områdene som er omtalt overfor. Konkretisering av tiltakene og forankring i drift vil pågå de nærmeste par månedene. Det er etablert et ressursteam som skal støtte klinikkene i gevinstarbeidet. Gevinstplanen for NSD ligger fast og prisreguleres i takt med statsbudsjettets deflator.

For å sikre fremdrift og resultatoppnåelse i alle kritiske prosjekter er det innført en modell for porteføljestyring i foretaket. Det er etablert et eget prosjektkontor som bistår de prosjekter som anses som kritiske for at foretaket når sine mål. Modellen skal sikre ledelsesmessig forankring mht. prioritering, og tidlig iverksettelse av tiltak om mål ikke nås som forutsatt. Gevinstplanen vil inngå i foretakets portefølje.

Administrerende direktørs vurdering

Økt styringsramme for NSD, og den vesentlig høyere prisreguleringen av byggeprosjektet sett mot årlig prisregulering av inntektene over statsbudsjettet, medfører at investeringen i NSD nå er vesentlig høyere enn forutsetningen som var lagt til grunn da styret vedtok byggeprosjektet i 2019. Vestre Viken HF har ikke økonomisk bærekraft til å bære hele investeringen. Det er dialog med HSØ om tiltak som kan underlette denne situasjonen. Det er et vedtak i HSØ sitt styre om at HSØ skal sikre at Vestre Viken HF fortsatt kan levere gode helsetjenester. Den økte investeringskostnaden medfører utfordringer i utforming av økonomisk langtidsplan. Forutsetning om investeringer er knyttet til foretakets årlige resultater. Økt styringsramme påfører foretaket økte avskrivninger og økte rentekostnader. Med disse økningene kan foretaket ikke gjennomføre investeringer på et forsvarlig nivå. Det er avtalt med HSØ at styringsmålene for foretakets økonomi skal baseres på en beregnet resultatlinje der disse forholdene holdes utenfor. Det vil derfor foreslås at styringsmålene for foretaket baseres på den EBITDA utvikling som lå til grunn for vedtaket om bygging av nytt sykehus i Drammen i 2019.

Styringsfarten inn i 2023 var vesentlig svakere enn det fjorårets ØLP la til grunn. Høyt sykefravær og vesentlig høyere prisstigning utfordrer økonomisk bærekraft. Foretaket må igjennom større omstillinger de kommende årene. Dette har medført behov for en større revisjon av gevinstplanen som lå til grunn for beslutning om bygging av nytt sykehus i Drammen. I tillegg har foretaket større investeringsbehov knyttet til eiendommer i PHR og PHT. Det faktum at Vestre Viken allerede er et av de mest kostnadseffektive helseforetakene, tilsier at det blir krevende. Gevinstplanen peker på områder der det fortsatt er mulig å øke effektiviteten. Tilgang på helsepersonell og organisasjonens evne til å gjennomføre omstilling er de mest kritiske faktorene for å nå de økonomiske målene i planperioden. I saken pekes det på noen overordnede tiltaksområder. Tett ledelsesmessig oppfølging og gode planverk vil være nødvendig. Det etableres derfor et ressursteam som skal støtte klinikkene i omstillingsarbeidet, og spesielt følge de tiltak som medfører samhandling på tvers av klinikker.

Administrerende direktør foreslår at styret vedtar å fastsette styringsmålene for Vestre Viken HF de kommende årene på en EBITDA utvikling tilsvarende forutsetningene for forprosjektrapporten for NSD i 2019. Øvrig informasjon om økonomiske forutsetninger og plan for gevinstrealisering foreslås tatt til foreløpig orientering. Administrerende direktør planlegger å legge frem plan for økonomisk bærekraft og gevinstrealisering NSD i styreseminar 12. juni. I tråd med de føringer som er gitt fra HSØ vil økonomisk langtidsplan for 2024 – 2027 fremlegges for styret i august 2023.

Vedlegg:

1. Brev til administrerende direktører i foretaksgruppen: Oppdaterte planforutsetninger ØLP 2024 –2027
2. Utkast til brev til HSØ angående eierskap og finansiering av RIS/PACS (unntatt offentlighet)

Administrerende direktører i helseforetakene
Styreledere i helseforetakene i Helse Sør-Øst

Vår referanse:

23/00545-1

Saksbehandler:

Kathrine Hofgaard Vaage, +47 456 60 404

Deres referanse:

Dato:

02.05.2023

Oppdaterte planforutsetninger ØLP 2024-2027

Helse Sør-Øst RHF formidlet følgende til styret i Helse Sør-Øst i styremøte 28. april:

Helse Sør-Øst RHF behandlet i styremøte 9. mars 2023 sak 022-2023; Økonomisk langtidsplan 2024-2027 – planforutsetninger. Plan for videre arbeid tok sikte på styrebehandling av foretaksgruppens Økonomisk langtidsplan 2024-2027 i styremøtet 21. juni.

Den senere tiden har det vært vesentlig usikkerhet i rammebetingelsene som påvirker økonomisk langtidsplanlegging. Regjeringen legger frem revidert nasjonalbudsjett 11. mai 2023. Foruten stadfestelsen av tilleggsbevilgningen på 1,3 milliarder kroner for 2023 jamfør sak 018-2023; Fordeling av økt bevilgning i 2023, ventes avklaringer vedrørende dekning av ufinansiert prisvekst i 2023 og hvorvidt det blir endringer i reguleringen av lån til byggeprosjektene – og om det siste vil bli gitt med tilbakevirkende kraft. Også likviditet til dekning av økte pensjonspremier forventes adressert, da vesentlige økninger i bruk av driftskreditt medfører økte rentekostnader.

Helse Sør-Øst RHF følger nøye med på utviklingen i byggekostnader. Oppdaterte vurderinger og analyser innhentes halvårlig. Det er behov for å gå nærmere inn på den forventede utviklingen i et mellomlangt perspektiv. Med den omfattende porteføljen av byggeprosjekter har dette stor betydning for forutsetningene for fremtidig utvikling av byggekostnader, og forholdet mellom statsbudsjettets deflator og utviklingen i byggekostnader.

Helseforetakene har erfart at langtidsplanleggingen er mer krevende enn vanlig, og usikkerheten i helseforetakenes innspill er større enn vanlig. En revidert prosess vil etter administrerende direktørs vurdering kunne øke kvaliteten i grunnlaget for styrets beslutning. Det vil også gi anledning til en oppdatert vurdering av endrede rammebetingelser som gir langtidsplanen nødvendig trygghet som styringsverktøy.

Administrerende direktør vil derfor legge frem reviderte planforutsetninger for økonomisk langtidsplan 2024-2027 i styremøtet 21. juni. Det tas sikte på at foretaksgruppens økonomiske langtidsplan for 2024-2027 behandles av styret 29. september 2023.

Dette medfører behov for styrebehandling av revidert innspill til økonomisk langtidsplan 2024-2027, sannsynligvis i løpet av august. Helse Sør-Øst RHF vil komme nærmere tilbake til frister i den videre prosessen. Det er ikke krav til styrebehandling av innspillene som ble levert med forbehold, 18. april 2023, og årsplanen for styresaker bør endres tilsvarende.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Terje Rootwelt
administrerende direktør

Line Alfarrustad
økonomi og finansdirektør

Dato: 8. mai 2023
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering pr. 31. mars 2023

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	49/2023	15.05.2023

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. 31.mars 2023 til orientering.

Drammen, 8. mai 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering per 31. mars 2023 i tråd med styrets årshjul.

Saksutredning

Aktiviteten har tatt seg opp etter nyttår, og i mars er plantall tilnærmet nådd. Sykefraværet fortsetter å ligge høyt, og det gir økte kostnader til innleie og overtid. Innleiekostnadene holder seg på et betydelig lavere nivå enn i 2022, og har ikke resultert i noen økning i overtid og ekstrahjelp, selv om disse postene fortsatt ligger vesentlig over budsjett. Arbeidet med tiltak i klinikkene er full gang, men påvirker resultatet først mot siste halvår. Siden foretaket la frem et budsjett med en vesentlig uløst utfordring medfører dette resultatavvik inntil tiltak er identifisert og iverksatt. Av resultatavviket på 100 MNOK pr. mars utgjør dette 43 MNOK.

Ventetider innen både somatikk og psykiatri er fortsatt høyere enn måltall. Kravet for 2023 er at ventetidene ikke skal øke sett mot 2022. Høyt sykefravær og avvikling av kveldspoliklinikk påvirker utviklingen i ventetidene så langt i år, men tiltak er under arbeid i klinikkene for å bedre situasjonen. For somatikken omfatter det bedre planlegging av poliklinikkvirksomheten basert på erfaringene etter utført revisjon på hjertepoliklinikk. Avviklingen av fritt behandlingsvalg påvirker somatisk virksomhet, og innvirker også på ventetidene. For psykiatri er det fremkommet en økt kostnad knyttet til fritt behandlingsvalg. Dette synes ikke å være i samsvar med premissene, og HSØ er i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet.

De viktigste resultatene knyttet til brukermedvirkning/brukerstyring, trygge og helhetlige pasientforløp, personell med rett kompetanse og bærekraftig økonomi er oppsummert i vedlegget.

Prognosen for årets resultat er forverret siden forrige rapportering. Dette er en følge av senere effekter av tiltak og et fortsatt høyt sykefravær. Avgitt prognose er ikke inkludert regjeringens budsjettstyrking som vil komme i revidert nasjonalbudsjett, der Vestre Viken HF er tildelt 177,2 MNOK i Foretaksmøtet 13. mars 2023. I tillegg vil regjeringen i forbindelse med revidering av nasjonalbudsjettet i mai bevilge nye kompensasjoner for prisstigningen i 2023.

Administrerende direktørs vurderinger

Aktiviteten ligger tilnærmet på plan siste måned. Kostnadsnivået er imidlertid fortsatt for høyt. Vedvarende høyt sykefravær er en vesentlig årsak til dette. Arbeidet med tiltak pågår i alle klinikker, og et en revidert gevinstplan vil bli lagt frem for styret i junimøtet.

Prognosen for året viser et avvik mot budsjett på 278 MNOK. Videreføringen av bevilgningen fra 2022 på 2,5 MRD til helseforetakene vil påvirke denne prognosen. I tillegg kommer ytterligere 2,2 MRD til helseforetakene i fbm. RNB. Dette vil bedre prognosen for året.

Administrerende direktør opprettholder arbeidet med å identifisere og iverksette virkningsfulle tiltak for å få økonomien i balanse. Oppfølging av tiltaksarbeidet i klinikkene har høyeste prioritet.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar virksomhetsrapporten per mars til orientering.

Vedlegg:

1. Virksomhetsrapportering pr. 31. mars 2023

Vedlegg

Virksomhetsrapportering pr. 31. mars 2023

Innhold

Sammendrag.....	2
Styrke brukermedvirkning og brukerstyring.....	2
Skape trygge og helhetlige pasientforløp	2
Sikre personell med rett kompetanse	3
Sikre bærekraftig økonomi.....	4

Sammendrag

De viktigste resultatene knyttet til brukermedvirkning/brukerstyring, trygge og helhetlige pasientforløp, personell med rett kompetanse og bærekraftig økonomi er oppsummert nedenfor.

Styrke brukermedvirkning og brukerstyring

VVHF		Mars	Hittil i år	Prognose
AKTIVITET - Telefon- og videokonsultasjoner - ANDEL	Resultat	10,6	10,7	15,0
	Plan	15,0	15,0	15,0
	Awik	-4,4	-4,3	0,0
	I fjor	10,6	12,5	10,9

Telefon- og videokonsultasjoner

Andel telefon- og videokonsultasjoner er ca. 11 % i mars. Målet i 2023 er 15 % for somatikk og 20 % for psykisk helsevern. Andelen telefon- og videokonsultasjoner pr. mars er bak målkravet for både somatikk og psykisk helsevern. Det pågår flere prosesser i klinikk for å øke andelen. Dette omfatter gjennomgang av pasientforløp, utvikling av verktøy (Checkware og Nimble). Innenfor PHR vil det systematisk tilbys pasienter som ikke møter eller avlyser timer. Andelen digitale konsultasjoner må sees i sammenheng med andre metoder for digital hjemmeoppfølging (for eksempel egenregistrering og sensorteknologi) som følges opp tertialvis. I forbindelse med Vestre Vikens program for digital hjemmeoppfølging er det startet flere prosjekter som vil øke andelen av digital hjemmeoppfølging.

Skape trygge og helhetlige pasientforløp

VVHF		Mars	Hittil i år	Prognose
KVALITET - Kreftbehandling: Pakkeforløp gjennomført innen definert forløpstid - ANDEL	Resultat	69	67	70
	Plan	70	70	70
	Awik	-1	-3	0
	I fjor	70	70	68
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avvirket Somatikk - DAGER	Resultat	69	69	64
	Plan	64	64	64
	Awik	6	6	0
	I fjor	59	60	64
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avvirket PHR - DAGER	Resultat	45	46	38
	Plan	38	38	38
	Awik	7	8	0
	I fjor	42	45	44
KVALITET - Overholdelse av pasientavtaler - ANDEL	Resultat	87,7	88,0	95,0
	Plan	95,0	95,0	95,0
	Awik	-7,3	-7,0	0,0
	I fjor	89,6	89,4	88,4
AKTIVITET - Avslag BUPA - ANDEL	Resultat	18,3	17,8	10,0
	Plan	10,0	10,0	10,0
	Awik	-8,3	-7,8	0,0
	I fjor	26,2	25,0	23,8

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

Pakkeforløp for kreft

Tall for pakkeforløp kreft kommer fra NPR og er foreløpig ikke klare for 2023. Dette var forespeilet i løpet av mars, men ved henvendelse til NPR 21. april ble det gitt beskjed om at det forventes klart om 2-3 uker. Tall fra DIPS antyder at Vestre Viken ligger noe under målkravet på 70 % med oppnådd 67 % per mars. Det utføres forløpsgjennomgang av klinikkene på pakkeforløp med manglende måloppnåelse for identifisering av utfordringsområder og iverksettelse av tiltak.

Ventetid somatikk

Ventetiden innen somatikk var 69 dager pr. mars. Målet er 64 dager. Aktiviteten er nå mer på linje med plan, men etterslepet er fortsatt høyt etter pandemien. Det er også en økning i antall henvisninger innenfor kardiologi etter avvikling av Fritt Behandlingsvalg. Høyt sykefravær og nedtak av kveldspoliklinikk påvirker også. Tiltak for bedre planlegging av poliklinikkvirksomheten igangsettes over det hele, basert på erfaringene etter utført revisjon på hjertepoliklinikk. Øye er først ut. Effekter forventes oppnådd i løpet av høsten. Klinikken prioriterer pasienter slik at ventetiden er forsvarlig.

Ventetid psykisk helse og rus

Innen psykisk helsevern og TSB er ventetiden samlet pr. mars 46 dager. Ventetiden er lengre enn målet innen BUP og VOP, og nesten på målkravet innen TSB. Antall henvisninger er økende innen VOP og BUP, med en vekst på 19 % hittil i år mot samme periode i fjor innen BUP og en vekst på 12 % hittil i år mot samme periode i fjor innen VOP.

Som følge av økt henvisningsmengde til VOP og BUP gjøres det prioritering av forsvarlig ventetid. Det innebærer at det er betydelig variasjon i ventetid basert på alvorlighetsgrad. Knapp tilgang på kvalifisert personell gjør det nødvendig med streng prioritering. Det er derfor vanskelig å tidfeste forventet nedgang i ventetid. Fortsatt økning i henvisninger medfører at tidligere tiltak ikke viser effekt på den samlede ventetiden.

I BUPA pågår arbeidet med å møte den økte henvisningsmengden med videreutvikling av dialogbasert inntak sammen med kommunene, videre oppbygging av FACT-ung team og økt andel gruppebehandlinger.

I DPS skal video og telefonkonsultasjoner økes gjennom å systematisk tilby avstandsoppfølging når pasienter avlyser time/ikke møter, synlig informasjon om avstandsoppfølging i brev om time, og i brosjyre.

Overholdelse av pasientavtaler

Andel overholdte pasientavtaler var 88 % pr. mars. Tiltakene ses i sammenheng med tiltak for å redusere ventetidene.

Avslag BUP

Andel avslag innen BUPA er 17,8 % pr. mars. Det er etablert dialogbasert inntak sammen med kommunene noe som har gitt reduksjon i avslagene. Ordningen med dialogbasert inntak vil videreutvikles i samarbeid med kommunene og med forankring i Helsefelleskapet. Det er planlagt kalibreringskonferanse med alle kommunene denne våren.

Sikre personell med rett kompetanse

VVHF		Mars	Hittil i år	Prognose
HR - Sykefravær totalt - PROSENT	Resultat	9,2	9,1	8,0
	Plan	8,7	8,9	8,0
	Avvik	-0,4	-0,2	0,0
	I fjor	10,0	10,4	8,9
HR - Brudd på arbeidstidsbestemmelsene - ANDEL	Resultat	2,3	2,3	1,0
	Plan	0,0	0,0	0,0
	Avvik	-2,3	-2,3	-1,0
	I fjor	2,4	2,4	2,9

Sykefravær

Sykefraværet hittil i år (pr. mars) er 9,2 %. Pr. mars var korttidsfraværet hittil i år på 3,2 %, sammenlignet med 5,0 % i fjor. Korttidsfraværet er høyt, men utviklingen går i riktig retning.

Pågående tiltak er blant annet økt fokus på sykefravær i ledergrupper, personalmøter og fagdager, samt pilotering av «Tidlig og tett på» hvor målgruppen er hyppig gjentakende fravær. Det er lansert en IA-intranettside som har mye god informasjon og verktøy for å jobbe systematisk med sykefravær og arbeidsmiljø. Noen verktøy er enkle og skal kunne drives av seksjonen selv, med støtte fra verneombud og tillitsvalgte. Det tilbys e-læringskurs, samt kurs innen sykefraværsoppfølging og tilhørende temaer med påmelding i læringsportalen. Det gis støtte fra sentral stab inn i arbeidsmiljøprosesser i ulike seksjoner ved behov. I mai lanserer Vestre Viken en egen podcast, «Lederpraten». Tema kan være blant annet lederskap og arbeidsmiljøutvikling.

AML-brudd

Pr. mars var gjennomsnittlig andel AML-brudd 2,3 % av alle vakter i foretaket, på samme nivå som forrige måned. Den hyppigste årsakskoden til AML-brudd er å ivareta nødvendig kompetanse, etterfulgt av sykdom. Det oppstår situasjoner hvor kompetanse er kritisk, som følge av sykefravær eller dårlige pasienter som krever ekstra oppfølging. Det er flest AML-brudd som følger av samlet tid pr dag, etterfulgt av arbeidsfri før vakt.

Sikre bærekraftig økonomi

VVHF		Mars		Hittil i år		Prognose
ØKONOMI - Driftsresultat - TNOK	Resultat	-31 438		-55 835		-100 000
	Plan	14 833		44 500		178 000
	Avvik	-46 271		-100 335		-278 000
	I fjor	-26 517		-61 502		120 827
HR - Brutto Månedswerk - ANTALL (April)	Resultat	7 962		7 978		7 981
	Plan	7 702		7 701		7 777
	Avvik	-260		-276		-204
	I fjor	7 853		7 884		7 979
AKTIVITET - DRG-Poeng Somatikk - ANTALL	Resultat	11 175		32 184		124 152
	Plan	11 185		32 307		124 152
	Avvik	-10		-122		0
	I fjor	10 424		29 158		114 858
AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	17 013		47 072		167 902
	Plan	17 109		46 043		167 902
	Avvik	-96		1 029		0
	I fjor	17 216		47 024		174 705
AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	10 052		28 002		93 340
	Plan	8 315		23 398		84 834
	Avvik	1 737		4 604		8 506
	I fjor	9 475		25 265		93 993

Driftsresultat

Resultatet i mars måned viser et underskudd på 31,4 MNOK, som er 46,3 MNOK bak budsjettert resultatmål. Av samlet akkumulert avvik pr. mars på 100 MNOK skyldes om lag 43 MNOK den uløste utfordringen i budsjettet for 2023. Aktiviteten i mars er noe høyere enn forrige måned, og er nå på linje med budsjett. Samlede inntekter viser et negativt avvik på 6,4 MNOK hittil i år. Utover den uløste utfordringen er det først og fremst merkostnader på varer/adk, lønn og innleie. Energikostnader avviker med 9,3 MNOK pr. mars, der prisavvik utgjør 7 MNOK. Vedlikehold over drift er 7,2 MNOK utover budsjett og møtes av tilsvarende lavere investeringer. I tillegg er det høye kostnader til Fritt behandlingsvalg innen PHR, som pr. mars er 6,6 MNOK over budsjett.

Lønn og innleie preges av fortsatt høyt sykefravær. Lønnskostnader er 60,4 MNOK over budsjett pr. mars, hvorav uløst utfordring utgjør 36,2 MNOK. Det er overforbruk på både fast og variabel lønn. Faktisk brutto månedsverk i mars og april ligger vesentlig over budsjett, og medfører avvik på lønnskostnader også i april måned. Klinikken jobber med sine planlagte tiltak og forventer å få effekter fremover. Utviklingen i sykefraværet er avgjørende for kostnadsutviklingen fremover.

Overtid - utvikling pr. måned (april er foreløpige)

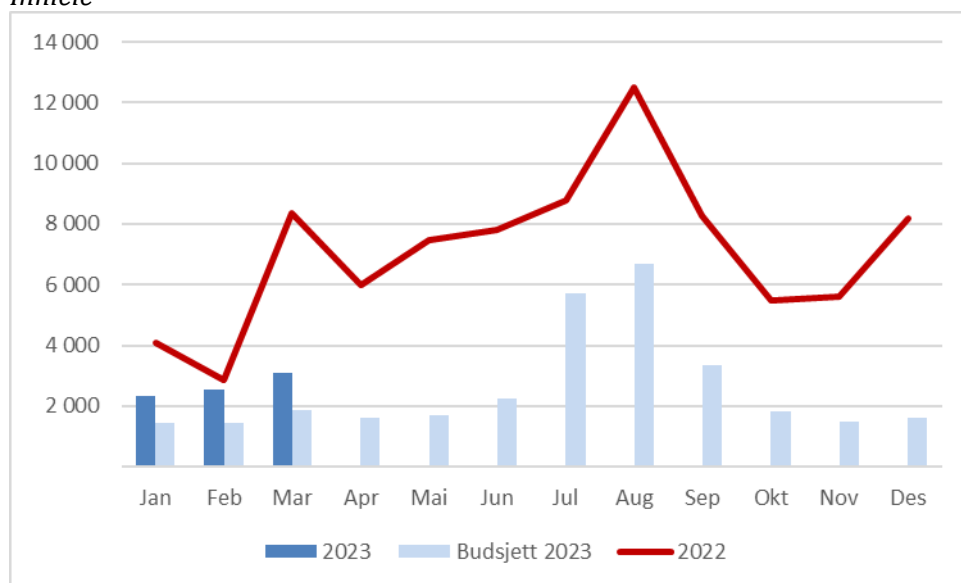
Faktisk pr måned - Overtid og ekstrahjelp	aug.22	sep.22	okt.22	nov.22	des.22	jan.23	feb.23	mar.23	apr.23
10 - Klinikk Drammen sykehus	10 813	11 039	8 960	7 575	8 433	9 390	5 965	8 087	7 692
20 - Klinikk Bærum sykehus	7 682	9 045	7 617	5 959	6 285	6 445	4 894	6 166	5 685
30 - Klinikk Ringerike sykehus	4 556	5 027	3 942	3 538	3 488	3 656	2 866	3 421	3 759
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	2 282	2 393	2 163	2 010	2 746	2 213	1 789	2 008	2 002
50 - Klinikk for Intern service	740	847	577	589	379	545	553	556	508
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	6 369	6 951	7 024	6 146	4 709	6 556	5 780	6 305	5 005
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	2 693	2 749	1 811	1 610	1 314	1 493	1 228	1 052	1 367
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	3 003	2 945	2 990	2 628	2 692	2 782	2 579	2 536	2 389
Staber	1 055	1 454	1 471	1 513	668	1 672	1 572	1 453	1 544
Totalsum	39 194	42 449	36 554	31 568	30 714	34 754	27 228	31 585	29 952

Innleie – utvikling pr. måned

Radetiketter	aug.22	sep.22	okt.22	nov.22	des.22	jan.23	feb.23	mar.23
10 - Klinikk Drammen sykehus	2 875	2 483	440	554	1 073	488	653	589
20 - Klinikk Bærum sykehus	3 156	2 486	2 068	2 471	2 943	723	258	687
30 - Klinikk Ringerike sykehus	3 333	1 633	419	939	2 069	244	744	993
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	1 003	673	575	290	- 16	177	76	216
50 - Klinikk for Intern service								
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	2 368	919	1 253	1 159	1 754	509	781	466
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	337	146	734	289	284	273		186
92 - Kompetanse				26	- 26			
99 - Økonomisk overordnede	- 588	- 48	- 11	- 111	116	- 89	29	- 29
Staber og fellesøkonomi	- 588	- 48	- 11	- 85	90	- 89	29	- 29
Totalsum	12 484	8 292	5 478	5 616	8 196	2 326	2 542	3 108

Det er en fortsatt god utvikling på kostnader til innleie selv om forbruket er over budsjett pr. mars. For Ringerike sykehus har det vært nødvendig å øke andel innleie som følge av rekrutteringsutfordringer på sengepost. Selv om kostnader til overtid og ekstrahjelp fortsatt ligger høyt, er det et godt tegn at det ikke har økt i takt med at bruk av innleie er redusert og aktiviteten er økt.

Innleie



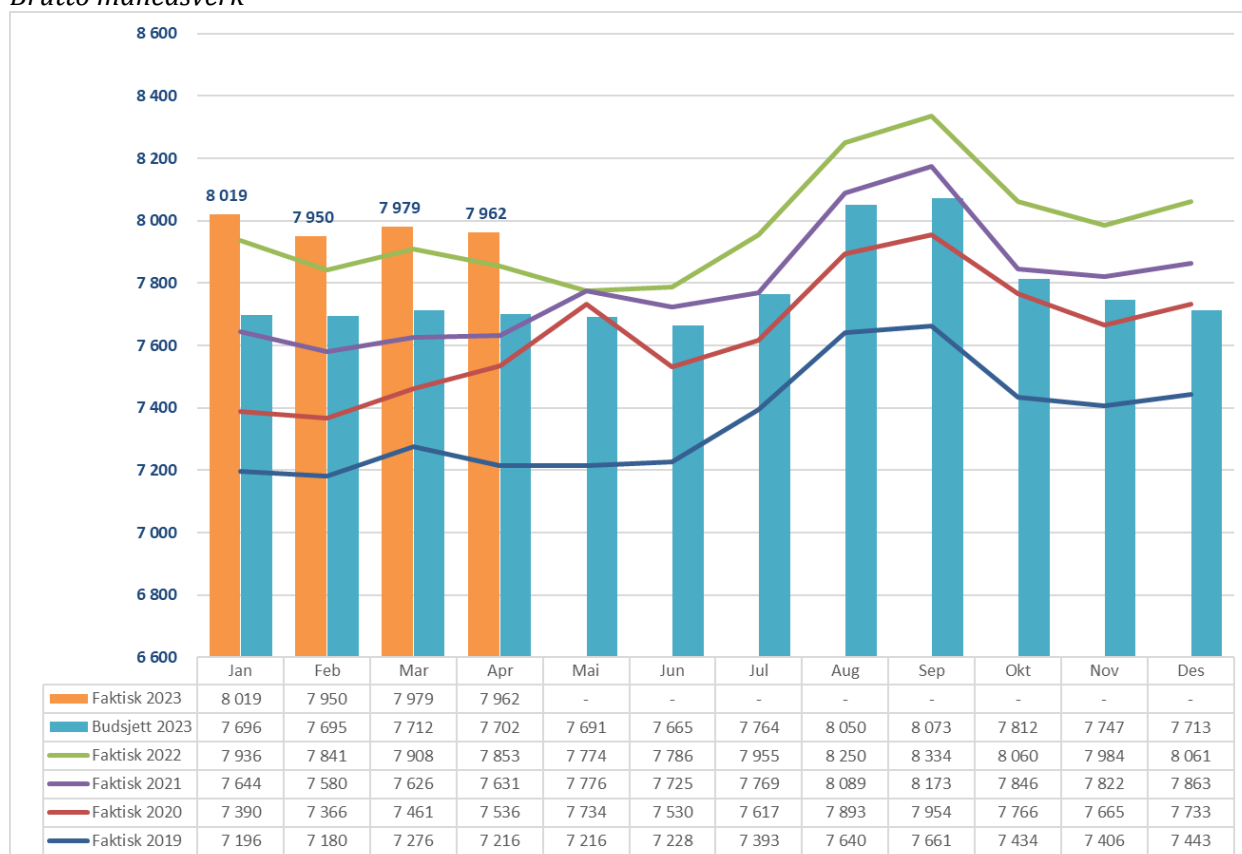
Prognose

Oppnåelse av budsjettert resultat på 178 MNOK forutsetter at foretaket finner tiltak som kan dekke uløst utfordring på 167 MNOK. Dette er foreløpig ikke tilstrekkelig konkretisert og vil redegjøres nærmere i forbindelse med fremleggelse av revidert gevinstplan i junimøtet.

Med et negativt avvik pr. mars på 100 MNOK er prognosen for året nå forverret med 53 MNOK til et forventet samlet resultatavvik på 278 MNOK i 2023. Av dette vedrører 20 MNOK høyere vedlikehold over drift enn forutsatt i budsjett. Det er besluttet tildeling av nye midler i 2023 og i hht. styresak 018-2023 i HSØ vil VVHF tilføres 177 MNOK. Dette vil bedre prognosen for året. Etter instruks fra HSØ forventes resultatføring av tilleggsbevilgningen til rapporteringen for april. I tillegg er det gitt opplysninger om nye tildelinger i RNB for å dekke prisstigningen i 2023 som vil gi ytterligere prognoseforbedring.

Avgitt prognose forutsetter at aktiviteten blir på budsjettert nivå ut året og at sykefraværet bedrer seg. Bemanning i april er fortsatt vesentlig over budsjett og vil medføre negativt resultatavvik også i april måned.

Brutto månedsverk



Gjennomsnittlig brutto månedsverk pr. april er 7978, som tilsvarer 276 brutto månedsverk mer enn budsjett. Brutto månedsverk i april er 7962. Dette er 260 brutto månedsverk over budsjettert nivå. Det har vært høyt sykefravær de siste månedene, som gir flere årsverk. I tillegg innvirker den uløste utfordringen i budsjettallene som utgjør 160 årsverk i april. Prognosen for året er 206 årsverk over budsjettert nivå.

Aktivitet somatikk

Det er i 2023 planlagt for et normalt år når det gjelder aktivitet. Aktiviteten i mars tilnærmet på plan. Samlet er døgnaktiviteten pr. mars 187 opphold bak plan. Dagkirurgi er 410 opphold bak plan, dagbehandlinger er 226 bak plan, mens antall polikliniske konsultasjoner er 2297 foran plan pr. mars. Antall ISF-poeng er 122 bak plan pr. mars. Prognosen for året forutsetter at

aktiviteten på døgn og dag-/dagkirurgisk aktivitet, samt polikliniske konsultasjoner forventes å være i tråd med plan for året.

Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus

Antall polikliniske konsultasjoner i mars er høyere enn budsjett for BUP, og marginalt bak budsjett for VOP og TSB. Samlet er antall polikliniske konsultasjoner 12,7% høyere hittil i år ift. samme periode i fjor. PHR har fortsatt kapasitetsutfordringer i poliklinikkene, med en jevn økning i antall henvisninger både innen VOP og BUP. FACT Ung breddes ut i BUPA, og har god vekst i aktiviteten siden oppstarten sist høst.

Dato: 16. april 2023
Saksbehandler: Hanne Juritzen

Saksfremlegg

Ledelsens gjennomgang for 2022

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	51/2023	15.05.2023

Forslag til vedtak

Styret tar LGG for 2022 til etterretning.

Drammen, 8. mai 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Ledelsens gjennomgang (LGG) er en overordnet systematisk gjennomgang av elementene i styringssystemet som omfatter helse- og omsorgslovgivningen.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten beskriver plikten til å evaluere virksomheten etter § 8f: «Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.» I veilederen til forskriften er dette definert som ledelsens gjennomgang (LGG).

Rammeverk for god virksomhetsstyring i HSØ viser til at styret som en del av sitt tilsynsansvar i helseforetaket skal påse at styringssystemet fungerer i tråd med hensikten, og bidrar til måloppnåelse og kontinuerlig forbedring av virksomheten. Videre beskrives det at det minst én gang årlig skal foretas en systematisk gjennomgang av det samlede styringssystemet i helseforetaket (LGG).

Ledelsens gjennomgang er den overordnede styrende og kontrollerende delen av internkontrollen i virksomheten. Gjennomgangen skal dokumenteres og minimum omfatte:

- Gjennomgang av helseforetakets resultater og vurdering av om styringssystemet bidrar til at mål og resultater nås
- Vurdering av om styringssystemet bidrar til at gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger overholdes
- Samlet vurdering av om styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring
- Plan for forbedring av styringssystemet

Vestre Viken gjennomfører pr. nå LGG på avdelings-, klinikk- og foretaksnivå. LGG malen revideres og forbedres jevnlig og er nå tilpasset kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og i ISO 9001:2015.

Saksutredning

Til grunn for LGG på foretaksnivå ligger blant annet informasjon fra klinikkens LGG, informasjon fra kvalitetssystemene, tilsynsmyndigheter, miljøstyringssystemet, samt ulike resultatindikatorer.

Prosessen fram mot en virksomhetsomfattende LGG i Vestre Viken har følgende struktur:

1. Forberedelser: Innhenting av informasjon om resultater og statistikk, inkl. klinikkens LGG'er.
2. Gjennomføring: Gjennomgang og vurdering av innhentet informasjon, som sammenfattes i LGG rapport.
3. Beslutning: Omforente områder for forbedring og oppfølging.
4. Oppfølging: Tiltak for forbedringsområder følges opp i en handlingsplan.
5. Handlingsplanen gjennomgås på foretaksnivå tertialvis.

LGG må ses i lys av annen rapportering som årlig melding, styrets årsberetning, virksomhetsrapportering mv.

Hovedpunkter etter LGG 2022

- Forbedring av pakkeforløp kreft (pasientbehandling, aktivitet og rapportering)
- Ressurshåndtering og planlegging, herunder rekruttering og økonomistyring
- Beredskap
- Implementering Sikre pasientforløp
- Viderefører arbeidet med å tilgjengeliggjøre kvalitetsindikatorer for styring og forbedring av pasientbehandlingen
- Oppfølging rundt kritisk kompetanse
- Videreføre arbeid som skal hindre gjentakelser av utilsiktede hendelser.
- Videreføre arbeidet med å forbedre system for tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende og samarbeidspartnere
- Følge opp arbeidet med å forbedre systemet rund oppfølging og behandling av “alvorlig syke pasienter”

Administrerende direktørs vurderinger

Styringssystemet er i hovedsak velegnet, og ytre faktorer som blant annet håndtering av pandemien, har vist at foretaket har evne til endring i takt med interne og eksterne utfordringer.

Det er etablert nye og forbedrede rutiner for virksomhetsstyring, og det må fortsatt arbeides med implementering og etterlevelse i klinikker og staber. Risikostyring er ennå ikke fullt ut integrert i styringssystemet, og er et av de viktigste oppfølgingspunktene i arbeidet med forbedring av virksomhetsstyringen.

Vestre Viken vil vurdere om ISO-sertifisering av styringssystemet kan bidra til å forbedre virksomheten gjennom systematisk å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere aktiviteter i forbindelse med pasientbehandlingen. Det er i dag kun Bærum sykehus som er ISO-sertifisert. Vestre Viken HF er i likhet med flere andre helseforetak “Grønt sykehus”, noe som også innebærer sertifisering i tråd med ISO-standard når det gjelder miljøkrav. Vi vil også gjennomgå hele innretningen for LGG i Vestre Viken, og se om dette arbeidet kan gjøres mer hensiktsmessig og i større grad bidra til forbedring.

Foretaksomfattende LGG for 2022 er behandlet i ledermøtet.

Administrerende direktør foreslår at styret tar saken til etterretning.

Vedlegg:

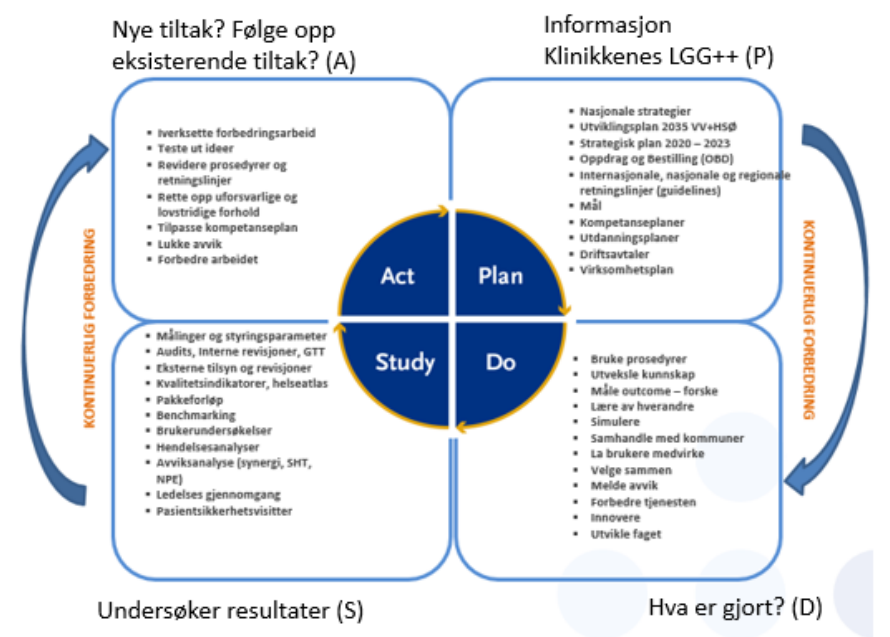
Rapport LGG 2022, foretaksnivå

Rapport

LGG 2022

Ledelsens gjennomgang

Foretaksnivå



Innledning

Hensikten med LGG er minst en gang årlig systematisk å gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Ledelsens gjennomgang skal i hovedsak besvare følgende:

- Vurdere om styringssystemet bidrar til at ønskede mål og resultater oppnås
- Vurdere om styringssystemet bidrar til at gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger overholdes
- Vurdere om styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring

For å vurdere om styringssystemet bidrar til at virksomheten oppnår ønskede mål og resultater, og at driften er i henhold til lover, forskrifter og faglige anbefalinger, bør gjennomgangen inkludere en vurdering av både kvantitative og kvalitative data. Resultatfremstillingen bør vise om nivået, trender og variasjon i dataene er som ønsket.

Basert på gjennomgangen må det vurderes hvorvidt det er behov for endringer. De vanligste endringer er knyttet til:

- Mål
- Faglige eller administrative prosesser
- Tjenestetilbudet
- Pasientforløp, herunder samarbeid med kommune og andre involverte
- Ressursbehov, herunder virksomhetens kompetanse og kapasitet

Gjennomgangen kan vise at det er behov for å foreta endringer av selve styringssystemet, det vil si måten virksomheten planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer på.

Konklusjonene fra ledelsens gjennomgang skal dokumenteres.

Ledelsens gjennomgang i Vestre Viken ble revidert i 2018 i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Styringssystemet - definisjon

Styringssystemet er de aktiviteter, systemer og prosesser som tas i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at den samsvarer med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

Områder som vurderes i LGG

- Oppfølging forrige LGG
- Måloppnåelse
- Ressurser og kompetanse
- Informasjonssikkerhet
- Beredskap
- Teknologi
- Utsiktede hendelser
- Helse, miljø og sikkerhet (HMS)
- Brukerstyring, brukermedvirkning
- Dokumentstyring
- Risikostyring
- Interne revisjoner og eksterne tilsyn
- Miljøledelse

Oppfølging fra forrige LGG

Grunnlag: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§3, 8b, 8f, 9)

Områder som skal følges videre opp i 2023

- Forbedring av pakkeforløp kreft (pasientbehandling, aktivitet og rapportering)
- Ressurshåndtering og planlegging, herunder rekruttering og økonomistyring og kritisk kompetanse
- Implementering Sikre pasientforløp
- Videreføre arbeidet med å tilgjengeliggjøre kvalitetsindikatorer for styring og forbedring av pasientbehandlingen
- Videreføre arbeidet med å forbedre system for tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende og samarbeidspartnere
- Følge opp arbeidet med å forbedre systemet rund oppfølging og behandling av "alvorlig syke pasienter".

Måloppnåelse

Grunnlag: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§ 6a, 6b, 6c, 7a)

Planlegge

Overordnede føringer som OBD, lederavtaler, styringsdata, nasjonale og regionale føringer, kvalitetsregistre etc. ligger til grunn.

Gjennomføre

Drift og måloppnåelse har også i 2022 vært preget av pandemien, høye kostnader, høyt sykefravær og noe lavere aktivitet. Klinikken utarbeider egne kvalitetsmål som en del av lederavtalene. Det er utfordringer i forhold til mål om passert planlagt tid og ventetider for behandling. Foretaket kan forvente ytterligere utfordringer ifm. avvikling av fritt behandlingsvalg. Implementering av «Sikre Pasientforløp» er i gang, men er et endringsarbeid som tar tid og er krevende. Planlegging av virksomheten innenfor de økonomiske rammene er fortsatt svært utfordrende. Tilgang på kvalifisert personell har også vist seg å være utfordrende innenfor flere fagområder.

Evaluerer

Redusert aktivitet med påfølgende inntektstap, sykefravær og høye lønnskostnader har preget 2022. Foretaket har generelt god måloppnåelse innenfor pasientbehandlingen. Det fremkommer gode resultater på kvalitet i nasjonalt helseatlas. Det er imidlertid uønsket variasjon innenfor flere fagområder, samt enkelte indikatorer med lavere måloppnåelse. Det er uønsket variasjon innenfor de ulike pakkeforløp for kreft. Måloppnåelse pakkeforløp hjerneslag er varierende. Interne revisjoner har vist behov for forbedring i forståelse og bruk av NEWS2 og ISBAR verktøyene for å sikre tidlig oppdagelse av forverring hos pasientene. Internrevisjon ved de fire somatiske hjertepoliklinikker viste flere områder med et stort forbedringspotensial.

Det er behov for styringsdata om pasientbehandlingen. Tilrettelegging for tilgjengelige styringsdata for pasientbehandling/fagsystemer vil forenkle oppfølging av mål. Det er behov for styringsdata om pasientbehandlingen fra fagsystemer EPJ, uttrekk av NEWS fra Metavision. Det er en utfordring å vurdere samsvar med alle krav til tjenesten da det ikke er tilgang til målinger innen flere områder. Rapportering av pakkeforløp i sanntid vil være et utviklingsområde, det vil gi tidlig informasjon og mulighet for forbedringer, koordinatorfunksjon videreføres og forløp forbedres.

Forbedringsundersøkelsen skal følges opp med handlingsplaner. Det er utfordringer med oppfølging av handlingsplanene og om tiltakene fører til forbedring. Verktøyene «Snakk om Forbedring!» og «Grønt Kors 2» er i økende grad implementert i avdelinger/seksjoner.

I 2022 er det utgitt en ny overordnet beredskapsplan som gir de overordnede rammene for Vestre Vikens arbeid med forebygging og håndtering av alle typer kriser og katastrofer. I tillegg er det utarbeidet nye operative planer for den sentrale beredskapsledelsen og flere av klinikkene. Videre er det implementert et enhetlig og helhetlig system for varsling og mobilisering i beredskapssituasjoner.

Korrigerer (overordnede tiltak for å nå mål)

- Forsterket samarbeid i et Vestre Viken nettverk gjennom etablerte fagnettverk
- Systematisk arbeid for å planlegge ressursbruk etter aktiviteten (ARP)
- Pasientsikkerhet integrert i daglig drift (bruk av scoringsverktøy NEWS2, grønt kors, tavlemøter, Snakk om forbedring)
- Tilrettelegge integrasjon mellom de kliniske og administrative systemene for å «høste» data, eks. mellom DIPS og GAT, og Metavision
- Systematisk bruk av meldinger om utilsiktede hendelser, kvalitetsindikatorer og tilbakemeldinger fra pasienter og tilsynsmyndigheter til forbedring og læring på tvers av organisasjonen
- Revisjon av beredskapsrutiner og regelmessige øvelser
- Tettere oppfølging i lederlinjen av utfordringsområder og tiltak i Forbedringsundersøkelsen.

Ressurser – kompetanse

Grunnlag: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§ 6c,6f, 7b, 7d, 9a)

I pasientbehandling er det kritisk å sikre helsepersonell med rett kompetanse. Kapasitetsutfordringer og tilstrømning av pasienter er et økende problem.

Behov for bedre ledelses- og arbeidsprosesser i Vestre Viken for fordeling av MTU. Klinikken bes om å delta i beslutninger. Anbefaler at medlemmene i sentralt MTU-utvalg inkludere en representant fra hver klinikk slik at man får eierskap til prosessen og beslutningene som tas.

Behov for å styre ferieavviklingen i større grad.

Prioritering av ressurser til NSD oppleves å være en stor utfordring i klinikkene.

Vurdering - risiko

- Mangel på kritisk kompetanse som spesialsykepleiere, legespesialister, bioingeniører
- Oppgavedeling i praksis
- Mismatch mellom ressurstilbud og aktivitet
- Kapasitetsutfordringer influerer på kompetanseheving
- For lite kapasitet til å drive omstillinger inn mot NSD
- Høyt sykefravær og høy arbeidsbelastning påvirker arbeidsmiljøet og er en risiko for pasientsikkerheten
- Behov for bedre styringssystem i for utdanningsløp for LIS og spesialsykepleiere
- Kapasitet i forhold til økende behov innen poliklinisk virksomhet
- Behov for bedre ledelses- og arbeidsprosess i Vestre Viken for fordeling av MTU. Klinikken bes om å delta i beslutninger.

Korrigerende tiltak

- Strategisk kompetansestyring og oppgavedeling for å møte fremtidige utfordringer, samt rekruttere og beholde
- Aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP)
- Felles kompetanseplan for helsefagarbeidere
- Bedre styring av utdanningsløp for LIS og spesialsykepleiere
- Prioritering av ressurser til mottaksprosjekt NSD
- Systematisk oppfølging av Forbedringsundersøkelsen
- Det er etablert systemer for kartlegging av MTU behov med bredt sammensatt utvalg for prioriteringer

Teknologi

Vurdering - risiko

- Viktige systemer for NSD ikke klart til innflytting
- Kvalitetsutfordringer oppstår ved innføring av nye IKT-systemer
- Økonomisk situasjon medfører at ønsket IKT-utvikling ikke kan prioriteres

Korrigerende tiltak

- Streng prioritering av ressurser og investeringsmidler innen IKT-området gjennom etablerte styringsarenaer i foretaket (IKT prioriteringsutvalg og investeringsforum)
- Kompetansebygging i tråd med beste praksis digital transformasjon gjennom program VIDT
- Styrke systemeierrollen og videreutvikle styringssystem for IKT

Informasjonssikkerhet

Informasjonssikkerhetstilstanden i Vestre Viken god. Sett opp mot avdekkede hendelser kan det konkluderes med at styringssystem for informasjonssikkerhet etterlever i høy grad. Det er fremdeles risiko knyttet til totaloversikt og oppfølging av restanser i risiko- og sårbarhetsvurderinger. Sikkerhetskultur er en kontinuerlig prosess, hvor prioriteringer til enhver tid knyttes opp mot aktuelle cybertrusler, hendelser og det utenrikspolitiske situasjonsbilde. God informasjonssikkerhet er en av forutsetningene som må legges til grunn for å ivareta pasientenes og ansattes personvern.

Vurdering - Risiko

- Utfordringer ved styring og kontroll for å sikre personvern og informasjonssikkerhet
- Manglende oppfølging av restanser knyttet til tiltak i risiko- og sårbarhetsvurderinger
- Usikkerhet knyttet til rettslige forhold ved bruk av skytjenester
- Sikkerhetskultur - ansattes kompetanse og kunnskap om sikkerhet følger ikke teknologisk utvikling og et endret utenrikspolitisk situasjonsbilde, herunder cybertrusler rettet mot ansatte

Korrigerende tiltak

- Styringssystemet for informasjonssikkerhet og personvern danner bakgrunnen for revisjoner for å kontrollere at prosjekter og systemer etterlever etablerte sikkerhets- og personvernkrav.
- Prosess for oppfølging av restansene er etablert gjennom IKT styringssystem, hvor systemeier har ansvaret. Det arbeides med å utvikle et system/register for totaloversikt, herunder oppdatering av restanser.
- Etterlevelse av regionale informasjonssikkerhetskrav, etterlevelse av personvernforordningen (GDPR), herunder tekniske tiltak for lagring i amerikanske skytjenester
- Kunnskap og bevissthet om informasjonssikkerhet i foretaket, månedlig sikkerhetstips og informasjon ut til ansatte, sikkerhetskultur som kontinuerlig prosess

Beredskap

Vurdering – risiko

Håndteringen av en rekke større og mindre hendelser har vist at grunnberedskapen er god, og at foretaket har stor evne til å omstille seg, tilpasse driften og utnytte ressursene på en god måte under til dels svært vekslende og uforutsigbare omstendigheter. Håndteringen har imidlertid også vist at det fortsatt er potensial for forbedring på flere områder. Arbeidet med handlingsplanen for beredskapsutvikling som ble etablert i 2020 er videreført og i tråd med fremdriftsplan. Målet er å forbedre foretakets håndteringsevne og sikre en robust beredskap som setter oss i stand til å møte et bredt spekter av uønskede hendelser på en planmessig, effektiv og hensiktsmessig måte.

- Statsforvalteren har ført tilsyn med flere kommuner i Vestre Vikens opptaksområde. Tilsynet viste at det er behov for å forsterke og forbedre arbeidet med samordning av foretakets og kommunenes beredskapsplaner. Dette vil bli fulgt opp i 2023.
- Implementering av nye planer i en stor og mangfoldig organisasjon er utfordrende. Det er behov for å videreføre arbeidet med forenkling, med å sikre at planen er lett tilgjengelige ved behov, og med å finne metoder og verktøy som sikrer at informasjonen når ut til sluttbrukerne.

Korrigerende tiltak

- Videreføre arbeidet med revisjon og oppdatering av beredskapsplanverket, med særlig fokus på sikring og forsyningssikkerhet.
- Videreføre arbeidet med implementering av HelseCIM.

- Etablere e-læringskurs i beredskap for alle ansatte.
- Videreføre arbeidet med å gjøre beredskapsplanverket enkelt og tilgjengelig.
- Etablere kompetanseplaner og opplæringsmaterieell for medarbeidere som har roller/funksjoner i beredskapsledelsen.
- Samordne foretakets beredskapsplaner med kommunene i foretakets opptaksområde.
- Revidere og oppdatere mandat for sentralt beredskapsutvalg (overført fra 2022).

Status og oppfølging utilsiktede hendelser

Grunnlag: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§ 6d, 6g, 9a, 9b)

Synergi – avvikssystemet benyttes i alle klinikker. Det er variasjon i meldekultur mellom klinikker, avdelinger, seksjoner og yrkesgrupper.

Felles utfordring er å sikre at behandling av utilsiktede hendelser faktisk medfører varige forbedringer.

Utfordringene er bl.a.:

- Bruk av rapporter i Synergi
- Noen avdelinger oppgir at de opplever Synergi som et «tungvint» system.

Potensiale for å forbedre hvordan avvik registreres, hvilke avvik som registreres og hvordan læringspunkter følges opp i etterkant.

Vurdering – risiko

- Ikke alle alvorlige hendelser meldes i Synergi.
- Mangelfull saksbehandling som uklare årsaksforhold, tiltak er lite konkrete og virkningen av tiltak følges ikke opp
- Lang saksbehandling reduserer læringseffekten
- Saker blir stående åpne
- Tilstrekkelig opplæring i og tid til saksbehandling og involvering av medarbeidere
- Manglende læring av utilsiktede hendelser

Korrigerende tiltak

- Sikre at alvorlige hendelser, også de med “påregnelig” risiko meldes i Synergi gjennom opplæring i god saksbehandling – tilbud om opplæring gjennom webinarer i 2023
- Utarbeide læringsnotater og risikovarsler og gjøre disse kjent i organisasjonen
- Velge ut noen definerte hendelser som alltid skal meldes i Synergi

Helse, miljø og sikkerhet

Vurdering - risiko

- Manglende gjennomføring av lovpålagte kartlegginger (HMS-runden) og risikovurderinger
- Manglende oppfølging etter gjennomførte sikringsrisikovurderinger, spesielt ift. vold og trusler
- Psykososialt arbeidsmiljø/arbeidspres/bemanning knyttet til utfordringer med å rekruttere og beholde
- Forbedret oppfølging av varslingssaker gjennom etablering av oversikt over varslingssaker, varslinger som tema i klinikkens AMU som grunnlag for kontinuerlig forbedring.

Korrigerende tiltak

- Opplæringsaktiviteter for ledere, verneombud og kvalitetsrådgivere og bistand til ledere ved behov
- Tiltak for økt etterspørsel etter HMS-arbeid i linjen og i etablerte fora/møter som KKU og KPSU
- Forbedringsarbeid HMS/arbeidsmiljø og pasientsikkerhet
- HMS avdelingen er medlemmer i Team Pasientsikkerhet

- Oppfølging i lederlinjen for å øke bruk av HMS handlingsplaner
- Forenkling og forbedring av HMS-prosedyrer og verktøy
- Ref. tiltak beskrevet under «Ressurser kompetanse»

Brukermedvirkning

Vurdering - risiko

- Systemet for å gjøre bruk av pasienters og pårørendes erfaringer i forbedring av tjenesten er ikke tilfredsstillende.
- Brukermedvirkning på tjenestnivå er ikke godt nok implementert, blant annet behov for system for at brukere bidrar i forbedring av tjenesten.
- Det er variasjon i etterlevelse av rutiner for Samvalg
- Det er variasjon i tilbud om digitale tjenester

Korrigerende tiltak

- Utvikling av system for utsending av brukerundersøkelsen til pasienter via SMS. Arbeidet er i gang.
- Et forbedringsarbeid om Brukermedvirkning i forbedringsarbeidet er startet
- Opplæring i Samvalg, «Kloke valg» og «Fire gode vaner» samordnes, og skal tilbys i ulike formater
- Pasientene skal sikres bedre informasjon om muligheten for å velge digitale løsninger. Det skal lages et lommekort som gir informasjon til både brukere og ansatte om retten til og forventninger til oppfølging av samvalg, kloke valg med mer

Dokumentstyring i eHåndbok

Grunnlag: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§ 5, 6c, 7a, 7c)

Flere klinikker har etablert rutiner for oppfølging av dokumenter i eHåndbok om de er utgått på tid. Det etterspørres et system for felles fagprosedyrer i VV og at klinikkene må medvirke/involveres i arbeidet. Opplæring i 360 etterspørres da det er potensiale i å forbedre håndtering av resultatdokumentasjon.

Behov for overordnede føringer for hvilke dokumenter som skal hvor og hvilke som kan være felles. Klinikken melder et behov for å re-etablere Utvalg for fagprosedyrer.

Vurdering - risiko

- Dokumenter er ikke oppdatert/revidert
- Dokumenter er overlappende og/eller finnes i flere versjoner for de enkelte sykehusene
- Dokumentene er ikke godt nok strukturert
- Flere andre kilder med prosedyrer

Korrigerende tiltak

- Etablere bedre rutiner for oppdatering/revisjon
- Flest mulige foretaksomfattende prosedyrer
- Etablert kunnskapsside på intranett (eHåndbok, metodebok.no, VAR, Uptodate, mm)
- Utviklet en ny modul i eHåndbok for prosessmodellering og prosessbeskrivelser. Det gjennomføres opplæring gjennom webinarer)
- Etablere et system for felles prosedyrer og retningslinjer i foretaket (tilsvarende Utvalg for fagprosedyrer)
- Opplæring i P360.

Risikostyring – risiko og muligheter

Grunnlag: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§ 6d, 6e, 8f)

Det er variasjon i bruk av risikomodulen i eHåndbok som verktøy ved risikovurderinger. Det er fortsatt behov for veiledning i bruk av verktøyet og risikovurdering som metode. Det er potensiale for en mer systematisk tilnærming, for å få bedre oversikt over risikovurderinger i klinikkene. Det er krevende å følge opp plan for tiltak som er et resultat av risikovurderinger.

Grønt Kors er tatt i bruk ved en del seksjoner og bidrar til risikostyring i daglig drift, men det er ingen systematisk oppfølging av i hvor stor grad det er implementert i seksjoner der det er aktuelt. Interne revisjoner har vist til at Rask Respons System (bruk og etterlevelse av verktøyene NEWS og ISBAR for vurdering av pasienters tilstand og reaksjon/respons på akutte situasjoner) ikke er godt nok implementert.

Vurdering - risiko

- *Risikostyring er ikke godt nok integrert i daglig drift.*
- *Mangelfull kompetanse innen risikostyring*
- *Mangelfull oppfølging av bruk av Grønt Kors i avd./seksjoner*
- *Rask respons system ikke godt nok implementert*

Korrigerende tiltak

- *Opplæring i risikostyring i webinarer og forståelse for risikostyring i virksomhetsstyringen*
- *Risikostyring integrert i årshjul for virksomhetsstyring*
- *Re-vitalisering av Grønt Kors, evt. inkludere RåBra*
- *Opplæring av ProAct instruktører*
- *Systematisk opplæring i klinikkene i etablerte systemer for tidlig oppdagelse av alvorlig tilstand*

Erfaringer etter gjennomførte interne revisjoner

Grunnlag: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§ 6g, 7c, 9a)

Utfordringer er å avsette tilstrekkelig tid og ressurser til å gjennomføre interne revisjoner. Behov for bedre oversikt over hvor mange internrevisjoner den enkelte avdeling/klinikk planlegger og gjennomfører.

Større fokus på læring på tvers etter interne revisjoner.

Behov for fagrevisorer også innen HR og økonomi.

Vurdering - risiko

- *Manglende oppfølging etter gjennomførte interne revisjoner*
- *Ikke nok kunnskap i revisjonsmetodikk i klinikker og staber*
- *Utvalg av riktige/relevante temaer*
- *Lite ressurser i klinikkene og sentralt til gjennomføring av interne revisjoner*
-

Korrigerende tiltak

- *Revisjonsrapporter tas inn i grunnlaget for planlegging av virksomheten*
- *Klinisk fagrevisjon (clinical audit) tas i bruk som metode*
- *Opplæring i fagrevisjoner for leger og sykepleiere*
- *Systematisk plan for årlige interne revisjonskurs*

Erfaringer etter gjennomførte eksterne tilsyn og revisjoner

Vurdering – risiko

- *Utfordringer i tilrettelegging og gjennomføring av eksterne tilsyn. Kommunikasjon med sentral VV-koordinator medfører forsinkelser og uteblitt informasjon for klinikkene.*
- *Nye krav fra Helsetilsynet på hvordan tilsyn skal gjennomføres kommer i løpet av 2023.*

Korrigerende tiltak

- rapporter etter tilsyn tas inn grunnlaget for planlegging av virksomheten
- Harmonisere og forbedre rapportering av eksterne tilsyn
- Følge opp kommunikasjonsprosessen ved eksterne tilsyn
- Sikre tilstrekkelig informasjon om nye krav fra Helsetilsynet

Kontinuerlig forbedring

Flere klinikker har fokus på økt brukermedvirkning i videre arbeid med «sikre pasientforløp» og forbedringsarbeid. Utfordringene er å avsette tilstrekkelig tid og ressurser til å gjennomføre og følge opp prosjekter i klinikkene.

Utfordring med å få tilstrekkelig varig effekt etter interne revisjoner, alvorlige hendelser/hendelsesanalyser, forbedringsarbeider/læringsnettverk, brukerundersøkelser og ansattundersøkelser.

Det er behov for å ha oversikt over aktive forbedringsprosjekter.

Mobilisere sentrale staber i forbedringsarbeidet knyttet til NSD.

Vurdering – risiko

- Lite ressurser til gjennomføring av aktiviteter vedr. NSD
- Ikke avsatt ressurser i klinikkene til gjennomføring av forbedringsarbeider
- Manglende lederinvolvering og oppfølging i lederlinjen

Korrigerende tiltak

- Mobilisere sentrale staber i forbedringsarbeidet knyttet til NSD
- Avsatt tid for forbedringsagenter og veiledere i avdelinger og seksjoner
- Bruke Life QI plattform – gir god oversikt over forbedringsprosjekter
- Styrke opplæring av ledere på alle nivå i forbedringskunnskap

Miljøledersystemet – egen LGG

Vestre Viken er ISO 14001-sertifisert; verdens mest anerkjente standard for miljøledelse. For å opprettholde sertifiseringen kreves en egen LGG innen miljø.

Foretaket har nådd målsettingen innenfor sju av ti miljødeltmål i 2022. De som ikke ble innfridd dreier seg om å redusere fossildrevende kjøretøy, redusere tjenestereiser samt å betydelig øke den enkeltes miljøbevissthet. I det videre arbeidet vil det være viktig å finne tiltak som gjør at foretaket når målet om 40 % utslippsreduksjon innen 2030. For å få til dette må hele foretaket vurdere miljøkonsekvenser i alle beslutninger, og i daglige drift, og at det igangsettes virkningsfulle tiltak for å redusere miljøbelastningen. Ledere på alle nivåer må etter spørre status og resultater. Det er også viktig at ledere involverer og informerer sine ansatte i miljøarbeidet.

Miljøledelsessystemet har et velfungerende årshjul, det er i stor grad tilpasset foretakets øvrige virksomhetsstyring, og det fanger opp vesentlige endringer. Miljøledelsessystemet bidrar til at VV stadig får bedre styring og kontroll på områder som påvirker ytre miljø. Tiltakene miljø-LGG peker på handler om tettere involvering, tydeligere kommunikasjon, opplæring, tilrettelegging og en mer aktiv sortering og håndtering av avfall. Miljømål bør også komme tydeligere frem i lederavtaler.

Interne og eksterne endringer som kan påvirke ledelses-/styringssystemet

Grunnlag: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§ 6b, 6c, 6d, 6e)

Stor variasjon på identifisering og rapportering av interne og eksterne forhold som påvirker VVHF og klinikkene

Interne

- Høyt kostnadsnivå, merforbruk og stram økonomi
- Høyt sykefravær
- Prosesser for å ta i bruk ny teknologi eks DIPS Arena, videokonsultasjoner
- Omstilling, organisatoriske endringer og forbedring av prosesser
- Planer for oppgaveglidning

- Fortsatt krevende situasjonen kan føre forsinkelser i implementering av ulike verktøy

Eksterne

- Avslutning av fritt behandlingsvalg
- Uklarheter rundt epidemi og luftveivirus
- Forsyningssituasjon, leveranser (legemidler, MTU, medisinskutstyr)
- Spent situasjon i Europa fører til behov for økt beredskap og bruk av beredskapsplaner (føre-var-situasjon)
- Økt risiko for dataangrep
- Mangel på helsepersonell nasjonalt og internasjonalt
- Endringer i lovverk

Vurdering om systemet fortsatt er velegnet, tilstrekkelig og virker virkningsfullt

Grunnlag: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8

Velegnet - er styringssystemet tilpasset virksomheten og i stand til å ivareta endringer?

Styringssystemet er i hovedsak velegnet. Det er iverksatt et arbeid for å forbedre rutiner for virksomhetsstyring. Pandemien har vist at foretaket har evne til endring i takt med interne og eksterne utfordringer.

Tilstrekkelig - har foretaket nødvendig styring og kontroll, og dekker systemet relevante lovkrav, eierkrav, interne – egne krav?

Rutinene for virksomhetsstyring er i samsvar med rammeverket for virksomhetsstyring i HSØ. En utfordring i virksomhetsstyringen er manglende støtteverktøy, for å følge prosessene planlegging - gjennomføring - evaluering og korrigerende. I tillegg er det etterspurt data fra kliniske systemer som i større grad viser resultater av prosessene som utføres.

Bærum Sykehus er ISO sertifisert etter ISO 9001:2015 og laboratoriet og blodbank er akkreditert etter: ISO 17025. Foretaket er sertifisert etter [ISO 14001 – miljøstyresystem](#).

Virkningsfullt - bidrar systemet til at foretaket når målene?

Foretaket har høy måloppnåelse i kvalitetsregistrene. Det er imidlertid noe uønsket variasjon innenfor ulike fagområder.

Det er krevende å sette av nok ressurser til å holde styringssystemet oppdatert og sikre at elementene er kjent og brukes hensiktsmessig.

Konklusjon:

Styringssystemet er i hovedsak velegnet og hvordan foretaket håndterte pandemien viste evne til endring i takt med interne og eksterne utfordringer. Det er etablert nye og forbedrede rutiner for virksomhetsstyring og det må arbeides med implementering og etterlevelse i klinikker og staber. Risikostyring er ikke fullt ut integrert i styringssystemet.

Dato: 8. mai 2023
Saksbehandler: Eli Årnot

Saksfremlegg

Etiske retningslinjer i VVHF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte	53/2023	15.05.2023

Forslag til vedtak

Styret slutter seg til revidert versjon av etiske retningslinjer i Vestre Viken.

Drammen, 15. mai 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

De etiske retningslinjene er et overordnet rammeverk som alle medarbeidere skal følge. Vestre Viken utarbeidet i 2017 etiske retningslinjer, for å samle verdiene i HSØ og etiske dokumenter i Vestre Viken til et felles system. Høsten 2022 har etiske retningslinjer i Helse Sør-Øst blitt oppdatert og vedtatt i styret i Helse Sør-Øst 21. oktober 2022.

I styremøte 28. mars 2022 ble det oppfordret til å gjøre en kritisk gjennomgang av de etiske retningslinjene, med tanke på innhold og forenkling av språk. Retningslinjen skal være en god veileder.

Saksutredning

En partssammensatt arbeidsgruppe, bestående av ansatte fra sentrale staber, foretakshovedverneombud og foretakstillitsvalgt, har revidert retningslinjen. Det har vært fokus på å korte ned teksten, og bruke et språk som er lett å forstå. Der tema er mer presist omtalt i en annen retningslinje eller prosedyre, er det henvist til dette. En del korte kapitler og overflødige overskrifter er slått sammen eller fjernet.

Oversikt over endringer:

Gammel versjon	Ny versjon
1.1. Forholdet mellom jus og etikk 1.2. Dokumentets status og gyldighet	Slått sammen til «Formelle rammer»
2. Forholdet til pasienten 2.1. Pasientens rettigheter 2.2. Taushetsplikt 2.3. Rollesammenblanding 3. Forholdet til pårørende	Slått sammen og endret til «I møte med pasienten». Det er lagt til nye temaer som brukermidvirkning, brukerstyring og barn som pårørende. Taushetsplikt og Rollesammenblanding er underkapitler
4. Klinisk etikk komiteer	Flyttet til slutt
5. Om opplæring, utdanning, fagutvikling, kvalitetsutvikling, kontinuerlig forbedring og forskning	Ny tittel: «Faglig utvikling» Vedr forskning henvises det til Etiske retningslinjer i HSØ.
6. Ledelse 7. Ansatte 7.1. Ansvar, samarbeid og støtte 7.2. Kommunikasjonskultur 7.3. Kritikkverdige forhold 7.4. Varsling 7.5. Bierverv 7.6. Bruk av Vestre Viken sine eiendeler	Slått sammen og endret til «I møte med medarbeidere og ledere» Underkapitler er de samme, men 7.1 står som en innledning. Kritikkverdige forhold og varsling er slått sammen til «Ytringsklima». Innholdet er noe endret, slik at tema får et videre omfang enn kun «varsling». Kapittel 7.6 er tatt ut, da dette omtales i arbeidsreglementet.
8. Forholdet til eksterne instanser 8.1. Foretakets leverandører 8.2. Faglige møter og kongresser 8.3. Invitasjon til arrangement 8.4. Gaver	Foretakets leverandører er endret til «samhandling med industrien». Dette for å gjøre prosedyren som omhandler dette mer gjenkjennbar. 8.2 og 8.3 er slått sammen. Ny tittel er «faglige møter i regi av kommersielle aktører» «Gaver» er flyttet til kapittel «I møte med medarbeidere og ledere», da gaver kan være fra andre enn leverandører.
9. Samfunnsansvar	Tekst flyttet til «Formelle rammer».
10. Media	Tatt inn link til retningslinje om sosiale medier.
11. Konsekvenser av brudd 12. Når etiske utfordringer oppstår	Slått sammen til «Når etiske utfordringer oppstår»

Det er lagt til et avsnitt som omhandler brukermidvirkning, brukerstyring og barn som pårørende.

Det er lagt til noen begreper under «definisjoner».

Vestre Viken utarbeidet et eget e-læringskurs i 2020. E-læringskurset er en del av obligatorisk basisplan for alle ansatte og er tilgjengelig både i kompetanseportalen og læringsportalen. Ved

utgangen av 2022 var det 6979 medarbeidere som hadde gjennomført kurset. E-læringskurset «etikk for alle» ble klar i ny versjon i mars 2023.

Den obligatoriske opplæringen blir fulgt opp videre fremover, og det oppfordres til å ta kurset og gjennomgå retningslinjene i fellesskap. Flere avdelinger har hatt etikk som eget tema i forlengelsen av e-læringskurset. Etikk er i tillegg tema i grunnopplæringen for ledere.

Administrerende direktørs vurderinger

Etiske retningslinjer i Vestre Viken skal bidra til å sikre enhetlig og profesjonell opptreden for alle medarbeidere, studenter, lærlinger og andre som har engasjement og oppgaver i foretaket, inkludert alle med styreverv og tillitsverv. Det er derfor viktig at alle medarbeidere gjennomfører den obligatoriske opplæringen i etiske retningslinjer. Dette vil følges opp i lederlinjen og i de månedlige oppfølgingsmøtene med klinikkene.

Revidert retningslinje er kortet ned, og det er gjort språklige forenklinger. Sammen med tilhørende støttemateriell er retningslinjen en god veileder i innføring av forventninger og krav til etisk standard i Vestre Viken.

Retningslinjene er også en «overbygning» for andre retningslinjer.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret slutter seg til vedlagte reviderte etiske retningslinjer i Vestre Viken HF.

Vedlegg: 1. Etiske retningslinjer i Vestre Viken

Dokument-ID: 94104

Versjon: 10

Utarbeidet av: Annett Henriksen, Bente Kristensen...

Status:

Godkjent

Dokumentansvarlig:

Ingvild Marlen Nyttun Jensen

Godkjent av:

Eli Årnot

Godkjent fra:

07.05.2023

Målgruppe

Retningslinjen gjelder for alle ansatte, uavhengig av nivå, rolle, funksjon og klinikktilhørighet.

Retningslinjen gjelder også for studenter, lærlinger, vikarer, konsulenter og andre som har engasjement og oppgaver i foretaket, alle med tillitsverv samt styrets medlemmer. Ledere har et særskilt ansvar for at medarbeiderne og innleide vikarer/konsulenter kjenner til og handler i tråd med retningslinjene.

Retningslinjen er godkjent av styret.

Hensikt

Vestre Viken sitt overordnede mål er å tilby likeverdige helsetjenester av høy kvalitet til befolkningen. Foretakets grunnverdier er kvalitet, trygghet og respekt. I det daglige arbeidet skal målet og verdigrunnlaget være med å prege våre holdninger, vurderinger og beslutninger når vi er på jobb i Vestre Viken. Denne retningslinjen er i tråd med [etske retningslinjer som er vedtatt i Helse Sør-Øst](#).

Formålet med retningslinjene er å gi et felles etisk ståsted for den daglige kontakt med pasienter, brukere, pårørende, ansatte, arbeidsgiver og andre samarbeidspartnere. Alle som handler på vegne av Vestre Viken skal opptre i tråd med retningslinjene. Retningslinjene skal gi veiledning og støtte for etisk refleksjon og praksis. For tema som ikke omfattes av eller er direkte regulert i norsk lov, vil etiske refleksjoner ha større plass.

Beskrivelse

Innholdsfortegnelse

[Innholdsfortegnelse](#)[Formelle rammer](#)[I møte med pasienten og pårørende](#)[Taushetsplikt](#)[Rollesammenblaning](#)[I møte med medarbeidere og ledere](#)[Faglig utvikling](#)[Ledelse](#)[Kommunikasjonskultur](#)[Ytringsklima](#)[Bierverv](#)[Gaver](#)[Forholdet til eksterne instanser](#)[Samhandling med industrien](#)[Faglige møter i regi av kommersielle aktører](#)[Media](#)[Når etiske utfordringer oppstår](#)[Kliniske etikk komiteer](#)

Formelle rammer

Alle medarbeidere i VV skal følge de lover, regler og retningslinjer som til enhver tid gjelder uavhengig av arbeidssted, stilling og funksjon. Den enkelte har selv en plikt til å sette seg inn i og følge de lover og retningslinjer som berører den enkeltes arbeidsoppgaver.

Å følge lover, instruksjoner og regler er ikke i seg selv alltid nok for å sikre en høy etisk standard. Ledere og ansatte må selv reise relevante etiske problemstillinger i sitt virke. Det betyr at hver enkelt, kontinuerlig og kritisk, må vurdere egne interesser og engasjement med tanke på potensielle etiske konfliktsituasjoner.

Likeverd for alle mennesker skal ligge til grunn for alt arbeidet som skjer i foretaket.

Vestre Vikens omdømme og tillit i omgivelsene er avhengig av ansattes profesjonalitet og faglige dyktighet, og et høyt etisk nivå. Det forventes derfor at alle opptre med aktsomhet, redelighet og objektivitet.

Vestre Viken er et grønt sykehus. Vi har et spesielt ansvar innenfor miljøsatsing i kraft av å være blant de største virksomheter i vår region og som en del av foretaksgruppen i Helse Sør-Øst. Miljøvurderinger og miljøkostnader skal være del av beslutningsgrunnlaget i alle typer saker. Se [Vestre Viken – et grønt sykehus \(fisp.no\)](#)

Vestre Viken arbeider mot alle former for misligheter og korrupsjon, og ser dette som en viktig del av det å forvalte samfunnets ressurser best mulig.

Som del av Helse Sør-Øst er vi også forpliktet til å følge prinsipperklæringen og [retningslinjene til initiativ for etisk handel](#).

For etiske retningslinjer innen forskningsvirksomhet vises det til [kapittel 4, Etiske retningslinjer i Helse Sør-Øst](#).

I møte med pasienten og pårørende

Ansatte i Vestre Viken skal møte alle pasienter og deres pårørende med respekt for det enkelte menneskets liv og dets iboende verdighet og integritet. Alt helsepersonell i Vestre Viken forholder seg til sine yrkesetiske retningslinjer. Ansatte skal opptre med nødvendig diskresjon og alminnelig høflighet.

Pasientenes rettigheter er regulert i [Pasient- og brukerrettighetsloven](#). Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

Pårørende møtes med medmenneskelighet og respekt for deres integritet og de påkjenninger som situasjonen fører med seg også for dem. Pårørende skal ha informasjonen de har krav på, etter pasient- og brukerrettighetsloven, formidlet på en hensynsfull og mest mulig tilpasset måte.

Vestre Viken har spesiell oppmerksomhet rettet mot brukermedvirkning og brukerstyring. Helsepersonell må sørge for at den enkelte pasient får oppfylt sin rett til informasjon slik at de kan gjøre valg og ta del i bestemmelser for egen behandling. Herunder er det viktig med riktig benyttelse av tolk og tolkeverktøy.

Helsepersonell har en spesiell plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende/etterlatte til foreldre eller søsken. Hver klinikk har barneansvarlig personell som kan kontaktes ved behov for veiledning. Helsepersonell har opplysningsplikt til Barnevernet. Se [§33 i Lov om helsepersonell](#)

Taushetsplikt

Alle ansatte undertegner helseforetakets taushetserklæring når arbeidsforholdet starter. Taushetsplikt etter forvaltningsloven gjelder for alle ansatte i Vestre Viken. Helsepersonell og andre som bidrar med helsehjelp har også taushetsplikt. Se [Lov om helsepersonell, kapittel 5](#)

Taushetsplikt må også overholdes i forhold til andre ansatte som ikke yter nødvendig helsehjelp, samt andre pasienter, eks skranke, fellesareal, flersengsrom.

Elektronisk pasientjournal gir dem som har tilgang i prinsippet adgang til opplysninger om alle helseforetakets pasienter, men å søke opplysninger om pasienter som man ikke har pleie- eller behandlingsansvar for, er ulovlig og ikke forsvarlig yrkespraksis.

Rollesammenblaning

Pasienter har krav på trygghet i behandlingssituasjoner og at ansatte opptrer profesjonelt. Dette betyr, blant annet, å skille klart mellom profesjonelle og private relasjoner og å ivareta pasienters autonomi og integritet. Se [VV Rollesammenblanding, privatisering og seksuelle relasjoner mellom ansatt og pasient](#)

I møte med medarbeidere og ledere

Alle ansatte har ansvar for å bidra til et godt arbeidsmiljø preget av kvalitet, kunnskap, åpenhet, involvering, omtanke, respekt og forutsigbarhet.

Gjensidig hjelp og kollegial støtte er en forutsetning for godt faglig og tverrfaglig samarbeid i Vestre Viken, og for fleksibilitet og god flyt i arbeidshverdagen.

Alle ansatte har plikt til å si fra om forhold som kan medføre fare for pasienters og kollegers sikkerhet.

Faglig utvikling

Alle ansatte skal bidra til å utvikle og opprettholde en høy faglig standard i sitt arbeid, og skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Se [Lov om Helsepersonell §4](#).

Det forventes at ansatte bidrar til spredning av kunnskap og til å avdekke uhell og avvik i pasientsikkerhets- og kvalitetsforbedringsarbeid. Når det er påkrevd for å sikre god yrkesutøvelse, gis kollegaveiledning og respektfull korreksjon. Se [lov om helsepersonell §26](#)

Foretaket skal sørge for at helsepersonell gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Se [Spesialisthelsetjenesteloven §3-10](#)

Ledelse

Ledere skal gå foran som gode eksempler, og holde høyt etisk nivå i sitt arbeid.

Ledere skal sørge for at ansatte gis veiledning og opplæring slik at de er i stand til å utføre de oppgaver de er satt til på en god måte. Undervisning, opplæring og veiledning skal være en integrert del av arbeidshverdagen.

Leder har ansvar for å følge opp den enkelte medarbeider, gi konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet, og sikre rom for etisk refleksjon. Gjennom utvikling av kultur, verdier, kompetanse og klare prinsipper for ledelse og medvirkning, skal medarbeiderne oppleve et trygt, åpent og involverende arbeidsmiljø med høyt etisk nivå.

Ledere har et særskilt ansvar for at deres medarbeidere kjenner foretakets etiske retningslinjer.

Kommunikasjonskultur

Alle ansatte skal bidra til, og følge, etablerte normer for imøtekommende opptreden, respekt og høflighet. Dette gjelder i kommunikasjon med hverandre, og i møte med pasient, pårørende og andre samarbeidspartnere. Dette utelukker ikke konstruktiv meningsutveksling i dertil egnede fora. Det forventes at ansatte respekterer og forholder seg til at resultatet av prosesser og diskusjoner ikke nødvendigvis blir deres eget førstevalg. Det vil si at medarbeidere, når en beslutning er tatt, innretter sitt arbeid etter det som blir bestemt.

Ytringsklima

Et godt ytringsklima innebærer stor takhøyde for meningsutveksling. Det betyr et arbeidsmiljø som er preget av åpenhet, dialog, trygghet og tillit. Forslag, kritikk og andre ytringer er velkomne som grunnlag for forbedring og utvikling. Vi plikter å melde fra til leder om vi er kjent med forhold som kan påføre pasienter, medarbeidere, virksomheten eller omgivelsene skade, slik at det kan settes inn tiltak for å unngå eller begrense skaden.

Vestre Viken oppfordrer ansatte til å si fra om uønskede forhold, så tidlig som mulig, slik at forholdene blir håndtert og rettet opp. Dette gir grunnlag for forbedringer og utvikling i virksomheten, og uheldige belastninger for enkeltpersoner og arbeidsmiljøet unngås. Dersom medarbeidere opplever at nærmeste leder ikke følger opp, kan saken tas videre i linjen. Se [VV Varsling av kritikkverdige forhold](#)

Bierverv

Med bierverv menes det arbeid eller verv hvor det ytes vederlag eller annen form for godtgjørelse eller økonomisk gevinst som følge av arbeidet eller tjenesten. Alle ansatte skal registrere status på bierverv i personalportalen.

Alle oppdrag for eksterne (betalte og ubetalte) må være av en slik karakter at ikke de skaper tvil om den enkeltes lojalitet eller faglige integritet. Se [VV Prosedyre for behandling av bierverv](#)

Gaver

Ansatte skal ikke motta personlige gaver, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som kan påvirke handlinger, saksforberedelse eller beslutninger på en utilbørlig måte. Ved tvil kan du søke råd hos nærmeste leder. Retningslinje for oppmerksomhet fra Vestre Viken som arbeidsgiver til ansatte ved merkedager skal følges.

Se [personelhåndbok/velferd/oppmerksomheter](#)

Forholdet til eksterne instanser

Alle ansatte er omfattet av habilitetsreglene i [Forvaltningsloven \(kapittel II\)](#). Det innebærer at alle har et ansvar for å løse oppgaver og behandle problemstillinger på en upartisk måte. Personlige interesser eller bierverv skal ikke være en del av beslutningsgrunnlaget. Samarbeid mellom ansatte i helseforetaket og eksterne aktører, skal foregå slik at verken pasienter eller andre kan trekke foretakets eller den enkeltes uavhengighet i tvil.

Samhandling med industrien

Retningslinjene for innkjøpsarbeidet skal skape tillit og bidra til å sikre omdømmet til foretaket.

Våre innkjøp gjøres gjennom avtaler med definerte leverandører. Ansatte må ikke etablere relasjoner til leverandører som kan innebære utilbørlige bindinger i forbindelse med anskaffelser.

Ansatte som har nær tilknytning til for eksempel legemiddelindustrien, kan bli vurdert som inhabile, for eksempel i en innkjøpsprosess. Se [Regionale produkråd med habilitetsskjema](#)

Les mer:

[VV Samhandling med industrien](#)

[VV bestilling av varer og tjenester](#)

[Samarbeidsavtalen mellom helseregionene og Medtek Norge \(tidligere LFH\)](#)

[Samarbeidsavtalen mellom helseregionene, LMI og Medtek Norge \(brosjyre\)](#)

[Etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt](#)

Faglige møter i regi av kommersielle aktører

Ansatte kan delta på kurs, faglige møter, konferanser i regi av kommersielle aktører, under forutsetning av at tiltaket er godkjent av klinikkdirektør. Ansvar for klarering tilligger den enkelte medarbeider. Se [VV Samhandling med industrien](#)

Reiseutgifter i faglig sammenheng skal dekkes av det enkelte helseforetak. Det skal være faglig nytteverdi av kurset.

Media

I kontakt med redaktørstyrte medier har alle ansatte yringsfrihet og uttaler seg som selvstendige fagpersoner. Ved deltagelse i et offentlig ordskifte må grensegangen mellom yringsfrihet og lojalitet vurderes.

Når en ansatt uttaler seg offentlig, skal det presiseres at den ansatte ikke uttaler seg på vegne av Vestre Viken som foretak, men som ansatt. Foretaket har egne retningslinjer for opptreden i sosiale medier som omfatter alle ansatte. Se [VV Bruk av sosiale medier for ansatte](#)

Når etiske utfordringer oppstår

I det daglige arbeidet kan medarbeidere komme i situasjoner der alminnelige normer i seg selv ikke gir tilstrekkelig veiledning. De etiske retningslinjene skal være til hjelp i slike situasjoner. Ved vanskelige situasjoner, eller når vi er i tvil, skal spørsmål om etiske dilemma tas opp med kollegaer eller leder.

Manglende etterlevelse av de etiske retningslinjene kan medføre konsekvenser for arbeidsforholdet.

Dilemmasirkelen angir de sentrale spørsmålene ansatte må stille seg som utgangspunkt for etisk refleksjon.



Kliniske etikk komiteer

Helsepersonell er ofte i situasjoner der de må foreta etiske vurderinger. Vestre Viken har lokale kliniske etikk-komiteer (KEK) i somatikken og PHR, som kan bistå i drøfting av konkrete etiske utfordringer før, og/eller etter at beslutninger tas. KEK skal bidra til økt bevissthet og kompetanse om verdispørsmål i helsetjenesten, og kan på forespørsel gi råd.

Ansatte som ønsker hjelp til etisk refleksjon rundt dilemma relatert til pasienter og pårørende kan henvende seg til den lokale kliniske etikk komite. Pasienter kan også henvende seg direkte til KEK.

Definisjoner

Brukermedvirkning og **brukerstyring** er at pasienter og brukere deltar aktivt i å planlegge, gjennomføre og vurdere tiltak som gjelder egen helse og tjenestetilbud.

Etikk handler om verdier og valg den enkelte gjør i ulike situasjoner.

Med **etisk dilemma** mener vi i denne sammenhengen situasjoner der ulike verdier er i konflikt med hverandre og man må gjøre et valg på bekostning av noe annet.

Pasientens pårørende er den eller de pasienten oppgir som nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, er nærmeste pårørende den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten.

Endringer fra forrige versjon

28.04.2023:

En partssammensatt arbeidsgruppe, bestående av ansatte fra sentrale staber, foretakshovedverneombud og foretakstillitsvalgt, har revidert retningslinjen. Det har vært fokus på å korte ned teksten, og bruke et mere folkelig språk. Det er lagt til avsnitt som omhandler brukermedvirkning, brukerstyring og barn som pårørende.

09.12.2020:

Etiske retningslinjer er skrevet i sin helhet i VV Etiske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken
Kortversjonen er fjernet

Referanser

[Etiske retningslinjer i Helse Sør-Øst](#)

Dato: 8. mai 2023
Saksbehandler: Eli Årnot

Saksfremlegg

Varslingsordningen i VVHF – Varslingsutvalgets rolle og sammensetning

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte	53/2023	15.05.23

Forslag til vedtak

Styret tar endringene i prosedyren for varsling av kritikkverdige forhold og endringene i Varslingsutvalgets mandat til orientering.

Drammen, 8. mai 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst reviderte høsten 2020 varslingsordningen i Vestre Viken, revisjonsrapport 8/2022. Det ble etablert en partssammensatt arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å utrede og anbefale forslag til forbedringer og endringer i henhold til anbefalingene fra konsernrevisjonen. Dagens prosedyre for varsling av kritikkverdige forhold ble i den forbindelse godkjent. Varslingsutvalgets rolle og ansvar er nedfelt i prosedyren. I tillegg er det utarbeidet et eget mandat for Varslingsutvalget, som vedlegg til prosedyren. Medlemmer av Varslingsutvalget ble oppnevnt i HAMU 7. september 2021, sak 23/2021.

Konsernrevisjonen har, i møte med Vestre Viken HF desember 2022, mottatt en oppdatert status på arbeidet etter revisjonen i 2020, jfr. referat 19. januar 2023, jfr. også protokoll fra Styremøte 31. mai 2021, sak 49/2021.

Saksutredning – Varslingsutvalgets rolle og sammensetning

Det er foretatt en gjennomgang av Varslingsutvalgets rolle og sammensetning for å vurdere om det er hensiktsmessig at utvalgets rolle og sammensetning videreføres, jfr. prosedyre for varsling av kritikkverdig forhold og utvalgets mandat. Varslingsutvalget (VU) skal legge til grunn prosedyre for varsling av kritikkverdige forhold i sin saksbehandling av mottatte varsler, på samme måte som linjen.

Ansvar og oppgaver

Det fremkommer av mandatet at utvalget skal være et uavhengig og overordnet kompetanseorgan. I tillegg skal VU være et organ med solid kompetanse som bidrar med rådgivning, håndtering av komplekse saker, samt opplæring og bevisstgjøring om varslingsordningen og regelverket. Det betyr ovenfor både ledere, ansatte, vernetjenesten og tillitsvalgte. Det er også krav til at utvalget skal kvalitetssikre en upartisk og nøytral saksbehandling. Erfaringen er imidlertid at mandatet ikke samsvarer helt med den rollen som VU i praksis utøver.

Mandatet kan forstås som at VU skal inneha en hørere kompetanse om saksbehandlingen enn linjen og HR. De fleste varslingssakene saksbehandles i linjen med støtte fra HR, og det er derfor avgjørende at HR har innehar god kompetanse på området slik at ledere i linjen får nødvendig støtte og hjelp.

Det fremkommer av mandatet at VU, ved mottatt varsel, kan beslutte selv å håndtere varslet eller å overføre varslet til linjen. I dagens mandat fremgår at i de tilfeller VU vurderer at varslet bør håndteres i linjen skal utvalget utrede saken og anbefale tiltak. Erfaringen så langt er at VU i de fleste saker fungerer som et mottak, som overfører sakene til saksbehandling i linjen. Det er deretter linjen som saksbehandler varslet, herunder utreder og iverksetter nødvendige tiltak. Mandatet foreslås endret i tråd med dette.

Når det gjelder saksbehandlingen av et mottatt varsel legger prosedyren til grunn at første skritt ved mottak av et varsel er å vurdere om det per definisjon foreligger en ytring som skal saksbehandles etter prosedyre for varsel av kritikkverdige forhold, eller om det er andre prosedyrer skal legges til grunn. Andre prosedyrer kan være sykefravær, konflikt, personalsak mv. Erfaringen er at det i praksis er ledere i linjen som tar denne vurderingen. Ordlyden i mandatet tilsier at VU skal komme med ulike forslag til tiltak til linjen og dennes håndtering av varslet.

Med bakgrunn i ovenstående foreslås at utvalgets mandat endres til at VU sin rolle er rådgivende til linjens håndtering av varsel, generell veiledning og bistand i enkeltsaker. I tillegg skal VU saksbehandle varslingssaker som ikke håndteres i linjen.

I dagens mandat fremgår at dersom linjen har behandlet en sak, skal VU informeres om dette. Det er imidlertid ingen informasjonsplikt til linjen i de tilfeller VU har behandlet en varslings sak. Dette er uheldig, da det innebærer at saker behandlet i VU ikke tas til læring i linjen.

Det foreslås at mandatet presiserer at det er en gjensidig informasjonsplikt mellom linjen og VU.

Opplæring

Opplæring skal gjennomføres ved e-læringskurs og som del av grunnopplæringen til ledere. Ansvar for innholdet i opplæringen og eventuelle revideringer ligger i stab Kompetanse/HR, og er utarbeidet som en del av oppfølgingen av revisjonsrapporten fra Konsernrevisjonen. Opplæring av verneombud og AMU er også utarbeidet og gjennomført av stab Kompetanse/HR. Ansvar for opplæring og kompetansetiltak er ikke lagt til VU.

Det foreslås at mandatet endres og tydeliggjøres på dette punktet.

Antall ansatte som har gjennomført det anbefalte e-læringskurset «Varsling av kritikkverdige forhold» er lavt. Det vil derfor bli iverksatt oppfølging i lederlinjen for å få langt flere til å gjennomføre anbefalt opplæring. Ledere som selv ikke har gjennomført opplæring vil bli særskilt oppfordret til å gjøre det, samtidig som de må tilrettelegge for at egne ansatte gjennomfører denne opplæringen.

Varslingsutvalget sammensetning

Med bakgrunn i konsernrevisjonens tydelige tilbakemelding om at Varslingsutvalget bør være et uavhengig og upartisk organ har tillitsvalgtes representasjon i VU på nytt vært oppe til diskusjon. Bakgrunnen for at tillitsvalgte er representert i utvalget, er den vurderingen som ble gjort i arbeidet etter revisjonen av at det var viktig at VU var sammensatt av både arbeidsgiver og arbeidstakersiden. Dette for å sikre at VU ikke fremstod som et arbeidsgiverorgan, men som et (relativt) uavhengig organ. I forbindelse med ny vurdering av dette med uavhengig og upartisk organ har tillitsvalgte gitt innspill om at Varslingsutvalgets legitimitet vil bli mindre dersom ansatte ikke lenger skal være representert ved foretakstillitsvalgte. Ved at begge parter er representert i utvalget, vil dette for ansatte også kunne oppleves som en trygghet ved varsling til utvalget.

Det foreslås derfor at dagens sammensetning videreføres.

Varslingsordningen som del av foretakets styringssystem

Konsernrevisjonen har fulgt opp revisjonen, og i brev av 19. januar 2023 påpekes at hvordan varslingsordningen inngår i styringssystemet bør følges opp ved neste evaluering av ordningen. Oppdatert prosedyre for virksomhetsstyring i Vestre Viken ble fremlagt for styret i februar 2023.

Foretaket vil påse at prosedyren inkluderer varslingsordningen som en del av styringssystemet.

Administrerende direktørs vurderinger

Det er viktig at Varslingsutvalget er et uavhengig organ som skal bidra inn i Vestre Vikens systematiske og helhetlige HMS- og forbedringsarbeid. Varsling om kritikkverdige forhold meldes og håndteres i de fleste tilfeller i linjen. I dagens mandat for Varslingsutvalget er ikke dette tydelig. Mandatet for utvalget bør derfor endres slik at det er i tråd med den rollen og det ansvaret Varslingsutvalget har, og utøver. Det er svært viktig at varslingssaker benyttes til læring og forbedring i hele foretaket. Et trygt ytringsklima er grunnleggende for trivsel og utvikling i organisasjonen. I forbindelse med gjennomgang av Forbedringsundersøkelsen vil det på nytt bli oppfordret til og fulgt opp at verktøyet Snakk om forbedring benyttes.

Administrerende direktør anbefaler at mandatet for Varslingsutvalget og prosedyren for varsling om kritikkverdige forhold endres i tråd med punktene omtalt i saksfremlegget.

Vedlegg

1. Revidert mandat for Varslingsutvalget i Vestre Viken HF
2. Dagens prosedyre for varsling av kritikkverdige forhold i Vestre Viken HF (foreløpig ikke endret)

Mandat for Varslingsutvalget i Vestre Viken HF (VV)

Bakgrunn

Varslingsutvalget er et uavhengig organ som skal bidra inn i VV systematiske HMS- og forbedringsarbeid. Dette betyr at Varslingsutvalgets rolle, kompetanse og funksjon må tydeliggjøres.

Kompetanse og sammensetning

Varslingsutvalgets leder utpekes av administrerende direktør. Foretakssekretariatet sørger for sekretærfunksjon for utvalget. Direktør kompetanse peker ut representanter fra sitt område.

Varslingsutvalget bør være representert fra både arbeidsgiver- og arbeidstakersiden, slik at hensynet til (relativ) uavhengighet er ivaretatt. Representant fra de tillitsvalgte utpekes av fagorganisasjonene, fortrinnsvis fra en av de mindre organisasjonene for å minimere risiko for inhabilitet.

Varslingsutvalget består av personell med ulike fagkompetanse. Viktige kompetanseområder er juridisk/ arbeidsrett, HR personalsaker og ledelse, HMS og systematiske HMS arbeid, samt systemer for registrering og dokumentasjon.

Roller og funksjon

Varslingsutvalget skal bidra med rådgivning, veiledning generelt og i enkeltsaker. I tillegg skal varslingsutvalget saksbehandle varslingssaker som ikke håndteres i linjen.

Varslingsutvalget kan beslutte at utvalget selv håndterer et mottatt varsel, eller at varsllet oversendes linjen for håndtering. I de tilfeller varslingsutvalget oversender saker til behandling i linjen er det den enkelte leder i foretaket som endelig avgjør hvordan saken skal følges opp videre.

Dersom varslingsutvalget har behandlet en varslingssak skal informasjon om håndtering og utfallet oversendes linjen til orientering. Dersom saken har vært behandlet i linjen skal informasjon om håndtering og utfallet sendes varslingsutvalget til orientering.

Leder av varslingsutvalget skal holde administrerende direktør orientert om saker som er til behandling i utvalget. Orienteringen skal om nødvendig ivareta varsler og omvarsledes anonymitet.

Oversikt over saker

Varslingsutvalgets skal ha en samlet oversikt over antall og type varslingssaker, og dette som et bidrag til det systematiske HMS- og forbedringsarbeid.

Forholdet til administrerende direktør

Leder av varslingsutvalget skal holde administrerende direktør orientert om saker som er til behandling i utvalget. Orienteringen skal om nødvendig ivareta varsler og omvarsledes anonymitet.

Årsrapport

Varslingsutvalget skal årlig, innen 31. januar, utarbeide en årsrapport. Årsrapporten skal redegjøre for utvalgets arbeid, omtale av behandlede varslingssaker på en uidentifiserbar måte, samt egen evaluering av sitt arbeid. Årsrapporten legges frem for Styret i VV, administrerende direktør og HAMU.

8. mai 2023

Dokument-ID: 62452

Versjon: 10

Utarbeidet av: Tove Svensli

Status:

Godkjent

Dokumentansvarlig:

Tove Svensli

Godkjent av:

Eli Årnot

Godkjent fra:

08.07.2022

Målgruppe

Prosedyren gjelder alle ansatte i Vestre Viken helseforetak (heretter kalt VV). Innleid arbeidstaker har også rett til å varsle om kritikkverdige forhold i virksomheten til innleier (heretter kalt ansatte).

Hensikt

Vestre Viken har som mål å legge til rette for et åpent ytringsklima der det er rom for meningsutveksling, og hvor tilbakemeldinger, kritikk og andre ytringer ønskes velkommen. Det betyr et arbeidsmiljø som er preget av åpenhet, dialog, trygghet og tillit.

Vestre Viken oppfordrer ansatte til å si fra om uønskede forhold, så tidlig som mulig, slik at forholdene blir håndtert og rettet opp. Slike varsler gir dermed et grunnlag for forbedringer og utvikling i virksomheten og uheldige belastninger for enkeltpersoner og arbeidsmiljøet unngås, og er en del av vårt HMS arbeid.

Ansatte skal oppleve at det er trygt å varsle om kritikkverdige forhold, og å være trygg på at varslinger håndteres ryddig, forsvarlig og i samsvar med gjeldende lovverk, jfr. aml. kap 2A.

Prosedyren beskriver fremgangsmåten ved varsling, nærmere bestemt hvordan ansatte kan varsle, krav til innholdet i et varsel og hvem man kan varsle til. Prosedyren beskriver også arbeidsgivers fremgangsmåte for håndtering av varslet, nærmere bestemt saksbehandling ved mottak, behandling og oppfølging av varslet.

Ansvar

Administrerende direktør:

- Har ansvar for at det foreligger en skriftlig prosedyre for intern varsling etter aml. § 2A-6.

Leder:

- Har ansvar for forebygging, håndtering og gjenopprettelse av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, jfr. aml. §§ 2-1, 2A-3, § 2A-6 (2), 3-1 og kap 4.
- Har styringsretten/ styringsansvaret i håndteringen av varslet. Det betyr blant annet at leder har ansvaret for dokumentasjon og kontinuitet frem til saken avsluttes. Leder har ansvaret for at regler og avtaleverk overholdes.
- Skal ved behov, søke råd hos HR-avdelingen, og/eller bedriftshelsetjenesten via HMS-avdelingen.
- Skal ta med verneombudet på råd dersom forholdet kan ha konsekvenser for arbeidsmiljøet.

Ansatte:

- Har et ansvar for å medvirke til å forebygge og bidra til et godt arbeidsmiljø, jfr. aml. §§ 2-3 og 4-6.
- Har en varslingsplikt til arbeidsgiver og verneombud dersom ansatt blir oppmerksom på feil eller mangler som kan medføre fare for liv og helse, jfr. aml. § 4-6 b).
- Skal sørge for at arbeidsgiver eller verneombud blir underrettet så snart den ansatte blir kjent med at forekommer trakassering eller mobbing på arbeidsplassen, jfr. aml. § 2-3 d).

Verneombud (VO):

- Skal representere de ansattes interesser som angår arbeidsmiljøet og se til at kravene til sikkerhet, helse og velferd ivaretas, jfr. aml. §§ 6-2 og 6-3.
- Kan varsle på vegne av ansatte. En slik varsling må ligge innenfor VO's rolle og område.
- Har en varslingsplikt til arbeidsgiver. Verneombudet skal varsle arbeidsgiver om forhold som medfører ulykkes- og eller helsefare i arbeidsmiljøet, samt påse at saken følges opp jfr. aml. § 6-2 tredje ledd.

AMU/HAMU:

- Skal delta i planleggingen av verne – og miljøarbeidet og følge opp saker som angår ansattes sikkerhet, helse og velferd, jfr. aml. § 7-2.
- Kan fatte vedtak om oppfølging/ håndtering av konkrete saker.

Tillitsvalgte (TV):

- Kan bistå i håndteringen av varslet dersom ansatte ønsker det.
- Kan varsle på vegne av sine medlemmer. Tillitsvalgte må avklare sin rolle med den enkelte part i den konkrete sak.
- Har en plikt til å bistå i det forebyggende arbeidet, jfr. aml. § 2A-6 (2).

HR Utvikling og lederstøtte:

- Har ansvar for at ledere får nødvendig faglig støtte i forbindelse med håndtering av varslet.
- Gi veiledning til ansatte om prosedyrens innhold.

Bedriftshelsetjenesten (BHT):

- Kan bistå i håndteringen av varslet.
- Rolleavklaring i den enkelte sak.

Varslingsutvalget:

- Varslingsutvalget er et overordnet kompetanseorgan som skal bidra inn i VV systematiske HMS- og forbedringsarbeid. Varslingsutvalget skal være et uavhengig organ med solid kompetanse på varsling og som bidrar med rådgivning, håndtering av komplekse saker, samt opplæring og bevisstgjøring i helseforetaket. Dette betyr overfor ansatte, ledere, vernetjenesten og tillitsvalgte. For mer informasjon, se [mandatet](#).

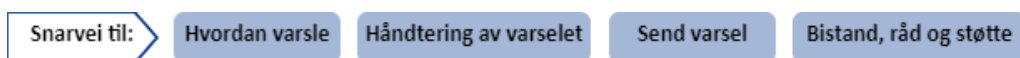
Fremgangsmåte

Intern varsling av kritikkverdige forhold, jfr. aml. § 2A-2 (1)

Etter aml. § 2A-2 (1) kan arbeidstaker alltid varsle internt om kritikkverdige forhold:

- til arbeidsgiver eller en representant for arbeidsgiver
- i samsvar med virksomhetens rutiner for varsling
- i samsvar med varslingsplikt
- via verneombud, tillitsvalgt, annen tillitsperson eller advokat

Rutine for intern varsling om kritikkverdige forhold, jfr. aml. § 2A-6:



Trinn	Tiltak/ aktivitet	Ansvar
1. Hvordan varsle? <u>Varslingsskjema kan benyttes</u>	Varsling i Vestre Viken er melding om kritikkverdige forhold og kan skje på flere måter: <ul style="list-style-type: none"> • Ansatte oppfordres til å melde fra til nærmeste leder eller leders leder. • Ansatte kan melde fra til varslingsutvalget, varsling@vestreviken.no • Ansatte kan også melde fra via en ekstern mottaksadresse, som er via denne nettsiden. VV har avtale med BDO Compliance om mottak av varsel. Avtalen er, at mottatt varsel, sendes varslet til Varslingsutvalget for ordinær håndtering. • Dersom varslet gjelder Administrerende direktør sendes varslet til styreleder. • Dersom varslet gjelder Styreleder sendes varslet til HSØ. • Dersom varslet gjelder medlemmer i styret sendes varslet til Styreleder. • Dersom varslet gjelder et eller flere medlemmer i Varslingsutvalget sendes varslet til Administrerende direktør. 	Varsler
	<ul style="list-style-type: none"> • Det er anledning til å varsle anonymt . • Dersom det varsles anonymt kan det innebære at det ikke er mulig å 	

2. Anonym varsling	kontakte varsler i ettertid. Manglende opplysninger ved anonym varsling kan medføre at varslet ikke kan håndteres på grunn av at arbeidsgiver ikke kan etterspørre ytterligere informasjon. <ul style="list-style-type: none"> • Ønskes råd og veiledning kan TV, VO eller annen tillitsperson kontaktes. 	Varsler
3. Hva bør et varsel inneholde av informasjon?	Et varsel bør inneholde informasjon om: <ul style="list-style-type: none"> • fullt navn på varsler • dato for melding • tidsrom, dato og klokkeslett for hendelsen/-e • konkret hva som er observert/ hva som har skjedd • sted for hendelsen/-e • hvem som er involvert • vitner, andre som har observert hendelsen/-e • andre hendelser som har betydning for saken 	Varsler
4. Håndtering av varslet <u>se hjelpearke leder</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Mottaker skal først søke å avklare de faktiske forhold omkring varslet. • Mottaker skal avgrense mot øvrige HMS-prosedyrer for håndtering. Det betyr at i de tilfeller der varslet dekkes av andre prosedyrer for håndtering følges disse. For eksempel dersom varslet gjelder en konflikt benyttes rutine for konflikthåndtering. • Avklare videre saksbehandling. • Avklare gjeldene regelverk/ rutiner/ tariffavtaler, retningslinjer mm. • Avklare roller i videre håndtering. Hvem skal være med/ involveres i videre saksgang. • Avklare fullmakter og ansvar. Hvem har fullmakter til hva og hvordan. 	Mottaker av varslet
5. Vern mot gjengjeldelse	<ul style="list-style-type: none"> • Gjengjeldelse eller negative konsekvenser overfor en arbeidstaker som varsler er forbudt, jfr. aml. § 2A-4. Dette gjelder også for ansatte som gir til kjenne at retten til å varsle vil bli benyttet. • Dersom det er nødvendig skal arbeidsgiver sørge for tiltak som er egnet til å forebygge gjengjeldelse. • Dersom arbeidstaker legger frem opplysninger som gir grunn til å tro at det har funnet sted en gjengjeldelse, må arbeidsgiver sannsynliggjøre at det likevel ikke foreligger en gjengjeldelse. 	Mottaker av varslet
6. Tilbakemelding til varsler	<ul style="list-style-type: none"> • Ved mottak av varslet skal varsler ha en bekreftelse på at varslet er mottatt og videre saksgang. • Dersom det ikke er funnet kritikkverdige forhold skal varsler informeres om dette, og at saken avsluttes. • Dersom det er funnet kritikkverdige forhold skal varsler informeres om dette, og eventuelt utfallet av saken. 	Mottaker av varslet
7. Tilbakemelding til den det er varslet på	<ul style="list-style-type: none"> • Dersom det ikke er funnet kritikkverdige forhold skal den det er varslet på informeres om dette og om at saken er avsluttet. • Dersom det er funnet kritikkverdige forhold følges dette opp videre 	Mottaker av varslet

	overfor den det er varslet på. En slik sak kan medføre en advarsel (muntlig eller skriftlig), oppsigelse eller en avskjed (suspensjon).	
8. Omsorgsansvar	<ul style="list-style-type: none"> Under sakens gang har leder et ansvar for å ivareta samtlige av de som er involvert. Det betyr at alle har krav på et forsvarlig arbeidsmiljø under en pågående sak om varsling. Omsorgsansvaret gjelder overfor både varsler og den det er varslet på. Prinsippet er for varsler nedfelt i aml. § 2A-3, samt under bestemmelser om arbeidsgivers aktivitetsplikt mm. 	Mottaker av varslet
9. Upartiskhet og nøytralitet	<ul style="list-style-type: none"> Leder som håndterer varslet har plikt til å opptre upartisk, både verbalt og i adferd overfor samtlige parter, berørte og øvrige ansatte. Dersom den det er varslet på selv er part i saken, skal sak om varsling håndteres på neste ledernivå. 	Mottaker av varslet
10. Kartlegging av de faktiske forhold <ul style="list-style-type: none"> Arbeidsgivers aktivitetsplikt <u>Hjelpeark leder</u> 	<ul style="list-style-type: none"> Mottaker av varslet skal undersøke de påstander om kritikkverdige forhold snarest mulig. Saken skal være så godt som mulig opplyst før beslutning i saken tas. Kontradiksjon, alle parter skal få anledning til å komme med sitt syn på saken. Den det varsles på skal gjøres kjent med varslet og med mulighet for å redegjøre for sitt syn. De involverte ansatte kan ha med seg tillitsvalgt, verneombud eller annen tillitsperson under samtaler og i møter. Gjennomfør samtaler med de involverte, både varsler den/de det varsles på og ev andre. Forut for samtaler er det viktig å tenke igjennom møttestruktur, hensikten med samtaler, hva skal informeres om (rutiner, regelverk, rammeverk på området), samt avklare fremdrift for saken. Varslingsaken behandles konfidensielt. 	Mottaker av varslet
11. Dokumentasjon	<ul style="list-style-type: none"> Sakens håndtering skal dokumenteres skriftlig. Det betyr skriftliggjøring av møter, instruksjoner, avtaler, brev, vitner, referater, fremdriftsplaner, e-poster, egne notater mm. Referater sendes den ansatte til gjennomlesning. Dersom arbeidsgiver og arbeidstaker er uenig i referatets innhold legges eventuelle kommentarer fra den ansatte som et vedlegg til arbeidsgivers referat. 	Mottaker av varslet

Ekstern varsling av kritikkverdige forhold, jfr. aml. § 2A-2 (2) og (3)

Arbeidstaker kan alltid varsle eksternt til en offentlig tilsynsmyndighet eller annen offentlig myndighet, jfr. aml. § 2A-2 andre ledd. Arbeidstaker kan varsle eksternt til media eller offentligheten for øvrig dersom følgende vilkår er oppfylt:

- Arbeidstaker er i aktsom god tro om innholdet av varslet,
- Varslet gjelder kritikkverdige forhold som har allmenn interesse, og
- Arbeidstaker først har varslet internt, eller har grunn til å tro at intern varsling ikke vil være hensiktsmessig

Definisjoner

Kritikkverdige forhold, jfr. aml. § 2A-1

Med kritikkverdige forhold menes forhold som er i strid med rettsregler, skriftlige etiske retningslinjer i virksomheten eller etiske normer som det er bred tilslutning til i samfunnet. Dette kan være forhold som innebærer:

- Fare for liv eller helse
- Fare for klima eller miljø
- Korrupsjon eller annen økonomisk kriminalitet
- Myndighetsmisbruk
- Uforsvarlig arbeidsmiljø
- Brudd på personopplysningsikkerheten

Ytringer om forhold som kun gjelder arbeidstakers eget arbeidsforhold regnes ikke som varsling, og håndteres ikke som det. Dette kan for eksempel være gjennomføring av arbeidsavtalen som uenighet om arbeidsmengde, lønnsbetingelser, sykefravær, fordeling av oppgaver, dårlig personkjemmi, personkonflikter, brudd på arbeidsavtalen ift. ulovlig fravær/ manglende leveranser/ faglig uenighet mm. Ytringer om forhold ut fra egen politisk eller etisk overbevisning regnes heller ikke som varsling av kritikkverdige forhold, og håndteres derfor ikke som det.

Gjengjeldelse er forbudt

Gjengjeldelse mot arbeidstaker som varsler i tråd med aml. §§ 2A-1 (rett til å varsle om kritikkverdige forhold) og 2A-2 (fremgangsmåte ved varsling) er forbudt, jfr. aml. § 2A-4. Med gjengjeldelse menes en enhver ugunstig handling, praksis eller unnlattelse som følge av eller en reaksjon på at arbeidstaker har varslet, for eksempler som trusler, usaklig forsjølsbehandling, sosial ekskludering, endring av arbeidsoppgaver, degradering, disiplinær reaksjon mm.

Endringer fra forrige versjon

Februar 2022 rettet skrivefeil og foretatt enkelte presiseringer i teksten.

November 2021 endret tittel på dokumentet og lagt inn lenker i dokumentet.

Prosedyren er godkjent i HAMU 4. mai 2021.

Endringene i tråd med lovendring per 1. januar 2020, som tydeliggjør fremgangsmåten ved varslinger i WV. Prosedyren inneholder krav til saksbehandling og håndtering av et varsel, samt de ulike roller og ansvar arbeidsgiver, arbeidstaker, VO, TV og BHT har.

Prosedyre for mobbing og trakassering på arbeidsplassen oppheves, da området for prosedyren faller inn under ny prosedyre for varsling.

Referanser

Endringer i arbeidsmiljøloven med virkning fra 1. januar 2020 ved lovvedtak 70 (2018-2019). Lovens forarbeider, prp74L (2018-2019).

Vedlegg

- [Hjelpbart leder varsling](#)
- [Mandat Varslingsutvalget i Vestre Viken HF.feb22.pdf](#)
- [Varslingsskjema ansatt.docx](#)
- [Varslingsskjema ansatt.pdf](#)

Andre eHåndboksdokumenter

 [WV Etske retningslinjer i Vestre Viken](#)

Dato: 8. mai 2023
Saksbehandler: Rune Abrahamsen

Saksfremlegg

Status nytt sykehus Drammen

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	54/2023	15.05.2023

Forslag til vedtak

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Drammen, 8. mai 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

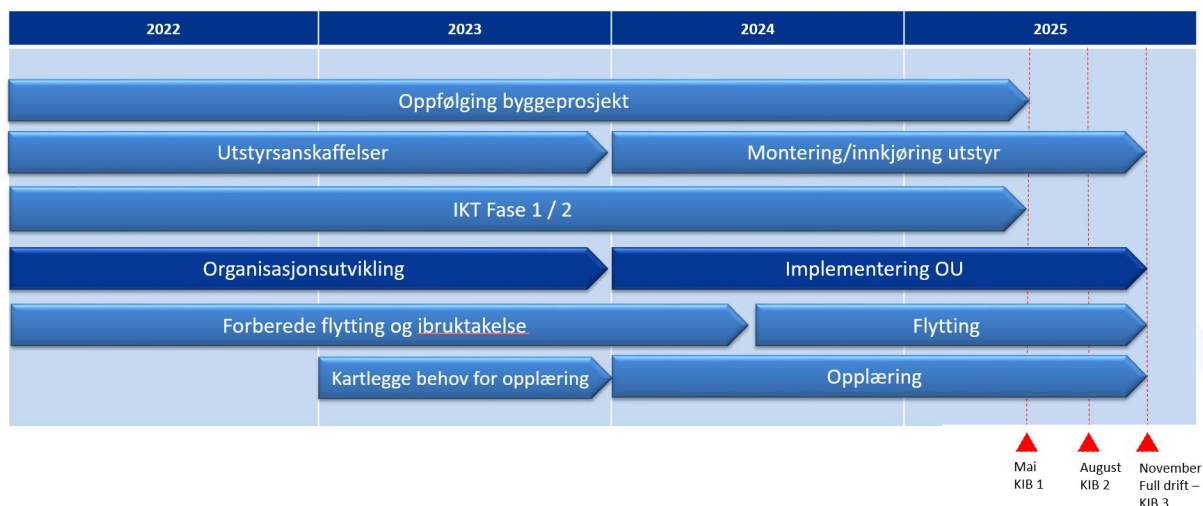
Bakgrunn

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

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

Saksutredning

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



Status byggeprosjektet

Byggeprosjektet, PNSD, melder at det er god fremdrift i byggeprosjektet iht. replanlagt fremdriftsplan for ferdigstilling av nytt sykehus.

For detaljert status henvises det til tertialrapport fra PNSD til styret i HSØ RHF.

Organisasjon

Alle stillinger i Vestre Vikens prosjektorganisasjonen, VV-NSD, er besatt iht. plan.

Arbeidet med etablering av stråleterapi i Vestre Viken og NSD er godt i gang og det rekrutteres nå ytterligere to medisinske fysikere, en fra høsten 2023 og en fra januar 2024 og en stråleterapeut.

Arbeidsbelastningen innen enkelte områder i VV-NSD er p.t. svært stor, spesielt innen utstyrsanskaffelser, og prosjektorganisasjonen styrkes derfor midlertidig i 2023 med utkjøp av ekstra ressurser fra driftsorganisasjonen, 50 % stilling innen teknologitunge anskaffelser og 20 % innen genteknologi.

Bygg- og teknisk infrastruktur

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

I forbindelse med planlegging og gjennomføring av mekanisk igangkjøring, testing og ferdigstilling vil VVHF involveres mer. Noe som vil kreve deltakelse fra fagressurser i Eiendomsdrift DS fra og med august 2023. Omfang er ikke avklart, men fremkommer i planlegging av slutfasen.

Det har vært stor aktivitet rundt entreprise for etablering av sykehusets utomhusområder. Det er lagt frem en rekke forslag til sparetiltak fra PNSD. Enkelte tiltak støttes av VVHF, mens andre

tiltak støttes ikke, da disse vil utgjøre en vesentlig reduksjon i kvalitet eller funksjon for sykehuset.

Videre er det stort fokus på oppfølging av byggeprosjektet for å finne servicevennlige løsninger, primært på tilkomst til vedlikeholdsobjekter i tekniske arealer.

Det er bygget ett prøverom for psykiatri på «Teigentomta» som inneholder en døgnplass med bad og tilhørende korridor. Dette for å avklare tekniske løsninger som er robuste nok for miljøet i psykiatrien. Dette har vært en bra prosess, med stort engasjement fra både VVHF, Sykehusbygg og entreprenør.

Proessen viser derimot at entreprenør ikke helt har klart å kommunisere de prinsippene man har kommet frem til med sine montører på byggeplass. Dette har krevet stort fokus og oppfølging fra VV-NSD.

For å sikre gode LCC vurderinger, tekniske løsninger og produktvalg er VV-NSD avhengig av god samhandling med prosjektet (PNSD). Samhandling mellom VVHF og PNSD er markert grønn, gul eller rød i tabellen. Ved grønn markering oppleves det god eller tilstrekkelig samhandling. Ved gul/rød markering er involveringen for lav i forhold til VV-NSD sine forventninger. Årsaken kan være lite forståelse for VVHF sin interesse i entreprisene, eller at det er ansatt prosjekt-/byggeledere som ikke kjenner historikken og rollene i prosjektet godt nok.

Det jobbes kontinuerlig med å posisjonere VVHF i alle fagmiljøer og det er stort fokus på bedre samhandlingen.

Enkelte entrepriser krever lite involvering fra VVHF, da produktvalg eller teknisk løsning er definert på forhånd.

Det er per i dag 9 entrepriser hvor samhandlingen vurderes som gul, en mer enn i forrige rapporteringen og en som vurderes som rød.

Betegnelse	Ansvarlig VV-NSD	Aktivitet VVNSD i prosjekte	Samhandling VVHF/PNSD
AGV	Henning Arnesen	Lav	
Tett hus - sentralbygg	Terje Steffenakk	Høy	
Varme og kjøleanlegg - sentralbygg	Henning Arnesen	Høy	
Innvendige arbeider - behandlingsbygg	Erik Bjørnstad	Høy	
Innvendige arbeider - poliklinikkbygg og servicebygg	Erik Bjørnstad	Høy	
Sanitæranlegg - sentralbygg	Henning Arnesen	Middels	
Sprinkleranlegg - sentralbygg	Henning Arnesen	Middels	
Meldingsvarsler	Ikke fordelt bygg / Mehmet	Lav	
Byggutstyr sentralbygg	Erik Bjørnstad	Lav	
Kjøle- og fryserom/anlegg (maskiner)	Henning Arnesen	Lav	

Utstyr

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

I forbindelse med anskaffelse av automatisert bakteriologi, helautomatisk system til laboratoriemedisin (mikrobiologi) for utsæd, inkubering og bildebehandling av bakteriologiske prøver, ble Becton Dickinson Norway AS valgt som leverandør. Innen karensfristen begjærte tilbyder nr. 2 midlertidig forføyning, idet de mente at kontrakt ikke kunne inngås. Tilbyder nr. 2

var av den oppfatning at Becton Dickinson skulle vært avvist, da de mente at et absolutt krav ikke var innfridd. Saken ble derfor meldt inn til Tingretten i Drammen. Under rettsprosessen mellom tilbyder nr. 2 og HSØ RHF, ble HSØ RHF frifunnet og tilbyder nr. 2 ble dømt til å betale saksomkostninger.

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

Utstyrsanskaffelsene omfatter i dag totalt 71 utstyrspakker. Utstyrsgruppa i VV-NSD følger opp den enkelte utstyrspakke mht. oppstart iht. plan, fremdrift og kostnad, men med spesiell fokus på utstyrspakkene der VVHF har et totalt gjennomføringsansvar. Dette omfatter 10 utstyrspakker, hvor 7 pakker viser grønn status, 1 pakke gul status og 1 pakke rød status mht. kostnad, ref. figur.

Anskaffelse navn	Planlagt oppstar	Planlagt kontrak	Ansvar	Oppstart	Fremdrift	Kostnad
Nukleærmedisin	27.02.2023	14.09.2023	VVHF	Grønn	Grønn	Rød
Dental-/kjeveøntgen	01.09.2023	15.02.2024	VVHF	Gul	Gul	Gul
Mammografi	28.03.2022	29.08.2022	VVHF	Grønn	Grønn	Grønn
Ultralyd	30.05.2022	27.02.2023	VVHF	Grønn	Grønn	Grønn
Infusjonsutstyr	31.05.2022	29.09.2023	VVHF	Grønn	Gul	Grønn
Kirurgiske instrument	31.03.2023	29.09.2023	VVHF	Gul	Gul	Gul
Dialyse	02.09.2024		VVHF	Gul	Gul	Grønn
Endoskopi	03.05.2022	29.06.2023	VVHF	Grønn	Grønn	Grønn
Verkstedutstyr	06.02.2023	19.01.2024	VVHF	Gul	Gul	Grønn
Test- og måleutstyr	27.02.2023	28.04.2023	VVHF	Gul	Gul	Grønn

Anskaffelse nukleærmedisin er markert rød mht. kostnad. Dette skyldes at det er pågående arbeid mht. avklaring om PET-CT kan finansieres innenfor byggeprosjektets rammer eller om VVHF må dekke finansiering.

IKT

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

Det meldes om forsinkelser i fremdrift for flere av de regionale prosjektene. Disse var opprinnelig tiltenkt implementert før innflytting i nytt sykehus. Dersom fase 1-leveransene ikke kan gjennomføres som planlagt, er det fare for at disse blir endret til fase 2-leveranser. Dette vil øke risikoen i prosjektene og kan påvirke omfanget til tilpasningsprosjektene.

Tilpasningsprosjekt Helselogistikk avventer avklaring knyttet til utvidelse av omfang for regional løsning for Helselogistikk. Dette har stor påvirkning for videre arbeid og planlegging.

I planen er det definert 17 tilpasningsprosjekter, ref. nedenfor stående figur. Flere av tilpasningsprosjektene er replanlagt. VV-NSD har ikke mottatt oppdatert status fra Sykehuspartner/PNSD og angitte status er basert på vurderinger internt i VV-NSD.

Prosjekt navn	Ansvar	Fase	Fremdrift
Tilpasninger PAS/EPJ	PNSD	Kartlegging	
Tilpasninger kurve	PNSD	Kartlegging	
Tilpasninger helselogistikk	PNSD	Kartlegging	
Tilpasninger lab	PNSD	Planlegging	
Doseplan, OIS og QA-system	PNSD	Kartlegging	
Sporingssystem sterilsentralen	PNSD	Kartlegging	
Tilpasninger bildediagnostikk	PNSD	Kartlegging	
Tilpasninger ERP	PNSD	Planlegging	
Tilpasninger med. kreftbehandling	PNSD	Ikke startet	
Tilpasning matforsyning	PNSD	Planlegging	
Tilpasninger BIM/FDV	PNSD	Kartlegging	
Tilpasninger RMA	PNSD	Kartlegging	
Sanntid sporing og lokalisering	PNSD	Planlegging	
Integrasjon identity management	PNSD	Kartlegging	
Mobil arbeidsflate	PNSD	Kartlegging	
Øvrige adm. systemtilpasninger	PNSD	Planlegging	
Øvrige kliniske systemtilpasninger	PNSD	Planlegging	

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

Organisasjonsutvikling

Status for delprosjekter tilknyttet organisasjonsutvikling er basert på innhentet status for det enkelte delprosjekt per april 2023. Det er 20 pågående delprosjekter og 14 avsluttede. Ett delprosjekt er ikke påbegynt.

Det er siden sist rapportering avklart at to planlagte delprosjekt utgår av planen, da områdene utredes innenfor allerede eksisterende arbeid.

Status på det enkelte delprosjekt er som vist i tabell.

Portefølje: VVHF - NSD - Pågående prosjekter

◆ Som planlagt
 ◆ Mindre avvik
 ◆ Større avvik
 ◆ P.T ikke målbar

Navn	Eier	Leder	Fase	Resurser	Tid	Omfang	Risiko	Kvalitativ gevinst	Kvantitativ gevinst
TVERRGÅENDE									
VVHF - NSD - Forskning	Hochnowski, Krzysztof	Heggelund, Lars	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
DS									
VVHF - NSD - Operasjon fase 2	Buene, Inger Meland	Grosser, Johannes	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Poliklinikk og dagbehandling	Buene, Inger Meland	Henriksen, Jan Terje	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Døgnområdet	Buene, Inger Meland	Bjerring, Anders Wold	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
KIS									
VVHF - NSD - Garderobes og arbeidstøy	Beheim, Irene	Steine, Frode	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Matforsyning Avdelingskjøkken	Beheim, Irene	Bråthen, Jane Ø.	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Matforsyning – Kantine/kiosk	Beheim, Irene	Bråthen, Jane Ø.	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Portertjeneste	Beheim, Irene	Engedal, Vera	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
KMD									
VVHF - NSD - Felles prøvemottak	Casati, Bettina; Steinsvik, Trude	Grøndahl, Ragnhild	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Blodbank	Steinsvik, Trude	Rånes, Ragnhild	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Biokjemi	Steinsvik, Trude	Steffarud, Line Bugge Klem	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Mikrobiologi	Steinsvik, Trude	Vestgarden, Therese	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Laboratoriemedisin - Analysehall	Steinsvik, Trude	Steffarud, Line Bugge Klem	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - Bildediagnostikk	Malmer-Høvik, Jon Haakon	Rangsæter, Hilde Marit	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
PHR									
VVHF - NSD - PHR Områdefunksjoner	Lærum, Kristin Tafjord	Elgaaen, Tuva	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - PHR Driftskonsept Akuttpsykiatri	Opsahl, Marit	Tharaldsen, Frode	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - PHR Driftskonsept Alderspsykiatri	Michelle, S. Háskull	Grinde, Mari Kristine	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - PHR Driftskonsept ARA/TSB	Oskarsen, Halstein	Kuvvene, Jonas	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - PHR Driftskonsept områdeseksjoner BUPA	Taksrud, Heidi	Hilden, Børre	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - PHR Driftskonsept Spesialpsykiatri	Gravdal, Tina	Haga, Bård Rime	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆

Rapporterte avvik skyldes i hovedsak at arbeidet med både delprosjektene, utstyrsanskaffelser og IKT-leveranser er utfordrende å kombinere med daglig drift og høyt sykefravær.

Det er få delprosjekter som per i dag beregner kvantitative gevinster. Basert på avhengigheter mellom de enkelte delprosjekter, vil økonomiske gevinster kvantifiseres i neste fase og legges til grunn ved implementering av de enkelte tiltakene.

Klinikkene følges tett opp for å prioritere arbeidet med delprosjektene, slik at fremdriftsplanen opprettholdes og at alle delprosjekter avsluttes i løpet av 2023.

Sammen med klinikkene utarbeides det nå plan for oppgaver og ansvar for prosjektorganisasjonen og stabene i VVHF mht. videre oppfølging av delprosjektene etter ferdigstilling. Dette for å sikre at tiltak og oppgaver utarbeidet gjennom delprosjektene videreutvikles og implementeres i nytt sykehus.

Plan

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

Arbeidet med anskaffelse av rådgivnings- og flyttetjenester pågår i samarbeid med Sykehusinnkjøp. Anskaffelsen ble kunngjort i mars 2023, med tilbudsfrist i slutten av mai 2023. Det har vært gjennomført befaringer på Blakstad sykehus og på eksisterende Drammen Sykehus for aktuelle aktører.

Kvalitetssikring av aktuelle områder for tidlig klinisk ibruttakelse har startet i klinikkene og blir avgjørende for å sikre identifisering av avhengighetene i planleggingsfasen. Det pågår en «Rydd og kast» kampanje på Blakstad sykehus og Drammen sykehus, som er planlagt utvidet til aktuelle arealer innen BUPA og ARA noe senere i prosessen. Dette gjøres i samarbeid med prosjektsjefene i de aktuelle klinikkene.

Det pågår utarbeidelse av rammeverk for opplæring i samarbeid med Utdanningsavdelingen i Vestre Viken. Det vil bli gjennomført en kartlegging av kompetansebehov i aktuelle klinikker i løpet av høsten 2023.

Det er innledet et samarbeid mellom PNSD, Radiumhospitalet og VV-NSD for planlegging av virksomhetstester, noe som er Vestre Vikens ansvar innenfor testregimet til NSD.

Administrerende direktørs vurderinger

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

Mottaksprosjektets mandat og tilhørende møttestruktur gir administrerende direktør mulighet for tett oppfølging og deltakelse av arbeidet med nytt sykehus.

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

Administrerende direktør vil påse at det legges gode og robuste planer for innflytting og ibruttakelse iht. revidert plan og at styret orienteres så snart disse foreligger.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar informasjonen til orientering.

Dato: 26. april 2023
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Møteplan for styret i Vestre Viken HF 2024

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	55/2023	15.05.23

Forslag til vedtak

Styret godkjenner møteplan for 2024 der følgende styremøter inngår:

Mandag 29. januar (digitalt møte 09.00 – 11.00)

Mandag 26. februar

Mandag 18. mars

Mandag 13. mai

Mandag 10. juni (inkl. styreseminar)

Mandag 26. august (digitalt møte 09.00 – 11.00)

Mandag 23. september (inkl. styreseminar)

Mandag 21. oktober

Mandag 18. november

Mandag 16. desember

Det foreslås at styret har styreseminar i tilknytning til styremøtene i juni og september. Det legges derfor opp til heldagsmøte inkludert seminar 10. juni og 23. september.

Drammen, 8. mai 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Forslag til møteplan for styret for 2024 skal legges frem for styret til behandling.

Saksutredning

Utgangspunktet for møteplanen er norsk kalender for 2024 med helligdager.

Styremøtene i 2024 er som tidligere år lagt til mandager:

Styremøter i Vestre Viken HF 2024	Styremøter i Helse Sør-Øst 2024
Mandag 29. januar (digitalt møte 09.00 – 11.00)	
Mandag 26. februar	Fredag 9. februar
Mandag 18. mars	Torsdag 7. mars
	Torsdag 25. og fredag 26. april
Mandag 13. mai	
Mandag 10. juni (inkl. styreseminar)	Fredag 21. juni
Mandag 26. august (digitalt møte 09.00 – 11.00)	Torsdag 22. august
Mandag 23. september (inkl. styreseminar)	Fredag 27. september
Mandag 21. oktober	Fredag 25. oktober
Mandag 18. november	Torsdag 21 og fredag 22. november
Mandag 16. desember	Torsdag 19. desember

Det foreslås at styret har styreseminar i tilknytning til styremøtene i juni og september. Det legges derfor opp til heldagsmøte inkludert seminar 10. juni og 23. september.

I tillegg må styret påregne en dagssamling med alle foretaksstyrene i Helse Sør-Øst i februar / mars 2024 i forbindelse med foretaksmøte og oppdrag og bestilling for 2024. Datoen fastsettes av Helse Sør-Øst RHF på et senere tidspunkt.

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

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

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

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør foreslår at styret godkjenner møteplan for 2024.

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Sykehuset Østfold HF, Kalnes
Dato:	28. april 2023
Tidspunkt:	Kl. 0900 - 1600

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Nina Tangnæs Grønvold	Nestleder
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Irene Kronkvist	
Einar Lunde	
Harald Vaagaasar Nikolaisen	
Peder Kristian Olsen	
Lasse Sølvberg	
Kristin Vinje	

Fra brukerutvalget møtte:

Aina Nybakke
Odvar Jacobsen

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Kathrine Hofgaard Vaage
Fagdirektør Ulrich Spreng, eierdirektør Tore Robertsen, økonomi- og finansdirektør Line Alfarrustad, direktør innsatsteam bygg Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og konserndirektør Mona Stensby

Saker som ble behandlet:

033-2023	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**V E D T A K**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 28. april 2023.

034-2023	Godkjenning av protokoll og B-protokoller fra styremøte 9. mars 2023
-----------------	---

Styrets enstemmige**V E D T A K**

Protokoll og B-protokoller fra styremøte 9. mars 2023 godkjennes.

035-2023	Status og regional handlingsplan for arbeidet med informasjonssikkerhet
-----------------	--

Oppsummering

Styret har bedt om å bli holdt orientert om arbeidet med å styrke informasjonssikkerheten, jamfør styresak 069-2022. I tillegg ba Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøtet den 17. januar 2023 de regionale helseforetakene om å oppdatere de regionale handlingsplanene for det systematiske arbeidet med å styrke informasjonssikkerheten. Oppdateringen skal skje innen 1. mai hvert år, og det skal rapporteres fra forbedringsarbeidet.

Denne styresaken gir en orientering om status for arbeidet med å styrke informasjonssikkerheten i Helse Sør-Øst. Vedlagt saken er forslag til oppdatert handlingsplan for arbeidet med informasjonssikkerhet og en uttalelse fra brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg brukerutvalgets uttalelse til saken. Styret understreker behovet for utvikling av informasjonssikkerhetskultur og opprettholdelse av kompetansenivå i Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF og øvrige helseforetak. Dette gjelder ikke bare teknologiske forhold, men også fysiske forhold som f.eks. adgang til rom og sikkerhetsrutiner i virksomhetene.

Styrets enstemmige**V E D T A K**

1. Styret slutter seg til regional handlingsplan for arbeidet med informasjonssikkerhet.

2. Styret ber om å holdes orientert om trusselutviklingen og arbeidet med å styrke informasjonssikkerheten i Helse Sør-Øst.

036-2023	Reviderte økonomiske resultatkrav
-----------------	--

Oppsummering

Hensikten med denne saken er å fastsette nye økonomiske resultatkrav for helseforetakene i 2023 etter at Helse Sør-Øst ble tildelt økt basisramme i foretaksmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet 17. februar 2023. Det reviderte resultatkravet for 2023 er basert på styrevedtatte resultatmål i helseforetakene.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Det fastsettes følgende nye krav til økonomisk resultat eksklusive salgsgevinster og forserte avskrivninger i 2023 (alle tall i 1000 kroner):

Helseforetak	Revidert budsjett 2023
Akershus universitetssykehus HF	100 000
Oslo universitetssykehus HF	240 000
Sunnaas sykehus HF	15 000
Sykehusapotekene HF	5 000
Sykehuspartner HF	100 000
Sykehuset i Vestfold HF	0
Sykehuset Innlandet HF	40 000
Sykehuset Telemark HF	20 000
Sykehuset Østfold HF	-40 000
Sørlandet sykehus HF	75 000
Vestre Viken HF	178 000
Helse Sør-Øst RHF	400 000
Sum Helse Sør-Øst	1 133 000

Styret legger til grunn at eventuelle salgsgevinster i 2023 medfører forbedret resultat tilsvarende oppnådde gevinster, og at gevinstene skal framkomme i helseforetakenes årsestimater for økonomisk resultat.

037-2023

Virksomhetsrapport per februar og mars 2023

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for februar og mars 2023.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg gode resultater i Sykehuspartner HF.

Styret ber om at administrasjonen kommer tilbake til styret med nærmere informasjon om avvisningsrater i psykisk helsevern voksne, herunder informasjon om hvilke pasienter som avises og hvorfor.

Styret ber om at administrasjonen har oppmerksomhet på bruk av video- og telefonkonsultasjoner i helseforetakene fremover.

Styret noterer seg at det er en tendens til stabilisering av driftssituasjonen etter pandemien, men at blant annet ventetider har stabilisert seg på et høyt nivå. Styret ber om at administrasjonen viderefører arbeidet med økt oppmerksomhet på økonomi og at det analytiske arbeidet følges opp med kunnskapsbaserte tilnærminger og tiltak som kan gi resultater, særskilt knyttet til innleie, overtidbruk og fristbrudd.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar virksomhetsrapport per februar og mars 2023 til etterretning.

038-2023

Oppfølging av styringsbudskap fra Helse- og omsorgsdepartementet om intensivkapasitet

Oppsummering

De fire regionale helseforetakene mottok i oppdragsdokumentene for 2021 og 2022 til sammen tre felles oppdrag, alle ledet av Helse Sør-Øst, som omhandler intensivkapasitet og intensivberedskap. Rapporten (vedlegg 1) er Helse Sør-Øst RHF-ets svar på oppdragene. Rapporten beskriver status for intensivkapasiteten og intensivberedskapen i Helse Sør-Øst og anbefalte tiltak for å oppnå en fremtidig intensivkapasitet på kort (-2024) mellomlang (2024-2027) og lang sikt (2030-) som både kan takle naturlige svingninger og som er fleksibel nok til å skalere opp og takle større kriser, som en langvarig pandemi. Arbeidet omfatter intensiv- og overvåkningskapasitet for barn, unge og voksne pasienter. Nyfødteintensiv er ikke en del av arbeidet.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg at det har vært en god prosess og bred involvering i arbeidet med rapporten.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret slutter seg til rapport om regional intensivkapasitet og ber administrerende direktør følge opp helseforetakenes arbeid med å sørge for tilstrekkelig fremtidig intensivkapasitet i tråd med rapportens anbefalinger.

039-2023	Høringssvar NOU 2023:4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste
-----------------	---

Oppsummering

Helsepersonellkommisjonen ble etablert av Kongen i statsråd den 17. desember 2021. Kommisjonen fikk i oppdrag å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene framover for å utdanne, rekruttere, og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjeneste i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt.

Helsepersonellkommisjonen la frem sin utredning (NOU 2023:4) den 2. februar 2023. Helse Sør-Øst RHF er invitert til å avgi høringssvar i saken innen 2. mai 2023.

Kommentarer i møtet

Basert på styrets diskusjon i møtet ble det enighet om at den fremlagte høringsuttalelse bearbejdes videre og fremlegges for behandling i et ekstraordinært styremøte.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret ber om at det fremlagte forslaget til høringssvar fra Helse Sør-Øst RHF bearbejdes videre og fremlegges for behandling i et ekstraordinært styremøte.

040-2023	Målretting av regionale forskningsmidler i Helse Sør-Øst
-----------------	---

Oppsummering

De regionale forskningsmidlene i Helse Sør-Øst består av midler fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD-midler) øremerket til forskning og en avsetning fra det regionale helseforetakets eget budsjett (RHF-midler). For 2023 utgjør midlene totalt 663,6 millioner kroner til forskning og innovasjon, hvorav 327,4 millioner kroner er HOD-midler, jf. styresak 129-2022. I 2022 ble det gjennomført utlysninger for de konkurranseutsatte, regionale forskningsmidlene for i alt 140,9 mill. kroner (midler til åpen utlysning, prioriterte områder og ikke-universitetssykehusene).

Helse Sør-Øst RHF forvalter i tillegg tilskudd til Nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK) på vegne av de fire RHF-ene. Midler til KLINBEFORSK er avsatt i egen post over Statsbudsjettet og utgjør 184,8 millioner kroner for 2023. Programmidlene tildeles til kliniske multisenterstudier der det inngår samarbeidspartnere fra alle helseregioner.

I denne saken foreslås det målretting av inntil 10 mill. kroner av RHF-midlene til forskning for 2024, og det gis en overordnet beskrivelse av tildelingsprosess for disse midlene. Målrettingen vil understøtte forskning innenfor særskilte tema og områder som er viktige for videreutvikling av spesialisthelsetjenesten med mål om mer effektive tjenester og økt digitalisering i tråd med *Regional utviklingsplan 2040* og Helsepersonellkomisjonens rapport «Tid for handling». Forslaget innebærer at målrettingen organiseres innen rammen av den ordinære åpne utlysningen av regionale forskningsmidler og legger til rette for en helhetlig og ensartet håndtering av søknader om disse midlene.

Kommentarer i møtet

Styret tilslutter seg forslaget til vedtak.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret vedtar at inntil 10 mill. kroner av det regionale helseforetakets midler til forskning fra eget budsjett målrettes til følgende tematiske forskningsområder:
 - Behandling av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos barn og unge
 - Helsekompetanse
 - Pasientsikkerhet
 - Effektivisering/personellbesparende teknologi
2. Styret slutter seg til at midler til ikke-universitetssykehus videreføres som en strategisk avsetning på samme nivå som i 2022.

041-2023	Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje
-----------------	---

Oppsummering

Denne saken omfatter de styrevedtatte prosjektene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Det rapporteres på status for hvert prosjekt. Rapporteringen per prosjekt avsluttes når den aktuelle IKT-løsningen er innført ved de helseforetakene som omfattes av prosjektet.

Selve tertialrapporten rapporterer status per 31. desember 2022. Viktige hendelser som har skjedd i porteføljen etter denne datoen, er beskrevet i dette saksfremlegget.

Kommentarer i møtet

Styret pekte på at det er behov for rapporter som er mer oppdaterte og særlig at risikobildet er oppdatert med kunnskapen på tidspunktet for utsending av styresaken. Styret imøteser en sak med oppsummering av STIM-programmet og hvordan dette blir videreført som

linjeaktiviteter i Sykehuspartner HF. Det vil også være interessant å få opplysninger om hvordan de ulike IKT-løsninger påvirker det operative personellet i sykehusene.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per tredje tertial 2022 for de styregodkjente prosjektene i regional IKT-prosjektportefølje til orientering.

042-2023	Status og rapportering tredje tertial 2022 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, Sykehuspartner HF
-----------------	---

Oppsummering

Saken omhandler status og rapportering per tredje tertial 2022 for programmet STIM (standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering) og Windows 10-prosjektet som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF. Rapporten ble behandlet i styret i Sykehuspartner HF 1. februar 2023, jf. styresak 005-2023 i Sykehuspartner HF.

Saken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å holde styret orientert om status og fremdrift i programmet STIM og Windows 10-prosjektet.

Kommentarer i møtet

Se kommentarer i sak 041-2023

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status og rapportering per tredje tertial 2022 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, til orientering.

043-2023	Rapport fra følgerevisjon av program STIM per 3. tertial 2022
-----------------	--

Oppsummering

Konsernrevisjonen gjennomfører en følgerevisjon av program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) hvert tertial etter oppdrag fra styret i Helse Sør-Øst RHF. Denne saken oppsummerer følgerevisjonens resultater i 3. tertial 2022.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar rapport fra følgerevisjon av program STIM per 3. tertial 2022 til orientering og stiller seg bak revisjonens anbefalinger.

044-2023	Utvidelse av omfang for regional løsning for helselogistikk
-----------------	--

Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente i sak 048-2021 gjennomføring av prosjektet regional løsning for helselogistikk. Styret godkjente i sak 053-2022 utvidelse av omfang for regional løsning for helselogistikk og ny kostnadsramme.

Helselogistikk består av områdene:

A – Innsjekk og oppgjør

B – Styring av pasientflyt og ressurser

C – Intern kommunikasjon og varsling på mobil

Omfang søkingen i sak 053-2022 omhandlet område B og C for Oslo universitetssykehus HF og økt kostnadsramme for å dekke økte kostnader til DIPS-integrasjoner og endringer etter avsluttet spesifikasjonsfase.

Denne saken legges frem for ytterligere utvidelse av omfang med hva som er påkrevd for nytt sykehus i Drammen og nye Radiumhospitalet.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at saken fremmes på nytt med en bredere omtale av handlingsalternativer og en mer helhetlig fremstilling av prosjektet.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Saken utsettes.

045-2023	Akershus universitetssykehus HF – forprosjektrapport Samling av sykehusbasert psykisk helsevern
-----------------	--

Oppsummering

Akershus universitetssykehus HF skal samle tilbudet innen sykehusbasert psykisk helsevern ved en utvidelse av den eksisterende bebyggelsen på Nordbyhagen i Lørenskog kommune. Utbyggingen vil legge til rette for at tilbudet om diagnostikk og behandling av sykehusbasert psykisk helsevern samles rundt pasienten, og tett ved det somatiske sykehuset. Akershus universitetssykehus HF har i perioden januar 2022 til mars 2023 utviklet forprosjektet for Samling av sykehusbasert psykisk helsevern, i henhold til mandat fra det regionale helseforetaket. Arbeidet har hatt som formål å utrede konseptet tilstrekkelig til å gi grunnlag for beslutning om gjennomføring av prosjektet (beslutningspunkt B4 iht. *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*).

I denne saken legges forprosjektet fram for styret i Helse Sør-Øst RHF for investeringsbeslutning, og med det videreføring til gjennomføringsfasen.

Kommentarer i møtet

Styret understreket at kapasiteten må være tilstrekkelig til å unngå overbelegg.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner forprosjekt for Samling av sykehusbasert psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus HF, og ber om at det legges til grunn for videre gjennomføring av prosjektet.
2. Prosjektet skal gjennomføres innenfor en samlet økonomisk styringsramme (P50-estimat) på 977 millioner kroner (prisnivå desember 2022) inkludert ikke-byggnær IKT med 14,7 millioner kroner.
3. Delprosjektene bygg for psykisk helsevern voksne og bygg for psykisk helsevern barn- og ungdom videreføres til gjennomføringsfasen med en økonomisk styringsramme (P50-estimat) på 872 millioner kroner (prisnivå desember 2022).
4. Administrerende direktør gis fullmakt til å godkjenne videreføring av delprosjektene for parkeringsanlegg og ombygging poliklinikk alderspsykiatri til gjennomføringsfasen, forutsatt at prosjektets samlede styringsramme opprettholdes.
5. Styret tar til etterretning at Akershus universitetssykehus HF vil egenfinansiere tiltak forbundet med rørpost, AGV, kulvert og solcelleanlegg utenfor styringsrammen, og at tiltakene gjennomføres i regi av prosjektet.
6. Akershus universitetssykehus HF skal videreføre sitt arbeid med organisasjonsutvikling i tråd med planene om effektivisering i forkant av, og gevinstuttak i etterkant av, innflytting. Gevinstrealiseringsplanene skal holdes oppdatert i tråd med etablert praksis i foretaksgruppen.
7. Styret legger til grunn at Akershus universitetssykehus HF er prosjekteier for gjennomføringsfasen, basert på godkjent mandat fra Helse Sør-Øst RHF. Administrerende direktør gis fullmakt til å utforme mandat for gjennomføringsfasen.

046-2023	Oslo universitetssykehus HF – videreføring til konseptfase for etablering av Ambulansesenter nord
-----------------	--

Oppsummering

Oslo universitetssykehus HF ønsker å etablere nytt ambulansesenter nord. I denne saken behandles søknad om oppstart av konseptfase for prosjektet, basert på Oslo universitetssykehus HF's styresak 14/2023 *Etablering av ambulansesenter nord*.

I henhold til finansstrategien må fullmakt fra styret i Helse Sør-Øst RHF foreligge før helseforetakene starter konseptfase for store byggeprosjekter, og inngåelse av leieavtaler, over 100 millioner kroner.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å starte konseptfase for etablering av arealer til et nytt Ambulansesenter nord.
2. Styret ber Oslo universitetssykehus HF arbeide for at en eventuell leieavtale inkluderer utkjøpsklausuler for arealene.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne hovedprogram og hovedalternativ etter at steg 1 av konseptfasen er fullført. Samlet konseptfase og hvis aktuelt, fremforhandlet utkast til leiekontrakt, legges frem for styrets behandling.
4. Styret gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å innlede forhandlinger med eventuelle tilbydere av lokaler til leie.

047-2023	Oslo universitetssykehus HF – videreføring til konseptfase for etablering av Ambulansesenter sør
-----------------	---

Oppsummering

Oslo universitetssykehus HF ønsker å etablere nytt ambulansesenter sør. I denne saken behandles fullmaktsøknad om oppstart av konseptfase for prosjektet, basert på Oslo universitetssykehus HF's styresak 13/2023 *Etablering av Ambulansesenter Sør*.

I henhold til finansstrategien må fullmakt fra styret i Helse Sør-Øst RHF foreligge før helseforetakene starter konseptfase for store byggeprosjekter, og inngåelse av leieavtaler, over 100 millioner kroner.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å starte konseptfase for etablering av arealer til et nytt Ambulansesenter sør.
2. Styret ber Oslo universitetssykehus HF arbeide for at en eventuell leieavtale inkluderer utkjøpsklausuler for arealene.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne hovedprogram og hovedalternativ etter at steg 1 av konseptfasen er fullført. Samlet konseptfase og hvis aktuelt, fremforhandlet utkast til leiekontrakt, legges frem for styrets behandling.
4. Styret gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å innlede forhandlinger med eventuelle tilbydere av lokaler til leie.

048-2023

Retningslinjer for lederlønn i Helse Sør-Øst RHF

Oppsummering

I forbindelse med den nye eierskapsmeldingen (*Meld.St.6 Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap – Statens direkte eierskap i selskaper*) fremkommer det tydelige krav og forventninger til statlige selskaper. Statens retningslinje for lederlønn ble oppdatert i tråd med eierskapsmeldingen med virkning fra 12. desember 2022.

Denne saken er en oppfølging av oppdrag gitt i foretaksmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet den 17. januar 2023, pkt. 3.4.1. Saken gjelder statens forventninger i eierskapsmeldingen om lønn til ledende ansatte.

Fra foretaksmøteprotokollen:

«Moderasjonshensynet sammenholdt med forventningen om konkurransedyktig godtgjørelse innebærer at godtgjørelsen ikke skal være høyere enn nødvendig for å rekruttere og beholde ønsket kompetanse. Dersom ledende ansatte får høyere årlig justering i fastlønn enn gjennomsnittet for øvrige ansatte, er staten opptatt av at selskapet begrunner dette i selskapets lønnsrapport. Statens retningslinjer for lederlønn ble oppdatert i tråd med eierskapsmeldingen med virkning fra 12. desember 2022.

Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene følger statens forventninger som fremkommer i eierskapsmeldingen. Forventningene skal også gjøres gjeldende for underliggende helseforetak.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til oppdaterte retningslinjer for avlønning av administrerende direktør og ledende ansatte i Helse Sør-Øst RHF. Retningslinjene oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for godkjenning i foretaksmøte juni 2023.
2. Styret ber om at regionhelseforetakets retningslinjer for lederlønn legges til grunn for tilsvarende retningslinjer i det enkelte helseforetak. Helseforetakenes retningslinjer forutsettes styrebehandlet i foretakenes egne styrer og oversendes Helse Sør-Øst RHF for godkjenning i senere foretaksmøter.

049-2023

Gjennomføring av foretaksmøter juni 2023

Oppsummering

I henhold til helseforetakenes vedtekter skal det avholdes foretaksmøter innen utgangen av juni hvert år, der helseforetakenes årsregnskap, årsberetning, lønnsrapport og årlig melding skal behandles.

Det planlegges at disse foretaksmøtene gjennomføres 22. juni 2023. Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 13. juni 2023 for behandling av tilsvarende saker.

Styrets enstemmige**V E D T A K**

Det avholdes foretaksmøter med helseforetakene i Helse Sør-Øst 22. juni 2023 med behandling av følgende saker:

- Helseforetakenes årsregnskap og årsberetning for 2022
- Helseforetakenes lønnsrapport for 2022
- Honorar til revisor i 2022
- Helseforetakenes årlige melding 2022

050-2023	Møteplan for styret i Helse Sør-Øst RHF i 2024
-----------------	---

Oppsummering

Forslag til datoer og sted for styremøter i 2024 legges frem for godkjenning.

Styrets enstemmige**V E D T A K**

Styret godkjenner følgende møtekalender 2024 for styret i Helse Sør-Øst RHF:

- Fredag 9. februar 2024 – Hamar
- Torsdag 7. mars 2024 – Hamar
- Torsdag 25. og fredag 26. april 2024 – Hamar
- Fredag 21. juni 2024 – Hamar
- Torsdag 22. august 2024 – Hamar
- Fredag 27. september 2024 – Hamar
- Fredag 25. oktober 2024 – Hamar
- Torsdag 21. og fredag 22. november 2024 – Hamar
- Torsdag 19. desember 2024 – Hamar

051-2023	Styresaker i Helse Sør-Øst RHF – status og oppfølging
-----------------	--

Oppsummering

Styret har to ganger per år fått fremlagt en oversikt over status og oppfølging av styresaker som har vært til behandling.

Sist oversikten ble behandlet i styret var i november 2022.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med februar 2023 til orientering.

052-2023	Årlig erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for ledende personer
-----------------	---

Oppsummering

Saken omhandler ledernes ansettelsesvilkår og rapportering i henhold til nye retningslinjer for lederlønn/godtgjørelse for ledende personer gjeldende fra 2022.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret vedtar erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for ledende personer og lederlønnsrapport for 2022.

053-2023	Årsberetning, årsregnskap og spesialisthelsetjenestens felles rapport for samfunnsansvar 2022
-----------------	--

Oppsummering

Årsberetning og årsregnskap 2022 med noter legges fram for behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF.

I tillegg legges spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar for 2022 fram for styret til orientering.

Kommentarer i møtet

Det er positivt at omfanget på årsberetningen er redusert, samtidig kunne det kunne vært tatt inn et avsnitt som sier noe om aktiviteten i virksomheten, før rapporten omtaler forskning og innovasjon. I tillegg burde avsnittet om framtidsutsikter og utfordringer inkludere en omtale av de store investeringsprosjektene (bygg og IT) og opplegg for styring av disse.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2022.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne mindre endringer i årsberetningen og årsregnskapet for 2022 basert på innspill gitt i møtet.

3. Styret tar spesialisthelsetjenestens felles rapport for samfunnsansvar for 2022 til orientering.
4. Styret ber administrerende direktør følge opp revisjonens tilrådninger.

054-2023	Fullmakt til Sykehuspartner HF om å inngå rammeavtale for kjøp av allmenne (offentlige) skytjenester i Helse Sør-Øst
-----------------	---

Saken ble vedtatt behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

055-2023	Oslo universitetssykehus HF, Livsvitenskapsbygget. Revidert styringsramme og kontraktsmessige forhold
-----------------	--

Saken ble vedtatt behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

056-2023	Oslo universitetssykehus HF – erverv av eiendommer fra Oslo kommune for Nye Aker - avtale om tiltrede og skjønn
-----------------	--

Saken ble vedtatt behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26a

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

057-2023	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker 2023 tas til orientering.

058-2023	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

I tillegg til driftsorienteringer sendt styret orienterte administrerende direktør om behov for å oppdatere planforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2024-2027:

Helse Sør-Øst RHF behandlet i styremøte 9. mars 2023 sak 022-2023; *Økonomisk langtidsplan 2024-2027 – planforutsetninger*. Plan for videre arbeid tok sikte på styrebehandling av foretaksgruppens *Økonomisk langtidsplan 2024-2027* i styremøtet 21. juni. Administrerende direktør vil legge frem reviderte planforutsetninger for økonomisk

langtidsplan 2024-2027 i styremøtet 21. juni. Det tas sikte på at foretaksgruppens økonomiske langtidsplan for 2024-2027 behandles av styret 29. september 2023.

Kommentarer i møtet

Det ble vist til drøftingsprotokollen med de konserntillitsvalgte om administrerende direktørs orientering i møte 9. mars 2023 om driftssituasjonen ved thoraxkirurgisk avdeling i Oslo universitetssykehus HF. Styret ba om at det i månedsrapport i løpet av høsten 2023 blir gitt en orientering om ventetidsutviklingen ved denne enheten.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 7. – 9. mars 2023
3. Godkjent protokoll fra møte revisjonsutvalget 27. februar 2023
4. Brev fra ordfører i Elverum Lillian Skjærvik og ordfører i Hamar Einar Busterud
5. Brev fra ordføreren i Notodden
6. Protokoll fra drøftingsmøte 26.04.2023 med de konserntillitsvalgte

Møtet hevet kl. 16:00

Kalnes, 28. april 2023

Svein I. Gjedrem
styreleder

Nina Tangnæs Grønvold
nestleder

Irene Kronkvist

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Einar Lunde

Harald Vaagaasar Nikolaisen

Peder Kristian Olsen

Lasse Sølvsberg

Kristin Vinje

Kathrine Hofgaard Vaage/
Tore Robertsen
styresekretær

Foreløpig protokoll

Møte:	Brukerutvalget Vestre Viken HF
Møtedato:	02.05.23
Tidspunkt:	Kl. 1200-1800
Sted:	Ringkollen, Grønland 32
Møteleder:	Rune Kløvtveit
Deltakere:	<p>Fra Brukerutvalget: Elisabeth Schwencke, Mark Miller, Rune Kløvtveit, Gudrun Breistøl, David C. Hemmingsen, Jan Helge Tuv, Toril Naper Hauge, Christine Malmberg</p> <p>Fra Administrasjonen: Anne-Lise Kristensen og Kurt Kleppe Josefsen (koordinator)</p> <p>Innledere/gjester Kristoffer Hochnowski (sak 56/23) Lisbeth Sommervoll (sak 56/23) Kristine Kleivi Sahlberg (sak 51/23) Solveig Tørstad (sak 55/23)</p> <p>Forfall Cecilie Braathen</p>

Sak nr.	Sak/merknad
44/23	<p>Godkjenning av innkalling og sakliste</p> <p>Vedtak: Godkjent</p>
45/23	<p>Velkommen, nytt medlem Presentasjonsrunde</p>
46/23	<p>Protokoll brukerutvalgets møte 21.03.23</p> <p>Vedtak: Godkjent</p>
47/23	<p>Referat arbeidsutvalgets møte 25.03.23</p> <p>Vedtak: Godkjent</p>
48/23	Saker til orientering, innkommet post

	<ul style="list-style-type: none"> • Referat UR 26.04 (ettersendes) møtet utsatt, referat utgår • Forespørsel fra Foreningen for EI-sensitive • Resultat av medarbeiderundersøkelsen • Leder/nestledermøte med AD • Informert om "Søknad innovasjonsmidler HSØ - Fremskutt kompetanse" <p>Vedtak: <i>Forespørsel fra foreningen for el-sensitive</i> Koordinator sender svar til avsender om at dette mottatt og tatt opp i BU og sendt den videre til NSD</p> <p><i>Medarbeiderundersøkelsen</i> Tas opp i et senere møte med fagdirektør.</p> <p><i>Leder/nestledermøte</i> Kort gjennomgang av innholdet i møtet som var. En av tingene som ble tatt opp var UKOM rapport om meldekultur.</p>
49/23	<p>Konferanser, invitasjoner og deltagelser Ikke mottatt noen henvendelser</p>
50/23	<p>Delstrategi for innføring av samvalg</p> <p>Vedtak: Tas på møtet i juni</p>
51/23	<p>Prosedyre for brukermedvirkning i forsknings og innovasjonsprosjekter orienteringssak ved Kristine Kleivi Sahlberg. Hun ber om innspill til foreslått prosedyre. Hun ønsker å innføre presenterte prosedyre og komme tilbake til BU for diskusjon hvor også erfaringene fra forbedringsarbeidet tas inn.</p> <p>Vedtak: Tas opp i møte i septembermøte. BU ønsker å diskutere internt begrepet brukermedvirkning i en workshop i forkant av dette. Kanskje på augustmøtet?</p>
53/23	<p>Kontinuerlig forbedring – brukermedvirkning Status. Test av skjema fra DS er gjennomført. Det er ikke forespurt på PHR. Dette visstnok på grunn av "dårlig tid". Oppsummering blir da gitt ut ifra de skjemaer man har. Resultat skal presenteres i prosjektet 11. mai.</p> <p>Vedtak: Informasjonen tas til orientering.</p>
54/23	<p>Henvendelse om telefoni</p> <p>Vedtak:</p>

	<p>Brukerutvalget vil gjerne bidra inn i arbeidet med tilgjengelighet for telefoni. Det er imidlertid ikke så lett å se hva som forventes. Koordinator svarer ut avsender med informasjon om dette og åpning for at de kan sende inn redigert forespørsel.</p>
55/23	<p>Status pasientsikkerhetsuka – uke 38 Presentasjon fra Solveig Tørstad</p> <p>Vedtak: Presentasjonen tas til orientering.</p>
56/23	<p>Dialog/orientering fra administrerende direktør/fagdirektør</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tertialrapport, hovedpunkter • Avvikling av fritt behandlingsvalg, påvirkning ventetider og omstillinger • Felles personvernombud <p>Vedtak: Dialogen tas til orientering.</p>
57/23	<p>Erfaringsutveksling Husk send inn oversikt over møter på mail til koordinator i forkant</p> <ul style="list-style-type: none"> • KMD – KKV • Møte Tillitsvalgte/VERNEOMBUDET I PHT • AKU • Stab/Ledermøte Ambulanse • Jobbe med Prioriterte Områder BU • Legemiddelkomiteen VV • Mobilitetsutvalget • LSU Asker og Bærum • Programstyremøte Digital Transformasjon • Digital Hjemmeoppfølging KOLSprosjekt egenbehandlingsplan • Delprosjekt 2 Øyeavdeling • Telesårprosjekt - • Telesårprosjekt bruker erfaring – Tellus • Selvskading og selvmords- forebygging i akutt mottak HSØ • KS KKV • Styringsgruppemøte - KI • Felles styreseminar i HSØ og helseforetakene • Møte med AD • Intervjuer med nye representanter til BU • Strategisk samarbeidsutvalg • Arbeidsutvalget BU • Prosjektstyret NSD • Programstyremøte PHR NSD digitalt • Tlf møte David vedr kontinuerlig forbedring målinger • Arbeidsmøte Fokusområde BU • Felles styreseminar for alle styrene i HSØ • Dialogmøte AD • FSU møte PHR • AU møte digitalt • KEK PHR vårseminar • RS KKV internservice • Forbedringsarbeid - økt brukermedvirkning i kontinuerlig forbedring

	<ul style="list-style-type: none"> • KKU Drammen sykehus • Kjerneteam pasientsikkerhetsuka Drammen sykehus • Kontinuerlig forbedring - arbeidsgruppemøte 				
58/23	<p>Fokusområder 2023 – Brukerutvalget Forslag til handlingsplan for fokusområder Sikre samarbeid med ungdomsrådet</p> <p>Vedtak Tas til etterretning med de kommentarer som fremkom under møtet. David sender over revidert versjon.</p>				
59/23	<p>Oppnevninger Prosjekt, råd, utvalg</p> <table border="1" data-bbox="322 728 1070 891"> <thead> <tr> <th colspan="2">Oppnevninger i møtet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Forskningsutvalget</td> <td>Christine Malmberg går inn som nytt medlem og erstatter Elisabeth Schwencke.</td> </tr> </tbody> </table>	Oppnevninger i møtet		Forskningsutvalget	Christine Malmberg går inn som nytt medlem og erstatter Elisabeth Schwencke.
Oppnevninger i møtet					
Forskningsutvalget	Christine Malmberg går inn som nytt medlem og erstatter Elisabeth Schwencke.				
60/23	<p>Kommende møter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrets årsplan (ettersendes) • Brukerutvalgets års og møteplan (monsterarket) 				
61/23	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artikkel om varsling av uønskede hendelser. Kunnskap om uønskede hendelser gir resultater (sykepleien.no) 				

Helse- og omsorgsdepartementet
Sendes inn digitalt

Dato: 25.04.2023
Saksbehandler: Eli Årmot/Marianne Ono Njøten
Direkte telefon: 91614643
Vår referanse: 23/01195
Deres referanse: 23/92-
Klinikk/avdeling:

Høringsvar NOU 2023:4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

Vestre Viken helseforetak viser til Helse- og omsorgsdepartementets brev av 2. februar 2023 hvor det inviteres til høringsinnspill på Helsepersonellkommisjonens rapport NOU 2023:4 Tid for handling. Nedenfor følger kommentarer og innspill til kunnskapsgrunnlaget og de utvalgte foreslåtte tiltaksområder.

Om kunnskapsgrunnlaget

Vestre Viken helseforetak mener det er gjort et grundig og godt arbeid i Helsepersonellkommisjonen med å etablere et kunnskapsgrunnlag for det videre arbeidet med en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Vi opplever at kunnskapsgrunnlaget på en god måte gjenspeiler utviklingstrekk og utfordringer, slik vi også kjenner dagens situasjon og framtidsutsiktene i eget helseforetak.

Det synliggjøres i Helsepersonellkommisjonens rapport en økende avstand mellom befolkningens forventninger om dekningsgrad og kvalitet i helsetjenestene, og at disse understøttes av politiske løfter og ambisjoner. Vestre Viken mener dette er en viktig refleksjon og et viktig budskap som det bør settes fokus på både i trepartssamarbeidet i fellesskap, men også innen de ulike partene i samarbeidet og i det politiske apparatet som helhet. God helse og livskvalitet er viktig både for samfunnet og befolkningen. Det er krevende for spesialisthelsetjenesten å innfri et stadig økende antall lovfestede pasientrettigheter, som også i flere tilfeller har vært fulgt av retningslinjer knyttet til bemanningsnormer. Sistnevnte kan eksemplifiseres med revidert nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen som nylig har vært på høring, og hvor det planlegges føringer om bemanningsnorm knyttet til jordmødre.

Utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell synliggjøres på en god måte i NOUen. Det er allerede i dag utfordrende å rekruttere flere yrkesgrupper i helseforetakene og dette medfører blant annet økt lønnspress og konkurranse mellom helseforetak og kommune og helseforetakene imellom. Både ekstern og intern turnover utover et gitt nivå medfører økt arbeidsbelastning både for ledere og øvrig personell, da det stort sett i en overgangsperiode gir færre tilgjengelige hender i arbeid. Med økende rekrutteringsutfordringer, vil vakansperiodene forlenges, noe som gir uheldige konsekvenser. Vestre Viken helseforetak stiller seg bak uttalelsen fra Helse Nord til Helsepersonellkommisjonen om at «målet om fagfolk i verdensklasse fordelt over hele landet, skaper en etterspørsel som ofte overgår tilgangen». Dette gjør seg også gjeldende innenfor vårt helseforetak, hvor det er ekstra utfordrende å rekruttere til mindre sykehus og de mindre sentralt lokaliserte enhetene.

Det påpekes fra kommisjonen at det er krevende å skaffe nok praksisplasser selv med en mindre økning i antall studieplasser. Vestre Viken helseforetak har årlig mellom 1000 – 1200 studenter i

Vestre Viken

praksisperioder, et omfang som i seg selv er utfordrende med hensyn til å gi god veiledning og oppfølging av studentene i tillegg til daglig drift.

Vestre Viken støtter Helsepersonellkommisjonens vurdering om at helse- og omsorgstjenestene ikke bør legge beslag på en vesentlig større andel av samlet sysselsetting, da dette vil hemme mulighetene for utvikling innen andre samfunnsområder og næringer. Helseforetaket er opptatt av et helhetlig samfunnsoppdrag, og at arbeid og utvikling innen ulike næringer også bidrar til velferdsstaten, til god helse og bra livskvalitet for innbyggerne.

Om foreslåtte tiltak og innsatsområder

Vestre Viken helseforetak er av den oppfatning at Helsepersonellkommisjonens forslag til tiltaksområder er gode og viktige å følge opp fremover.

Organisering og samhandling i helse og omsorgstjenestene

Vestre Viken støtter forslaget om å nedsette en kommisjon for å utrede fremtidig organisering av helse- og omsorgstjenestene med tanke på å skape mer helhetlig organisering, eventuelt på ett forvaltningsnivå. Samtidig foreslår Vestre Viken at det gis incentiver for uttesting av ulike samarbeidsformer mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste lokalt. Dette for å skaffe erfaringer med hvordan et samarbeid kan etableres og utvikles. For pasienter og pårørende har dårlige erfaringer nettopp med overgangene vært en gjenganger som heller ikke samhandlingsreformen har klart å utrydde. Fastleger som er spesialister i allmenmedisin får kritikk av spesialistene på smale områder for dårlige henvisninger, sykehuslegene får kritikk for ikke å kjenne alternative behandlingstilbud i de mange kommunene de har i sitt område. Beskjeder og henvisninger som går frem og tilbake utløser unødig byråkrati, unødvendig bruk av helsepersonells tid og forlenget ventetid på gode svar for pasientene. Vestre Viken støtter forsøk som kan bidra til å sikre mer smidige og gode pasientforløp med mer effektiv bruk av helsepersonellet.

Vestre Viken støtter også forslaget om utredning av en bærekraftig sykehusstruktur i Norge, som kan gjøre det mulig å fortsatt tilby helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet i hele landet og som bidrar til å opprettholde en desentralisert døgkontinuerlig spesialisthelsetjeneste.

Oppgavedeling

Forslaget om et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram støttes. Det foreslåtte programmet synes å være en bra modell for å finne frem til gode metoder for organisering og oppgavedeling. Det er ønskelig at programmet også er fremtidsrettet når det gjelder brukerinvolvering og brukerstyring, eksempelvis ved at brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner inkluderes i programmet. Investering i arealer og bygg som bidrar til å fremme riktig oppgavedeling er viktig, men er som det også påpekes i rapporten en utfordring i det samlede økonomiske bildet for helseforetakene.

Arbeidsforhold og arbeidstid

Når det gjelder arbeidstidsordninger, myndighet og ansvar, så slutter vi oss til flertallet i kommisjonens forslag knyttet til bedre samsvar mellom myndighet og ansvar i arbeidstidsspørsmål. Treparsatsamarbeidet er en viktig og god bærebjelke i norsk arbeidsliv. Lederlinjen i helseforetaket opplever at det over tid har blitt mer utfordrende å få på plass turnusplaner, og at turnusplanleggingen er tidkrevende prosesser. Dette forsterkes både av høyt sykefravær, vakanser, mangel på vikarer og begrensninger knyttet til muligheter for innleie. De siste årene har det i pandemiperioden, men også i sommerferieperioden, vært behov for å benytte ekstra økonomiske incentiver eller avtaler med organisasjonene for å få dekket opp turnusplaner i døgndrift med nødvendig faglig kompetanse. Dette er ikke en optimal løsning

Vestre Viken

verken i forhold til arbeidsbelastning på den enkelte ansatte eller for den økonomiske situasjonen i helseforetaket.

I tråd med forslag i rapporten støttes at det vil være hensiktsmessig at det fastsettes bestemmelser om gjennomsnittsberegninger av arbeidstid mv. i de sentrale tariffavtalene og mellom partene sentralt. Dette vil også kunne bidra til å redusere behovet for deltidsstillinger for å dekke opp natt- og helgevakter. Vestre Viken mener det er vesentlig med et godt partssamarbeid og håper at de sentrale parter kan finne gode løsninger på området. Med tanke på at dette er utfordringer som er synliggjort i flere NOUer de siste 10-15 årene, uten at partene har funnet gode løsninger, støtter Vestre Viken også forslaget om at myndighetene eventuelt bør iverksette en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser.

Utdanning og kompetanseutvikling

Vestre Viken støtter kommisjonens vurdering av at behov for økt mengde og bredde i praksisundervisning i kommunene, tilsier økt formelt kommunalt ansvar for undervisnings- og veiledningsoppgaver. Tettere formalisert samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og fagskolesektoren ønskes velkommen. Formalisering av samarbeidet mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og universiteter og høyskoler om forskning og utdanning, og fagskolesektoren bør også komme på plass.

Helsepersonellkommisjonen gir uttrykk for at lederes ansvar for kompetanseutvikling bør vektlegges tydeligere. Dette støttes av Vestre Viken, og er i tråd med helseforetakets utviklingsplan frem mot 2035 med hensyn til viktigheten av strategisk kompetanseutvikling og å beholde kritisk kompetanse. Vestre Viken er enige i at lederne har en svært viktig rolle i dette arbeidet, og helseforetaket har mange dyktige ledere som er opptatt av å utøve god ledelse. Dilemmaet mange føler på er at utfordringer knyttet til rekruttering og høyt sykefravær er tidkrevende og tar verdifull ledertid fra oppfølging av, og støtte til, de som er på jobb på den enkelte vakt.

Prioritering og overbehandling

Helsepersonellkommisjonen beskriver behov for prioritering, fra politisk nivå ned til møte mellom den enkelte helsearbeider og pasient og pårørende. Kommisjonen påpeker borgernes økende forventninger til tjenester, og samtidig behovet for prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester. Erfaring viser at det ikke bare er brukerne som er pådrivere til unødvendig behandling. Prioritering må løftes høyt i det offentlige ordskifte og innad i tjenestene, og kunnskap om overbehandling bør tas inn som en viktig del av utdanning av helsepersonell. Det må sikres finansierungsordninger som understøtter kloke valg og politikere og ledere må stå samlet i beslutningene. Pasienter, og deres pårørende ved behov, må sikres tilstrekkelig og forståelig informasjon som sikrer at de kan være delaktige i beslutninger om egen helse og behandlingsoalternativer. Gjennomføres dette på en god måte, kan det bidra til kloke samvalg med nødvendig og fornuftig redusert bruk av helsetjenester og helsepersonell.

Kommisjonen benytter begrepet «begrensende valg». Begrepet kan oppleves å være negativt ladet og kan fra et brukerperspektiv være uheldig og vekke unødig motstand hos pasienter og pårørende, men også hos helsepersonellet. Målet må være å redusere unødig helsehjelp og ikke å begrense pasientens mulighet til å være med å velge mellom ulike forsvarlige tilbud, der også økonomi er vektet. Et alternativt begrep kan være «kloke samvalg», som tar opp i seg begge problemstillingene.

Vestre Viken stiller seg bak forslaget om et utredningsarbeid med å gjennomgå DRG-takstene, samt å vurdere økte egenandeler fra pasienter og brukere til ikke-prioriterte tjenester. Forslagene om å innføre krav til konsekvensutredninger for personellbehov som følger av politikk på helse- og omsorgsområdet, samt å evaluere senere års innførte rettigheter støttes

Vestre Viken

også. Deling av kunnskap, innsikt og informasjon om helsetjenester og deres dokumenterte virkninger i formelle og uformelle arenaer vil bidra til et godt helsetjenestetilbud.

Digitalisering og teknologisk utvikling

Vestre Viken støtter kommisjonens forslag om å styrke den digitale kompetansen i helse- og omsorgstjenestene. Innovasjon og digitalisering er to sentrale fagområder for å styrke den digitale kompetanse og fremme nytenkning blant helsepersonell. Digital kompetanseutvikling må treffe bredt på tvers av helsefaglig og teknologiske utdanningsløp. Digital kompetanseheving for ansatte bør øremerkes satsningsområde gjennom kompetansehevende stimuleringsmidler fra sentrale myndigheter, slik som Kompetanseløftet og tilskudd for Avansert Klinisk sykepleie (AKS).

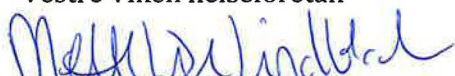
Det er stor vilje til å ta i bruk ny teknologi for effektivisering og automatisering av definerte oppgaver i helse og omsorgstjenestene. Samtidig oppleves begrensninger og kompleksitet i lovverk, sikkerhetskrav og teknisk infrastruktur som hemmende faktorer for økt samhandling og sømløse helsetjenester. Kommisjonen fremmer ingen spesifikke tiltak utover prinsippet om automatisering av indirekte pasientoppgaver. Vestre Viken savner flere treffsikre tiltak som vil gjøre det enklere å ta i bruk tilgjengelig og ny teknologi.

Vestre Viken stiller seg positive til mer forskningsbasert kunnskap om effekter og gevinster av automatisering og digitalisering i helse og omsorgstjenestene. Etablering av et forskningsprogram for utvikling av teknologi og innovative arbeidsprosesser som fører til redusert behov for arbeidskraft vil være et sentralt bidrag til dette. Med programmets målsetting om redusert behov for arbeidskraft i hele helsesektoren, bør prosjekter som stimulerer til effektivitet i et samhandlingsperspektiv trekkes frem som viktig satsningsområder.

Vestre Viken helseforetak vil til slutt takke Helsepersonellkommisjonen for et grundig og godt arbeid, og ser frem til oppfølging av NOU 2023:4 – Tid for handling.

Vennlig hilsen

Vestre Viken helseforetak



Mette Lise Lindblad

Økonomidirektør



Eli Armot

Direktør Kompetanse

Årsplan for styret 2023

Ajourført pr. mai 2023

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 30. januar Digitalt / Teams (09.00 – 11.00)	<ul style="list-style-type: none"> Revidert retningslinje for virksomhetsstyring Reviderte fullmakter i VVHF 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Foreløpig årsresultat 2022 Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> Brukerutvalg 24. januar Styrets årsplan pr januar 	
17. februar – foretaksmøte i regi av HSØ (digitalt)			Oppdrag og bestilling (OBD) 2023
Mandag 27. februar Drammen	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2022, inkludert risikovurdering, gevinstplan og IKT Årlig melding 2022 Foretaksprotokoller 2022 – inkl. OBD 2023 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2023 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 10. februar SKU 31. januar HAMU 14. februar Brukerutvalg 21. februar Årsrapport 2022 for varslingsutvalget Styrets årsplan pr februar 	
Mandag 27. mars Bærum	<ul style="list-style-type: none"> Årsberetning/årsregnskap 2022 Instruks for styret i VVHF Instruks for AD i VVHF 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2023 Andre orienteringer:	Eget møte mellom styret og revisor.

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Bærum sykehus • Klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD) Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 9. mars • Brukerutvalg 21. mars • SKU 7. mars • Styrets årsplan pr mars 	
20. April – felles styreseminar HSØ og HF-ene			
Mandag 15. mai Kongsberg sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Ledelsens gjennomgang VVHF 2022 • Etsiske retningslinjer i VVHF • Styrets møteplan 2024 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 31. April 2023 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2024 – 2027 • Nytt sykehus Drammen • Kongsberg sykehus Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 28. april • SKU 9. mai • Brukerutvalg 2. mai • Høringssvar NOU 2023:4 • Styrets årsplan pr mai 	
Mandag 12. juni Heldagsseminar	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet • Tertialrapport 1. tertial 2023 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2023 	Styremøte og styreseminar Pasient- og brukerombudet

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Drammen		<ul style="list-style-type: none"> • Forbedringsundersøkelsen 2023 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Pasientombudenes årsmelding 2022 • Nytt sykehus Drammen • Sikre pasientforløp gevinster Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • HAMU 13. juni • Brukerutvalg 6. juni • SKU 20. Juni • Styrets årsplan pr juni 	
22. juni - foretaksmøte i regi av HSØ (Grev Wedels plass 5, Oslo)			
Mandag 28. august Digitalt / Teams (09.00 – 11.00)		<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. juli Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 21. juni og 24. august • Brukerutvalg 22. august • Styrets årsplan pr august 	
Mandag 25. september Styreseminar 26. september Drammen	<ul style="list-style-type: none"> • Tertialrapport 2. tertial 2023 • Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2024 • Lønnsoppgjør 2023 for administrerende direktør 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Status nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • HAMU 5. september • SKU 29 august • Brukerutvalg 19. september • Styrets årsplan pr september 	Program styreseminar:

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 30. oktober Ringerike sykehus	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr 30. september 2023 BRK-prosjektet Kvalitetsindikatorer <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen Budsjett 2024 <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra HSØ 29. september og 26. oktober SKU 10. oktober Brukerutvalg 24. oktober Styrets årsplan pr oktober 	Forskning i VVHF
Mandag 27. november Drammen		<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2022 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 22/23. november SKU 7. november Brukerutvalg 21. november Styrets årsplan pr. november 	Evaluering av styrets arbeid.
Mandag 18. desember Drammen	<ul style="list-style-type: none"> Budsjett og mål 2024 Styrets årsplan 2024 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 30. november 2023 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen 	Dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet.

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> Reevaluering NSD – erfaringer fra nytt sykehus i Østfold Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> HAMU 5. desember Brukerutvalg 12. desember Styrets årsplan pr desember 	

Merk:

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

Saker til behandling på senere tidspunkt / pendingliste styremøter:

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

Bestilling fra styret	Bestillingsdato	Forventet leveranse	Status
Sak 43/2023 Eventuelt. Oppfølging av ansattparkering, AD vil følge opp saken og gi en oppdatering under “Driftsorientering fra AD”.	27.03.23	15.05.23	
Sak 30/2023 Virksomhetsrapport pr. Januar 2023. Styret vil i de tertialvise rapporteringene få fremlagt statistikk på den digitale oppfølgingen blant ulike pasientgrupper.	27.03.23	12. 06.23	
Sak 23/2023 Årsrapport2022 fra Varslingsutvalget. Styret ser frem til styresak i mai som vil beskrive hvilke forbedringer og endringer som er gjort etter anbefalinger i konsernrevisjonens rapport.	27.02.23	15.05.23	
Sak 12/2023 Virksomhetsrapportering pr. 3. tertial 2022. Styret får forslag til revidert gevinstplan til behandling i styremøtet 15. Mai 2023	27.02.23	12.06.23	Saken legges frem i juni-møtet



Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Bente Kristensen, Joan Nygard, Gry L Christoffersen, Maria Gundersen, Toril Morken, Tom Frost, Lisbeth Sommervoll, Eli Årnot, , Inger Lise Hallgren, Inger Buene, May Janne Botha Pedersen, Kirsten Hørthe, Hanne Misund, Hanne Juritzen, Marianne Njøten, Kristin Besseberg og observatør fra Falck (Malin Holm)
Møtedato:	18.april 2023		
Tidspunkt:	0830-1015		
Sted:	Tyrifjord 1-2		
Møteleder:	Tom Frost		
Referent:	Cecilie S Monsen	Forfall:	Ingen

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Godkjenning av innkalling og agenda Godkjent
	Endelig godkjenning av referat fra 14.februar 2023 Godkjent
09/2023	<p>Nytt sykehus Drammen Presentasjon (vedlagt) v/Stine Vangstein og Mai Bente Myhrvold. 34 delprosjekter – samstemming av disse er strengt nødvendig for best mulig resultat for alle delprosjektene. Avhengigheter er blitt kartlagt og fanget opp underveis. Veien videre: Detaljplanlegging pågår nå for å sette eksakte datoer for innflytting (KIB 1, 2 og 3). 2023 benyttes i stor grad til informasjon og planlegging for alt arbeidet som skal igangsettes i 2024 (opplæring, rydde/kaste, revidering av prosedyrer, virksomhetstesting, nye arbeidsprosesser osv.) I en flytteperioden må det påregnes andre oppgaver og andre arbeidstider. Det må ev vurderes hvordan ferieavviklingen i 2025 kan gjennomføres for å sikre velfungerende drift. PHR skal inn før sommeren og det uttrykkes noe bekymring for ferieavvikling og mindre personell på jobb. Involvering av stabene må planlegges tidligst mulig med en god plan.</p> <p>Saken ble lagt frem for diskusjon og uten forslag til vedtak.</p>
10/2023	<p>Status på planlegging av sommerferieperioden 2023 Orientering (vedlagt) v/ Inger Lise Hallgren. Det påpekes at det har vært et svært godt samarbeid både med tillitsvalgte og vernetjeneste i prosjektet. Arbeidet har resultert i 3 piloter som skal teste ut 12,5 timers vakter. Disse vil bli evaluert i samarbeid med tillitsvalgte. Det ses på blant annet arbeidsrytme, sammensetning av team, arbeidsprosesser og døgnrytmer. Det erfares at ansatte i stor grad ønsker en god balanse mellom arbeid og fritid. Det uttrykkes bekymring spesielt for føde/barsel avdelingene som står med svært mange udekkede vakter.</p> <p>Saken ble lagt frem for diskusjon og uten forslag til vedtak.</p>

11/2023	<p>Oversikt over hvor mange som har gjennomført kurset «Varsling av kritikkverdige forhold» (Læringsportalen)</p> <p>622 er registrert med påmelding, men kun 198 har gjennomført kurset. Informasjon om kurset lå ute på infoskjermene da kurset var nytt. Kurset ble besluttet å ikke være obligatorisk. Det foreslås følgende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Følges opp i oppfølgingsmøtene med klinikkene ✓ Oppfordres som egen sak i personalmøter (sette av tid til kurset) ✓ Alle ledere bør gjennomføre kurset ✓ Klinikkleidere bør ta det i egne ledermøter ✓ Sees på i sammenheng med forbedringsundersøkelsen <p>Vedtak HAMU anmoder om at oppfølging tas direkte i OPM med klinikkene. HAMU anmoder videre klinikkens AMU å informere om kurset og oppfordre til at ansatte tar dette kurset samt følge opp status for gjennomføring i egen klinikk.</p>
12/2023	<p>Skriftlige orienteringer</p> <p><u>BHT</u>: I forbindelse med tilsyn oppfordres det til at man sikrer at risikovurderinger og kartlegginger er gjennomført på forhånd. BHT kan bistå med råd ved behov.</p> <p><u>HMS</u>: Registrerte fraværsskader hittil i år er 11 noe som man antar er en underrapportering. Det er ønskelig at HAMU får innblikk i Arbeidstilsynets pålegg som fremkommer i forbindelse med tilsyn. Dette er nødvendig for læring på tvers.</p> <p>MAP opplæring – det er gjennomført piloter og videreutviklet innholdet etter disse. Det skal deretter rulles ut i somatikken. Settes opp til høsten.</p> <p><u>Sykefravær</u>: Ligger fortsatt høyt på rundt 9%, mye korttidsfravær. Høyt sykefravær er krevende for de som er igjen, og vil i mange tilfeller kunne påvirke arbeidsmiljøet. Gode arbeidsprosesser er nødvendig.</p> <p>Vedtak HAMU tar de fremlagte orienteringene til etterretning.</p>