

Til: Styret ved Vestre Viken HF

Dato utsendt: 5. juni

Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte

Møtedato: **12. juni 2023**

Møtetid: Kl. 10.00 – 18.00. Internt styreseminar i forkant av styremøtet.
Temaene etter lunsj (kl. 12.30 – 14.35) er unntatt offentlighet,
ihht Helseforetaksloven § 26a punkt 2

Møtested: Drammen, Grønland 32 møterom Hallingskarvet.

PROGRAM

Behandling av styresaker

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, må melde fra om dette til styresekretær innen søndag 11. Juni (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
	Internt styreseminar	
	10.00- 14.35	Se eget program
	Ordinært styremøte	
59/2023	14.45 5 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 12. juni
60/2023	14.50 5 min	Godkjenning av møteprotokoll 15. mai 2023 Vedlegg: Foreløpig protokoll 15. mai 2023
61/2023	14.55 15 min	Driftsorientering fra administrerende direktør
62/2023	15.10 30 min	Virksomhetsrapportering 1. tertial 2023 for VVHF Vedlegg: 1. Virksomhetsrapport VVHF 1. tertial 2023 2. VVHF IKT-rapport 1. tertial 2023 NSD
63/2023	15.40 15 min	Status økonomisk langtidsplan 2024 – 2027 Presentasjon i møtet
64/2023	15.55 25 min	Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD – revidert plan Vedlegg: 1. Økonomisk bærekraft i vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD – revidert plan 2. Effekter av ARP tiltak innen PHR
65/2023	16.20 30 min	Bruker- og pasientombudet Siste nytt fra pasient- og brukerombudet Anne-Lene E. Arnesen Vedlegg: Lenke til årsmelding 2022 Aarsmelding 2022 bokmal.pdf (pasientogbrukerombudet.no)
	30 min	Matsservering – sommertallerken (styret spiser under orienteringen til pasient- og brukerombudet).
66/2023	16.50 30 min	Status nytt sykehus Drammen Presentasjon i møtet
67/2023	17.20 15 min	Åpenhetsloven og samfunnsansvar i Vestre Viken HF Rapport Vedlegg: Rapport Samfunnsansvar og åpenhet i VVHF
68/2023	17.35 15 min	Retningslinjer for lederlønn i Vestre Viken HF Vedlegg: 1. Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel 2. Vestre Viken HF sine retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte
69/2023	17.50 5 min	Fullmakter i VVHF – endring av prokura Vedlegg: ADs delegerte fullmakter i Vestre Viken HF 2023
70/2023	17.55	Referatsaker 1. Foreløpig styreprotokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ 11. mai 2023 2. Kommunikasjon til helseforetakene - oppfølging PEP

	0 min	3. Referat fra møte i UR 4. mai 4. Brukerutvalg 6. juni - ettersendes 5. Styrets årsplan 2023 per juni inkl. pendingliste
71/2023	17.55 5 min	Eventuelt
	18.00	Møteslutt

Dato: 5. juni 2023
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	59/2023	12.06.23

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen 5. juni 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 12. juni 2023

Dato: 5. juni 2023
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll 15. mai 2023

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	60/2023	12.06.23

Forslag til vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 15. mai 2023 godkjennes.

Drammen, 5. juni 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 15. mai 2023

Saksbehandler: Hilde Enget

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Kongsberg sykehus, møterom Auditoriet**Dato:** 15. mai 2023**Tidspunkt:** Kl. 10.00 – 15.30

Følgende medlemmer deltok:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Hans Tore Frydnes	Nestleder
Kari Fjelldal	Styremedlem
Robert Bjercknes	Styremedlem
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

Nestleder av Brukerutvalget Gudrun Breistøl deltok som observatør med møte- og talerett.

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

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

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

Protokollfører: Hilde Enget

Sak 45/2023 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 46/2023 Godkjenning av styreprotokoller fra 27. mars 2023

Styrets enstemmige

Vedtak:

Møteprotokoller fra styremøtet 27. mars 2023 godkjennes.

Sak 47/2023 Styringsmål for økonomisk langtidsplan (ØLP) 2024 - 2027

I forbindelse med saken ble det avholdt et internt styreseminar. Denne delen var unntatt offentlighet jfr. Helseforetaksloven § 26a punkt 2.

Oppsummering av innhold

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 28. august 2023.

Kommentarer i møtet

Realistiske styringsmål vil være avgjørende for VVHF i årene fremover. Konsekvensene av økt styringsramme for NSD innebærer vesentlig økte avskrivninger og finanskostnader og medfører at foretaket vil ha utfordringer med å opprettholde et forsvarlig investeringsnivå. Et styringsmål som knytter seg til EBITDA slik det var planlagt i forbindelse med forprosjektrapporten fra 2019 vil gi forutsigbarhet. Styret ber om at konsekvensene av tilleggsbevilgninger i RNB 2023 redegjøres for i styremøte 12. juni under forutsetning av at HSØ har gitt signaler om forventet fordeling. Styret ønsker også en gjennomgang av foreløpig revidert forslag til ØLP som vedtas endelig i august. Styret forutsetter at den reviderte gevinstplanen som fremlegges i juni er tydelig på hvilke konkrete tiltak som vil iverksettes for at ressursbruken kan reduseres og produktiviteten forbedres og at det samlede resultatet er minst på nivå med opprinnelig gevinstplan.

Administrasjonen gikk gjennom uklart finansieringsansvar for Phillips RIS/PACS. Styret stiller seg bak henvendelse fra VVHF til HSØ i saken. Styrets kommentarer i møtet hensyntas.

Det kommenteres at det kan være hensiktsmessig å ta en vurdering av kostnader knyttet til pasientreiser og transport innen PHT, samt behov for økt koordinering og standardisering fra HSØ sin side hva gjelder behandlingshjelpemidler. Styret understreker viktigheten av samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten i prosessen med revidering av gevinstplan og ØLP.

Styrets enstemmige

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.

Sak 48/2023 Driftsorientering fra administrerende direktør

Oppsummering av innhold

Administrerende direktør informerte om at ny fagdirektør Anders Debes har startet i VVHF. Han kommer fra stilling som avdelingsdirektør innen somatikk og rehabilitering i Helse Sør-Øst. Vestre Viken er blant de beste når det gjelder nasjonale innovasjonspoeng og helseforetaket har høyest samsvar mellom avvik meldt til NPE og eget system. Satsningen på teknologiske løsninger fortsettes og det tilrettelegges for at flest mulig kan få tilbud om digital hjemmeoppfølging. VVHF er også først ute med postjournal-robot. Det ble informert om ledersamling for ledere på nivå 1-3 der virksomhetsstyring, gruppearbeid og erfaringsutveksling var tema. Vestre Viken har også lansert egen lederpodkast. I forbindelse med arbeidet med gevinstplan og ØLP ble det arrangert seminar med tillitsvalgte og vernetjenesten 2. mai. Prosessen med avhending av Blakstad sykehus pågår og det er etablert samarbeid med Asker kommune knyttet til etterbruk av eiendommen. AD deltar i formannskapsmøte i Asker kommune 1. juni for å informere om status i saken. I etterkant av styremøtet i mars, har AD hatt møte med parkeringsselskapet APCOA, med en gjennomgang av samtlige kontroll sanksjoner som har blitt gitt. Flere som har blitt ilagt kontroll sanksjoner, har fått disse tilbakebetalt som et resultat av denne gjennomgangen. Det har vært arrangert en stand ved Drammen sykehus for å informere og svare på spørsmål fra ansatte, og det er lagt ut informasjon på intranett.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god presentasjon og kommenterer at det pågår mye godt arbeid i helseforetaket. Styret trekker særlig frem at det er positivt med etablert sentralt ressursteam som en kraft til å bistå klinikkene i det kommende svært viktige omstillingsarbeidet.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

Sak 49 /2023 Virksomhetsrapportering per 31. mars 2023

Oppsummering innhold:

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.

I presentasjonen av saken ble det også gitt en status pr. april. Aktiviteten har dessverre falt i april måned innen somatikk. Resultatet er imidlertid forbedret til tross for dette som følge av blant annet lavere kostnader på medikamentområdet og gjestepasienter. Om dette er en tilfeldig variasjon eller trend er foreløpig uavklart. Sykefraværet er forbedret i april.

Kommentarer i møtet:

Styret kommenterer at det har vært en positiv utvikling i sykefraværet for april. Det er også positivt at overtid og ekstrahjelp holder seg stabilt, til tross for høyt fravær tidligere måneder.

Administrerende direktør informerer om at infeksjonssesong og høyere terskel for å gå syk på jobb, vurderes som noe av bakgrunnen for det høye sykefraværet hittil i år.

Styret uttrykker bekymring for at brutto månedsverk ligger høyere nå enn under pandemien. Styret understreker at den økonomiske situasjonen er krevende og at det er behov for at iverksatte tiltak gir effekt.

På spørsmål fra styret om status vedr. avvikling av fritt sykehusvalg, opplyser administrerende direktør at helseforetaket opplever en økning innen Psykisk helse og rus. Det har også skjedd en økning innen hjertesykdommer og mage/tarm, her er det satt inn forbedringstiltak mtp bedre utnyttelse av rom og ressurser.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

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

Sak 50/2023 Statusoppdatering fra Kongsberg sykehus

Presentasjon i møtet ved:

Lukas Månsson, klinikkdirektør Kongsberg sykehus.

Fridny Thorlaksdottir, konst. avdelingssjef Kirurgisk avdeling.

Janne Berit Mandelid, avdelingssjef for Medisinsk avdeling og Sykepleieravdelingen.

Kommentarer i møtet:

Styret takker for en god presentasjon og opplever at det gjøres et godt analysearbeid for å kartlegge fakta og vurdere muligheter for tiltak. Utfordringsbildet til Kongsberg sykehus er en negativ prognose i 2023 på 20 MNOK. For å sikre tilgjengelige pasienter og høyt aktivitetsnivå på sykehuset, er det etablert et tett samarbeid og dialog med bla. Drammen sykehus, men også med andre helseforetak. Styret kommenterer viktigheten av å ha oversikt over behandlingsskapasitet i hele Vestre Viken, slik at optimal ressursbruk sikres på tvers i helseforetaket. Administrerende direktør informerer om etablert samarbeid mellom de somatiske klinikkdirektørene gjennom «Sykehus i nettverk». Dette nettverket skal bidra til forpliktende samarbeid på tvers, og rett kompetansebruk og ressursutnyttelse på de fire somatiske klinikkene til enhver tid. Resultatene av dette arbeidet ønsker styret å høre mer om ved en senere anledning. Kongsberg sykehus har iverksatt tiltak for å sikre god oppgavedeling og at sykepleiere og leger skal jobbe på flere avdelinger for å stimulere til variasjon. Dette er også et tiltak med tanke på å beholde og rekruttere nødvendig fagkompetanse. Styret kommenterer viktigheten av å måle og følge opp tiltak for å sikre at disse gir effekt som forutsatt.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret tar informasjonen til orientering.

Sak 51/2023 Ledelsens gjennomgang (LGG) for 2022

Oppsummering av innhold:

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).

Kommentarer i møtet:

Styret takket for en god presentasjon.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar LGG for 2022 til etterretning.

Sak 52/2023 Etske retningslinjer i VVHF

Oppsummering av innhold:

De etiske retningslinjene er et overordnet rammeverk som alle medarbeidere skal følge. Vestre Viken bygger på Helse Sør-Øst sine retningslinjer. 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.

Kommentarer i møtet:

Styret er omfattet av overordnet rammeverk. Styreleder ønsker derfor at det tilrettelegges for at styret også i år kan gjennomføre e-læringskurset "Etikk for alle", dette som en fast årlig rutine.

Styrets enstemmige

Vedtak:

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

Sak 53/2023 Varslingsordningen i VVHF – Varslingsutvalgets rolle og sammensetning

Oppsummering av innhold:

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. 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.

Kommentarer i møtet:

Administrerende direktør informerer om at vedlagt prosedyre ikke var oppdatert, men skal oppdateres i etterkant av styrebehandlingen.
Foretakstillitsvalgte har ikke adgang til Forbedringsundersøkelsen ut over egen avdeling.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Endringene i prosedyren for varsling av kritikkverdige forhold og endringene i varslingsutvalgets mandat, vedtas med de innspill som fremkom i møtet.

Sak 54/2023 Status nytt sykehus Drammen**Oppsummering av innhold:**

Statusrapport nytt sykehus Drammen skal gi styret i Vestre Viken HF en overordnet status for arbeidet i Mottaksprosjektet. Rapporten omfatter rapportering på det enkelte området som inngår i Mottaksprosjektets oppgaver og ansvar. 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 ibruktakelse iht. revidert plan og at styret orienteres så snart disse foreligger.

Kommentarer i møtet:

Ingen kommentarer i møtet.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Sak 55/2023 Styrets møteplan 2024**Oppsummering av innhold:**

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

Kommentarer i møtet:

Det bes om en rask tilbakemelding til styresekretær dersom noen av tidspunktene ikke passer.

Styrets enstemmige**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

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

Sak 56/2023 Referatsaker

Ingen kommentarer.

Sak 57/2023 Eventuelt

Evaluering av styremøtet - oppsummerte innspill rundt bordet:

- Godt gjennomført møte med viktige saker på dagsorden.
- Styret ønsker god tid i neste styremøte når tertialrapporten skal behandles.
- Brukte forholdsvis mye tid på utfordringer og tiltak på klinikk/avdelingsnivå i dag, sammenliknet med tiden til informasjon på overordnet nivå. Nyttig å se hvordan sentrale føringer operasjonaliseres på klinikkene og avdelingene, samtidig er det viktig at styrets oppmerksomhet i all hovedsak dreier seg om overordnet Vestre Viken-nivå. Styret understreker at man ønsker og forventer å høre administrerende direktør sine vurderinger av status og videre tiltaksarbeid på kort og lang sikt i neste møte
- Veldig positivt å legge inn et internt seminar ved behov på ordinære styremøter, slik at styret kan få større innblikk og dypdykk i de økonomiske utfordringene på et tidlig stadium. Økonomidirektør la dette frem på en god og pedagogisk måte.
- ARP-programmet var en viktig del av gevinstplanen, og effekten av dette vil fortsatt ha stor betydning for måloppnåelse. Styret forventer at ARP-arbeidet synliggjøres i tertialrapportering som forutsatt samt i behandlingen av revidert gevinstplan og ØLP.
- Det er viktig å alltid ha en bevisst holdning knyttet til å holde seminar og saker unntatt offentlighet.
- AD gav uttrykk for at det er verdifullt å ha en tett og åpen dialog med styret knyttet til utfordringer i virksomheten og strategier for å møte disse.

Kongsberg 15. mai 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. juni 2023
Saksbehandler Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 1. tertial 2023

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	62/2023	12.06.2023

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport og risikovurdering pr. 1. tertial 2023 til etterretning.

Drammen 5. juni 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. 1. tertial i tråd med årshjul. Rapporteringen pr. tertial omfatter en rekke flere indikatorer enn de som rapporteres månedlig. I tillegg gis det en oppdatert vurdering på risiko for at målene for året oppnås. Tertialrapporten vedlegges statusrapport for IKT NSD, og skal gi en status på realisering av gevinster for VVHF's plan for økonomisk bærekraft og gevinstrealisering NSD. Siden styret i møtet 12. juni skal behandle en revidert plan for økonomisk bærekraft og gevinstrealisering er rapporteringen på de gevinstområder som videreføres lagt inn i samme plandokument, jf. sak 65/2023.

Saksutredning

Vedlagte virksomhetsrapport gir en status på indikatorer som er lagt til grunn for måling av resultatoppnåelse for de målområdene som følger av virksomhetsplanen for 2023. Der resultat ikke oppnås vil det iverksettes korrigerende tiltak.

Styrke brukermedvirkning og brukerstyring

Både bruk av videokonsultasjoner og resultater innen digital hjemmeoppfølging ligger bak plan. Flere klinikker går systematisk til verks for å fastsette områder for endring. Nye planlagte tiltak medfører at risikoen for manglende resultatoppnåelse står uendret fra virksomhetsplanen.

Skape trygge og helhetlige pasientforløp

Ventetider er økt etter pandemien og foretaket har fortsatt ikke lyktes i å redusere disse. Det høye sykefraværet er en medvirkende årsak.

På grunn av en systemomlegging er det ikke levert NPR-data for 2023. Et strukturert opplegg for Pakkeforløp hjem er ferdigstilt. Dette er testet ut på noen piloter, og skal breddes til hele foretaket innen utløpet av 2023.

Andel overholdte pasientavtaler er 88,3 % pr. 1. tertial, som er under målet på 95 %. Det er nedsatt et ressursteam som skal bistå klinikkene i prioriterte områder. Økt effektivitet på poliklinikker er en del av oppdraget.

Forekomst av HAI (sykehusinfeksjoner) holder seg stabilt under nasjonalt målkrav.

Det er en målsetting at alle klinikker innfører modell for sikre pasientforløp. Dette er en del av lederavtalene. Gjennom oppfølgingsmøter med klinikk redegjør klinikkene for sine pågående tiltak. Sikre pasientforløp krever standardisering, og påvirker organiseringen av virksomheten. Dette er et av de viktigste områdene som beskrives i revidert plan for økonomisk bærekraft og gevinstrealisering, jf. sak 64/2023.

Innenfor psykisk helsevern og rusbehandling har det vært sterk økning av antallet henviste pasienter. Kapasiteten er økt, men det ses likevel en liten økning i ventetidene.

Økt aktivitet innenfor ambulansetransport har tidligere gitt driftsmessige utfordringer. Denne aktiviteten viser nå en avtagende tendens, til tross for økning av antallet henvendelser til AMK. Det kan derfor synes som om iverksatte tiltak er i ferd med å gi resultater.

For medisinsk diagnostikk fortsetter økningen i etterspørsel, og dette utfordrer kapasiteten. Et av tiltakene er tettere oppfølging av variasjoner i forbruk av tjenesten. Ny teknologi er et særlig aktuelt hjelpemiddel på dette området. Innføring av kunstig intelligens ved bildetolkning er i oppstartsfasen.

Risiko for at målene på dette området ikke oppnås er vurdert som betydelig før tiltak. Planlagte tiltak er under arbeid, og risikoen vurderes som moderat når disse får effekt. Behandling av pasienter prioriteres fortløpende i henhold til risiko for påvirkning av liv og helse.

Eksterne tilsyn

En rekke eksterne instanser fører tilsyn med ulike deler av virksomheten. Riksrevisjonen gjennomfører en undersøkelse om risikostyring i RHF'ene og HF'ene. Denne planlegges avsluttet høsten 2023. Konsernrevisjonens revisjon knyttet til styring av IKT-leveranser til nytt sykehus i Drammen pågår, og helseløstikkprosjektet er valgt som case.

Det er i 1. tertial 2023 gjennomført fire stedlige eksterne tilsyn. Et er gjennomført av Luftfartstilsynet på Drammen Sykehus, hvor alle avvik unntatt ett er lukket. Brannvesenet har gjennomført et tilsyn ved Drammen Sykehus, der to av tre avvik er lukket. El-tilsynet har gjennomført et tilsyn ved Asker DPS, ungdomsteam. Resultatet av dette er foreløpig ikke rapportert. Arbeidstilsynet gjennomførte tilsyn ved Medisinsk Sengepost 1, ved Drammen Sykehus. Det ble gitt tre pålegg som omhandlet risikovurderinger av vold og trusler, psykososialt arbeidsmiljø og manuelt arbeid. Arbeid med å lukke påleggene er påbegynt. I tillegg har Arbeidstilsynet gjennomført dokumenttilsyn ved syv ambulansestasjoner i Prehospitale Tjenester med temaet forsvarlighetsvurdering av arbeidstid og medvirkning. Det ble gitt pålegg om dokumentasjon av forsvarlighetsvurderinger av arbeidsplaner for alle stasjonene. Det arbeides med å lukke påleggene.

Styrke samhandling og nettverk

Arbeidet med etablering av FACT fortsetter i psykiatrien og FACT ung og FACT sikkerhet følger planen.

Det er etablert flere fagnettverk internt i foretaket og flere er planlagt. I tillegg er det særskilt gjennomgang av små fagmiljøer for å sikre en organisering som understøtter likeverdige tilbud til pasienter, uavhengig av bosted. Det vises også her til revidert plan for økonomisk bærekraft i VVHF, jf. sak 64/ 2023.

Risikoen på området er vurdert som moderat, begrunnet i en noe svak fremdrift.

Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi

Det er en god utvikling innen forsknings- og innovasjonsaktiviteter i foretaket. Innenfor teknologi er fremdriften på innføring av kunstig intelligens på bildeområdet i tråd med plan, og første algoritme er tatt i bruk med lovende resultater. Innføring av helseløstikk er noe bak plan, mens innføring av DIPS Arena følger oppsatt plan. Dette kan gi noe økt risiko for samtidighetskonflikter og belastning på personellet i implementeringsfasen.

Sikkerhetsleder vurderer Informasjonssikkerhetstilstanden i Vestre Viken HF som god. Området er imidlertid komplekst, og helsesektoren er utsatt for trusler knyttet til informasjonssikkerheten. I 1. tertial 2023 har det pågått dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og Datatilsynet knyttet til bruk av amerikanske skytjenester i foretaksgruppen. Dette berører deler av helseløstikk-løsningen som er viktig for Nytt Sykehus i Drammen.

Risikoen samlet sett vurderes som redusert siden forrige tertial. Risiko på informasjonssikkerhetsområdet, forskning og innovasjon vurderes som uendret. For teknologiområdet er risikoen redusert av ulike årsaker:

- En revidert teknologistrategi ble besluttet i februar 2023, og denne tydeliggjør prioriterte tiltak på teknologiområdet. Det er god fremdrift på mange av tiltakene.
- Flere områder har god fremdrift, spesielt innenfor digital hjemmeoppfølging. Her har foretaket nå to komplementære leverandører med hver sin løsning som har ulike egenskaper (Checkware og Diffia/Nimble), samt kunstig intelligens.

- Program VIDT har god fremdrift innenfor endringsledelse og digital modenhet, og det er blant annet gjennomført en workshop med Digitaliseringsinstituttet. HSØ RHF har igangsatt et regionalt program for å heve ansattes digitale kompetanse.

Risiko på teknologiområdet er fortsatt høy når det gjelder kostnader og risiko for NSD. Risikoen er økt for IKT investeringsbudsjettet, fordi foretaket selv må dekke kostnader som tidligere har vært lagt til grunn at skulle dekkes av enten HSØ, Sykehuspartner eller PNSD. Dette gjelder spesielt systemene Philips RIS/PACS og sporingsystemet TDoc.

Sikre personell med rett kompetanse

Høyt sykefravær medfører økt belastning på personellet som er tilstede. Det oppleves utfordrende å rekruttere. Pågående arbeid med sikre pasientforløp, aktivitetsstyrt ressursplanlegging og oppgavedeling skal bidra til å bedre denne situasjonen. Planen for økonomisk bærekraft i VVHF er spesielt innrettet på å sikre en standardisert og hensiktsmessig organisering av driften. Økt planmessighet og forutsigbarhet vil påvirke arbeidsmiljøet, og legge til rette for opplevd mestring og trivsel.

Det har forekommet noen flere voldshendelser innen psykiatri. Hendelsene gjennomgås, og tiltak iverksettes for å redusere risikoen for nye hendelser. Det pågår systematisk opplæring i forebygging av vold.

Foretaket har hatt en meget god utvikling med redusert bruk av innleie.

Risikoen på dette målområdet er vurdert som høy både før og etter tiltak. Mange tiltak er under arbeid og er tilnærmet i rute.

Sikre bærekraftig økonomi

Resultatet pr. april viser et underskudd på 61,9 MNOK, som er 121,2 MNOK bak budsjettert resultatmål. Av dette utgjør om lag 57 MNOK den uløste utfordringen i budsjettet for 2023. Aktiviteten innen somatikk er i april noe lavere enn de foregående månedene, og samlede inntekter viser et negativt avvik på 15,4 MNOK hittil i år. Utover den uløste utfordringen er det først og fremst merkostnader på varer/andre driftskostnader, lønn og innleie. I tillegg er det høye kostnader til Fritt behandlingsvalg innen PHR, som pr. april er 7,4 MNOK over budsjett. Høyt sykefravær har en vesentlig innvirkning på lønnskostnadene.

Det er foreslått tilleggsbevilgninger gjennom revidert nasjonalbudsjett (RNB), noe som vil bedre de økonomiske resultatene. Dette vil etter instruks fra HSØ tas inn i rapporteringen fra og med mai måned, da med forbehold om vedtak i Stortinget, samt vedtak i HSØ styret 21. juni.

Resultatoppnåelsen har ikke vært i henhold til planen de siste par årene. Dette fører til reduserte midler til investeringer, som igjen øker risikoen for havarier og hendelser som kan medføre driftsstans. Både MTU og bygg overvåkes tett for å hindre utilsiktede hendelser. En bedre økonomisk bærekraft er helt avgjørende for å kunne nedbetale gjeld, og samtidig sikre at investeringene både i IKT, bygg og MTU holdes på et forsvarlig nivå.

Risikoen for at foretaket ikke når budsjettert økonomisk resultat er høy. Tilleggsbevilgningene i RNB tar ned risikoen noe.

Klima – og miljømål

Tiltak for å redusere utslipp i tråd med overordnede mål for virksomheten pågår. Resultatene pr. 1. tertial er noe under plan, og nye tiltak er under arbeid. Energiforbruket påvirkes av utendørstemperaturene, samt tilgang på investeringsmidler for å utbedre bygningene.

Forberede organisasjonen på innflytting i NSD – prosjekt NSD

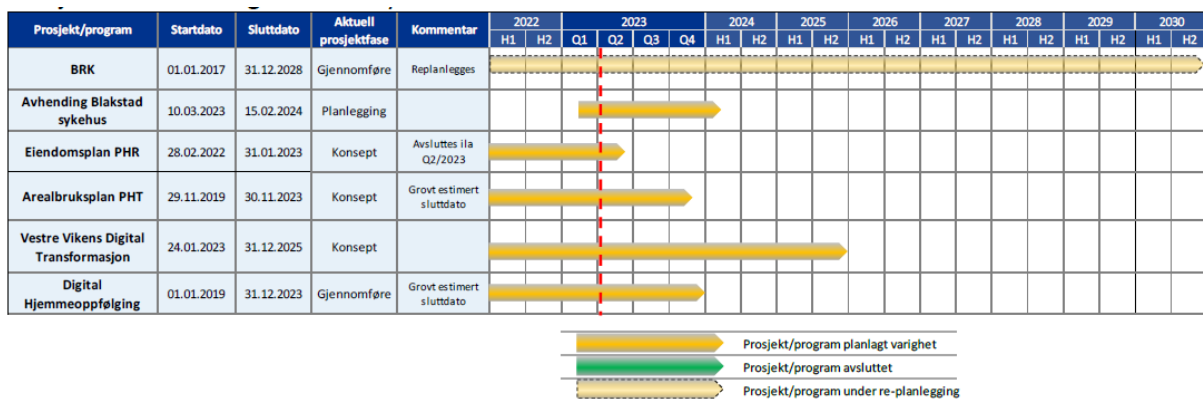
Post: Vestre Viken HF, Postboks 800, 3004 Drammen | Telefon: 03525 | Org. Nr: 894.166.762 | postmottak@vestreviken.no
Vår bank: Danske Bank | Kontonummer: 8601 72 17986. | IBAN: NO93 8601 7217 986. | SWIFT: DABANO22

Mottaksprosjektet følger planen, og delrapporter for alle områdene forventes ferdigstilt i løpet av 1. halvår 2023. Vurdering av gevinster krever at flere prosjekter må ses i sammenheng, og er foreløpig ikke helt på plass. Dette arbeidet vil videreføres i klinikkene som skal inn i NSD. Det vises til rapportering på status NSD mottaksprosjekt i vedlegg til sak 64/2023.

Foretakets prosjekt- og programportefølje

Foretakets porteføljestyre avholder regelmessig møter, og prosjektkontoret sammenstiller og gjennomgår status i de prosjektene foretakets har vurdert som kritiske. Porteføljen omfatter prosjekter som griper inn i store deler av virksomheten, og som vil være kritiske for den videre utviklingen. Prosjektporteføljen består av 6 initiativer. Program VIDT (Vestre Viken Digital Transformasjon) ble inkludert i porteføljen i januar 2023. VIDT følger opp innføring av helselogistikk, DIPS Arena og LVMS. I porteføljestyremøtet 21. mars 2023 ble prosjektet Avhending Drammen sykehus og programmene ARP og STIM ekskludert fra porteføljen. Prosjektet Avhending Blakstad sykehus ble inkludert. Nye prosjekter vurderes fortløpende og andre fases ut. Prosjektene favner hele virksomheten og kommer i tillegg til oppfølgingen av gevinstplanen.

For tiden er det følgende prosjekter/ programmer som følges av porteføljestyret:



Initiativenes bidrag til å nå foretakets overordnede mål:

Kolonnen «Total poengsum» illustrerer den totale poengverdien av effektene som hvert enkelt initiativ har på realiseringen av Vestre Vikens strategiske mål.

Strategisk mål	Total poengsum	Skala						
		BRK	Eiendomsplan PHR	Arealbruksplan PHT	Avhending Blakstad sykehus	Digital Hjemmeoppfølging	Vestre Vikens Digital Transformasjon	
Syrke brukemedvirkning og brukerstyring	7	+	+	+	○	★	★	
Skape trygge og helhetlige pasientforløp	9	★	★	★	○	+	★	
Syrke samhandling og nettverk	8	★	+	★	○	+	★	
Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi	5	○	+	○	○	★	★	
Sikre personell med rett kompetanse	6	+	★	+	○	+	+	
Sikre bærekraftig økonomi*	10	★	★	★	★	+	+	
Bidra til realisering av Klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030**	8	+	+	★	+	★	+	

* Sikre bærekraftig økonomi er ikke definert som strategisk mål i den oppdaterte VVHF strategi 2035. Men en bærekraftig økonomi er en viktig forutsetning til at andre strategiske mål kan oppnås.

** Gjennom konkrete tiltak skal Vestre Viken sørge for å nå målene som de regionale helseforetakene har gitt i felles Klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030.

Prosjekter og programmer i porteføljen bidrar mest til å realisere målene «Skape trygge og helhetlige pasientforløp» (9 poeng) og «Sikre bærekraftig økonomi» (10 poeng).

Prosjektporteføljen har minst effekt på realisering av målene: «Sikre personell med rett kompetanse» (6 poeng) og «Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi» (5 poeng).

Vurdering av Avhending Blakstad sykehus er basert på en tilsvarende vurdering av prosjektet Avhending Drammen sykehus.

Statusoversikt pr. 30.04.2023:

Post: Vestre Viken HF, Postboks 800, 3004 Drammen | Telefon: 03525 | Org. Nr: 894.166.762 | postmottak@vestreviken.no
 Vår bank: Danske Bank | Kontonummer: 8601 72 17986. | IBAN: NO93 8601 7217 986. | SWIFT: DABANO22

Matrisen under visualiserer status for de viktigste styringsparameterne.

Prosjekt/program	Virksomhetsområde	Prosjekteier	Prosjektleder	Overordnet status	Kostnad / ressurser	Fremdrift	Omfang / kvalitet	Risiko	Gevinst-potensial
BRK	KIS	Lisbeth Sommervoll	Tom Darre Lybeck	❌ →	🟩 →	❌ →	🟩 →	❌ →	❌ →
Avhending Blakstad sykehus	KIS	Lisbeth Sommervoll	Åsne Melhuus	⚠️ →	🟩 →	🟩 →	⚪ →	⚠️ →	⚠️ →
Eiendomsplan PHR	KIS	Lisbeth Sommervoll	Tom Darre Lybeck	🟩 →	🟩 →	🟩 →	🟩 →	🟩 →	⚪ →
Arealbruksplan PHT	KIS	Lisbeth Sommervoll	Tom Darre Lybeck	⚠️ →	🟩 →	❌ →	🟩 →	🟩 →	⚪ →
Vestre Vikens Digital Transformasjon	Teknologi	Cecilie B. Løken	Robert Nystuen	❌ ↓	⚠️ ↓	❌ ↓	⚠️ →	❌ ↓	❌ ↓
Digital Hjemmeoppfølging	Fag	Krzysztof Hochnowski	Kristine Kleivi Sahlberg	🟩 ↑	🟩 →	🟩 ↑	🟩 →	⚠️ →	🟩 →

🟩 Som planlagt ⚠️ Mindre avvik ❌ Større avvik ⚪ Informasjon mangler

Endring i forhold til forrige rapport: → Ingen endring
↑ Forbedring
↓ Forverring

BRK-programmet rapporterer **rød** overordnet status. Årsaken er vesentlig avvik i fremdrift og derav også gevinst. Reduserte økonomiske rammer, sammen med en utfordrende situasjon i byggevarerbransjen, både tilgang på arbeidskraft, deler og økte priser, medfører høy risiko for ytterligere forsinkelser, og utsatt eller redusert gevinstuttak. Programmet skal re-planlegges i løpet av tredje kvartal 2023, basert på risikovurdering av gjenstående prosjekter. Den oppdaterte planen skal danne grunnlag for fremtidig rapportering.

På grunn av betydelige avvik i fremdrift, samt høy risikoeksponering, rapporterer **Vestre Vikens Digital Transformasjon** overordnet status **rød**. Innføring av LVMS som fagsystem for patologi er forsinket med om lag ett år, med planlagt innføring i andre kvartal 2024. Planlagt delt løsning for digital patologi med Sykehuset i Vestfold er dermed ikke lenger aktuell. Helselogistikk rapporterer både avvik og risiko som kan ha potensielle negative konsekvenser for NSD, samt en betydelig kostnadsøkning som følge av økte kostnader i det regionale prosjektet. Det rapporteres om risiko for at den forsinkede implementeringen av Helselogistikk kan kollidere med innføring av DIPS Arena som er planlagt 12. november 2023.

Overordnet status i **Digital Hjemmeoppfølging** ble justert fra gul til **grønn**.

Arealbruksplan PHT rapporterer **rød** status på fremdrift.

IKT tertialrapport NSD

Prosjektorganisasjonen for nytt sykehus i Drammen, VV-NSD, utarbeider tertialvis rapport for IKT-området som omfattes av eller påvirker byggeprosjektet. Denne inngår i VVHF sin samlede tertialvise statusrapport for IKT-området i Vestre Viken. Rapporten oversendes PNSD for videre oversendelse til Prosjektstyret for nytt sykehus.

Det rapporteres på overordnede IKT-prosjekter/prosjektområder inndelt etter funksjonelle leveranser og infrastrukturprosjekter. Helselogistikk og multimediearkiv rapporteres fortsatt med status RØD, og flere av prosjektene rapporteres som status gul. Bakgrunnen for dette er prosjektenes kompleksitet, tidsplaner og foretakets økende bekymring for at viktige leveranser ikke rekker frist for endring av IKT systemer før innflytting.

Til tross for sterke signaler om at byggeprosjektene skal prioriteres, utgjør forsinkelser i de regionale prosjektene og knapphet i regionale investeringsrammer fortsatt en risiko for NSD og for foretakets økonomiske situasjon.

Risikovurdering

Status i risikovurderingene – angitt risiko for at mål ikke oppnås etter planlagte tiltak:

Risikoområde	Vurdering i virksomhetsplan 2023	Vurdering pr. 1. tertial 2023	Kommentar
Styrke brukermedvirkning og brukerstyring	Moderat	Moderat	
Skape trygge og helhetlige pasientforløp	Moderat	Moderat	Ventetider er høyere enn mål. Fortsatt stor pågang av pasienter innen psykiatrien
Styrke samhandling og nettverk	Moderat	Moderat	
Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi	Moderat	Moderat	Forsinkede IKT leveranser Komplekse systemer. Generelt høyt trussebilde.
Sikre personell med rett kompetanse	Betydelig	Betydelig	Fortsatt høyt sykefravær, vanskelig tilgang på kvalifisert personell
Sikre bærekraftig økonomi	Moderat	Betydelig	Forsinkede og manglete effekter av planlagte tiltak, høyt sykefravær, manglende midler til investeringer.
Miljøkrav	Moderat	Moderat	
Forberede organisasjonen på innflytting i NSD	Moderat	Moderat	

Administrerende direktørs vurderinger

VVHF leverer helsetjenester av god kvalitet, selv om ventetiden har blitt noe lengre innenfor både somatikk og psykisk helsevern. Det økonomiske resultatet er ikke i tråd med plan, og det svekker den fremtidige investeringsevnen. På sikt er ikke det bærekraftig. Omfattende tiltak og omstilling er påkrevet, og styret får fremlagt en revidert plan for å sikre fremtidig økonomisk bærekraft i sak 64/2023.

Gjennom tilleggsbevilgningen i RNB vil foretaket bli kompensert for prisstigningen som har vært de siste par årene. Dette vil bli innarbeidet i resultat og prognose i forbindelse med virksomhetsrapporteringen for mai. Resultater for mai vil bli presentert i styremøtet.

Kontroll på arbeidsprosessene gjennom sikre pasientforløp, og standardisert modell for ressursplanlegging, er viktige grep for å kunne organisere driften på en hensiktsmessig måte. Den økonomiske situasjonen, i kombinasjon med redusert tilgang på flere grupper av personell vil kreve flere ulike typer tiltak.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar virksomhetsrapporten pr. 1. tertial til etterretning.

Vedlegg: 1. Virksomhetsrapportering pr. 1. tertial 2023

2. IKT – statusrapport 1. tertial 2023

Vedlegg 1

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr. 1.tertial 2023

Innholdsfortegnelse

1.	Mål 2023 med risikovurderinger.....	2
1.1.	Styrke brukermedvirkning og brukerstyring	2
1.2.	Skape trygge og helhetlig pasientforløp	5
1.3.	Styrke samhandling og nettverk.....	13
1.4.	Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi	15
1.5.	Sikre personell med rett kompetanse.....	22
1.6.	Sikre bærekraftig økonomi	27
1.6.1.	Arealutvikling	34
1.7.	Miljøtiltak.....	38
2.	Forberede organisasjonen på innflytting i NSD	45

1. Mål 2023 med risikovurderinger

1.1. Styrke brukermedvirkning og brukerstyring

Pasientens helsetjeneste skal ta utgangspunkt i pasientenes behov, ressurser og preferanser.

Pasientene skal oppleve likeverdighet i møte med helsepersonell, og respekt for den enkelte pasient skal være fundamentet i all behandling.

Brukermedvirkning innebærer at pasienter og pårørende deltar i beslutninger om egen helse og behandling, samt utvikling av helsetjenestene på alle nivå. Det forutsetter blant annet tilstrekkelig informasjon på en måte pasienten forstår, og anledning til å medvirke i valg av behandlingsalternativer.

Pasientens kunnskap og erfaring skal brukes i arbeidet med å utvikle og forbedre helsetjenestene. Å tilrettelegge for bruk av SMS ved innhenting av brukererfaringer gjennom brukerundersøkelser, er avgjørende for å øke mengden tilbakemeldinger.

Brukerstyring innebærer at pasienten selv styrer tjenesten eller tiltaket. Tjenesten skal være behovsstyrt, ikke kalenderstyrt. Blant annet gjennom bruk av teknologi og digital hjemmeoppfølging legges det til rette for brukerstyrt oppfølging.

Brukermedvirkning på systemnivå ivaretas gjennom Brukerutvalget og Ungdomsrådet.

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

Mål	Indikator – status	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Minst 15 prosent av polikliniske pasienter skal følges opp via digitale konsultasjoner (telefoni og video)	Andel: 11 %	Månedlig	Andelen ligger under nasjonale måltall. VV har fremmet ønske til HSØ om å inkludere tall fra DHO i måltall.	<ul style="list-style-type: none"> - Tydeligere oppfølging og økt prioritet i lederlinjen - Systematisk gjennomgang og prioritering av egnede pasientforløp - Det utarbeides informasjon til brukerne som bidrar til at de aktivt

				kan etterspørre video/telefoni, digitale løsninger
Andel pasienter med digital skjemabasert oppfølging og monitorering skal økes	Antall per april 2023: 889 2022 totalt: 657	Tertialvis	Under regionale mål (1%).	<ul style="list-style-type: none"> - Øke intern kompetanse for utvikling av nye forløp og skjema - Øke støtte til nye forløp - Fokus på skalering
Andel pasienter med gjennomført nettbasert behandlingsprogram skal økes	35 nye pasienter	Tertialvis	Under regionale mål (1%).	<ul style="list-style-type: none"> - Det arbeides med inntaksrutiner for å øke henvisningene/inntaket til eMestring. - Det arbeides med ledelsesforankring
Andel nødsamtaler der video tas i bruk skal økes	Andel per mars 2023: 9,6 %	Tertialvis	Under mål om 10%. Variasjon fra måned til måned. AMK monitorerer aktivitet og bruk.	<ul style="list-style-type: none"> - Fokus på område i lederlinjen. Andel og bruk tas jevnlig opp på alle personalmøter.
Antall forløp med digital skjemabasert oppfølging og monitorering skal øke med minimum 50% i 2023	Antall forløp ved utgangen av 2022: 9, per april 2023: 11	Tertialvis	Flere forløp er under utvikling, men som ikke inkluderer pasienter enda.	<ul style="list-style-type: none"> - Øke intern kompetanse for utvikling av nye forløp og skjema - Øke støtte til nye forløp

Risiko for ikke å oppnå målene

Årsaker til at hendelsen kan inntreffe:

- Får ikke tilgang til nye løsninger for digitalisert behandling.
- Klinikerne klarer ikke å ta i bruk digitale løsninger (raskt nok)
- Brukerne klarer ikke å ta i bruk digitale løsninger (digital utenforskap, mangel på informasjon)
- Manglende kapasitet i klinikkene for å igangsette nye forløp
- Manglende lederforankring; ledere som ikke etterspør digitale konsultasjoner
- Manglende kapasitet hos informasjonssikkerhet og personvern for arbeid med nye løsninger

Forebyggende tiltak

- Program for digital hjemmeoppfølging
- Informativ nettside ifm Vestre Viken Virtuelle sykehus

Konsekvens av risikoen

Flere unødvendige fysiske konsultasjoner og/eller at digitale konsultasjoner kommer i tillegg til tradisjonell oppfølging av pasienter

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2023	3	3	Moderat
• Vurdering per 1.tertial 2023	3	3	Moderat

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Kurs med pasient- og pårørendeopplæring i Vestre Viken samles på en felles nettside	31.12.2023	Dette er gjennomført
Innføre brukerundersøkelser ved hjelp SMS	31.12.2023	Er under arbeid, venter på Sykehuspartner
Utrede alternative muligheter for timeinnkalling, avbestilling og ny time	31.12.2023	Under arbeid
Etablere og videreføre varierte kurs i god kommunikasjon, samvalg og kloke valg	31.12.2023	Under arbeid
Gjennomgang og prioritering av pasientløp for digitale konsultasjoner	31.12.2023	Nytt tiltak – igangsettes
Øke intern kompetanse for utvikling av skjema	30.09.2023	Nytt tiltak - igangsettes

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

1.2. Skape trygge og helhetlig pasientforløp

Riktig og virkningsfull pasientbehandling er den viktigste oppgaven for Vestre Viken. Planlegging og samarbeid skal sikre sammenhengende helsetjenester for den enkelte pasient. Gode pasientforløp skal utvikles i samarbeid med pasienter og kommunehelsetjenesten. Sårbare pasienter og pasientgrupper skal vies særskilt oppmerksomhet. Helsetjenestene skal være likeverdige. Sammen med brukere og kommunehelsetjenesten skal VVHF utvikle nye arbeidsformer og modeller. Ny teknologi skal bidra til utvikling av trygge og helhetlige pasientforløp. Forbedringsmodellen brukes i forbedringsarbeid.

VVHF		April		Hittil i år		Prognose
KVALITET - Kreftbehandling: Pakkeforløp gjennomført innen definert forløpstid - ANDEL	Resultat	74		68		70
	Plan	70		70		70
	Awik	4		-2		0
	I fjor	61		68		68
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet Somatikk - DAGER	Resultat	76		71		64
	Plan	64		64		64
	Awik	12		7		0
	I fjor	63		61		64
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet PHR - DAGER	Resultat	50		47		38
	Plan	38		38		38
	Awik	12		9		0
	I fjor	46		45		44
KVALITET - Overholdelse av pasientavtaler - ANDEL	Resultat	87		88		95
	Plan	95		95		95
	Awik	-8		-7		0
	I fjor	89		89		88
AKTIVITET - Avslag BUPA - ANDEL	Resultat	22,2		18,9		10,0
	Plan	10,0		10,0		10,0
	Awik	-12,2		-8,9		0,0
	I fjor	25,6		25,1		23,8

Mål	Indikator - status	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
<i>Somatikk</i>				
Minimum 70% av pasienter med kreftdiagnose skal behandles i pakkeforløp	Andel: Pr. april: 68 %	Månedlig	Stor variasjon i det enkelte av kreftforløpene. Mangler oppdaterte måltall grunnet forsinkelser fra NPR.	Samarbeid mellom KMD og klinikkene, pågående arbeid mellom VV og OUS

Implementere pakkeforløp hjem for pasienter med kreft i løpet av 2023.			Igangsatt arbeid i alle klinikkene, måloppnåelse innen utgangen av året	Igangsatt forbedringsarbeid
Andel pasienter behandlet ved hjemmedialyse skal være 30%	Andel: Pr. april: 21,4 %	Tertialvis	De fire somatiske klinikkene har opparbeidet hjemmedialysetilbud. Noe variasjon mellom klinikker. Pasientgruppen er i stadig endring pga behandlings-/sykdomsforløp.	Det arbeides i somatiske klinikker for å øke andel i hjemmedialyse. Det er førstevalg og pasienter oppfordres til å velge dette. Medisinske vurderinger og pasientenes preferanser gjør at noen allokteres til hemodialyse.
Ventetid somatikk skal være lavere enn i 2022 (64 dager)	Gj.snittlig ventetid: Pr. april: 71 dager	Månedlig	Høyt sykefravær 1. tertial og avviking av Fritt Behandlingsvalg gir økt ventetid. Bekymringsfull økning i ventetid og må være et prioritert område for tiltak.	Drift og organisering poliklinikk for økt utnyttelsesgrad inngår blant tiltakene i revidert gevinst – og bærekraftsplan. Støtte fra Sentralt ressursteam.
Andel pasienter som mottar timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning skal være større enn 90%	Andel pr mars: 86 %	Månedlig	Ingen forbedring 1. tert. Under mål. Vurderes som mindre avvik.	Kontinuerlig forbedringsarbeid
Andel korridorpasienter skal være lavere enn 1%	Andel: Pr. april: 2,0 %	Månedlig	Over mål. Vurderes som mindre avvik	Kontinuerlig forbedringsarbeid
Minimum 60% av alle pasienter med akutt hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet får denne innen 40 minutter etter innleggelse	Andel: Pr. april: 70,1 %	Tertialvis	Tre av klinikkene er innenfor måltallet, en klinikk under mål. VV samlet sett har god måloppnåelse.	Lokalt tiltak iverksatt
Andel planlagte timer poliklinikk 6 måneder frem skal økes.	Andel: Des.22: 65 % Apr.23: 65 %	Månedlig	Ingen forbedring 1. Tert. Planlagte timer påvirker ventetid. Prioritert område for tiltak.	Drift og organisering poliklinikk for økt utnyttelsesgrad inngår blant tiltakene i revidert gevinst – og bærekraftsplan. Støtte fra Sentralt ressursteam.

Alle inneliggende pasienter skal ha en plan	Andel:	Månedlig	Pasientene skal ha en plan over oppholdet, behandling, forventet utreise og evt. planlagt oppfølging etter utreise. Manuell registrering i klinikkene. Mangler definerbare måltall/indikator.	Iverksette arbeid med å definere måleindikatorer. Vurdere om mål og indikator skal inngå i virksomhetsrapportering.
Andel ikke møtt skal reduseres	Andel: 2022: 4,6 % Pr. apr. 23: 4,5%	Tertialvis	Ingen forbedring 1. tert.	Iverksette kartlegging av fagområder med høy andel ikke møtt med lokale/målrettede tiltak etter kartleggingen.
Minimum 95 % av alle pasientavtaler skal være overholdt til planlagt tid	Andel: Pr. april: 88 %	Månedlig	Andelen pr. 1 tert 23 er noe høyere enn i 2022. Øyesykdommer og hjertesykdommer utgjør den største andelen.	Det er iverksatt tiltak på hjertesykdommer etter revisjon i 2022 og det planlegges tilsvarende revisjon av området øyesykdommer
Antall epikriser sendt innen samme dag skal være større enn 85 %	Andel: Pr. april: 78 %	Tertialvis	Ingen forbedring 1. tert. Under mål.	Kontinuerlig forbedringsarbeid
Strukturert visitt skal innføres ved alle sengeposter	Andel:	Tertialvis	Et tiltak i Sikre pasientforløp. Målinger i dag gjøres manuelt, er tidkrevende og med varierende kvalitet på måltall.	Klinikkene jobber med implementering. Iverksette arbeid med å definere måleindikator.
Andel reinnleggelser skal reduseres	Andel: 14,9 %	Tertialvis	Andelen reinnleggelser viser en nedgang fra 16% i 2022.	Digital hjemmeoppfølging, Sikre pasientforløp implementeres i klinikkene.
Utnyttelsen av operasjonsstuene skal økes	Andel:	Tertialvis	Lokale tiltak er iverksatt i flere av klinikkene. Det er ikke etablert gode målinger på dette området.	Iverksette arbeid med å definere måleindikator. Kontinuerlig forbedringsarbeid

Flere pasienter skal skrives ut før kl 13	Andel: 2022: 26% Pr. apr.23: 27%	Tertialvis	Fra 2022 til 1. tert. 23 er det marginale endringer samlet for foretaket, men enkelte av klinikkene har lyktes i å flytte utskrivninger til før kl 13.	Tiltak i Sikre Pasientforløp som det kontinuerlig jobbes med i klinikkene.
<i>Psykiatri</i>				
Minimum 80% av pasienter innen PHR skal behandles i pakkeforløp - Involvert i behandlingsplan	Andel: Pr. april: 52%	Månedlig	Koding er mangelfull. Hdir arbeider med nye veiledere for pasientforløpene for alle fagområdene - disse er nå ute på høring. Avventer videre arbeid til disse er ferdigstilt.	Forsterket opplæring planlegges ved innføring av DIPS Arena. Interne revisjoner viser at det foreligger flere behandlingsplaner enn de som er kodet.
Ventetid PHR voksen og TSB skal ikke økes sammenlignet med 2022 (på sikt skal ventetid være lavere enn 40/30 dager)	Gj.snittlig ventetid: Pr. april: 41 dager	Månedlig	Markant økning i henvisninger både til BUPA og DPSene utfordrer nedgang i ventetid. Ventetid har økt med 1 dag sammenliknet med hittil i 2022. Flere pasienter tas inn til utredning og avklaring.	Det er betydelig variasjon mellom DPSene Det er iverksatt enkelte lokale tiltak.
Ventetid barn og unge PHR skal ikke økes sammenliknet med 2022 (på sikt skal ventetid være lavere enn 35 dager)	Gj.snittlig ventetid: Pr. april: 48 dager	Månedlig	Ventetiden har gått ned med 5 dager fra samme tidspunkt i fjor. Flere pasienter tas inn til utredning / avklaring	Etablert standard heldags utredning ved alle poliklinikkene høsten 2022. Tiltaket vil bli evaluert og justert høsten 23.

Epikriser skal sendes med samme dag	Andel: Pr. april: 58 %	Månedlig	Rekrutteringsvansker til spesialiststillinger i døgnsesjonene (Kongsberg og Ringerike DPS)	Rekruttering til vakante behandlerstillinger vil øke andelen.
Andel avslag psykiatri skal være under 10% for BUPA og under 11,4% for DPS	Andel avslag: Pr. april: BUPA: 18,9 % DPS: 16,6 %	Månedlig	Økningen i henvisninger medfører behov for endring i arbeidsprosesser for ytterligere å redusere avslag.	I DPSene er det etablert avklaringsteam dvs flere tas inn til vurdering - det gjenstår å bredde fra 2 til 5 DPS. BUPA fortsetter felles inntak med kommunene. Planlagt kalibreringskonferanse i august.
Tvangsbruk i psykiatrien skal reduseres fra 2022 (antall unike pasienter med tvangsmiddelvedtak)	Antall: 83 - Blakstad (66 i 2022) 17 - BUPA (12 i 2022)	Tertialvis	Økt antall innleggelser hittil i år til Blakstad. Flere pasienter med alvorlig voldsproblematikk til Blakstad. Økt antall innleggelser i BUPA. Antall tvangsinnleggelser er få, og det må påregnes variasjon.	Opplæringsprogrammet i hvordan møte vold og aggresjonsproblematikk videreføres både i VOP og BUPA.
<i>Prehospitale tjenester</i>				
Responstider for ambulanser skal ikke forverres (fra 2022)	Antall: uendret	Månedlig	Responstider i 1. tert. 2023 er tilsvarende responstider i 2022	Ingen ytterligere tiltak
Pasientreiser Servicegrad (QOS) 80 % av alle innkommende samtaler 05515 skal besvares innen 90 sekunder	Andel per mars: 70 %	Månedlig	Har ikke nådd målet, blant annet på grunn av høyt sykefravær	Ansetter i overtallsbemanning i tillegg til tett sykefraværsoppfølging i Pasientreiser
Andel nødsamtaler ved AMK sentralen besvart innen 10 sekunder skal være større enn 90 %	Andel per mars: 95 %	Månedlig	Godt innenfor lovkrav	Ingen ytterligere tiltak
<i>Medisinsk diagnostikk</i>				

Pakkeforløp kreft innen standard forløpstid skal være høyere enn 75%	Andel: Pr. april: 68 %	Månedlig	Foreløpig mangler styringsdata fra NPR på dette området og medfører utfordring med å måle	Avventer oppdaterte data fra NPR.
Andel endelig svar bildediagnostikk innen neste dag Ø-hjelp og inneliggende skal være over 90%	Andel: Pr. april: 93 %	Månedlig	innenfor målet	
Andel endelig svar bildediagnostikk innen 5 virkedager polikliniske pasienter skal være over 95% (andel i %) *	Andel: Pr. april: 81 %	Månedlig		Kunstig Intelligens Felles lister på tvers Riktig bruk
CITO pakkeforløp inkl. immunhistokjemi besvart innen 5 virkedager – skal være over 80%	Andel: Pr. april: 75 %	Månedlig	Pålagt deltakelse i en rekke prosjekter har medført at erfarent personal tas ut av ordinært diagnostisk arbeid. Dette har gitt lengre svartider. Det har vært vanskelig å rekruttere erstatning for personale som er tatt ut i prosjekter.	Bruk av innleie, bruk av overtid, omprioriteringer og nyansettelser.
Svartid Ø-hjelp CRP (median) skal være under 60 minutter	Minutter: 52	Månedlig	innenfor målet	Ingen ytterligere tiltak
<i>Overordnet</i>				
Forekomst (prevalens) av helsetjeneste-assosierte infeksjoner (HAI) skal være mindre enn tre prosent.	Andel: 2,7	Tertialvis	Forekomsten av HAI er lavere i VV enn HSØ og landet for øvrig og er under målkravet.	Kontinuerlig arbeid med grunnleggende smittevern og infeksjonsforebygging

Risiko for ikke å oppnå målene

Årsaker til at hendelsen kan inntreffe:

- Lederkapasitet til å gjennomføre omstillinger.
- Økt antall henvisninger innen PHR
- Bortfall av fritt behandlingsvalg. Manglende kapasitet i somatiske poliklinikker (hjerte, gastroenterologi, øye)
- Manglende kapasitet til å skalere opp ved akutte behov og høysesong

Forebyggende tiltak

Prioritering i budsjett 2023: livsstilspoliklinikk, transport av nyfødte, Life QI brukerlisenser, AMK legebemanning, vekst PHR, vekst KMD. Månedlig oppfølging av klinikker, avdelinger og seksjoner.

Konsekvens av risikoen

Økt ventetid for helsehjelp med økt sykkelighet for brukere. Uønsket variasjon. Økte kostnader for bemanning. Inntektssvikt som følge av redusert elektiv drift.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2023	4	3	betydelig
• Vurdering per 1.tertial 2023	4	3	betydelig

Prioriterte risikoreduserende tiltak	Forventet full effekt	Status
Utnytte ressurser, MTU og arealer bedre på poliklinikker i somatikk og PHR	31.12.2023	Drift og organisering poliklinikk inngår blant tiltakene i revidert gevinst – og bærekraftsplan. Sentralt ressursteam.
Gjennomføre minst to fagrevisjoner på utvalgte områder.	2024	Det er definert to områder for gjennomføring med planlagt oppstart høst 23 for den første og febr.24 for den andre
Sikre pasientforløp implementert i hele foretaket	31.12.2023	Sikre pasientforløp har flere større tiltak inkludert. Høy risiko for at målet ikke er nådd innen utgangen av 2023.
Organisering av poliklinikker for å møte økt pågang etter avviklingen av fritt behandlingsvalg	31.12.2023	Det er iverksatt et arbeid.
Styrke intensivkapasitet: <ul style="list-style-type: none"> - Opplæringstiltak for å kvalifisere personell til å håndtere intensivpasienter. 	31.12.2023	
Implementere metodikk «kloke valg»	31.12.2024	Det er igangsatt et arbeid i LIS opplæring

Reduksjon innleie	31.12.2023	
Utrede tiltak for å sikre trygg transport av intensivpasienter	31.10.2023	Etablering av døgkontinuerlig, legebemannet transport pågår. Antatt i funksjon høsten 2023.

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	3	Moderat

1.3. Styrke samhandling og nettverk

Samhandling og samarbeid i nettverk er en forutsetning for å skape gode helsetjenester.

Samhandlingsarenaer og faglige møteplasser med kommunene skal videreutvikles i helsefellesskapet.

Vestre Viken skal kjennetegnes ved et sterkt fellesskap som samarbeider for å skape bedre helsetjenester for pasienten. Sykehusene skal utvikles i nettverk som legger til rette for klinisk samarbeid om pasienten og sikrer robuste og likeverdige helsetjenester til befolkningen i hele sykehusområdet.

Det skal etableres en felles lærende kultur der fagmiljøene deler kompetanse på tvers, for å fremme pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring.

Mål	Indikator	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Pasienter med samarbeidsmøter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten innen psykisk helsevern og rusbehandling	Andel: 3787 / 15348 = 24,7 %	Tertialvis	Ved evaluering av de nasjonale pasient-forløpene vil dette bli et av områdene klinikken vil arbeide videre med.	
Pasienter med teambasert oppfølging (for eksempel ACT-/FACT-team) Skal være høyere enn i 2022	Andel Pasienter i FACT team: DPS: 10,9 % BUPA: 3 %	Tertialvis	Inkludering av pasienter til FACT voksen og FACT ung skal følge oppsatt plan for opptrapping. I 2022 var andel pasienter i FACT: DPS: 9,1 %	Jevnlig evaluering av måloppnåelse i etablerte styringsgrupper rundt hvert FACT-team.

			BUPA: 1,5 %	
Aktive fagnettverk i Indre medisin, kirurgi, ortopedi, gynekologi og fødselshjelp, anestesi, intensiv og operasjon (AIO). Fagnettverkene skal bidra til beste praksis i VV, reduksjon av uønsket variasjon, god utnyttelse av kapasitet, robust faglig tilbud, god utdanning (LIS, annet helsepersonell), fagutvikling og samarbeid mellom fagmiljøene i VVHF.	Antall standardiserte pasientforløp i VV:	Tertialvis	Det er etablert fagnettverk innen gynekologi og fødselshjelp og ortopedi som fungerer bra.	Oppfølging og struktur i fagnettverkene koordineres i sentral stab.
Alle ansatte har gjennomført opplæring i bruk av TEAMS	Antall gjennomført elæringskurs:	Tertialvis	1821 påbegynt kurs 1344 bestått kurs	Etablere nye kompetanseplaner tildelt på ansattnivå. Statistikk publisert for superbrukere for oppfølging i egen klinikk

Risiko for ikke å oppnå målene

Årsak til at hendelsen kan inntreffe

Manglende samarbeid mellom klinikker og avdelinger. Manglende stabilitet i bemanning og bruk av ekstern innleie. Sårbare fagmiljøer.

Forebyggende tiltak

Systematisk bruk av tilgjengelige data (kvalitetsregistre, avvik, tilsyn, klager etc.) anvendes i forbedringsarbeidet.

Forbedret ferieplanlegging, blant annet ved krav om at 2/3 av de ansatte skal være til stede under sommerferieavviklingen der det er påkrevet.

Analysert av forbruksrater, ulike benchmarkanalyser og oppfølging av uforklart variasjon.

Etablert samarbeidsmøter mellom somatiske klinikkdirektører for videre utvikling av samhandlingen mellom klinikkene.

Konsekvens av risikoen

Varierte forbruksrater og resultater av behandlingen ved foretakets klinikker, samt varierende komplikasjonsrater. Ulik arbeidsbelastning og unødvendig merbelastning på fast personell. Økte kostnader.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2023	3	3	moderat
• Vurdering per 1.tertial 2023	3	3	moderat

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Nettverksgruppen for somatiske klinikker fremlegger forslag til plan.	31.3.2023	Det foreligger ikke en plan. Det er utarbeidet et mandat.
Forbedret ferieplanlegging, blant annet at sårbare fagmiljøer skal samordne ferie på tvers av lokasjoner.	2024	Påbegynnes tidlig høst 2023.
Helhetlig ambulansetjeneste i VVHF	2025	Avventer pågående regional utredning for organisering av prehospitaltjenester.

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3	moderat

1.4. Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi

Forskning, innovasjon og teknologi skal heve kvaliteten i helsetjenesten, være tett integrert i pasientbehandlingen, og en naturlig del av virksomheten. Pasientene skal ha tilgang til fremtidsrettet behandling gjennom deltakelse i kliniske studier. Alle pasienter skal vurderes for deltakelse i klinisk forskning.

Samarbeid med kommuner, utdanningsinstitusjoner og andre helse- og næringslivsaktører skal bidra til nye løsninger og behandlingsmetoder, høyere forsknings- og innovasjonsaktivitet, og bedre helsetjenester.

Teknologi skal bidra til utvikling av trygge og helhetlige pasientforløp og forbedring av diagnostikk og behandling. Digitalisering og digital hjemmeoppfølging skal bidra til økt brukerstyring og behandlingstilbud nær pasienten. Nytt sykehus i Drammen gir nye muligheter til tjenesteinnovasjon og nye digitale løsninger. Mottaksprosjektet i nytt sykehus er et virkemiddel for å utvikle helsetjenestene og nye arbeidsformer i hele Vestre Viken. De nye teknologiske løsningene skal bidra til raskere og mer tidseffektive prosesser for pasienter og ansatte.

Vestre Viken skal ligge i front med digital samhandling med pasient, fastlege, kommune og andre helseaktører.

All behandling av sensitiv informasjon i foretaket skal foretas innenfor en akseptabel risiko som ivaretar informasjonssikkerhet og i samsvar med de krav som er gitt i lov og avtaler.

Sikkerhetsmål og nivå for akseptabel risiko for informasjonssikkerhet gjelder for all informasjonsbehandling av helse- og personopplysninger, herunder pseudonymiserte (avidentifiserte) personopplysninger. Sikkerhetsmål og nivå for akseptabel risiko for informasjonssikkerhet gjelder uavhengig av hvor opplysningene oppstår, og omfatter også informasjon i MTU og annet teknisk utstyr.

Mål	Indikator - status	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
<i>Innovasjon</i>				
Antall innovasjoner som er registrert i Ideportalen skal økes. Antall innovasjonspoeng skal økes.	Antall: for 2022 var det 112 poeng	Årlig	Dette måles ved årsskifte 2023/2024.	
<i>Forskning</i>				
Øke antall kliniske behandlingsstudier med minst 15 prosent sammenliknet med 2022	Antall nye kliniske behandlingsstudier: 6 nye studier innmeldt Antall behandlingsstudier totalt: ca 55	Tertialvis	I 2022 var det 49 kliniske behandlingsstudier som inkluderte pasienter. Tallene kvalitetssikres og publiseres nasjonalt i juni. Med 6 nye innmeldte studier er det en god økning.	<ul style="list-style-type: none"> - Oppfølging av tiltaksplan for kliniske studier - Midler til studiepersonell i klinikkene - Tildelt 5 nye 20% postdoktorer for å jobbe med kliniske studier
Antall nye kontrakter for oppdragsforskning skal økes	Antall: 4 Totalt 5 nye i 2022	Tertialvis	God økning.	<ul style="list-style-type: none"> - Oppfølging av tiltaksplan for kliniske studier - Fordeling av NorTrails midler for studiepersonell i klinikkene

				<ul style="list-style-type: none"> - Tildelt 5 nye 20% postdoktorer for å jobbe med kliniske studier
Forskning på digital hjemmeoppfølging skal øke, minst tre nye prosjekter i 2023	Antall nye innmeldte forskningsprosjekter med digital hjemmeoppfølging: 1 Totalt 2 i 2022.	Tertialvis	Flere forskningsprosjekter med digital hjemmeoppfølging under planlegging. Økning som planlagt.	<ul style="list-style-type: none"> - Fokus på digital hjemmeoppfølging i forskningsmiljøene - Bistand fra FOI til forskningsprosjektene
<i>Digitalisering – ta i bruk teknologi</i>				
Ta i bruk kunstig intelligens innen bildediagnostikk	Antall algoritmer tatt i bruk:	Tertialvis	Første algoritme tas i bruk innen utgangen av mai 2023.	Dialog med HSØ angående mulighetene for å bredde KI videre.
Helselogistikk: Gjennomført pilot og etablert/igangsatt etablering av nødvendig funksjonalitet for NSD	Evalueringsrapport levert:	Årlig	Er forsinket og har risiko for ytterligere forsinkelse. Elektroniske tavler med begrenset funksjonalitet planlegges tatt i bruk i 2 pilotavdelinger ved Drammen sykehus i løpet av juni 2023.	Tett ledelsesmessig oppfølging gjennom programstyre VIDT og porteføljestyret.
DIPS arena innført	Evalueringsrapport levert:	Årlig	På plan for oppstart 12. november 2023	Tett ledelsesmessig oppfølging gjennom programstyre VIDT og porteføljestyret.
Digital patologi gjennomført steg 1 for implementering av digital skanner mot nytt arkiv	Evalueringsrapport levert:	Årlig	I mars 2023 oppsto forsinkelser i prosjektet som medførte at oppstart måtte flyttes til slutten av mai, dvs nær sommerferieavvikling. Etter en helhetlig risikovurdering ba VVHF	Dialog med HSØ om replanlegging, antatt ibruktakelse i mai 2024

			om at oppstart ble flyttet til etter sommeren.	
Redusere antall beredskapshendelser knyttet til svikt i IKT eller medisinsk teknisk utstyr sammenlignet med 2022	Antall beredskapshendelser hvor minst en klinikk har satt GRØNN beredskap pga svikt i kritiske systemer:	Tertialvis	Kun en hendelse pr 1. tertial	Styrket beredskapsarbeidet med ressurs i stab teknologi. Videre innsats legges i operasjonalisering av nytt planverk for helseteknologi og gjennomføring av øvelser
Etablert gevinstrealisering for gjennomførte og pågående prosjekter innen STIM infrastrukturmodernisering	Antall gevinster for STIM programmet:	Årlig	Dette måles ved årsskifte 2023/2024.	Endret fra plan pr prosjekter til å lage en samlet gevinstplan for STIM programmet
Ferdigstilt flere prioriterte IKT-leveranser fra Sykehuspartner målt mot 2022	Antall ferdigstilt:	Månedlig	Pr 1. tertial 2023 er det levert 16 prioriterte leveranser, 1 mer enn i 2022 samme periode	Fortsette med forsterket oppfølging ovenfor Sykehuspartner og fokusere aktivitet mot prioriterte leveranser innen NSD
Alle IKT-hovedsystemer har utfylt IKT-sjekkliste i tråd med IKT-styringssystem	Andel av total:	Tertialvis	5,4% er fylt ut og signert pr 1. tertial	Forbedre rutiner og styrke oppfølging av arbeidet
Redusere antall applikasjoner gjennom standardisering og sanering	421 applikasjoner pr 1. tertial 2023 33 applikasjoner meldt for sanering pr 1. tertial	Tertialvis		Innsats konsentreres mot NSD og fremtidig applikasjonsportefølje for VV total sett.
<i>Informasjonssikkerhet</i>				
Informasjonssystemer som benyttes av helseforetaket, skal dokumenteres og sikkerhetsvurderes gjennom risiko- og sårbarhetsvurderinger. Det skal være avklart om informasjonssystemet vil kreve DPIA (personvernkonskvensvurdering)	Antall: Lokale ROS: 22 Regionale ROS: 25 DPIA: 3	Tertialvis	Behovet for DPIA må avklares i tidlig fase ved etablering eller oppgradering av informasjonssystemer	Vurderer endring av sjekklister for ved IKT bestillinger for å ivareta krav til DPIA

<p>Status for informasjonssystemenes restanser knyttet til informasjonssikkerhet og personvern skal dokumenteres og innrapporteres.</p>	<p>Antall: Totaloversikt over restanser er p.t. ukjent. Antallet sett opp mot gjennomførte ROS, vurderes til å være høyt basert på antall tilsluttede ROS med restanser.</p>	<p>Tertialvis</p>		<p>Eksisterende tiltak videreføres</p>
<p>Oppgradert operativsystem på PC-klienter innenfor windows10 fase2 og fase3</p>	<p>Andel: 99,83% oppgradert</p>	<p>Tertialvis</p>		<p>Få antall restanser som det er etablert tiltak for og alle forventes løst i løpet av 2023</p>

Risiko for ikke å oppnå målene

Årsak til at hendelsen kan inntreffe

Innovasjon/forskning:

Manglende investeringsmidler, lav ledelseskapasitet, lav omstillingskapasitet. Manglende kapasitet i klinikkene til kliniske studier. Manglende kapasitet hos personvern og informasjonssikkerhet til forsknings- og innovasjonsprosjekter.

Digitalisering – Ta i bruk teknologi:

Lav digital kompetanse. Manglende bruk av rutiner i IKT-styringssystem eller bruk av nye systemer og funksjonalitet. Mange prosjekter og avhengigheter på tvers.

Informasjonssikkerhet:

Systemeiere innehar ikke erfaring eller tilstrekkelig kompetanse for oppfølging og rapportering av restanser. Per tidspunkt følges restanser i svært liten grad opp av systemeier.

Forsinkelser knyttet til etablering av internt system for restanseoppfølging- og rapportering.

Forebyggende tiltak

Innovasjon/forskning:

Økte midler til forskning, oppnådd innovasjonsmidler

Digitalisering – Ta i bruk teknologi:

Oppfølging av kritiske leveranser, prosjekt og program.

Informasjonssikkerhet:

Systemeiers oppfølging og rapportering av restanser forankres i foretaksledelsen. Involverer informasjonssikkerhet og personvern tidlig i nye tiltak.

Konsekvens av risikoen

Innovasjon/forskning: ingen vesentlig risiko. God økning på forskning og innovasjon. Ingen nye tiltak planlegges.

Digitalisering – Ta i bruk teknologi:

Forsinkelser i prosjekter/vedtatte investeringer resulterer i senere gevinstuttak, økt risiko for NSD. Manglende oppfyllelse krav definert i IKT-styringssystem og systemeiers ansvar for forvaltning og utvikling.

Informasjonssikkerhet:

Lovbrudd. Sensitive data på avveie. Omdømmetap for helseforetaket. Foretaksbøter

Risikoen samlet sett vurderes som redusert siden forrige tertial. Risiko på informasjonssikkerhetsområdet, forskning og innovasjon vurderes som uendret. For teknologiområdet er risikoen redusert av ulike årsaker:

- En revidert teknologistrategi ble besluttet i februar 2023, og denne tydeliggjør prioriterte tiltak på teknologiområdet.
- Flere områder har god fremdrift mtp å ta i bruk teknologiske løsninger, spesielt mtp digital hjemmeoppfølging hvor foretaket nå har to komplementære leverandører med hver sin løsning som har ulike egenskaper (Checkware og Diffia/Nimble) og kunstig intelligens.
- Program VIDT har god fremdrift mtp endringsledelse og digital modenhet, og det er blant annet gjennomført en workshop med Digitaliseringsinstituttet. HSØ har igangsatt et regionalt program for å heve ansattes digitale kompetanse.

Risiko på teknologiområdet er fortsatt høy når det gjelder kostnadmessig risiko, jf. kapittel 1.6, og risiko for NSD, jf. kapittel 2. Risikoen er økt for IKT investeringsbudsjettet, fordi foretaket må selv dekke kostnader som det tidligere har vært lagt til grunn at skulle dekkes av enten HSØ, Sykehuspartner eller PNSD. Dette gjelder spesielt systemene Philips RIS/PACS og springssystemet TDoc.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2023	3	4	Betydelig
• Vurdering per 1.terital 2023	2	3	Moderat

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
- Infrastruktur for kliniske studier i diagnostiske avdelinger	01.06.2023	God utvikling, raske avklaringer fra alle avdelinger.
- Etablere systemeierforum	1.10.2023	Vil prioriteres i neste tertial
- Program Vestre Viken digital transformasjon (VIDT)	31.12.2023	Programmet er etablert i januar 2023 og er igang
- Ferdigstille system for risiko- og restanserapportering	30.06.2023	
Nye tiltak:		
DPIA inngår som en del av sjekklister ved bestilling	31.12.2023	

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

1.5.Sikre personell med rett kompetanse

Pasientens behov skal være styrende for fremtidens kompetanseutvikling og kompetansesammensetning. Vestre Viken skal ta i bruk ny kunnskap og nye arbeidsmetoder som bidrar til sikker og virksom pasientbehandling. Ledere og medarbeidere skal ha kompetanse i kvalitets- og forbedringsarbeid. Arbeidstidsordninger og oppgavedeling skal tilpasses nye arbeidsformer. Helsepersonellkommisjonen peker på at vi må automatisere det vi kan og øke graden av digitalisering. Vestre Viken må derfor satse på å øke ansattes digitale kompetanse slik at dette blir en naturlig og trygg måte å jobbe på. Det legges til rette for å ta i bruk regional kompetanseplan for å øke den digitale kompetansen i helseforetaket.

Vestre Viken skal være en faglig attraktiv arbeidsplass med tilbud om utviklingsmuligheter og faglige karriereveier for alle yrkesgrupper. Ansatte i Vestre Viken skal ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Et helsefremmende arbeidsmiljø gir bedre behandling og pasientsikkerhet. Psykologisk trygghet og et godt arbeidsmiljø er en av faktorene for å beholde kompetanse og lykkes med nødvendige omstillingsprosesser. Utdanning av helsepersonell for å dekke fremtidens kompetansebehov skal skje i samarbeid med utdanningsinstitusjonene.

Vestre Viken skal ha en ledelseskultur som er preget av åpenhet og forbedring.

VVHF		April	Hittil i år	Prognose
HR - Sykefravær totalt - PROSENT	Resultat	8,0	8,9	8,0
	Plan	7,7	8,6	8,0
	Awik	-0,3	-0,3	0,0
	I fjor	7,6	9,7	8,9
HR - Brudd på arbeidstidsbestemmelsene - ANDEL	Resultat	2,7	2,4	1,0
	Plan	0,0	0,0	0,0
	Awik	-2,7	-2,4	-1,0
	I fjor	2,7	2,5	2,9

Mål	Indikator - status	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Ansatte som har gjennomført e-Læringskurs i kontinuerlig forbedring skal økes	Antall per 31.12.2022: 6546 Antall per april 2023: 7048	Årlig	Tilfredsstillende økning i antall gjennomførte kurs. Det er viktig at ledere også gjennomfører opplæring i metodikken for kontinuerlig forbedring	Tilpasset opplæring for ledere er under arbeid.

<p><i>Andel helsefagarbeidere</i> Øke andelen helsefagarbeidere av pleiestillinger i kliniske enheter</p>	<p>Prosentandel: Pr. des.22: 1,89 % Pr. apr.23: 1,95%</p>	<p>Årlig</p>	<p>Det er høyt fokus på ansettelse av helsefagarbeidere både i klinikk og i Bemanningssenteret</p>	<p>Flere klinikker har annonsert etter og rekruttert helsefagarbeidere i perioden. Bemanningssenteret har ansatt flere helsefagarbeidere og har også tatt inn helsefagarbeidere i traineestillinger.</p>
<p><i>Oppgaver skal fordeles på yrkesgrupper på en hensiktsmessig måte</i> Overføre oppgaver fra klinisk personell til Intern service Overføre oppgaver mellom yrkesgrupper</p>	<p>Andel timer/ årsverk overført: igangsatt tiltak tilsvarende 3 årsverk ved utgangen av 1. tertial ved overføring av oppgaver til Intern service. Under arbeid om ytterligere 2 årsverk.</p>	<p>Tertialvis Tertialvis</p>	<p>Tiltak iverksatt ved RS, DS og KS.</p>	<p>Planlegge videre steg for oppgaveoverføring. Jf. Sak 65 Plan for økonomisk bærekraft VVHF og gevinstrealisering NSD.</p>
<p><i>Lærlinger og praksisplasser</i> 1. Øke antall lærlinger totalt 2. Øke antall praksisplasser</p>	<p>Antall: 66 pr 01.01.23 Antall: 1000-1200</p>	<p>Årlig Årlig</p>	<p>Vurderes ved årets start. Lærlinger tas inn en gang i året. Praksisstudenter tas inn gjennom hele året, men periodene varierer gjennom året.</p>	
<p>ARP skal være en grunnleggende modell for planlegging av ressursdisponeringen i foretaket</p>	<p>Reduksjon av - Sykefravær: April 8,0 %, hiå: 8,9 % - Turnover: April måned 0,7%</p> <p>- Variabel lønn (avvik MNOK): April: -6,2, hiå: -20,0</p>	<p>Månedlig Tertialvis Månedlig</p>	<p>Sykefraværet er fortsatt høyt, men sykefraværet i første tertial er likevel lavere enn samme periode i 2022.</p> <p>Ekstern turnover for 2022 var 4,21%, noe som er lavest på flere år.</p> <p>Bruk av innleie er vesentlig redusert fra 2022, men</p>	<p>HAMU har vedtatt at klinikkens AMU skal vedta tiltak for å redusere sykefravær.</p> <p>Jf. Sak 65/2023 revidert plan for økonomisk bærekraft og gevinstrealisering NSD.</p>

	- Innleie (avvik MNOK): April: -1,0, hiå: -4,2	Månedlig	ligger fortsatt over budsjett. Det er lite reduksjon i variabel lønn, men tatt i betraktning redusert innleie ingen forverret utvikling.	
	-AML brudd: April: 2,7 %, hiå: 2,4 %	Månedlig Tertialvis	Antall AML brudd er 1,9% lavere i 1 tertial 2023 vs. 2022.	
Handlingsplan Forbedringsundersøkelsen skal utarbeides ved alle enheter i foretaket	Antall gjennomført:	Årlig	Rapporteres 2. tertial	Frist for utarbeidelse av handlingsplan er 15.6.23
Snakk om forbedring gjennomføres ved oppfølging av Forbedringsundersøkelsen	Antall gjennomført:	Årlig	Rapporteres 2. tertial	
<i>Redusert andel deltidsansatte</i> Tiltak knyttet til helgearbeidsutfordringer, samt tilby utvidet stilling i Bemanningssenteret.	Andel deltidsansatte: Pr. april: 24,4 %	Årlig	Gjennomsnittlig andel i deltidsstilling siste 12 måneder er på 25,1% (ikke korrigert for ønsket deltid)	Drøftes årlig (i hht Arbeidsmiljøloven) med tillitsvalgte og vernetjenesten - desember hvert år.
<i>AML brudd skal ikke forekomme</i>	Andel AML brudd: Pr. april: 2,4 %	Månedlig	Antall AML brudd er redusert fra 2,5% i 1. tertial 2022.	
Fravær knyttet til skader skal reduseres	Fraværsskedefrekvens: 18 personskader i T1 Fraværsskedefrekvens: 4,6 Fraværsskedefrekvens i T1 i 2022: 7,8 NB: Inneholder mange med fravær grunnet covidsmitte T1 i 2022.	Tertialvis	Økt antall fraværsskader som følge av voldshendelser i PHR. Det er en utvikling som er bekymringsfull og som tas på største alvor mht. sikkerhet for ansatte.	Det gjennomføres hendelsesgjennomganger og iverksettes tiltak anbefalt etter gjennomgangene.

Risiko for ikke å oppnå målene

Årsak til at hendelsen kan inntreffe

Rift om kompetansen innen flere fagområder mellom helseforetakene, samt økt konkurranse også med kommunehelsetjeneste og private helseaktører. Antall søkere til stillinger innen flere yrkesgrupper er redusert. Vedvarende høyt sykefravær og opplevd belastning er en risikofaktor med hensyn til å beholde og rekruttere personell. HMS-risikobildet innen psykososialt arbeidsmiljø og vold og trusler kan medføre tap av kompetanse og bidra til utfordringer med å rekruttere.

Forebyggende tiltak

Prioritering i budsjett 2023:

Utdanningsstillinger, Bemanningssenteret, samt pukkelkostnader ved innføring av ny oppgavedeling.

Bemanningssenteret bygges videre opp og har etablert et bookingsystem. Det skal kartlegges hvordan Bemanningssenteret kan fungere enda mer effektivt mht å dekke ledige vakter med foretakets egne fast ansatte og vikarer tilknyttet Bemanningssenteret.

Samarbeid på tvers av avdelinger og klinikker samt regelmessige kapasitetsmøter.

Tiltak knyttet til å redusere sykefravær, økt nærvær og styrke arbeidsglede.

Tiltak for å redusere turnover, særlig knyttet til å beholde nyutdannede arbeidstakere, herunder sykepleiere på sengepost.

Lederstøtte til kompetanseplanlegging- og styring.

ARP som modell for all ressursplanlegging, og bemanne med bakgrunn i aktivitet hele døgnet, hele uka.

Systematisk arbeid med endret oppgavedeling mellom yrkesgrupper. Legge til rette for mer arbeid i tverrfaglige team, bestående av ressurser med komplementær kompetanse, mer fleksible arbeidstidsordninger som er tilpasset medarbeidere i ulike livsfaser.

Etablert sentralt ressursteam for å støtte ledere i gjennomføring av nødvendige endringer og omstillingstiltak.

Konsekvens av risikoen

Manglende kompetanse til stede i avdelingene til pasientbehandling. Utsiktede pasienthendelser, utilfredsstillende arbeidsmiljø, brudd på arbeidstidsbestemmelsene, økt turnover, økt sykefravær, økte kostnader til variabel lønn og bruk av innleie fra eksterne bemanningsbyrå.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2023	4	3	Betydelig
• Vurdering per 1.tertial 2023	4	3	Betydelig

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Iverksette tverrfaglig gruppe for strategisk kompetansestyring og forbedre styringsdata for oppfølging av kritisk kompetanse	31.12.2023	Påbegynt
Iverksette arbeid med systematisk oppgavedeling	31.12.2023	Påbegynt
Forbedre systemer og strukturer for HMS i virksomhetsstyringen, og styrke lederes kompetanse innen forebyggende HMS-arbeid og arbeidsmiljø	31.12.2023	Påbegynt
Iverksette tiltak fra utredningen om jordmorsituasjonen fra den partsammensatte arbeidsgruppen	31.12.2023	Påbegynt i form av at det er foretatt gjennomgang og prioritering av foreslåtte tiltak.
Iverksette elektroniske sluttundersøkelse til alle som slutter i VV og følge opp resultatene med konkrete tiltak	30.06.2024	Påbegynnes januar 2024. Avhengig av implementering av elektronisk løsning fra Sykehuspartner, som for VVHF sin del er utsatt til iverksettelse i januar 2024, mot tidligere planlagt mai i 2023.
Iverksette tiltak for å sikre god on-boarding for nyansatte medarbeidere	31.12.2023	I arbeid. Ny forenklet rutine for on-boarding iverksatt 1. juni 2023.
Iverksette mentorprogram for ledere	31.12.2024	Mentorprammet starter opp fra august 2023.
Aktiv og målrettet bruk av digitale medier og sosiale plattformer ved rekruttering til ledige stillinger	31.12.2024	I arbeid. Utarbeidet standardtekst i stillingsutlysninger.
Iverksette arbeid med systematisk kompetanseheving og kvalifisering av medarbeidere til nye oppgaver ifbm. oppgavedeling	31.12.2023	Påbegynt. Opplæringsmoduler tilgjengeliggjøres i Kompetanseportalen etter mal fra bl.a. Sykehuset Østfold.
Kartlegge hvilke behov unge arbeidstakere med kort erfaring har for å oppleve god støtte og et trygt og godt arbeidsmiljø	31.12.2023	Dette arbeidet er påbegynt ved en klinikk.
Nytt oppsett for opplæringstilbud innen vold og trusler i somatiske klinikker	30.06.2024	Pilotering er gjennomført. Plan for høst 2023/vinter 2024 er under utarbeidelse

Pilot av 2-årig traineeprogram for helsefagarbeidere som har gjennomført lærlingeløp i VV	30.06.2025	Påbegynt. Ansettelsesprosess er igangsatt.
-------------------------------------------------------------------------------------------	------------	--------------------------------------------

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	4	3	Betydelig

1.6. Sikre bærekraftig økonomi

Økonomistyring

En drift der kostnadene er høyere enn inntektene er ikke bærekraftig på sikt og foretaket jobber med å tilpasse kostnadsnivået til forventede inntekter i 2023. Målet er at virksomheten i løpet av 2023 har lyktes i å oppnå samme eller bedre produktivitet enn den hadde i 2019, året før pandemien. Flere av klinikkene må bedre sin produktivitet også målt mot 2019.

Nytt sykehus i Drammen har ved styresak i HSØ 10. februar 2023 fått utvidet sin investeringsramme. I tillegg er byggeprosjektet årlig prisregulert med byggindeksen, som vesentlig overstiger den prisstigning foretakets inntektsgrunnlag reguleres med. Samlet innebærer dette en betydelig risiko for foretakets fremtidige bærekraft. Nye bevilgninger gjennom revidert nasjonalbudsjett bedrer denne situasjonen.

Resultat per 1.tertial

pr april 2023	Regnskap	Budsjett	Avvik		Regnskap	Budsjett	Avvik	
	denne	denne	denne	Avviks	hittil i år	hittil i år	hittil i år	Avviks
	perioden	perioden	perioden	%				%
Basisramme inkl. KBF	674 604	674 604		0 %	2 684 362	2 684 362		0,0 %
ISF inntekter	208 803	221 760	- 12 957	-6 %	947 868	957 941	- 10 073	-1 %
Gjestepasient inntekter	18 733	16 842	1 891	11 %	61 616	71 723	- 10 107	-14 %
Andre pasientrelaterte inntekter	41 392	44 080	- 2 688	-6 %	192 800	190 508	2 292	1 %
Øvrige driftsinntekter	39 752	35 071	4 681	13 %	150 546	148 132	2 414	2 %
Gevinst ved avgang av anleggsmidler	100		100		103		103	
SUM Inntekter	983 385	992 357	- 8 972	-1 %	4 037 295	4 052 665	- 15 369	0 %
Varekostnader	120 399	120 810	411	0 %	523 515	505 163	- 18 351	-4 %
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	85 104	88 723	3 618	4 %	361 870	370 859	8 989	2 %
Innleid arbeidskraft	2 597	1 633	-964	-59 %	10 573	6 387	- 4 186	-66 %
Lønnskostnader	643 145	620 391	- 22 755	-4 %	2 599 970	2 516 804	- 83 166	-3 %
Avskrivninger og nedskrivninger	26 797	27 791	994	4 %	107 824	109 870	2 046	2 %
Andre driftskostnader	107 906	113 760	5 854	5 %	480 536	466 306	- 14 230	-3 %
Netto finanskostnader	3 463	4 416	953	22 %	14 870	17 941	3 072	17 %
SUM Driftskostnader inkl. finans	989 411	977 523	- 11 888	-1 %	4 099 157	3 993 331	- 105 826	-3 %
Resultat	- 6 026	14 834	- 20 860	-141 %	- 61 862	59 334	- 121 196	-204 %

Resultatet pr. april viser et underskudd på 61,9 MNOK, som er 121,2 MNOK bak budsjettert resultatmål. Av dette utgjør om lag 57 MNOK den uløste utfordringen i budsjettet for 2023 som foretaket ikke har hatt tiltak for. Aktiviteten i april er noe lavere enn de foregående månedene, og totale inntekter viser et negativt avvik på 15,4 MNOK hittil i år. Utover den uløste utfordringen er det først og fremst merkostnader på varer/adk, lønn og innleie. I tillegg er det høye kostnader til Fritt behandlingsvalg innen PHR, som pr. april er 7,4 MNOK over budsjett.

I april er andre driftskostnader lavere enn budsjett. Merforbruk på andre driftskostnader hittil i år skyldes høye kostnader knyttet til energi, pasienttransport og konsulent/ekstern tjeneste. Det er i tillegg økte kostnader til bygg vedlikehold over drift.

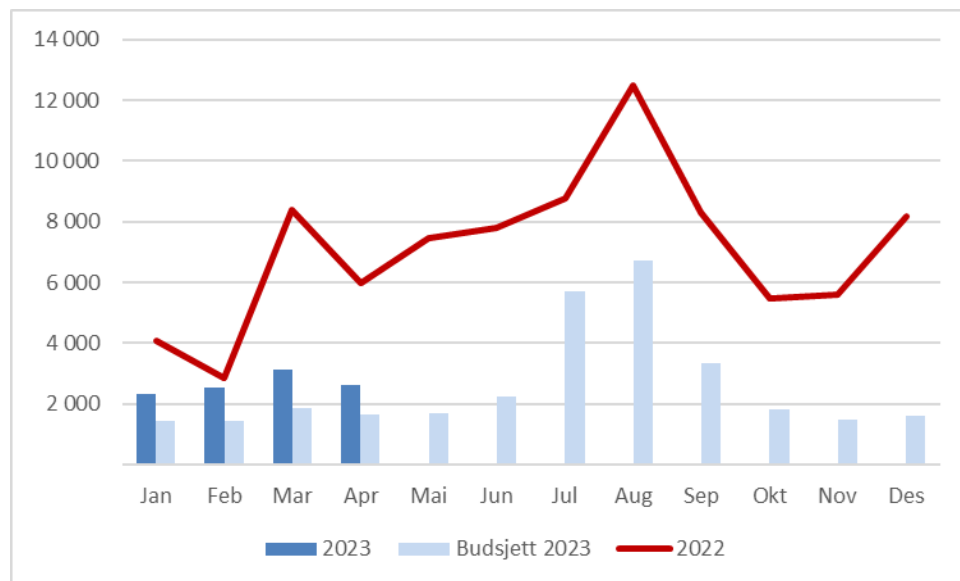
Lønn og innleie preges av fortsatt høyt sykefravær. Lønnskostnader er 83,2 MNOK over budsjett pr. april, hvorav uløst utfordring utgjør 48,2 MNOK. Det er overforbruk på både fast og variabel lønn. Faktisk brutto månedsverk i april og mai ligger vesentlig over budsjett, og medfører avvik på lønnskostnader også i mai måned. Utviklingen videre avhenger av effekter av tiltak og utviklingen i sykefraværet.

Overtid - utvikling pr. måned (mai er foreløpig)

Faktisk pr måned - Overtid og ekstrahjelp	aug.22	sep.22	okt.22	nov.22	des.22	jan.23	feb.23	mar.23	apr.23	mai.23
10 - Klinikk Drammen sykehus	10 813	11 039	8 960	7 575	8 433	9 390	5 965	8 087	7 659	7 600
20 - Klinikk Bærum sykehus	7 682	9 045	7 617	5 959	6 285	6 445	4 894	6 166	5 685	5 619
30 - Klinikk Ringerike sykehus	4 556	5 027	3 942	3 538	3 488	3 656	2 866	3 421	3 759	3 231
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	2 282	2 393	2 163	2 010	2 746	2 213	1 789	2 008	2 002	2 052
50 - Klinikk for Intern service	740	847	577	589	379	545	553	556	508	612
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	6 369	6 951	7 024	6 146	4 709	6 556	5 780	6 305	5 143	4 861
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	2 693	2 749	1 811	1 610	1 314	1 493	1 228	1 052	1 367	1 475
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	3 003	2 945	2 990	2 628	2 692	2 782	2 579	2 536	2 389	2 532
Staber	1 055	1 454	1 471	1 513	668	1 672	1 572	1 453	1 302	1 737
Totalsum	39 194	42 449	36 554	31 568	30 714	34 754	27 228	31 585	29 816	29 719

Innleie – utvikling pr. måned

Radetiketter	aug.22	sep.22	okt.22	nov.22	des.22	jan.23	feb.23	mar.23	apr.23
10 - Klinikk Drammen sykehus	2 875	2 483	440	554	1 073	488	653	589	334
20 - Klinikk Bærum sykehus	3 156	2 486	2 068	2 471	2 943	723	258	687	279
30 - Klinikk Ringerike sykehus	3 333	1 633	419	939	2 069	244	744	993	872
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	1 003	673	575	290	- 16	177	76	216	288
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	2 368	919	1 253	1 159	1 754	509	781	466	548
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	337	146	734	289	284	273		186	249
99 - Økonomisk overordnede	- 588	- 48	- 11	- 111	116	- 89	29	- 29	27
Totalsum	12 484	8 292	5 478	5 616	8 196	2 326	2 542	3 108	2 597



Det er en fortsatt god utvikling på kostnader til innleie selv om forbruket er over budsjett pr. april. Kostnader til overtid og ekstrahjelp ligger fortsatt høyt og henger sammen med høyt sykefravær samt ikke tilstrekkelige tiltak som er iverksatt.

Prognose

Økonomisk prognose pr. april hensyntar økt bevilgning 2023 (jmf. HSØ styresak 018-2023) på 177 MNOK. Bevilgningen blir ikke synliggjort i regnskapet før i mai. Resultatet i april viser forbedring fra foregående måneder og prognose uten økt bevilgning holdes på samme nivå som forrige måned med et underskudd på 100 MNOK, et negativt avvik på 278 MNOK. Prognose inkludert økt bevilgning er dermed et overskudd på 77 MNOK. Den uløste utfordringen utgjør 167 MNOK i budsjettet. Det estimeres noe lavere aktivitet i henhold til budsjett for somatikken som følge av svake april tall og noe økning innen BUP. Lønnskostnader er fortsatt høye, og det tar tid før planlagte tiltak har effekt. Det forventes høyere kostnader enn budsjett på innleie, fritt behandlingsvalg, varekostnader og andre driftskostnader, herunder energi, i stor grad på grunn av høyere priser enn forutsatt. I mai vil prognosen justeres som følge av økte bevilgninger i revidert nasjonalbudsjett.

Brutto månedsverk



Gjennomsnittlig brutto månedsverk pr. mai er 7983, som tilsvarer 311 brutto månedsverk mer enn budsjett. Brutto månedsverk i mai er 8003. Dette er 311 brutto månedsverk over budsjettet nivå. Det har vært høyt sykefravær de siste månedene, som gir flere årsverk. I tillegg innvirker den uløste utfordringen i budsjettallene som utgjør 162 årsverk i mai. Prognosen for året er 220 årsverk over budsjettet nivå.

VVHF		April		Hittil i år		Prognose	
ØKONOMI - Driftsresultat - TNOK	Resultat	-6 026		-61 862		77 000	
	Plan	14 834		59 334		178 000	
	Awik	-20 860		-121 196		-101 000	
	I fjor	-50 185		-111 688		120 827	
HR - Brutto Månedverk - ANTALL (Mai)	Resultat	8 003		7 983		7 997	
	Plan	7 691		7 699		7 777	
	Awik	-311		-283		-220	
	I fjor	7 774		7 862		7 979	
AKTIVITET - DRG-Poeng Somatikk - ANTALL	Resultat	9 098		41 282		123 474	
	Plan	9 786		42 093		124 152	
	Awik	-688		-810		-678	
	I fjor	9 098		38 256		114 858	
AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	12 260		59 332		167 902	
	Plan	12 573		58 616		167 902	
	Awik	-313		716		0	
	I fjor	13 125		60 149		174 705	
AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	6 701		34 703		93 340	
	Plan	6 382		29 780		84 834	
	Awik	319		4 923		8 506	
	I fjor	6 910		32 175		93 993	

Mål	Indikator	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Økonomisk resultat	Avvik mot budsjett: Pr. april: -121,2 MNOK	Månedlig	Inntekter noe under plan, hovedutfordring er kostnadsnivået.	Klinikkene arbeider med å finne tiltak for å utnytte samlet kapasitet bedre og redusere kostnadene. Noen tiltak er iverksatt, og flere er under planlegging. Det vises til sak 64/2023 Revidert plan for økonomisk bærekraft VVHF og gevinstrealisering NSD
Delmål:				
- Reduksjon bruk av overtid	-19,1 MNOK		Preges av høyt sykefravær.	
- Reduksjon bruk av innleie	-4,2 MNOK		God utvikling på kostnader til innleie, selv om det ligger noe over budsjett.	

Aktivitet somatikk	Avvik mot budsjett: Pr. april: -810 DRG poeng	Månedlig	Aktivitet omtrent på plan frem til mars, noe under plan i april.	Svingninger i øhjelp er uforutsigbart, men klinikkene skal etterstrebe å tilpasse bemanning til aktiviteten fortløpende.
Aktivitet phr	Avvik mot budsjett: Pr. april: +5639 polikliniske konsultasjoner	Månedlig	Pr. april er alle fagområder over budsjett.	
Antall brutto årsverk	Avvik mot budsjett: Pr. april: -283	Månedlig	Høyt sykefravær de siste månedene gir flere årsverk. Uløste utfordring i budsjettallene utgjør 162 årsverk i mai.	Det vises til sak 64/2023 Revidert plan for økonomisk bærekraft VVHF og gevinstrealisering NSD
Investeringer innenfor budsjett, inkl. bygg vedlikehold over drift Delmål: - gjennomsnittlig levetid MTU - kroneandel pr m2 til vedlikehold av bygg - besparelser energiplan	Avvik mot budsjett: Pr. april: Investeringer: +8,0 MNOK Vedlikehold: - 8,1 MNOK Utvikling i år: Andel kwh: 4,2% høyere enn plantall	Månedlig Årlig Årlig Tertialvis	Høyere vedlikehold over drift i forhold til budsjett utlignes mot lavere investeringer. Vedlikeholdsprosjektene i BRK følger planlagt fremdrift, men er redusert fra opprinnelig plan. Det er lagt inn en besparelse på 2,7 % i energikostnader sammenlignet med fjoråret. Hittil i år har det vært avvik på antall Kwh på 4,2%, ergo er ikke besparelsen ivaretatt på forbrukssiden.	For å oppnå planlagte energibesparelser kreves det investeringsmidler. Gitt økonomisk situasjon i dag er ikke dette prioritert innenfor dagens trange investeringsbudsjett. Men, det vil iverksettes en gjennomgang av mulige tiltak som krever investeringer, med sikte på å identifisere mulige tiltak med høy lønnsomhet og kort tilbakebetalingstid.
Netto trekk på driftskreditt innenfor rammen	Avvik: ingen	Tertialvis	Forventer å være innenfor rammen.	

1.6.1. Arealutvikling

Eiendomsmassen må tilpasses virksomheten. Nye bygg innrettes mest mulig fleksible for å kunne møte endringer i fremtiden. Eksisterende bygg må oppgraderes og vedlikeholdes for å kunne understøtte virksomheten som skal drives i fremtiden. Foretaket skal til enhver tid forsøke å optimalisere arealbruken og kvitte seg med dyre leieavtaler og bygningsmasse som ikke er egnet for virksomheten i fremtiden.

Mål	Indikator	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Arealplan PHR Utvikling av arealplanen og starte prosess for effektivisering.	Fremdriftsplan	Tertialvis	PHR-arealplan planlegges med kun vedlikehold frem til 2030, ca 27 mill. Deretter skal det gjøres betydelige investeringer og avhendinger i perioden 2030-2040.	
Arealplan PHT Utvikling av arealplanen og starte prosess for effektivisering.	Fremdriftsplan	Tertialvis	PHT-arealplan ferdigstilles i løpet av året.	
BRK BRK planen revurderes for prioritering 2023 og påfølgende år innenfor investeringsrammen. Prioritering følger: <ul style="list-style-type: none"> - Nødvendige tiltak for å sikre pålegg fra arbeidstilsyn mv. - Nødvendige tiltak for å unngå uforutsette vedlikeholdskostnader eller driftsstans - Tiltak som bidrar til mer effektiv drift 	Fremdriftsplan Utvikling tilstandsgrad BRK	Tertialvis Årlig	Prioriteringen i BRK er pr. dags dato tiltak for å unngå risiko for liv og helse til pasienter og ansatte	På grunn av overforbruk i driften, er budsjett for investeringer redusert i 2023. Det må videre påregnes lavere investeringsnivå i ØLP enn tidligere forutsatt. Dette vil bidra til at tilstandsgraden til VVHF's bygg forverres, det vil ta lengre tid å hente inn vedlikeholdsetterslepet, og byggdriftskostnadene kan

- Andre tiltak				øke som følge av en dårligere tilstandsgrad
Intern husleie Intern husleiemodell innføres fullt ut i samsvar med modell i løpet av 2023. Redusere leid areal	Fremdriftsplan Totalt areal	Tertialvis	Husleiekontrakter på klinikknivå er ferdig. Jobber videre med kvalitetssikring av areal ned på nivå 4 nå i 2023, og bruk av insentivordninger.	
Avhending DS Salg av Drammen sykehus iverksettes og oppfølging i perioden frem til overdragelsen gjennomføres i hht. plan.	Fremdriftsplan	Tertialvis/ årlig	I hht plan	
Avhending Blakstad Avhendingsprosessen starter opp og gjennomføres i hht plan. Det oppnås gevinst ved salg som er minimum høyere enn prisregulert salgssum minus estimerte omkostninger ved salg.	I hht. plan Mergevinst	Tertialvis/ årlig	Avhending av Blakstad er under arbeid og i hht fremdriftsplan	
Forbedre tilstandsgrad i sykehusene	Tilstandsgrad per eiendom	Årlig	Tilstandsgrad for VV sin eiendomsmasse pr 2022 er 1,73 (i 2021 var den 1,64) Trenden med årlig forbedring de siste årene har snudd i 2022, og vil forverre seg i 2023 som følge av redusert investeringsnivå.	Det vises til sak 64/2023 Revidert gevinstplan. En bedre resultatutvikling de nærmeste årene er nødvendig for å øke investeringsnivået.

Risiko for ikke å oppnå målene

Årsak til at hendelsen kan inntreffe

Klinikkenes virksomhet drives ikke innenfor rammene. Det kreves større omstillinger for å sikre en bemanning i samsvar med aktivitetsnivået, samt effektiv utnyttelse av ressursene. Klinikken lyktes ikke i tilstrekkelig grad i omstillingene. Prisene fortsetter å øke. Mangelfull tilgang på varer. Høye byggekostnader. Hvarier som følge av manglende vedlikehold og investeringer i eiendommene.

Manglende finansiering av NSD.

Forebyggende tiltak

Ledelsesmessig oppfølging av resultatoppnåelse satt i system på alle nivåer. Krav til tiltak ved manglende resultatoppnåelse.

Høykostgruppen jobber kontinuerlig med raske bytter til nye avtaler på medikamentområdet

Ny rapporteringsløsning for oppfølging av bruk privat rehabilitering implementert i 2023 gir godt grunnlag for videre oppfølging av forbruket.

Regelmessig oppfølging og benchmark av kodepraksis.

Utsatte investeringer for å dekke opp uløst utfordring i budsjett. Prioriteringer innenfor investeringsrammene gjennomføres for å sikre løpende drift og unngå havarier. De store eiendomsplanene følges opp i foretakets porteføljestyre.

HSØ har i styremøte 10. februar 2023 besluttet at VVHF skal sikres en økonomi som understøtter forsvarlig pasientbehandling. Dette legges til grunn som en forutsetning i foretakets planlagte tiltak.

Det er gitt nye bevilgninger gjennom RNB 2023 som innebærer at foretaket får videreført priskompensasjonen som ble gitt i 2022 med 177 MNOK og tillegg tilføres ekstra kompensasjon for prisvekst i 2023. Det er forventet at lønnsveksten i 2023 vil beslaglegge en stor andel av denne siste bevilgningen. Samlet sett medfører RNB at uløst utfordring i budsjett er utlignet og investeringsrammene kan økes noe. Det vises til egen sak behandlet i styret i mars 2023, sak 31/2023 Resultatkrav 2023. Revisjonen av gevinstplanen skal bidra til forbedret resultatutvikling de kommende årene.

Konsekvens av risikoen

Oppnår ikke økonomisk resultat. Negativ innvirkning på investeringsmidler kommende år. Manglende handlingsrom til å drive ny utvikling av tjenestene til beste for pasientene.

Redusert tilstandsgrad i eiendommene og økende behov for investeringer i fremtiden.

Større fare for driftsstopp og avbrudd i sykehusene.

Dårligere pasientopplevelser.

Avhending av eiendom utsettes fordi en ikke får realisert nye eiendomstiltak.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2023	4	3	Betydelig
• Vurdering per 1.tertial 2023	4	3	Betydelig

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Innfører internhusleie med incentivmodell	31.12.2023	
Tilleggsbevilgninger i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett	Juni 2023	Vedtatt i styret i HSØ 21. Juni, men meldes HF'ene 2. juni for oppdatering av prognose og resultat med forbehold om styregodkjenning.
Oppfølging og iverksettelse av utbedring ambulansestasjon Ål	31.12.2023	Styresak behandlet i mars 2023. Iverksettelse av anskaffelse pågår.
Utvikling av gevinstplanen, herunder digital transformasjon	30.04.2023	Revidert plan legges frem for styret til behandling 12. Juni, sak 65/2023.
Eiendomsplan PHR	2025	I tråd med plan
Energiplan	2025	Reduserte investeringsmidler har satt planen noe på hold.
Revisjon gevinstplan - bærekraftig økonomi	2025	Revidert plan legges frem for styret til behandling 12. Juni, sak 65/2023. Hoveddelene av tiltakene planlegges med effekt i 2024 og 2025.
Risikovurdering av gjenstående planer i BRK	31.08.2023	Gjennomført vurdering legger føringer for kommende års planer og tas inn i ØLP.

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	3	Betydelig

1.7. Miljøtiltak

[Vestre Viken miljødeltmål](#) består av felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten, samt lokale mål fra Vestre Vikens Avfallsstrategi. Det er totalt 9 delmål og ett overordnet mål. Baseline er 2019, og målsettingen er fram til 2030 (målsettingen er periodisert jevnt fram mot 2030).

Prioriterte målområder i 2023:

Mål	Målsetting 2023	Indikator	Måleperiode	Tiltaksansvarlige	Vurdering	Tiltak
Redusere direkte utslipp med 40% innen 2030 (overordnet målsetting)	19.379,5	Tonn CO2e:	Årlig	Alle klinikker og staber.	<p>Status pr 1.kvartal: Resultat foreligger ikke. Tall for 2023 vil foreligge etter innrapportering til nasjonalt Klimaregnskap, feb-24.</p> <p>Vestre Viken har hatt en reduksjon fra 2019-2022 på 10%, det er 1,4% bak målsettingen for 2022. Inkl. gjenvinningskraft har VV redusert med 33% fra 2019 til 2022.</p> <p>Det er uvisst om målsettingen for 2023 nås. Utslipp fra energi utgjør ca.75% av direkte utslipp fra VV, det er derfor helt avgjørende hvilken reduksjon foretaket oppnår innen energibruk, for at vi skal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utfasing av anestesigassen Desfluran. - Restriksjoner på ansattreiser (bil, fly) - Utfasing av fossilt brensel - Se for øvrig tiltak under mål "Energiforbruk"

					nå målsettingen for direkte utslipp.	
Energiforbruk - reduseres med 20% innen 2030	76.100.497	kWh:	Kvartalsvis	Alle klinikker og staber. Intern service.	<p>Status pr.1.kvartal: 25 804 477 kWh. Dette er 2,8% bak målsettingen for 1.kv. Årsaker: Kald vinter og vår sammenlignet med 2022, budsjett 2023 basert på forbruk 2022.</p> <p>Utfordringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endre vaner til 9.500 ansatte, spesielt reduksjon av innetemperatur - Tilstrekkelig med investeringer til oppgradering av bygg og tekniske anlegg. <p>Å nå målsettingen for 2023 vil være utfordrende, foretaket er avhengig av at de fire strakstiltakene gjennomføres, spesielt reduksjon av innetemperatur vinterstid.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etablert eLæringskurs "Energismartevalg i VV" - Holdningskampanjer innen ENØK - Øremerke midler til å gjennomføre handlingsplan for energi- og vannbesparende tiltak - Videreføre fire strakstiltak ENØK, bl.a. redusert innetemperatur - Etterutdanning av teknisk driftspersonell/fagbrev - Tett oppfølging og optimalisering av tekniske anlegg - Interne revisjoner med tema "Energiledelse" og "Energibruk".

					Det er ikke avsatt midler i budsjett 2023 til ENØK-tiltak.	
Andel polikliniske konsultasjoner over tlf/video skal være min. 20% innen 2030	14,4	Andel: 10,6 %	Kvartalsvis	Klinikker med polikliniske konsultasjoner	Følges opp under kap. 1.1 "Styrke brukermedvirkning og brukerstyring"	
Fyringsolje skal fases ut innen 2030	0,8	Andel fyringsolje:	Årlig	Intern service	<p>Status pr. 1.kvartal: Resultat foreligger ikke. Q1 -2023: P.g.a. økonomisk situasjon har det bevisst blitt brukt mer fossil fyringsolje, i stedet for bioolje.</p> <p>Resultatet pr.31.12.22 viser at andelen fossil fyringsolje er 0,5%, og det er foran målsettingen for 2023 for å nå utfasing innen 2030.</p> <p>Det er sannsynlig at målsettingen for 2023 nås.</p>	Ingen tiltak. Etter 2025 er det kun lov til å bruke fossil fyringsolje til nød og beredskap (lovregulert)
Fossilt drivstoff for egne kjøretøy skal fases ut innen 2030	37	Andel fossilfrie kjøretøy:	Årlig	Alle klinikker og staber som benytter tjenestebiler	Status pr. 1.kvartal: Resultat foreligger ikke. Vestre Viken lå pr.31.12.22 73% bak målsettingen for 2022, men utviklingen går i	Montering av ladere blir prioritert og montert fortløpende etter behov, kostand pr lader er ca. 50.000kr.

					<p>riktig retning og hadde en økning på 800% fra 2021 til 2022.</p> <p>Utfordringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - God styring av bilflåten - Tilstrekkelig ladestruktur for Tjenestebiler - Forsinkelser i budsjett, ikke ferdig fordelt pr.2.juni. <p>Det er uvisst om målsettingen for 2023 nås, bl.a. avhengig av at budsjett blir ferdig fordelt, slik at man kan investere i ladepunkter.</p>	Utarbeide system for bedre styring av tjenestebilene.
<p>Miljøbevisste medarbeidere i alle enheter: ForBedringsundersøkelsen, andel ansatte som svarer at «Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet» skal være min. 90% innen 2030</p>	76	Andel:	Årlig	Alle klinikker og staber	<p>Resultat for 2023 foreligger: 71 Resultatet ligger ca. 7% etter målsettingen for 2023.</p> <p>Utfordringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tilstrekkelig "miljø"-kompetanse hos ledere i forhold til sitt ansvarsområde 	<p><u>Ledere:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -må involvere/inkludere/ informere ansatte i miljøarbeidet -inkludere miljø i det daglige arbeidet. <p><u>Systemansvarlig for miljøledelse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -publiserer "Månedens Miljøtips" (infoskjermer) -markerer årlig Verdens miljødag 5.juni

					<ul style="list-style-type: none"> - Synliggjøre miljøpåvirkning i alle beslutninger - Tilstrekkelig informasjon og involvering av ansatte i miljøarbeidet <p>Målsettingen for 2023 er ikke nådd.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - "Grønt sykehus" inngår i lederopplæringen i VV - "Grønt sykehus" inngår i opplæring av nyansatte i VV
Øke andel avfall til materialgjenvinning fra 2022-2023	26,6 (5% økning ift målsetting 2022) Ny målsetting for 2023, inkl. matavfall, 28,5%	Andel avfall til materialgjenvinning:	Kvartalsvis	Alle klinikker og staber	<p>Status pr. 1.kvartal: 28,8%, resultatet ligger noe foran målsettingen.</p> <p>Det er sannsynlig at målsettingen for 2023 nås.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Øke kildesortering ved å bl.a. sette ut sorteringsmøbler ved vakt-/pauserom. - Øke utsortering av trevirke og metall.

Risiko for ikke å oppnå målene

Årsak til at hendelsen kan inntreffe

Fravær av investeringsmidler. Ikke tilstrekkelig kunnskap om miljømålene. Miljøtiltak blir ikke prioritert/fulgt opp.

Forebyggende tiltak

Alle klinikker og staber fastsetter årlig handlingsplan for miljøtiltak.

Gjøre ledere/beslutningstakere kjent med miljømålene, og øke forståelsen for at relevante miljøtiltak må gjennomføres ute i alle klinikker og staber. Økt bevisst på at redusert forbruk både vil gi reduserte utslipp og reduserte kostnader. Miljøaspektet inkluderes i alle eiendomsplaner.

Konsekvens av risikoen

Utslippene reduseres ikke i tråd med målsettingen til spesialisthelsetjenesten/Regjeringen.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Ved inngangen til 2023	3	3	Moderat
• Vurdering per 1.tertial 2023	4	3	Betydelig

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Følge opp etterlevelsen av strakstiltak innen energi	01.07.23	Tre av fire tiltak gjennomført, redusere innetemperatur gjenstår.
Styrke daglig oppfølging av tekniske anlegg og energiledelse	31.12.23	Gjennomført, og gjennomføres kontinuerlig
Gjennomføre en EPC kontrakt for BRK-sykehusene	31.12.23	Er til vurdering, ikke igangsatt
Fortsatt begrense reising til seminarer og kurs.	31.12.23	Det er fastsatt begrensinger for all reising/deltakelse kurs/seminarer
Nye tiltak:		
I gang med søknadsprosess for lånemidler til utskifting av lyskilder til LED	31.12.23	Forutsatt normal leveringstid
Reduksjon/utfasing av desfluran	31.12.23	

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	3	Moderat

2. Forberede organisasjonen på innflytting i NSD

Mål	Indikator	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Tilpasset driften til nytt bygg og gjennomført en vellykket innflytting og ibruktakelse.	Iht. plan	2025		

Risikoområde 4: Organisasjonen er ikke tilstrekkelig forberedt til innflytting i nytt sykehus i Drammen

Årsak til at hendelsen kan inntreffe

Manglende lederfokus/støtte for gjennomføring av delprosjekter.

Manglende ressurser og prosjektkompetanse i driftsorganisasjonen for gjennomføring av nødvendige delprosjekter og anskaffelser.

Manglende støtte fra stab ovenfor klinikkene til forberedelse og ibruktakelse.

Forsinkelser i kritiske IKT- og utstyrsleveranser.

Forebyggende tiltak

Revidert mandat for mottaksprosjektet for å tydeliggjøre eierskapet til de aktuelle aktørene.

Funksjon som prosjektsjef etablert i aktuelle klinikker. Disse koordinerer den enkelte klinikks aktiviteter og delprosjekter og sikrer samarbeid mellom de aktuelle klinikkene.

Tett oppfølging av IKT-plan.

Etablert tett oppfølging av alle aktiviteter i mottaksprosjektet, som rapporteres månedlig til styret i VV. For å sikre avhengigheter til øvrige aktiviteter i byggeprosjektet, registreres aktiviteter og milepæler i et felles planverk og det er etablert Forum for samlet plan.

Etablere samhandlingsavtaler med stab for å sikre involvering på de ulike leveranseområdene.

Konsekvens av risikoen

Helseforetaket vil ikke kunne realisere kvalitative og økonomiske gevinster i nytt sykehus i Drammen som forutsatt.

Manglende oppnåelse av effektive pasientforløp og arbeidsprosesser vil medføre økte driftskostnader ved innflytting i nytt sykehus.

Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• <i>Ved inngangen til 2023</i>	2	4	Moderat
• <i>Vurdering per 1.tertial 2023</i>	2	4	Moderat

Prioriterte risikoreducerende/-stabiliserende tiltak	<i>Forventet full effekt</i>	<i>Status</i>
Etablering av planverk for innflytting og ibruktakelse i samarbeid med aktuelle klinikker og sentrale staber.	31.12.2024	
Videreutvikle etablert forum for klinikkens prosjektsjefer for å sikre at linjeledelsen tar ansvar for å iverksette og følge opp tiltak på den enkelte avdeling og seksjon, slik at planlagte gevinster realiseres og helhetlige og trygge pasientforløp etableres.	31.12.2024	
Medvirkning og forankring hos Vestre Viken HF blant ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere.	31.12.2024	

Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• <i>etter gjennomførte tiltak</i>	2	4	Moderat

IKT Tertialrapport NSD

1. tertial 2023

Status reflekterer informasjon mottatt fra prosjektledere pr 31.04.2023

GODKJENT AV:

Navn	Stilling	Dato	Versjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør	05.06.23	1.0_G

INNHold

1	INNLEDNING	3
2	STATUS	3
2.1	FUNKSJONELLE LEVERANSER	4
2.2	INFRASTRUKTURLEVERANSER	7
3	TILPASNINGSPROSJEKTER I PNSD	9
4	KRITISKE PROSJEKTER SOM VIL PÅVIRKE GEVINSTREALISERING FOR NSD	10
5	RISIKO	11
6	VEDLEGG – BESKRIVELSE AV PROSJEKTER	13

1 Innledning

I henhold til vedtak i prosjektstyret Nytt Sykehus Drammen (NSD) i oktober 2019, har Vestre Viken HF (VVHF) ansvar for rapportering tertialvis til prosjektstyret på IKT NSD. I VVHF sitt styremøte 14.12.2020 ble det gjort en gjennomgang av viktige IKT-prosjekter frem mot innflytting i NSD og det ble avtalt at styret skal motta samme rapportering som prosjektstyret.

Aktuelle IKT-problemstillinger for NSD koordineres mellom Sykehuspartner, Helse Sør-Øst, prosjektorganisasjonen for NSD (PNSD) og Vestre Viken i månedlige koordineringsmøter.

Rapporten gir status per prosjekt relatert til påvirkning av oppstart av nytt sykehus Drammen. Prosjektene status er hentet fra HSØ RHF prosjektstyringsverktøy (Clarity PPM) per 31.04.2023.

2 Status

Det rapporteres på overordnede IKT-prosjekter/prosjektområder inndelt etter funksjonelle leveranser og infrastrukturprosjekter.

Flere av prosjektene rapporteres som status gul og noen prosjekter har endret status til rød. Bakgrunnen for dette er prosjektenes kompleksitet, tidsplaner og VV-NSD sin økende bekymring for at viktige leveranser ikke rekker frist for endring av IKT systemer før innflytting. Så langt det er mulig, blir Vestre Viken prioritert i viktige regionale prosjekter.

Tabellen under gir oversikt over status opp imot risiko for leveranse i tråd med behov og tidsplan for NSD. Status er angitt med fargekode grønn (liten risiko), gul (middels risiko) og rød (høy risiko).

2.1 Funksjonelle leveranser

	<u>Status</u> Grønn: lav risiko Gul: middels risiko Rød: høy risiko			Status prosjekt og vurdering NSD	Konsekvenser
	Prosjekt status pr mai.23	NSD vurdering T3-2022	NSD vurdering T1-2023		
FUNKSJONELLE LEVERANSER					
RHF - Regional EPJ modernisering (PRJ09071)	GRØNN	GRØNN	GRØNN	Innføring av DIPS Arena er i rute iht. ny plan. Leveransedato for VVHF er 12. november. Etablering av test og utviklingsmiljøer for VVHF pågår. VV-NSD vurderer status som grønn, men er bekymret for forsinkelser som vil påvirke frys IKT for NSD og avhengigheter til andre løsninger og prosjekter.	Forsinkelse på innføring av DIPS Arena i VVHF utover planlagt leveranstidspunkt vil føre til innflytting i NSD med eksisterende versjon av DIPS. Eksisterende DIPS Classic versjon har ikke all funksjonalitet som DIPS Arena gir, og vil heller ikke videreutvikles av leverandør. Flere regionale og lokale prosjekter er avhengig av DIPS Arena som vil føre til mangel på funksjonalitet. For eksempel RML, Sporingssystem for sterilsentral m.m.
SP - SLA - 2021 - MetaVision - Versjonsopp. av Reg. kurve og medikasjon - MV6.15 (PRJ14868)	RØD	RØD	N/A	Metavision er oppgradert til versjon 6.15 19.05.2023. Neste oppgradering av systemet vil bli definert av nytt prosjekt og eksisterende prosjekt lukkes.	Metavision v 6.20 vil inneholde komplett løsning for lukket legemiddelsøyfe, inkludert mobil versjon. Manglende oppgradering vil føre til at VVHF ikke kan innføre konsept lukket legemiddelsøyfe i nytt sykehus.
Regional løsning for helselogistikk (PRJ11251)	GUL	RØD	RØD	Prosjektet har ikke kunnet ferdigstille akseptansetest pga. feil i løsningen som leverandørene har brukt lang tid på feilretting og som fortsatt pågår. Dette har igjen ført til ny replanlegging av datoer for ibruktakelse av pilot. Prosjekt RHF – Helselogistikk fase 4 avsluttes og leveransene blir overført til dette prosjektet. HSØ har økt prosjektets økonomiske rammer og utvidet omfanget for å dekke behovene for byggeprosjektene NSD og RAD.	Ved forsinkelse eller mangel på leveranse av funksjonalitet som er viktig for NSD, vil det ikke være mulig å realisere planlagte gevinster i nytt sykehus. NSD forutsetter helselogistikk etablert ved innflytting med funksjonalitet som beskrevet i notat til HSØ. VVHF har pågående flere delprosjekter for å forberede ansatte til flytting og ta i bruk nytt bygg med nye løsninger. Helselogistikk påvirker veldig mange arbeidsprosesser som etableres eller endres. Ved manglende funksjonalitet, vil det være behov for

				VV-NSD vurderer status som rød pga. gjentatte forsinkelser og fortsatt feil i leveranser. Det er usikkert når en feilfri leveranse kan forventes av leverandørene. VV-NSD er bekymret for ytterligere forsinkelser pga. økt omfang som igjen vil påvirke nødvendige leveranser til NSD.	endring av arbeidsprosesser og økning av bemanning innen flere fagområder. Påvirker PNSD Tilpasningsprosjekt Helselogistikk
SP - SKM - Helselogistikk Sykehuspartner (PRJ09636)	N/A	RØD	N/A	HSØ har besluttet å avslutte dette prosjektet og flytte omfang til Regional Helselogistikk (Fase 3) prosjektet.	
RHF - Regional standard for integrasjon av medisinteknikk utstyr (PRJ08314)	RØD	GUL	GUL	Prosjektet fortsetter arbeidet med kravspesifikasjon og dialog med linja i Sykehuspartner. Utarbeidelse av krav har tatt lengre tid enn antatt og replanlegging etter BP 3.1 for EEG anskaffelsen har forsinket prosjektet. VV-NSD vurderer prosjektets status som gul, på bakgrunn av prosjektets omfang, kompleksitet og stram tidsramme for gjennomføring før frys IKT for NSD og prosjektets identifiserte usikkerhet ved STIM Leveranseplattform v 2.0.	Integrasjon av MTU vil ta lengre tid og med behov for flere løsningsdesign og ROS som igjen vil føre til økte kostnader. Krever tett oppfølging fra VV-NSD opp mot plan for første installasjon av nytt MTU. Påvirker PNSD U6 Utstyr entreprisen
VVHF - Adgangskontroll	GRØNN	GRØNN	GRØNN	Produksjonssetting er noe forsinket pga. utestående avklaringer, men har ikke påvirkning på leveranser til NSD. VVHF og leverandør detaljprosjekterer kamera og overvåkingsområder. Prosjektet er i henhold til plan.	Adgangskontroll på Kongsberg skal brukes som pilot for NSD. Ved mangel på leveranse og funksjonalitet på Kongsberg, vil det føre til manglende erfaring med bruk og test av funksjonalitet som skal benyttes i NSD.
RHF - Standard for lukket legemiddelsøyfe (Legemiddelkjeden) (PRJ15527)	GUL	GUL	GUL	Begrenset innføring på Ahus og Sykehuset Telemark gjennomført som planlagt. Brøytetest på integrasjonen mellom Delta og MetaVision avbrutt på grunn av blokkerende feil. Venter	Prosjektet er avhengig av oppgraderinger og ny funksjonalitet fra nyere versjoner av MetaVision. Mangel på leveranse av oppgradering og funksjonalitet vil føre til at VVHF ikke kan innføre konsept lukket

				<p>på feilretting fra leverandør.</p> <p><i>VV-NSD vurderer prosjektets status som gul på bakgrunn av kompleksiteten og omfang av leveranser fra prosjektet. For å få på plass en fullverdig løsning innen lukket legemiddelforsyning må Metavision oppgraderes til nyere versjon, v6.20 og nødvendig funksjonalitet tas i bruk. Det er uklart når denne versjonen vil være ferdigutviklet av leverandør og om det vil være mulig å ta i bruk nødvendig funksjonalitet i løsningen i VVHF.</i></p>	<p>legemiddelsløyfe i nytt sykehus.</p>
<p>RHF – Regionalt kostdatasystem (AIVO kjøkkenløsning) (PRJ09104)</p>	GRØNN	GUL	GUL	<p>Prosjektet har ferdigstilt anskaffelsen og kontrakt med tildelt leverandør er underskrevet. Valgt leverandør er Matilda FoodTech. VVHF er prioritert i etableringsfasen.</p> <p><i>VV-NSD vurderer prosjektets status som gul, på bakgrunn av prosjektets omfang, kompleksitet og stramme tidsramme. Dette prosjektet vil også vurderes i neste HSØ porteføljestyret med tanke på leveranseomfang og kost.</i></p>	<p>Ved forsinkelser i anskaffelse og etablering vil det være en risiko for å flytte til nytt sykehus med eksisterende kostdatasystem. Eksisterende system har ikke funksjonalitet som er nødvendig for nytt matkonsept i NSD.</p> <p>Etablering av løsningen vil foregå i flere faser. Første fase vil etablere grunnfunksjonalitet innenfor kostdataløsning, mens matbestillingsfunksjonalitet vil bli etablert som egen modul i fase 2. Denne funksjonaliteten er planlagt tett opp mot frys IKT for NSD. VV-NSD følger tett opp de regionale planene.</p>

2.2 Infrastrukturleveranser

	Status			Status prosjekt og vurdering NSD	Konsekvenser
	Grønn: lav risiko	Gul: middels risiko	Rød: høy risiko		
Prosjekt status pr mai.23	NSD vurdering T3-2022	NSD vurdering T1-2023			
INFRASTRUKTUR-PROSJEKTER					
Datanettverk (SP-STIM Nettverk – Modernisering av nett.) (PRJ09653)	GUL	GRØNN	GRØNN	<p>Prosjektet er fortsatt forsinket med piloten på Sunnaas. Design og migreringsdokumenter for del leveranser er under godkjenning.</p> <p>VV-NSD vurderer status som grønn, da STIM programmet er planlagt avsluttet i løpet av 2023 og overlevert til SP linje.</p>	Forsinket leveranse fører til økt risiko for mangel på ny funksjonalitet og behov for økt manuelt arbeid ved innføring av nye tjenester som igjen vil øke kostnader.
SP-STIM 5G innendørs mobildekning (PRJ14932)	GRØNN	GRØNN	GRØNN	<p>Prosjektet har etablert testmiljø, men er noe forsinket i påvente av testmiljø for helselogistikk.</p> <p>VV-NSD vurderer status som grønn da STIM programmet vil avsluttes i løpet av 2023 og overleveres til SP linje.</p>	Mobildekning med 5G vil være sekundær bærer for håndholdte enheter med mulighet for å motta både WIFI og mobilsignal. Ved mangel på leveranse fra prosjektet, vil det ikke være tilfredsstillende 5G dekning i NSD i områder som ikke har tilfredsstillende WIFI dekning. Dette kan føre til at enheter mister tilgang til systemer.
SP-STIM Regional telekom plattform (PRJ11641)	GUL	GRØNN	GRØNN	<p>Prosjektet har utfordring med ressurstilgang og er noe forsinket. Det jobbes med avklaring på ressursituasjonen.</p> <p>VV-NSD vurderer status som grønn da STIM programmet vil avsluttes i løpet av 2023 og overleveres til SP linje.</p>	En regional telekom plattform vil forenkle bruk av applikasjoner og andre tjenester på mobil arbeidsflate. Ved mangel på leveranse fra prosjektet, vil eksisterende løsninger brukes med den funksjonaliteten og mulighetene de har i dag.
SP-STIM Felles plattform trinn 2 hybrid skyplattform (PRJ09954)	GUL	GUL	GUL	<p>Prosjektet har fått tilbud fra leverandørene på første anskaffelse og har fått tilslutning for å evaluere tilbudene. Anskaffelse av del 2 (kompetansepartner sky) er utsatt og prosjektet er noe forsinket.</p>	Etablering av ny plattform vil bli utført gradvis. Når denne plattformen er etablert vil det være behov for å skille migrering og test. Kostnader som gjelder tjenestemigrering er ikke innenfor byggeprosjektets budsjett.

				<i>VV-NSD vurderer status som gul, på bakgrunn av prosjektenes status, omfang, kompleksitet og stramme tidsramme for gjennomføring før frys IKT for NSD.</i>	Ved manglende leveranse fra prosjektet vil kostnader knyttet til tjenestemigrering bli overført til VVHF.
SP-STIM Tjenestemigrering) (PRJ13669)	GUL	GUL	GUL	<p>Prosjektets gjennomføringsfase er forlenget grunnet behov for avklaringer og høy kompleksitet.</p> <p><i>VV-NSD vurderer status som gul, på bakgrunn av prosjektenes status, omfang, kompleksitet og stramme tidsramme for gjennomføring før frys IKT for NSD.</i></p>	<p>Etablering av ny plattform vil bli utført gradvis. Når denne plattformen er etablert, vil det være behov for å skille migrering og test. Kostnader som gjelder tjenestemigrering er ikke innenfor byggeprosjektets budsjett.</p> <p>Ved manglende leveranse fra prosjektet, vil kostnader knyttet til tjenestemigrering bli overført til VVHF.</p>
Regional testplattform (SP-STIM Modernisering - Regional testplattform) (PRJ13478)	GUL	GUL	GUL	<p>Prosjektet melder status gul pga. avvik i forutsetninger lagt til grunn. Samtidig er det usikkerhet rundt stabilitet og kapasitet på plattformen.</p> <p><i>VV-NSD vurderer status som gul for NSD, på bakgrunn av at prosjektet planlegges ferdigstilt Q1-2024. Med bakgrunn i varslet forsinkelse, er risiko høy for å ikke rekke tidsfrister som er satt for NSD.</i></p>	<p>Avhengig av modernisering av plattform. Ved forsinkelse av modernisert plattform vil test av løsninger i NSD utføres på nyetablerte eller eksisterende testmiljøer. Dette vil føre til økte kostnader ved etablering av testmiljøer. Byggnære løsninger vil etableres med egne testmiljøer som endres til produksjonsmiljøer når løsningen skal tas i bruk, som vil medføre økte kostnader.</p>
Entydig strekkoding (GS1) (PRJ11794)	GRØNN	GRØNN	N/A	Prosjektet er overlevert til linja og vil fjernes fra denne oversikten i neste rapport.	

<p>Multimediearkiv</p> <p>(RHF - Strategi og standard for bruk av multimedia) (PRJ08464)</p>	GUL	RØD	RØD	<p>Porteføljestyret har besluttet å sette prosjektet på vent ut 2023.</p> <p>RAM prosjektet for OUS har fått i oppdrag å etablere og tilrettelegge minimumsbehov for NSD tilknytning til ny RMA løsning.</p> <p><i>VV-NSD vurderer status som rød som følge av beslutningen i Porteføljestyret. Avventer omfang og fremdriftsplan for etablering av løsning for NSD.</i></p>	<p>Mangel på leveranse av ny funksjonalitet til NSD vil medføre bruk av eksisterende løsning og anskaffelse av nye og kostbare lokale løsninger.</p> <p>Behov for kartlegging av nødvendige endringer på eksisterende løsninger for tilpassing til nytt sykehus.</p> <p>Samhandling med andre helseforetak vil basere seg på rutiner som er tid og ressurskrevende.</p> <p>Nødvendig med kartlegging av økonomiske konsekvenser.</p>
<p>Digitalisering av bygg (BIM)</p> <p>(RHF - Digitalisering av eiendomsforvaltningen i Helse Sør-Øst) (PRJ06913)</p>	GUL	GUL	GUL	<p>Endelig konkurransedokument sendt ut til tilbydere. Arbeidet med å etablere databehandleravtale mellom SP og kontraktspartnere er i gang. Tidsplanen er noe endret pga. forsinkelser.</p> <p><i>VV-NSD vurderer status som gul, på grunn av tidslinjen opp mot frys IKT for NSD.</i></p>	<p>Forsinkelse av leveranser fra prosjektet vil medføre mangel på fullverdig og oppdatert forvaltning, drift og vedlikeholds-dokumentasjon for NSD.</p> <p>Allerede mottatt FDV dokumentasjon fra leverandører må flyttes inn i anskaffet system fra dagens løsning, som er tidskrevende.</p>

3 Tilpasningsprosjekter i PNSD

Hensikten med IKT tilpasningsprosjektene, er å sikre nødvendige systemtilpasninger av eksisterende systemer og nye IKT systemer for å sikre oppkopling av nytt utstyr.

I figur 1 vises fremdriftsplanen knyttet til de ulike tilpasningsprosjektene.

Flere av Tilpasningsprosjektene er avhengig av regionale prosjekters leveranse. Det henvises til kapittel 4 for ytterligere beskrivelse av kritiske prosjekter for NSD.



Figur 1: Fremdriftsplan tilpasningsprosjekter

I IKT planen er det identifisert flere konsepter. Enkelte av konseptene har sterke avhengigheter til regionale eller Sykehuspartner drevne initiativer.

Konsept	Avhengighet
Legemiddelkjeden	<ul style="list-style-type: none"> Metavision primært i versjon 6.20 for å oppnå lukket legemiddelsløyfe med mobil applikasjon, sekundært 6.18 for å få en helhetlig løsning uten mobil applikasjon. Mellomvare anskaffet av Sykehusapotekene for å produsere pasientmerket legemiddel i endose med informasjon fra Metavision.
Mobil arbeidsflate	EMM plattformen legger til rette for at sykehusene kan ta i bruk kliniske og administrative applikasjoner på en foretakseid enhet.
Alarmer og varslinger	NSD skal bruke Helselogistikk for formidling av alarmer og varsling, blant annet på mobil arbeidsflate. Dette omfatter alarmer som AGV, rørpost, SD anlegg, voldsalarm/overfallsalarm og annen tilkalling av personell osv. (NB! listen er ikke uttømmende).

4 Kritiske prosjekter som vil påvirke gevinstrealisering for NSD

RHF - Regional EPJ modernisering

DIPS Arena innføringen er forsinket med 11 uker i OUS, noe som medfører en forsinkelse på ca. 3 uker for VVHF. Ved ytterligere forsinkelser, vil VVHF risikere å flytte inn i NSD med eksisterende versjon av DIPS Classic. Eksisterende versjon har ikke all funksjonalitet som DIPS Arena gir og vil ikke videreutvikles av leverandør.

Uten DIPS Arena, vil ikke VVHF realisere nye behov, som bla. integrasjon mellom sporingssystem for sterilforsyning og operasjonsplanleggeren.

Prosjekt RML (Regional Multimedia Løsning) baserer sin leveranse på DIPS Arena og vil ikke fungere på DIPS Classic.

SP - SLA - 2021 - MetaVision - Versjonsopp. av Reg. kurve og medikasjon

Oppgradering av MetaVison til v6.15 er ferdigstilt i VVHF. Funksjonalitet for en fullverdig lukket legemiddelsøyfe med mobil applikasjon, er planlagt i v6.20 med minimum v6.18 for å få en helhetlig løsning uten mobil applikasjon.

HSØ og SP utarbeider forslag til fremtidige oppgraderinger for å nå v6.20 innen kort tid. Dette kan medføre at HF'ene ikke vil kunne ta i bruk funksjonalitet i versjoner opp til v6.20. Da det ikke er tydelige føringer og fremdriftsplaner for oppgradering av fremtidige versjoner av MetaVision, er det stor risiko for å ikke rekke v6.20 og ta i bruk nødvendig funksjonalitet til IKT-frys for NSD.

Regional løsning for helselogistikk og SP - SKM - Helselogistikk Sykehuspartner

Regional helselogistikk prosjektet (fase 3) er betydelig forsinket iht. opprinnelig plan og med stor risiko for ytterligere forsinkelser.

HSØ har besluttet å utvide fase3 til også å omfatte nødvendig funksjonalitet for byggeprosjektene på OUS og VVHF (tidligere fase 4). Kartlegging og planleggingsarbeidet for dette er i gang, men det vil føre til ytterligere forsinkelser da det har tatt lang tid å komme til enighet om hvordan leveranser til byggeprosjektene skal være. Dette vil igjen kunne medføre forsinkelser på utvikling av ny funksjonalitet. Det er også meldt om ytterligere forsinkelser på leveranser fra opprinnelig fase3 (pilot) og det er ikke bestemt en konkret dato for når dette kan leveres.

NSD er bygningsmessig utformet med tanke på å utnytte funksjonalitet fra Helselogistikk. Sykehuset har begrenset med resepsjoner, ventesoner og nye teknologiske løsninger har lagt til grunn bruk av Helselogistikk. Forsinkelse og mangel på leveranser fra Helselogistikk, vil føre til økt bemanning, endringer i bruk av rom og potensielt behov for ombygging. VVHF vil derved ikke kunne realisere planlagte gevinster for NSD.

RHF - Strategi og standard for bruk av multimedia

Prosjektet er avhengig av de regionale prosjektene *Innføring av DIPS Arena* og *RAM OUS*, som begge er forsinket. Pga. disse forsinkelsene, er dette prosjektet også forsinket og, som nevnt over, satt på vent av Porteføljestyret. VVHF er HF nr. 2 etter OUS som vil ta i bruk multimedia løsning. Det er flere forberedende oppgaver som må utføres av HF nr. 2, som også er en risiko for ytterligere forsinkelser mot IKT-frys NSD.

Andre sentral regionale prosjekter

Eventuelle budsjettinnstramminger i HSØ gjør at flere av de regionale prosjektene ser på ulike gjennomføringsmodeller og fremdriftsplaner. Flere skal vurderes i Porteføljestyremøte i juni 2023. For NSD er spesielt følgende prosjekter sentrale:

- Digitalisering av bygg (BIM)
 - Eksisterende BIM/FDV løsning i VVHF er innen kort tid ikke supportert fra leverandør. Drift av NSD med en slik løsning vil ikke være forsvarlig.
- Regionalt kostdatasystem
 - Nødvendig med et nytt kostdatasystem for å kunne realisere nytt matkonsept. Eksisterende kostdatasystem vil ikke bli videreutviklet av leverandør og det vil ikke være mulig å ta denne løsningen i bruk i NSD. Innflytting i nytt sykehus vil kreve en løsning for kostdatasystem.

5 Risiko

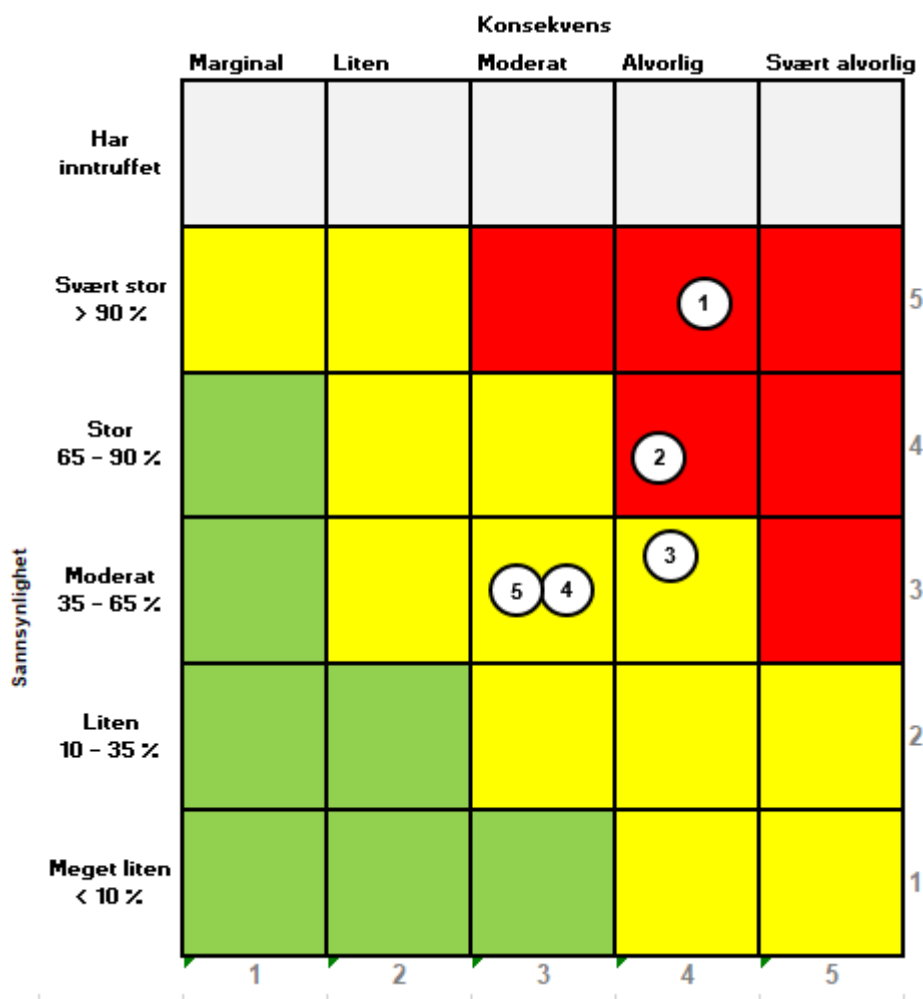
Risikovurderingen gjelder helhet i leveranser/prosjekter som inngår i denne rapporteringen og omfatter ikke risikovurdering for det enkelte prosjekt.

Det jobbes løpende på tiltakssiden for å håndtere risikobildet, spesielt med avklaringer rundt kapasitet og kartlegging av avhengigheter. Dette er beskrevet i risikologgen og visualisert i matrisen under.

Risiko id 1 som omhandler leveranser fra regionale prosjekter er fortsatt veldig høy. Det er flere store og krevende prosjekter som fortsatt jobber med planlegging og spesifisering av leveranser hvor VV-NSD er usikker om leveranser fra disse prosjektene rekker åpningsdato for NSD.

Tiltak knyttet risiko id 2, vil følges nøye med da SP vurderte å stoppe SLA oppgradering av et lab system som var planlagt i 2023 pga. økonomiske utfordringer i SP. Etter samtaler mellom VVHF og SP, ble det enighet om å fortsette videre med denne oppgraderingen da denne er kritisk for NSD. Det tette samarbeidet mellom VVHF og SP må fortsette i avtalte rutiner for å ikke få liknende utfordringer frem mot byggeprosjektets fase2.

ID	Risikobeskrivelse (Bruk formatet: <i>Hendelse/tilstand</i> kan føre til <i>virkning</i>)	Sannsynlighet	Konsekvens	Totalskår	Tiltaksbeskrivelse (Presis beskrivelse, gjerne punktliste)
1	Forsinkelser i innføring av regionale løsninger pga. manglende kapasitet/økonomiske rammer kan få konsekvenser for arbeidsprosesser og løsninger som er forutsatt	5	4	20	VVHF følger prosjektene tett og deltar med ressurser i kritiske prosjekter. Eventuelle avvik og forsinkelser rapporteres videre til ledelsen iht. avtalte rutiner.
2	Manglende kapasitet/økonomiske rammer i Sykehuspartner kan gi manglende leveranser og/eller fremdrift	4	4	16	Tett oppfølging av kundeplan og andre leveranser fra SP. VVHF har jevnlig møter med SP for å prioritere leveranser som er viktige for NSD.
3	Manglende kapasitet i VVHF kan gi forsinkelser eller mangler av leveranser	3	4	12	Styrket porteføljestyling av IKT-prosjekter i HSØ og VVHF for å gi bedre forutsigbarhet og oversikt over ressursbehov.
4	Mangelfull kontroll av teknisk arkitektur og avhengigheter mellom leveranser kan gi feil løsningsvalg, merarbeid og økte kostnader for senere faser.	3	3	9	Styrke kompetansen på teknisk arkitektur knyttet til VVHFs spesifikke situasjon og planer. VVHF har leid inn arkitektressurs fra SP.
5	Uklare ansvarsforhold og uavklart finansiering mellom HSØ, SP og VVHF kan medføre forsinkelser	2	3	6	



6 Vedlegg – Beskrivelse av prosjekter

Hentet fra prosjektstyringsverktøyet Clarity

Prosjekt	Clarity	Beskrivelse
RHF - Regional EPJ modernisering	PRJ09071	<p>Modernisering av EPJ-løsningen i Helse Sør-Øst har vært pauset i påvente av utredning av alternative angrepsmåter. Dette arbeidet er ferdigstilt, og det foreligger nå et gjennomføringskonsept som sikrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raskere overgang fra DIPS Classic til DIPS Arena • Økt endringsevne i Helse Sør-Øst for fremtidige oppgraderinger • Mer effektiv drift og forvaltning i Sykehuspartner HF
RHF - Regional løsning for helselogistikk	PRJ11251	<p>Helselogistikk handler om å ta tiden tilbake og å fjerne unødvendig venting for pasient og helsepersonell, på sykehuset. Ett mål er å kunne tilby tilsvarende løsninger som Sykehuset i Østfold tok i bruk ved åpning av nytt sykehus, Kalnes. Løsningene er svært etterspurt i regionen.</p> <p>Helselogistikk har anskaffet tre parallelle rammeavtaler på vegne av Helse Sør-Øst: (A) Innsjekk og betaling (B) Styring av pasientflyt og ressurser (C) Intern kommunikasjon og varsling på mobil. Anskaffelsen ble behandlet i styresak 110-2019 Anskaffelse av regional løsning for helselogistikk, desember 2019.</p> <p>Gjennomføringen ble besluttet i styresak 048-2021 Regional løsning for helselogistikk, plan for gjennomføring og kostnadsramme for prosjektet, april 2021. Prosjektet er i en første gjennomføringsfase, fase 3. Det leveres en installasjon av</p>

		<p>den regionale løsning og noe grad av utprøving av standardisert funksjonalitet på pilotlokasjoner. Sykehuset i Vestfold, Vestre Viken og Sykehuset Telemark prøver ut alle tre løsningsområder. Oslo universitetssykehus prøver ut løsningsområde A. Fasen ledes av regionalt prosjekt.</p> <p>I fase 4 vil løsningen utbredes og videreutvikles, og innebærer aktiviteter som legger til rette for utbredelse på pilotforetak, innføring for nye helseforetak og videreutvikling og lokale tilpassing av løsningen. Fasen ledes av Sykehuspartner.</p>
MTU/BTU-oppkoblinger / integrasjoner	PRJ14606	<p>HSØ skal gjennomføre en rekke byggeprosjekter, som innebærer anskaffelse av en omfattende mengde medisinskteknisk utstyr (MTU) fordelt på mange ulike utstyrskategorier. Mange utstyrsleveranser skal etableres i helseforetakets infrastruktur, etableres med mellomvare- og spesialistsystemer, og integreres med regionens og helseforetakets ulike fagsystemer.</p> <p>Formålet med utredningen er å standardisere integrasjoner for ulike utstyrskategorier mot ulike fagsystemer noe som vil kunne effektivisere leveranser, integrasjoner og forenkle drift.</p> <p>For å understøtte riktig bruk av utstyret og riktig håndtering av informasjon om pasienten, er det nødvendig å etablere føringer for hvordan slike integrasjoner skal etableres.</p> <p>Hvilke konsekvenser hvis idéen ikke gjennomføres? Lite effektiv levering av integrasjonsløsninger for MTU mot fagsystemer Kostnadsdrivende IKT-teknisk design og RoS av MTU-IKT-løsninger Kostnadskrevenne teknisk drift</p> <p>Hovedleveranser Standardiserte integrasjonsprofiler (IHE) pr utstyrskategori Oversikt over hvilke fagsystemer i IKT-planen som blir berørt og hvilken funksjonalitet dette innebærer Forslag til integrasjonsløsning med tilhørende arbeidsprosess (kliniske arbeidsprosesser) og iht. «Normen»* Underlag for å utarbeide en integrasjonsstrategi fagsystemer mot MTU Underlag for å sortere i utstyrskategorier og hensiktsmessige driftsmodeller</p>
RHF - Regional standard for integrasjon av medisinteknisk utstyr	PRJ08314	Etablert prosjekt basert på konseptutredning i PRJ14606.
VVHF - Adgangskontroll	PRJ09205	
RHF - Regionalt kostdatasystem (AIVO kjøkkenløsning)	PRJ09104	<p>Dette prosjektet er videre arbeid basert på konseptutredning prj06910 BP2-beslutning ble tatt 03.01.2022.</p> <p>Sykehusene i Helse Sør-Øst serverer hvert år omlag 6 millioner måltider til pasientene. Tallene er basert på totalt antall liggedøgn i Helse Sør-Øst: ca. 1,6 millioner liggedøgn med 3-4 måltider per døgn. Av disse må mer enn 30 prosent tilpasses for å imøtekomme ulike kostbehov, allergier, intoleranser og særskilte ønsker. Et kostdata-system skal sikre rett måltid til rett pasient til rett tid. Kostdatasystemet skal ha funksjonalitet for produksjons-planlegging, støtte til matproduksjon, menyplanlegging og bestilling fra meny, innkjøp, vareflyt og sporing av mat fra leverandør til pasient, bestilling av mat fra pasient og diett-oppskrifter for ernæringsfysiologer.</p>
Datanettverk (SP-STIM Nettverk - Modernisering av nett.)	PRJ09653	<p>Skal etablere en helhetlig og regional nettverksinfrastruktur som gir god kontroll, synlighet, sporbarhet og en god oversikt over utstyr og aktivitet på nettverket. Dette skal gi et sikkert og stabilt nettverk for tjenestene og brukerne og understøtte bruk av mobile tjenester.</p> <p>Dette inkluderer følgende planlagte tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> Etablere løsning for rask nettverksskalering Forbedre nettverkssikkerhet gjennom innføring av ny modell for dynamisk sikkerhetssegmentering, autentisering- og identifiseringsmekanismer

		<ul style="list-style-type: none"> Etablere løsninger som understøtter brukernes behov for mobilitet (BYOD)
SP-STIM 5G innendørs mobildekning	PRJ14932	
SP-STIM Regional telekom-plattform	PRJ09212	<p>HSØ har i 2018 en aldrende infrastruktur innen Telekom, preget av end-of-life komponenter og manglende helhetlige løsninger, spesielt på det totale tjenesteperspektivet. En konseptutredning gjennomført høsten 2017 identifiserte flere prosjekter som bør gjennomføres. Telekom prosjektet skal</p> <p>Etablere én regional telekom- og samhandlingsplattform som gir brukerne tilgang til de tjenestene de til enhver tid har behov for – på alle standard arbeidsflater. Følgende liste representerer planlagte tiltak, men er ikke uttømmende:</p> <p>Utbygging og utrulling av en regional telekom- og samhandlingsplattform (basert på IP-telefoni og Unified Communication).</p> <ul style="list-style-type: none"> - På basis av ny plattform skal det leveres nye løsninger for: Telefoni og samhandling - Etablere samhandlingsløsninger som ivaretar kommunikasjon internt i HSØ og med pasienter og pårørende - Regional katalogtjeneste inneholdende alle ansatte og roller med kontaktinformasjon - Regional meldingsintegrator <p>Standardisere, konsolidere og effektivisere alarmplattformen</p>
SP-STIM Felles plattform trinn 1 RAM	PRJ15123	<p>Prosjektet ble opprettet for å bistå med klargjøring av plattform for implementeringsprosjektet RAM på OUS. Bakgrunnen er at ny fremtidig plattform ikke vil være klar til å møte RAM sine behov for kjøremiljøer ifra Q3 - 2021. Dette prosjektet skal derfor bidra til at det blir tilgjengeliggjort en sikker plattform som kan være implementeringsprosjektet sitt kjøremiljø for de ulike tekniske miljøer som de har behov for gjennom prosjektet og i drift.</p> <p>Plattformen for kjøremiljøene vil basere seg på "Leveranseplattformen på SIKT" som er bygget på de rammer som SIKT gir basert på VMware Cloud Foundation teknologi.</p>
SP-STIM Felles plattform - trinn 2 hybrid skyplattform	PRJ09954	<p>Felles plattform skal etablere en felles, sikker regional infrastrukturplattform som skal muliggjøre regionale løsninger og deling av informasjon i hele behandlingkjeden, herunder tjenester, pasientinformasjon og tilrettelegging for pasientens helsetjeneste. Plattformen skal gi en god brukeropplevelse og støtte relevante bruksmønstre Felles, sikker plattform skal legge til rette for økt samhandling på tvers av helseforetakene.</p>
SP-STIM Tjenestemigrering	PRJ13669	<p>Prosjektet skal sørge for planlegging og gjennomføring av migrering av tjenester og applikasjoner fra dagens plattform til felles plattform. Migrering av applikasjonene er nødvendig for modernisert drift og forvaltning og for å få gevinst av ny felles plattform.</p> <p>Migreringen vil planlegges og gjennomføres i samarbeid med sentrale ressurser i helseforetakene og Sykehuspartner i linjeorganisasjon.</p> <p>Migreringsprosjektet er et svært omfattende og komplekst prosjekt. For å sikre et effektivt, sikkert og stabilt migreringsløp, er det nødvendig å bygge en tilstrekkelig «migreringsevne», understøttet av en migreringsorganisasjon med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse.</p>
SP-STIM Modernisering - Regional testplattform	PRJ13478	<p>Overordnet mål for IKT-infrastrukturmodernisering i Helse Sør-Øst er en standardisert, modernisert og sikker regional IKT-infrastruktur som understøtter foretaksgruppens behov for fleksible, effektive tjenester og innovasjon i helseforetakene, til beste for pasientbehandlingen.</p> <p>Prosjektet skal etablere og tilrettelegge løsninger på Felles regional plattform, en regional testplattform. Testplattformen skal være sikker, skalerbar og fleksibel, og det legges til rette for at Sykehuspartner HF kan tilby tjenester som understøtter regionens behov for utvikling, test og kurs (ikke-produksjon). I tillegg skal prosjektet sørge for implementasjon av helhetlig og optimalisert livssyklus håndtering og forvaltning av testplattformen basert på modernisert teknologi og løsninger.</p> <p>Hensikt med prosjektet er å:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • å etablere ett felles grensesnitt og gi helseforetakene enklere og raskere tilgang på miljøer og tjenester for utvikling, testing og kurs/utprøving – robuste forsyningslinjer. • å legge til rette for, samt levere miljø og tjenester som støtter utvikling, kvalitetssikring og kompetanseheving for leveranser av kliniske applikasjoner/funksjonalitet. • å legge til rette for, samt levere miljø og tjenester som støtter utvikling og testing/kvalitetssikring av infrastrukturkomponenter/elementer. • å legge til rette for at ulike aktører kan samarbeide både innenfor og utenfor regionen. • å styrke Sykehuspartner sin leveranseevne og tjenestekvalitet for tjenester for ikke-produksjon, slik at de kan være en bedre tjenestetilbyder og partner ovenfor helseforetakene. • å legge til rette for at Sykehuspartner får helhetlig oversikt og kontroll og styring, samt kan ivareta sikkerheten rundt bruken av tjenester for ikke-produksjon.
SP-STIM Mobilitet	PRJ13760	<p>Den overordnede driveren for prosjektet er å tilrettelegge for bruk av mobile enheter i pasientbehandling og for å støtte arbeidsprosessene på helseforetakene på en mer effektiv måte.</p> <p>Hensikten med prosjektet er:</p> <ul style="list-style-type: none"> - at helseforetakene opplever mobile enheter som et brukervennlig verktøy og bidrar til å gi kliniker mer tid til og ved pasientene. - å styrke Sykehuspartner sine leveranser og leveranseevne innenfor mobile enheter og mobile tjenester - gi informasjonssikkerhetsleder ved helseforetakene bedre oversikt over risikobildet for mobile enheter og mobile tjenester.
SP - SKM - Helselogistikk Sykehuspartner	PRJ09636	<p>Helse Sør-Øst er nå i gjennomføringsfasen av prosjektet RHF - Regional løsning for helselogistikk (PRJ1125) fase 3</p> <p>Sykehuspartner HF har fått ansvaret for å organisere gjennomføringen av videre bredding, innføring og utvikling av helselogistikk-løsningen til de resterende helseforetak (Helselogistikk fase 4).</p> <p>For å sikre rask fremdrift og gjennomføringskraft ble det derfor etablert et nytt prosjekt i Sykehuspartner, heretter kalt Helselogistikk Sykehuspartner, som skal bidra til å videreføre arbeidet med de tre løsningsområdene i helselogistikk.</p> <p>I henhold til mandatet skal prosjektet i sin planleggingsfase gjøre en omfangsvurdering knyttet til innføring, bredding og videreutvikling av løsningene, før det blir laget en plan for gjennomføring av godkjent omfang.</p> <p>Det er et uttalt mål at de leveranser som det er hensiktsmessig å legge til forvaltningsorganisasjonen, skal leveres som forvaltningsoppgaver fra linjeorganisasjonene i Sykehuspartner.</p>
RHF - Entydig strekkoding (GS1)	PRJ11794	<p>GS1 er vedtatt som en regional standard i Helse Sør-Øst. Det er gjennomført en konseptfase som anbefaler etablering av en rekke komponenter for å understøtte GS1. Disse komponentene som til sammen utgjør en «GS1-plattform» vil være underlagt regional styring og vil understøtte regionale målsetninger uttrykt i regional utviklingsplan.</p> <p>Hensikten med leveransene fra prosjektet er at alle de aktører som har behov for tjenester og kapabiliteter for automatisk identifikasjon og datafangst, lokalisering og hendelsesbasert sporing skal kunne etablere disse på en enhetlig og sikker måte.</p> <p>Dette involverer også aktører i sektorens ulike verdikjeder og myndighetsorgan, for eksempel leverandører, Direktoratet for -helse m.fl. Verdikjeder som berøres er sterilforsyning, legemiddelforsyning, vareforsyning, sporing av medisinsk utstyr, lokalisering av utstyr og personer, lukket legemiddelsløyfe, bygg og eiendomsforvaltning, medisinsk service, lukket prøvetakingsløyfe m.m.</p> <p>I sak 141-0616 vedtok ledergruppen i Helse Sør-Øst at "Regional standard automatisk identifikasjon og datafangst" at GS1 og ISBT128 skal være regional standard i hele foretaksgruppen. 10.9.2018 vedtok ledergruppen i Helse Sør-Øst</p>

		etablering av prosjekt for koordinere innføring av GS1 i Helse Sør-Øst. BP2 ble gjennomført i januar 2020 og BP3 ble gjennomført i oktober 2020.
RHF - Strategi og standard for bruk av multimedia	PRJ08464	Dette er videreføring av prosjekt basert på Konseptutredning i PRJ13987 BP2 besluttet 6. september 2021 av porteføljeansvarlig.
RHF - Digitalisering av eiendomsforvaltningen i Helse Sør-Øst	PRJ06913	<p>Nye digitale eiendomsadministrative- og driftstekniske systemer må legge til rette for effektiv og mer profesjonalisert drift av eiendomsporteføljen. Dette gjelder både ved eksisterende sykehuseiendommer og fremtidige sykehus som er i en utbyggingsfase.</p> <p>For å få til denne effektiviseringen i eiendomsforvaltningen er det bred enighet om at dette kan løses ved en digital plattform hvor data fra ulike eksisterende systemer knyttes sammen for å få til automatiserte arbeidsprosesser. Ved å knytte dette sammen i en regional løsning kan dette gi positive synergier som medfører at det blir et kollektivt løft i hvordan eiendommene forvaltes. Dette fører igjen til bedre vedlikeholdte eiendommer som igjen danner grunnlag for bedre pasientbehandling og økt trivsel for de ansatte, pasienter og pårørende.</p> <p>For eksisterende sykehus vil det å knytte eksisterende vedlikeholdssystem av bygninger og deres tekniske anlegg sammen med verktøy for energiforbruk, klassifikasjonssystem, oversikt over MTU-teknisk, arealoversikter danne</p>

Dato: 05.06.2023
Saksbehandler: Mette Lise
Lindblad

Saksfremlegg

ØLP – planforutsetninger og finansiering

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	63/2023	12.06.2023

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsene for innretning av ØLP 2024 – 2027 til foreløpig orientering, og ber administrasjonen ta med de innspill som fremkom i møtet.

Drammen, 5. juni 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Styret behandlet i møte i mai sak 47/2023 Styringsmål for ØLP 2024 – 2027. Endelig behandling av økonomisk langtidsplan vil skje i styremøtet i august. Behandlingen ble utsatt som følge av de signaler som ble gitt om nye bevilgninger i revidert nasjonalbudsjett 2023. RNB innebærer betydelige bevilgninger til helseforetakene, og derav endrede forutsetninger for økonomisk langtidsplan. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil behandle endrede planforutsetninger 21. juni 2023. VVHF er gjennom økonomidirektørmøtet i HSØ gjort kjent med hvordan bevilgninger vil foreslås fordelt til helseforetakene i regionen, og kan basert på dette gi anslag for hvordan dette vil slå ut på prognosen for 2023 og inngangsfarten i ØLP 2024 – 2025.

Saksutredning

Styret vil i møtet få fremlagt en presentasjon som redegjør for forventede endringer av prognosen for 2023, og de forutsetninger som med det vil påvirke økonomisk langtidsplan for 2024 – 2027.

Tilleggsbevilgningene gjelder kompensasjon for prisstigning både i 2022 og 2023, og gis med varig virkning. Dette påvirker den prisstigning som foretaket har lagt til grunn i beregningene av differanse mellom deflator i statsbudsjettet og prisregulering med byggindeksen for byggeprosjektet Nytt sykehus i Drammen. Styret vil få en oppdatert beregning av prisreguleringsdifferansen.

Videre vil det bli fremlagt en oversikt over forventet resultatutvikling i ØLP, samt hvordan foretaket planlegger å bygge opp driftsresultat før avskrivninger og finans (EBITDA) i tråd med forutsetningene som lå til grunn for vedtak om bygging av nytt sykehus i Drammen. En forbedret resultatutvikling vil bidra til å styrke foretakets finansieringsevne. Plan for økonomisk bærekraft i VVHF og gevinstrealisering NSD er avgjørende for at foretaket oppnår nødvendig resultatutvikling. Foretakets økonomiske resultater skal bidra til å kunne realisere planene for oppgradering av bygningene knyttet til Bærum, Ringerike og Kongsberg (BRK) i tråd med planen, og sikre iverksettelse av eiendomsplan PHR og PHT.

Administrerende direktørs vurderinger

Presentasjonen som vil fremlegges for styret i møte 12. juni gir styret en forberedelse på innretningen i ØLP 2024 – 2027 som skal behandles i august. Styrets innspill i møtet vil gi føringer for administrasjonens videre arbeid med å ferdigstille forslag til ØLP.

Administrerende direktør foreslår at styret tar saken til foreløpig orientering.

Dato: 05.06.2023
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD – revidert plan

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	64/2023	12.06.2023

Forslag til vedtak

1. Styret tar plan for økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD til etterretning, og ber om at dokumentet oversendes Helse Sør-Øst RHF.
2. Styret forutsetter at det arbeides videre med tiltak for å sikre at foretaket evner å betjene gjeld, og sikre nødvendige investeringer de kommende årene.
3. Planen legges til grunn for foretakets økonomiske langtidsplan 2024 – 2027 og kommende års budsjetter.
4. Administrerende direktør bes om å rapportere på fremdrift i planlegging og iverksettelse av tiltak, slik det er skissert i saksfremlegget.

Drammen, 5. juni 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I styremøte 14.3.2019 fattet styret i Helse Sør-Øst RHF følgende vedtak i sak 017-2019 (utdrag):

3. Styret konstaterer at det nye sykehuset ikke er økonomisk bærekraftig på prosjektnivå, men er avhengig av effektiviseringstiltak i hele Vestre Viken HF for å kunne gjennomføres. Videre konstateres det at Vestre Viken HFs arbeid med gevinstrealiseringsplaner ikke har kommet så langt som det er ønskelig for et forprosjekt.

På denne bakgrunn forutsetter styret at:

- a) Vestre Viken HF oppretter et organisasjonsutviklingsprosjekt og gjennom dette forbereder organisasjonen på endring, tilpasser arbeidsprosesser og oppnår positive resultater i forkant av innflytting slik at de økonomiske forutsetningene for utbyggingen innfris.*
- b) Vestre Viken HF utarbeider en detaljert gevinstrealiseringsplan og konkrete tiltak for å oppnå den nødvendige økonomiske utviklingen samtidig som kvaliteten i pasientbehandlingen opprettholdes. Planen skal inkludere bemanningsutviklingen i årene frem til ferdigstilling av bygget.*
- c) Styret ber om at det fremlegges en egen sak med resultatet av arbeidet under punkt 3 a) og b).*

Styret vedtok plan for økonomisk bærekraft og gevinstrealisering NSD ved sak 20/2020 i styremøtet i april 2020. Som følge av den økonomiske utviklingen i foretaket i forbindelse med, og etter pandemien, er det nødvendig med en revisjon av planen. Dette er i tråd med kravene fra HSØ i OBD for 2023:

«Helseforetak med regionalt prioriterte prosjekter i gjennomføringsfase skal oppdatere gevinstoversikter og øvrige økonomiske tiltak ved årlig rullering av økonomisk langtidsplan. Førstkommende år fra økonomisk langtidsplan skal innarbeides i årsbudsjett, og rapporteres i helseforetakets tertialvise rapportering. Oppdatering av gevinstoversikter skal vises som endringer mot forprosjektets gevinstrealiseringsplan, med forklarende kommentarer. Helseforetaket må føre endringslogg for hvert enkelt prosjekts gevinstrealiseringsplan.»

Saksutredning

Realisering av gevinster fra den opprinnelige planen er ikke i samsvar med forutsetningene. Den økonomiske utviklingen er forverret, og det er behov for en driftsforbedring tilsvarende 400 – 500 MNOK. Tilleggsbevilgninger gjennom RNB 2023 bedrer situasjonen noe, men med fortsatt høy prisvekst vil utfordringene være betydelige.

Et særlig kjennetegn ved dagens situasjon er sviktende tilgang på kvalifisert personell. Dette er en vesentlig endring som er tilkommet etter pandemien, og gjelder hele sektoren. Kombinert med høyt sykefravær innebærer dette at ledere har store utfordringer med å sikre tilstrekkelig bemanning. Dette medfører ledige vakter som må dekkes, og opplevelse av

høyt arbeidspress. Slik oppstår det en ond sirkel, som det blir viktig å finne gode tiltak for å bryte.

Samtidig har brutto årsverk økt hvert eneste år, og ligger over budsjett. Effekten av det høye sykefraværet forklarer en del av denne økningen, men ikke hele bildet. Det er behov for en systematisk gjennomgang av hele virksomheten, og standardisere arbeidsprosesser og bemanningsmodeller. Teamarbeid og oppgavedeling vil være viktige grep. Vestre Viken HF har oppnådd gode resultater på forbruk ekstern innleie. Tilsvarende tilnærming vil kunne være anvendbar også i arbeidet med ressursplanlegging.

Ventetider er økt som følge av avvikling av ekstraordinær poliklinikk og fritt behandlingsvalg. Til tross for dette kan Vestre Viken fortsatt dokumentere god kvalitet i pasientbehandling, og ventetider og fristbrudd er blant de laveste i HSØ. Det er allikevel helt nødvendig å tenke nytt, og finne løsninger som er bærekraftig på sikt, både økonomisk og kvalitativt. Det virtuelle sykehuset og brukerstyrt tjenesteutvikling er en viktig del av dette.

En forutsetning for utvikling er en drift i økonomisk balanse, slik at også nødvendige investeringer kan sikres. Vedlagte dokument redegjør for en revidert plan for å sikre økonomisk bærekraft og realisering av gevinster knyttet til NSD. De opprinnelige planene for gevinstrealisering knyttet til NSD er videreført. Hovedinnretningen i nye tiltak handler om organisering og planlegging av driften på en varig og bedre måte. Dette omfatter standardisering, teamarbeid og oppgavedeling, digital transformasjon og strukturelle tiltak. Beløpsmessig er planen foreløpig estimert å gi driftseffektiviseringsgevinster for vel 400 MNOK. Beløpet er målsatt gevinst, og i takt med at planer konkretiseres vil gevinstmål forankres med gevinsteiere. Det er fortsatt behov for å utrede ytterligere tiltak for å sikre fremtidig økonomisk bærekraft. For å sikre god fremdrift i gjennomføring av planene er det etablert et sentralt ressursteam. Leder av teamet er engasjert for tre år, og rapporterer til administrerende direktør. Utover leder består teamet av prosjektkontoret, og støttes av ressurser fra andre stabsområder i prosjektene som planlegges.

Ressursteamet vil være ansvarlig for oppfølging av fremdrift for hele planen, men vil først og fremst støtte i gjennomføring av endringstiltak i somatiske klinikker og innenfor stab/ støtte. I klinikkene PHR, PHT, KMD og KIS er det etablert konkretiserte planer der klinikkene har eget støttepersonell til gjennomføring og oppfølging. I tillegg bidrar støttepersonell fra sentrale staber.

Deler av arbeidet er allerede godt i gang. Flere områder må prosjekteres ytterligere, og utarbeide milepælsplaner som gir et egnet verktøy for oppfølging. Arbeidet med å definere egnede KPI'er pågår, slik at oppnådde resultater kan bli dokumentert fortløpende. Dette vil legges til grunn for fremtidig rapportering. Rapporteringen på gevinstplanen vil inngå som en del av tertialrapporteringen, i tillegg til løpende rapportering i forbindelse med administrerende direktørs driftsorienteringer for styret.

Administrerende direktørs vurderinger

Vestre Viken HF har en stor oppgave foran seg for å sikre resultatoppnåelse i tråd med forutsetningene for bygging av nytt sykehus i Drammen. Den opprinnelige gevinstplanen var i seg selv ambisiøs. Vestre Viken HF har levert resultater i tråd med forutsetningene frem til pandemien inntraff i 2020. Etter tre år med pandemi, der ekstraordinære omstendigheter medførte at aktiviteten ble lavere og kostnadsnivået høyere, er det behov for å revidere denne planen.

Dokumentet som omfatter økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplanen for NSD, skal gjøre det mulig å følge resultatoppnåelsen, både for ledere og styret. Arbeidet vil kreve mye av hele organisasjonen, og mye lederkraft. For å støtte førstelinjelederne er det etablert et ressursteam. Målene må være kjent og akseptert i hele organisasjonen. Det forutsetter åpenhet i informasjon og kommunikasjon, og tett medvirkning fra tillitsvalgte og vernetjeneste i alle deler av arbeidet.

Etter pandemien er det flere forhold som er vesentlig endret, der det viktigste er sviktende tilgang på helsepersonell og vedvarende høyt sykefravær. Begge deler kan påvirkes ved å styre, lede og organisere arbeidet på en slik måte at arbeidsdagene oppleves som overkommelige, og at man er satt i stand til å mestre oppgavene. I dette ligger arbeidstidsplanlegging, oppgavedeling og teamarbeid satt i system. Bruk av personellbesparende teknologi, og inkludering av brukere og pårørende er også en viktig del av løsningen. Vi er i en situasjon der utvikling og nytenking er om mulig enda viktigere enn før. Vi er nødt til å tenke både kort- og langsiktig, og den reviderte planen for økonomisk bærekraft gjenspeiler det.

Investeringsnivået har måttet reduseres de siste par årene, som følge av de økonomiske resultatene. Dette er ikke bærekraftig hvis vi skal fortsette å utvikle oss. Fremtidig økonomisk bærekraft vil bli målt gjennom utvikling i EBITDA i samsvar med den opprinnelige forutsetningen for bygging av NSD. Dette vil kreve driftsforbedringer tilsvarende 400 – 500 MNOK i de nærmeste årene. Økt styringsramme for NSD er redegjort for i styresak 47/2023 om styringsmål for ØLP.

Styret skal behandle økonomisk langtidsplan for 2024 – 2027 i august 2023. Styret i HSØ vil 21. juni 2023 behandle forslag til fordeling av tilleggsbevilgninger fra RNB 2023. Foretaket er gjort kjent med forslagene som vil fremlegges for styret i HSØ, og arbeider videre med en oppdatering av ØLP basert på dette. Det tas forbehold om Stortingets vedtak av RNB, samt HSØ styrets vedtak av fremlagt forslag fra administrasjonen. Basert på dette vil VVHF i styremøtet gi en redegjørelse for hvordan den økonomiske situasjonen ser ut på lengre sikt.

Erfaringen tilsier at realisering av gevinster ikke alltid skjer like raskt som forutsatt i planverket, og at det vil være risiko for at de blir lavere enn forutsatt. Det er derfor nødvendig å ta høyde for dette når planene legges. Dette vil administrerende direktør komme tilbake til styret med i forbindelse med behandlingen av budsjett 2024.

Administrerende direktør har etablert fast oppfølging i foretaksledelsen, og med tillitsvalgte og vernetjenesten i de regelmessige dialogmøtene. Styret vil bli holdt løpende orientert om

fremdrift i prosjektene, både for ferdigstillelse av planer og i oppfølging av realisering av planene. Dette vil inngå som en del av driftsorienteringene til styret, i tillegg til statusrapport vedlagt de tertialvise virksomhetsrapportene. Rapporteringen vil innrettes etter hovedområdene standardisering, team – og oppgavedeling, digital transformasjon og strukturelle tiltak. Styret vil i seminardelen av styremøtet bli orientert om nærmere om dette arbeidet.

Administrerende direktør ber styret ta planen for å sikre økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealisering NSD til etterretning, og ber om at planen oversendes Helse Sør-Øst RHF.

Vedlegg:

1. Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD – revidert plan
2. Effekter av ARP tiltak innen PHR



Revidert plan for økonomisk bærekraft i Vestre Viken HF og gevinstrealisering NSD

5. juni 2023

Innhold

1. INNLEDNING	3
1.1. BAKGRUNN	3
1.2. KRAV TIL ØKONOMISKE RESULTATER	4
2. ORGANISASJONSUTVIKLING	5
2.1. LEDEROPPFØLGING.....	5
2.2. MEDARBEIDERE	6
2.3. UTDANNING	6
3. GEVINSTREALISERING NYTT SYKEHUS I DRAMMEN	7
4. TILTAK FOR Å SIKRE ØKONOMISK BÆREKRAFT I VVHF	9
4.1. SOMATISK VIRKSOMHET.....	9
4.1.1. REORGANISERING AV TEAM OG OPPGAVEDELING	9
4.1.2. RESSURSPLANLEGGING VED SOMATISKE SENGEPOSTER	11
4.1.3. DRIFT/ ORGANISERING POLIKLINIKK	12
4.1.4. SYKEHUS I NETTVERK, SMÅ OG SÅRBARE FAGOMRÅDER	13
4.1.5. RIKTIG BRUK AV BILDE- OG LABORATORIETJENESTER	14
4.2. LAB -AUTOMASJON PÅ TVERS AV HF	15
4.3. PSYKISK HELSE OG RUS	15
4.4. KOST/NYTT KNYTTET TIL TEKNOLOGI.....	20
4.4.1. KUNSTIG INTELLIGENS	21
4.4.2. DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING	22
4.4.3. HELSELOGISTIKK	22
4.5. INNKJØPSRUTINER.....	23
4.5.1. RUTINER FOR MEDIKAMENTBYTTER.....	25
4.6. KIS, INKL. AREAL, LOGISTIKK OG VAREFORSYNING, OPPGAVEDELING	27
4.7. EFFEKTIVISERING STAB/ STØTTE	28
4.8. STRUKTURELLE TILTAK.....	29
5. OPPSUMMERING	30
6. RISIKOVURDERING.....	32

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

Styret i Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) besluttet å bygge nytt sykehus i Drammen i styremøte 14.3.2019, sak 017-2019. Vedtaket inneholdt også følgende:

Utdrag fra vedtak i sak 017-2019:

3. Styret konstaterer at det nye sykehuset ikke er økonomisk bærekraftig på prosjektnivå, men er avhengig av effektiviseringstiltak i hele Vestre Viken HF for å kunne gjennomføres. Videre konstateres det at Vestre Viken HFs arbeid med gevinstrealiseringsplaner ikke har kommet så langt som det er ønskelig for et forprosjekt.

På denne bakgrunn forutsetter styret at:

- a) Vestre Viken HF oppretter et organisasjonsutviklingsprosjekt og gjennom dette forbereder organisasjonen på endring, tilpasser arbeidsprosesser og oppnår positive resultater i forkant av innflytting slik at de økonomiske forutsetningene for utbyggingen innfris.
- b) Vestre Viken HF utarbeider en detaljert gevinstrealiseringsplan og konkrete tiltak for å oppnå den nødvendige økonomiske utviklingen samtidig som kvaliteten i pasientbehandlingen opprettholdes. Planen skal inkludere bemanningsutviklingen i årene frem til ferdigstillelse av bygget.
- c) Styret ber om at det fremlegges en egen sak med resultatet av arbeidet under punkt 3 a) og b).

På dette grunnlag utarbeidet Vestre Viken HF (VVHF) en plan for å sikre økonomisk bærekraft i hele foretaket og realisering av gevinster som var forbundet med nytt sykehusbygg i Drammen. Planen ble behandlet gjennom flere møter i styret, og endelig godkjent i styremøtet i april 2020. Siden dette har rapportering på planen vært en del av den tertialvise virksomhetsrapporteringen. Pandemien satte mye av arbeidet med tiltak i bero, og oppnådde effekter er pr. utgangen av 2023 utgjør 103 MNOK av målet på 187 MNOK for perioden. Samlet plan beløp seg til 379 MNOK (2020 kroneverdi). Parallelt har pandemien medført en betydelig vekst i brutto bemanning, og et vesentlig høyere nivå på sykefravær enn tidligere år. Ved utgangen av 1. tertial 2023 har foretaket om lag 300 månedsværk over budsjett. Sett mot en mer ordinær sykefraværspersent på 7,5% utgjør det høyere sykefraværet (8,9%) 113 av disse månedsværkene. Det betyr at det er de resterende 187 månedsværkene det skal finnes tiltak for i budsjett 2023. Aktiviteten har også vært ustabil i perioden. Det skyldes både nødvendig nedjustering som følge av sykefravær eller smittetiltak, og uforutsette endringer i pasienttilstrømningen. Dette har gitt negative effekter på foretakets inntektsside, noe som medfører at realiserede effekter ikke blir synlige på bunnlinjen.

Driftssituasjonen er gjennom og etter pandemien vesentlig endret. Tilgangen på helsepersonell er langt mer utfordrende enn tidligere. Det er større konkurranse om arbeidskraften, og turnover er høyere enn tidligere. Særlig de med kort ansiennitet ser ut til å bli kortere perioder i spesialisthelsetjenesten. Det høyere sykefraværet forverrer denne situasjonen. Samtidig har det vært en betydelig økt prisvekst, som inntil RNB (revidert nasjonalbudsjett) i 2023 ikke er blitt kompensert. De økonomiske resultatene de siste tre årene har vært betydelig lavere enn forutsetningen som lå til grunn for planen som styret godkjente i 2020.

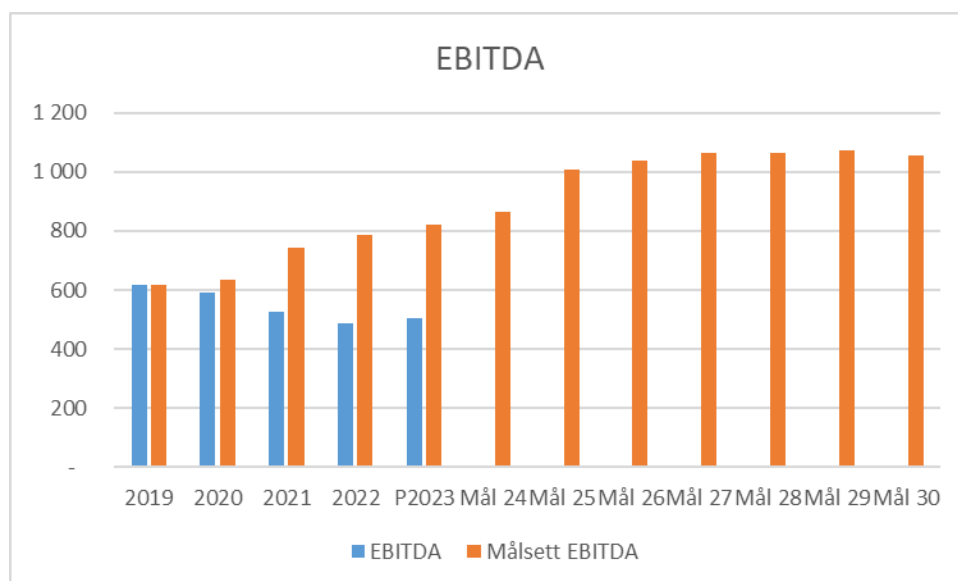
Foretaket har derfor funnet det nødvendig å revidere planen, og fremlegge nye tiltak for å sikre fortsatt økonomisk bærekraft. Planen skal sikre at foretaket oppnår forutsetningen om egenfinansiering av nytt sykehusbygg i Drammen, herunder evne til å pleie låneopptaket i forbindelse med anskaffelsen, og for samtidig å sikre at foretaket er i stand til å vedlikeholde og utvikle øvrig bygningsmasse og drift. Det gjelder sykehusene Bærum, Ringerike og Kongsberg, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling utenom sykehusnivå, samt ambulansestasjoner omkring i foretakets opptaksområde.

1.2. Krav til økonomiske resultater

Forprosjektrapporten for NSD ble vedtatt i 2019 og la til grunn følgende utvikling i EBITDA (resultat før avskrivninger og finanskostnader):

EBITDA	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	2 028	2 029	2 030
EBITDA-margin (Øvrige)	5,22 %	6,23 %	6,49 %	7,19 %	7,42 %	7,69 %	7,42 %	7,64 %	8,89 %	8,98 %	8,85 %	8,89 %	8,70 %
EBITDA-margin (NSD)	5,21 %	6,27 %	6,16 %	6,24 %	5,94 %	5,76 %	6,94 %	9,41 %	8,41 %	8,76 %	8,90 %	9,03 %	8,97 %
EBITDA-margin	5,22 %	6,25 %	6,34 %	6,77 %	6,76 %	6,84 %	7,21 %	8,42 %	8,68 %	8,88 %	8,87 %	8,95 %	8,82 %

Det vises til redegjørelser i styresak 47/2023 om styringsmål for økonomisk langtidsplan 2024 – 2027. Saken redegjør for kravene til driftsmargin og de avvik som forventes pr. utgangen av 2023, basert på faktiske resultater for perioden 2020 – 2022 og prognose for 2023. Med RNB 2023 vil prognosen for 2023 endres noe. Uavhengig av dette er den underliggende drift i foretaket på et vesentlig høyere netto kostnadsnivå enn det forutsetningen for iverksettelse av byggingen av NSD la til grunn, samt for å kunne ha en bærekraftig økonomi de kommende årene og sikre nødvendige investeringer.



Kravene til økonomiske resultater innebærer en driftsforbedring tilsvarende om lag 200 MNOK i 2024 og ytterligere 200 MNOK i 2025/ 2026. Det må derfor planlegges med tiltak som kan gi driftsforbedringer med om lag 400 – 500 MNOK i årene 2024 til 2026, sett ut fra dagens økonomiske situasjon. Dette vil kreve betydelig omstilling og nytenking i hele organisasjonen I tillegg til gjennomgang av driften i hver enkelt klinikk er det nødvendig å vurdere mer strukturelle tiltak..

2. Organisasjonsutvikling

Forventningene fra pasienter, brukere og samarbeidspartnere blir stadig høyere, både med tanke på kvalitet og tilgjengelighet. Samtidig blir bemanningsutfordringene stadig mer tydelige. Dette krever at foretaket investerer tid og ressurser i å utvikle organisasjonen. De fremtidige bemanningsutfordringene vil kreve betydelige endringer i arbeidsprosesser.

Nytt sykehus i Drammen medfører en omfattende organisatorisk prosess, men også en mulighet til å tenke nytt og utfordre dagens praksis på flere områder. Funksjoner med identifiserte synergier vil så langt mulig legges i nærheten av hverandre. Mottaksprosjektet VV-NSD skal legge til rette for, og sikre linjeorganisasjonens arbeid med å utarbeide driftseffektive arbeidsprosesser for å skape helhetlige og trygge pasientforløp. I tillegg skal arbeidet sikre tilpasning av driften til nytt bygg, klargjøre de ansatte for innflytting i nytt sykehus og sikre god overgang fra prosjekt til drift.

Mottaksprosjektet for nytt sykehus er også ansvarlig for å sørge for at det blir startet en rekke delprosjekter innen organisasjonsutvikling for å sikre best mulig organisering og arbeidsflyt i nytt sykehus. Store deler av foretakets organisasjon er involvert i disse prosjektene.

Et nytt og moderne sykehus kan bidra til å gjøre oss attraktive hvis vi evner å få dette til på en god måte. Det er etablert flere team og arenaer for å bistå og støtte klinikkene som skal inn i nytt sykehus med å gjennomføre de forberedelsene og delprosjektene som kreves, og det legges opp til læring og erfaringsdeling i hele foretaket.

2.1. Lederoppfølging

Helhetlig system for lederoppfølging skal bidra til å sette ledere på ulike nivåer i stand til å utøve god ledelse. Alle nye ledere gjennomfører grunnopplæring innen det første året. For mer erfarne ledere tilbys programmer innen personlig lederskap og strategisk ledelse. I 2023 iverksettes mentorprogram for ledere.

Kontinuerlig forbedring er en del av foretakets kultur og arbeidsform. Det utvikles et eget opplæringsprogram tilpasset ledere for å gjøre lederne i stand til å bruke metodikken for kontinuerlig forbedring for å oppnå varige resultater

Foretaket arrangerer to samlinger for ledere på nivå 1-3 og en samling for ledere på nivå 1-4 hvert år. Disse samlingene bygger opp under en felles kultur i foretaket og tematiserer utfordringer alle ledere står i som berører virksomhetsstyringen.

Det er etablert lederavtaler med alle ledere hvor målene er forankret. Avtalene følges opp månedlig. Enhetlig ledelse er implementert på nivå 3. I forbindelse med etablering av tverrfaglige team må dette vurderes også for nivå 4.

2.2. Medarbeidere

Medarbeidere er foretakets viktigste ressurs. Det arbeides kontinuerlig for å sikre tilstrekkelig bemanning med rett kompetanse til å utføre oppgavene. Det må legges til rette for kompetanseutvikling, faglige karriereveier og utviklingsmuligheter for medarbeidere i alle yrkesgrupper. I 2023 innfører Vestre Viken et ledermobiliseringsprogram som skal bidra til at flere velger ledelse som karrierevei.

Fremover må det arbeides mye mer i tverrfaglige team, kompetanse må deles på tvers, ny kunnskap må tas raskere i bruk, og teknologi må utnyttes i større grad. Det gjelder både ny teknologi og å ta i bruk teknologi som allerede er tilgjengelig.

Vestre Viken ønsker å være en attraktiv arbeidsgiver som har tilstrekkelig tilgang på dyktige medarbeidere for å løse sine oppgaver. Målet er å rekruttere og beholde kompetanse, samt redusere turnover og sykefravær.

Tilgangen på enkelte yrkesgrupper vil bli en knapphet fremover, samtidig som behovet for helsetjenester vil øke. Det oppleves allerede utfordringer med å rekruttere innen enkelte yrkesgrupper, samt å beholde kompetent personell. Spesielt kan det nevnes at vi ser en høy turnover blant sykepleiere på sengepost. Samtidig er sykefraværet i Vestre Viken på et høyt nivå. Begge deler kan påvirkes ved å styre, lede og organisere arbeidet på en slik måte at arbeidsdagene oppleves som overkommelige, og at man er satt i stand til å mestre oppgavene. Dette innebærer at arbeidstidsplanlegging, oppgavedeling og teamarbeid er satt i system. Det er igangsatt ulike tiltak med mål om å redusere sykefravær og sikre et godt arbeidsmiljø. Psykologisk trygghet og mestring i arbeidshverdagen vil kunne bidra til at Vestre Viken skal være en attraktiv arbeidsplass. For å oppnå en hensiktsmessig fordeling av arbeidsoppgaver gjennom hele døgnet og uka hele året kreves det systematikk og standardisering. Det må tas utgangspunkt i oppgavene som skal løses når teamet skal settes sammen og ansvaret skal fordeles på ulike yrkesgrupper. Dette vil bidra til utvikling og trygghet for den enkelte ansatte, og bidra til overskudd og arbeidsglede i hverdagen (Joy in Work). Medvirkning fra tillitsvalgte og vernetjeneste på alle nivåer er avgjørende for å gjennomføre denne nødvendige omstillingen.

2.3. Utdanning

Utdanning er viktig både med hensyn til omdømme, rekruttering av nye medarbeidere, og for å beholde kvalifiserte og dyktige medarbeidere. Helsepersonellkommisjonens rapport beskriver økt behov for blant annet sykepleiere, spesialsykepleiere og helsefagarbeidere i sykehusene i årene fremover. Per i dag oppleves det vanskelig å rekruttere spesialsykepleiere, for eksempel innen operasjon og intensiv. Det er behov for både kortsiktige og langsiktige tiltak for å rekruttere ansatte med rett kompetanse inn i nevnte yrkesgrupper. Selv med en endret oppgavedeling og en forventet medisinsk- og teknologisk utvikling, vil det være et økt behov for helsepersonell.

VVHF har samarbeidsavtale med flere utdanningsinstitusjoner; Universitet i Sør-Norge (USN), OsloMet, LDH og VID og i noen sammenhenger NTNU / Gjøvik. Det er også etablert samarbeid med aktuelle videregående skoler i Viken. Det vil bli et tettere samarbeid med Fagskolen i Viken i løpet av kort tid med tanke på videreutdanning av helsefagarbeidere.

Det arbeides aktivt med å øke antall lærlinger både i helsearbeiderfaget og andre relevante lærefag. I første omgang vil gruppen helsefagarbeiderlærlinger prioriteres. Det tilrettelegges for å kunne tilby flere sykepleiestudenter praksisperioder av god kvalitet, og det opprettes flere utdanningsstillinger innen anestesi-, intensiv-, operasjon-, barnesykepleie samt nyfødtsykepleie. I tillegg har foretaket også utdanningsstillinger for sykepleiere som gjennomfører jordmorutdanning.

Arbeidet med kvalitetsreformen for ny utdanning av leger i spesialisering (LIS) fortsetter i hele foretaket. Gode og effektive utdanningsløp for LIS er viktig for å gjøre VVHF til et attraktivt utdanningssted, og et framtidig arbeidssted som spesialist.

VVHF tar i bruk nye teknologiske løsninger som gir bedre og mer effektive helsetjenester innen stadig flere områder. Dette medfører at det er behov for ny digital kompetanse for medarbeidere, både i forbindelse med innføring av nye løsninger og for å få tatt ut gevinster gjennom effektiv bruk. Tiltak for økt digital kompetanse vil ses i sammenheng med Sykehuspartners rolle som regional tjenesteleverandør av IKT-tjenester, og regionalt opplæringsprogram i digital kompetanse utviklet av Helse Sør-Øst RHF.

VVHF bruker Kompetanseportalen til opplæring for alle yrkesgrupper, og har ved det et verktøy som vil bidra til en systematisk kartlegging av fremtidig kompetansebehov. Ledere kan på en effektiv måte følge opp ansatte med hensyn til gjennomføring av tildelte kompetanseplaner. Kompetanseportalen benyttes også til å dokumentere oppnådde læringsmål hos lærlingene, og ikke minst i LIS-utdanningen.

3. Gevinstrealisering nytt sykehus i Drammen

Mottaksprosjektet for NSD har etablert delprosjekter for de virksomheter som skal inn i NSD. Delprosjektene utreder endringsbehov og er ansvarlig for å utrede gevinster som lå til grunn for planen som ble vedtatt i 2020. Denne planen prisjusteres i takt med deflatorjusteringen av statsbudsjettet og var forutsatt å realisere følgende gevinster:

Samlet gevinstplan (TNOK)	2 024	2 025	2 026	2 027	2 028	2 029	2 030	Sum 2024 - 2030
Gevinster NSD								
NSD - DS Lønnskostnader		1 200	2 260	2 820	2 800	1 700	1 700	12 480
NSD - KIS Lønnskostnader		3 350	3 050	300				6 700
NSD - Teknologi (avd 942)		3 750	3 400	340				7 490
NSD - KMD Lønnskostnader	1 280	150	5 100	4 280	4 340	4 400	3 650	23 200
NSD - Admin og merkantil Drammen	6 450	12 900	6 450	-	1 290	1 290	-	28 380
NSD - PHR ARP Lønnskostnader	4 580	1 900	1 900	1 900	-	-	-	10 280
Sum gevinster knyttet til NSD	12 310	23 250	22 160	9 640	8 430	7 390	5 350	88 530

Gevinster knyttet til bygging og innflytting i nytt sykehus, vil iht. den gevinstplanen i hovedsak gi effekt fra klinisk ibruktakelse i 2025. Kun innenfor Klinikk medisinsk diagnostikk (KMD), PHR og kontortjenesten ved Drammen sykehus, er det definert gevinster før innflytting. Pr. 2023 var det i hht. den opprinnelige planen forventet realisering av gevinster

for 27 MNOK, hvorav kun 2 MNOK er realisert. Gevinstmålene i tabellen overfor ligger til grunn for forventning til effektiviseringsgevinster i delprosjektene. For Teknologi er gevinsten i den opprinnelige planen knyttet til effektivisering av MTU forvaltningen. Her fremkommer det at bemanningen allerede er på nivået som ligger til grunn for gevinstplanen for NSD og dette må derfor tas ut av planen. For KMD vises det til effekter av å ta i bruk kunstig intelligens som er omtalt under pkt. 4.4.1. For PHR vises det til eget avsnitt om omstillinger innen denne klinikken under pkt. 4.2. Administrativ og merkantile tjenester er omtalt under kontortjenesten nedenfor. Grunnet forskjøvet fremdriftsplan for full drift i NSD, vil effekten av forventede gevinster reduseres noe i 2025.

Den største andelen av delprosjektene er avsluttet eller i ferd med å avsluttes innen utgangen av 1. tertial 2023. Arbeidsgruppene utreder god pasientflyt og effektive arbeidsprosesser tilpasset det nye sykehuset. Enkelte delprosjekter rapporterer avvik på tid, men Mottaksprosjektet rapporterer at det er kontroll på aktivitetene og at arbeidet med delprosjektene ferdigstilles ila. 2023 som planlagt.

Erfaringen fra gjennomføringene av de første delprosjektene, viser at det er store avhengigheter mellom de enkelte delprosjektene og at det derfor per nå er utforende å beregne kvantitative gevinster på det enkelte delprosjekt. I neste fase vil delprosjektene ses i sammenheng og effekten av nye arbeidsprosesser og oppgavedeling konkretiseres. Derved vil de økonomiske gevinstene innen den enkelte klinikk og totalt for NSD kvantifiseres. Kvalitative og kvantitative gevinster er derfor i liten grad markert i tabellen nedenfor.

Portefølje: VVHF - NSD - Pågående prosjekter

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

Navn	Eier	Leder	Fase	Resursar	Tid	Omfang	Risiko	Kvalitativ Gevinst	Kvantitativ Gevinst
TVERRIGÅENDE									
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 - Bildeagnostikk	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. Håkull	Grinde, Mari Kristine	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - PHR Driftskonsept ARA/TSB	Oskarsen, Halstein	Kuvene, Jonas	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - PHR Driftskonsept områdeeksjoner BUPA	Taksrud, Heidi	Hilden, Børre	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆
VVHF - NSD - PHR Driftskonsept Spesialpsykiatri	Gravdal, Tina	Haga, Bård Rime	Utredning	◆	◆	◆	◆	◆	◆

Fremtidens kontortjeneste

Gevinstene knyttet til administrasjon og merkantil tjeneste er i gjeldende gevinstplan for NSD knyttet til innføring av Helselogistikk. Gevinster innen dette området er i ettertid overført til prosjektet *Innføring av Helselogistikk i Vestre Viken*. Ytterligere gevinster knyttet til Fremtidens kontortjeneste, vil derfor komme som nye gevinster ut over tidligere angitt gevinstplan. Del 2 av prosjektet gjennomføres første halvår 2023, med spesielt fokus på fire områder: Forbedret timeplanlegging

1. Tilby riktig informasjon til pasienter til rett tid

2. Oppgaveglidning av helsetjenester
3. Organisering av tverrseksjonelle kontorteam for bedre koordinering av pasientflyt på tvers

Målet med arbeidet, er å sikre et godt forankret kunnskapsgrunnlag for å kunne lykkes med å nyttiggjøre endringene og realisere gevinstene på kort sikt.

Del 3 av prosjektet, som omhandler implementering og bredding, starter opp høsten 2023.

Øvrige gevinstområder

For øvrige gevinstområder, som tidligere er definert under Gevinstplan NSD, er gevinstområdene inkludert i den enkelte klinikk sin gevinstplan for å sikre rapporter en gang.

4. Tiltak for å sikre økonomisk bærekraft i VVHF

4.1. Somatisk virksomhet

Tiltak	Forventet kontantstrøm i MNOK			
	2024	2025	2026	Totalt
Reorganisering sengeposter – team og oppgavedeling	45	45		90
Reorganisere ressursplanlegging	18	18		36
Drift og organisering poliklinikk	4	5	6	15
Sykehus i nettverk – organisering små fagmiljøer	2	2	2	6
Prioritering - riktig bruk av BILDE og LAB tjenestene	10	10	10	30

Ett av de viktigste målene for Vestre Viken er å sikre nok personell med rett kompetanse. Samtidig er det nødvendig å redusere kostnader ved drift av både sengeposter og poliklinikker. Bedre planlegging og organisering av driften er derfor nødvendig. Forbruk av tjenester fra lab og bilde fremstår ikke som standardisert, og bedre tilgang på styringsdata vil benyttes til evaluering av forbruket. I tillegg ses det nærmere på små vaktlinjer med sikte på mer optimal organisering for å unngå sårbare fagmiljøer og sikre likeverdig pasienttilbud uavhengig av pasientens bosted. Ved naturlig avgang må det ses på muligheter for å omgruppere oppgaver, og vurdere hvilken kompetanse som skal til for å utføre oppgavene.

Prosjektene som skal iverksettes i de somatiske klinikkene har som mål å ivareta et godt arbeidsmiljø, redusere sykefravær, AML-brudd og turnover ved at Vestre Viken omorganiserer driften ved sengepostene og forbedrer planlegging av ressursbruk i sengeposter og poliklinikk.

4.1.1. Reorganisering av team og oppgavedeling

De somatiske klinikkene har/vil starte arbeidet med å se på organisering av sengeposter. Det er et mål å utvikle sengepostene fra dagens profesjonsrettede organisering til tverrfaglige team, med teamledere på alle skift, tavlemøter og prioriteringsstøtte. Teamorganisering vil omfatte hvordan leger, sykepleiere og annet støttepersonell skal organiseres og jobbe

sammen, og kan bestå av leger, sykepleiere, personell fra KMD (lab, røntgen, etc.) og logistikk personell fra KIS (portører, matsservering, forsyning/logistikk og service sengeposter).

Når man etablerer team er det nødvendig å endre oppgavedeling og personell-sammensetning. Det er et mål å etablere en godt planlagt arbeidsdag, standardiserte arbeidsprosesser, og muliggjøre en større fleksibilitet og smidighet i organisasjonen. Arbeidet med oppgavedeling mellom yrkesgrupper er intensivert, og mange prosesser er startet i klinikkene. Det er startet en prosess for å få på plass en overordnet prosedyre for oppgavedeling i Vestre Viken. Prosedyren forventes å være på plass snarlig. Helse Sør-Øst starter høsten 2023 et oppgavedelingsprosjekt basert på kontinuerlig forbedringsmetodikk, herunder læringsnettverk, som vil gå over ett år. Fire seksjoner i Vestre Viken deltar.

Dette er viktige virkemidler for å gjøre bedre bruk av tilgjengelig kompetanse og kapasitet. Det er vel kjent at tilgangen på enkelte yrkesgrupper vil bli en knapphet fremover, herunder spesialutdannede sykepleiere og sykepleiere generelt, samt helsefagarbeidere og andre arbeidsgrupper innenfor helse og omsorgssektoren. Samtidig vil behovet for helsetjenester øke i årene som kommer.

Eksempler på yrkesgrupper hvor klinikkene vil se på/er i gang med kartlegging av oppgavedelingen, er blant annet mellom sykepleier og helsefagarbeider, spesialutdannet sykepleier og sykepleier/helsefagarbeider og lege og helsesekretærer. Dette innebærer at alle medarbeidere må være innstilt på å utvikle og bygge egen kompetanse gjennom hele yrkeskarrieren. Kompetanseutvikling vil gjennomføres som formalisert utdanning og opplæring i tillegg til interne kurs/organisert trening i team. Kompetanse utvikles også i den daglige samhandlingen med kollegaer. Kompetanseutvikling er et viktig virkemiddel for å beholde kvalifiserte medarbeidere i foretaket.

Brukerne av tjenesten er også en viktig ressurs i utviklingen av hensiktsmessige forløp, som reduserer behovet for helsepersonellinnsats. VVHF har etablert en avdeling for brukerstyrt tjenesteutvikling og brukervedvirkning.

Handlingsplan:

Milepæl	Leveranse
Vurdere samme modell som for innleie av vikarer fra eksterne byrå ved behov for ansettelse i ledig stilling	12. Juni 2023
Modell for teamorganisering og oppgavedeling for alle somatiske klinikker foreligger	1. september 2023
Plan for bemanningsplanlegging sommerferie 2024 foreligger	30. september 2023
Samlinger for berørt personell om organisering av team er avholdt	1. oktober 2023
Oppgavedeling for matsservering, forsyning/logistikk og service sengeposter:	
Er utredet i alle klinikker	31. oktober 2023
Er implementert i alle klinikker innen utgangen av 1. kvartal 2024	1. april 2024

En mer detaljert milepælsplan utarbeides for hver klinikk i samarbeid med ressursteamet.

Forventede effekter:

Kostnadsbesparelser i drift av sengepost, bevare kompetanse, redusere sykefravær, AML-brudd og turnover, redusere årsverk i virksomheten.

Indikatorer for måling:

Utvikling brutto og netto bemanning

Utvikling variabel lønn og innleie

Utvikling sykefravær og AML brudd

Utvikling turnover

4.1.2. Ressursplanlegging ved somatiske sengeposter

En omlegging til team og oppgavedeling medfører at klinikkene må tenke nytt om hvordan man planlegger turnus. Dette for å møte fremtidige behov for helsetjenester og aktivitet. Dette innebærer at Vestre Viken vil starte opp prosesser for å endre hvordan man utarbeider turnusplaner. Det er et mål at turnusplanleggingen standardiseres mer, og tilpasses aktivitet og behov for bemanning i Vestre Viken. Dette innebærer at klinikkene vil se på muligheter for å løfte turnusplanlegging for leger, sykepleiere og annet personell til et overordnet nivå i klinikkene. Dette for å sikre tilstrekkelig kompetanse hos turnusplanleggere, samt at arbeidsplaner har en god balanse mellom arbeidstid og fritid for de ansatte.

Sommerferieplanlegging for 2024 starter i samtlige klinikker september 2023.

Det er enighet om at de tre pilotene av 12,5 timers vakter skal evalueres kontinuerlig gjennom sommeren for å sikre arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. August 2023 skal det gjennomføres en større evaluering. Resultater fra evalueringene vil bli presentert og delt. Resultat av denne evalueringen vil legges til grunn for videre turnusplanlegging for sengepostene i Vestre Viken.

Handlingsplan:

Milepæl	Leveranse
Modell for profesjonalisert og standardisert bemanningsplanlegging utredet	31. juli 2023
Kartlegging av personellressurser som er involvert i ressursplanlegging gjennomført	31. august 2023
Plan for etablering av ny turnusplanlegging er på plass	31. september 2023
Implementert ny modell for ressursplanlegging alle somatiske klinikker	1. april 2024

En mer detaljert milepælsplan utarbeides for hver klinikk i samarbeid med ressursteamet.

Forventede effekter:

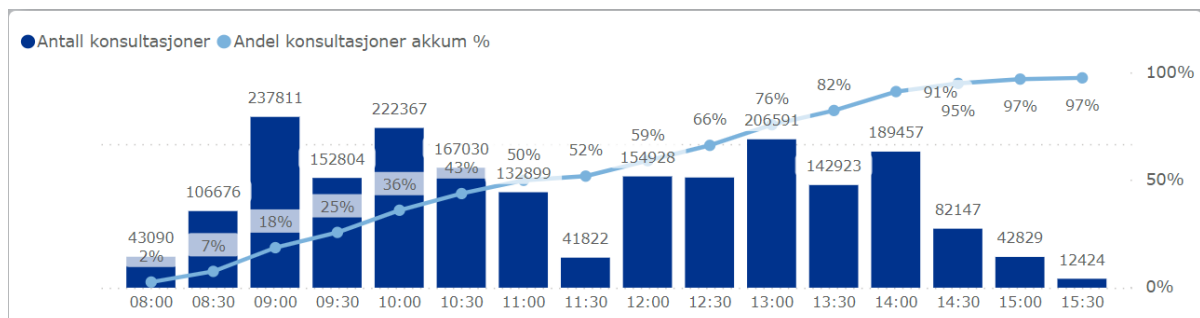
Redusere kostnader per pasient - bedre bruk av legeressurser, sykepleier og annet personell.

Indikatorer for måling:

Utvikling bemanningskostnader, variabel lønn og innleie

4.1.3. Drift/ organisering poliklinikk

Det er betydelig variasjon i utnyttelsesgrad ved våre poliklinikker gjennom dagen med en observert lav andel gjennomførte konsultasjoner fra morgenen (før kl. 09), en tydelig reduksjon i aktiviteten ved lunsjtider (kl. 11-12) samt en lavere utnyttelse mot slutten av dagen (dvs. etter kl. 14):



I tillegg ser vi at ikke alle dager utnyttes optimalt, særlig ses det en reduksjon i antall konsultasjoner mot slutten av uken, spesielt fredager:



Med begrensede arealer og tilgang til avansert medisinsk teknisk utstyr må utnyttelsesgraden ved poliklinikkene økes til å omfatte hele arbeidsdagen og alle virkedager. Det er samtidig fortsatt en betydelig andel "ikke-møtt", her har PHR igangsatt et arbeid som innebærer at pasienter som unnlater å møte blir kontaktet av behandler for en telefon- eller videokonsultasjon. Tiltaket må også breddes til øvrige klinikker med poliklinisk aktivitet.

Handlingsplan:

Det er igangsatt to prosjekter for definerte fagområder (hjerte- og øyefaget) og klinikkene er gitt et tydelig oppdrag fra administrerende direktør for å øke utnyttelsesgraden ved poliklinikkene. Tiltak kan innebære at legespesialistene ikke deltar på undervisning de dagene de har poliklinikk og derved kan starte poliklinisk aktivitet fra morgenen samt en mer hensiktsmessig fordeling av pleie- og administrative ressurser slik at man kan oppnå en bedre utnyttelse av poliklinikkene. Sentralt ressursteam er gitt i oppdrag å understøtte klinikkene i arbeidet.

Milepæl	Leveranse
Engasjert ekstern prosjektstøtte (tidl. gjennomført revisjon av hjertepoliklinikk) til øyeprojektet	15. juni 2023
Kartlagt organisering og drift av øyepoliklinikk, anbefale tiltak	15. oktober 2023
Hjerteprojekt: gjennomføre tiltak i etterkant av revisjon	15. oktober 2023
Kartlegging og anbefalte tiltak for de øvrige poliklinikkene mtp. økt kapasitetsutnyttelse	15. oktober 2023

Forventede effekter:

Reduserte ventetider, bedre ressursutnyttelse og økte inntekter

Indikatorer for måling:

Antall konsultasjoner gjennom poliklinikkens åpningstid

Utvikling ventetider

Personellkostnader poliklinikk

Utvikling polikliniske inntekter

Andel ikke-møtt.

4.1.4. Sykehus i nettverk, små og sårbare fagområder

Styrking av samhandling og nettverk er et av de fem hovedmålene i Utviklingsplan 2035. I henhold til planen skal sykehusene utvikles og arbeide i nettverk. Dette vil legge til rette for økt klinisk samarbeid om pasientene, best mulig utnyttelse av tilgjengelige ressurser og samtidig sikre robuste og likeverdige helsetjenester av god kvalitet i hele sykehusområdet. Foretaket må fremover være i stand til å møte et skiftende utfordringsbilde.

Utviklingsplanen uttrykker et behov for å utnytte og forvalte foretakets store eiendomsmasse på den mest hensiktsmessige måte og evne å se denne i sammenheng for hele foretaket.

Organiseringen av fagområdene i Vestre Viken, på flere geografiske lokasjoner, gjør at det innenfor flere fagområder bl.a. er overlappende vaktordninger, et økt behov for kostbart teknisk utstyr, små og sårbare fagmiljøer med rekrutteringsvansker innenfor flere profesjoner og økt risiko for uønsket variasjon. Det er derfor nødvendig å se på hvor og hvordan helsetjenestene tilbys av helseforetaket og vurdere en endret og hensiktsmessig funksjonsfordeling mellom sykehusene/klinikkene. På bakgrunn av dette ble det i 2022 etablert en arbeidsgruppe bestående av administrerende direktør (leder), fagdirektør, klinikkdirektørene for de fire somatiske klinikkene samt klinikkdirektør for KMD. Gruppen har i arbeidet hatt støtte fra OU-avdelingen og trukket inn andre nøkkelpersoner der øvrige klinikker er berørt. Gruppen har som mål:

- Se helhetlig på det økonomiske utfordringsbildet innenfor somatikken, men også hvordan foretakets samlede økonomiske handlingsrom kan utnyttes på beste mulige måte.
- Se det samlede utdannings- og kompetansebehovet innenfor ulike spesialiseringer og hvordan dette kan organiseres for å tiltrekke, beholde og utvikle fag og profesjoner.

- Øke robusthet innenfor somatikken ved å ha en helhetlig og felles forståelse og tilnærming til foretakets risiko og sårbarheter.
- Ha en sterk helhetstenkning og standardisering innenfor de somatiske fagene som vil kunne bidra til økt kvalitet og redusere uønsket variasjon.
- Ha en helhetlig og felles tilnærming til optimal utnyttelse av eiendom og areal.
- Skape en felles og sterkere kultur innenfor somatikken ved å legge til rette for erfaringsutveksling, felles fagutvikling og læring på tvers i sterkere grad enn i dag.
- Skape raskere fremdrift i nødvendig omstillings- og endringsarbeid innenfor de somatiske områdene.

Handlingsplan:

Det er gjennomført et kartleggingsarbeid og arbeidsgruppen har identifisert flere spesialiteter/fagområder der det er grunnlag for å gjennomgå og vurdere alternativ organisering/lokalisering. I første omgang er det valgt ut fem spesialiteter/fagområder; hematologi, urologi, endokrinologi, intensivbehandling og poliklinikk for barnesykdommer.

Milepæl	Leveranse
Etablere fagutvalg innenfor hematologi, endokrinologi og urologi	31. juni 2023
Iverksette ny organisering og vaktlinje urologi ihht. ny organisering	15. januar 2024
Iverksette ny organisering av fagområdet hematologi	15. januar 2024
Iverksette ny organisering av fagområdet endokrinologi	15. januar 2024
Etablere fagutvalg for intensivområdet	31. juni 2023
Iverksette plan for organisering og planlagt kapasitet for intensivområdet	15. januar 2024
Beslutte flytting av barnepoliklinikk Bærum sykehus til Drammen sykehus	15. juni 2023
Gjennomføre flytting av barnepoliklinikk fra Bærum til Drammen	1. august 2023

Forventede effekter:

Likeverdig helsetilbud uavhengig av bosted, redusert uønsket variasjon, redusert antall overlappende vaktlinjer og innleie av legespesialister/spesialsykepleiere (redusert lønnskostnad), reduserte ventetider, reduserte investeringskostnader for medisinsk teknisk utstyr (MTU), robuste fagmiljø, økt rekruttering og bedre utdanningsmuligheter.

Indikatorer for måling:

Utvikling ventetider
 Antall vaktlinjer i ulike fag
 Utvikling lønnskostnader
 Nasjonale kvalitetsindikatorer.

4.1.5. Riktig bruk av bilde- og laboratorietjenester

Bilde- og laboratoriediagnostikk er en del av de fleste pasientforløp. Behovet er økende, i takt med behovet for rask utredning og behandling. Mulighetene blir stadig flere, etter hvert

som nye avanserte metoder utvikles. Dette gjør at det blir nødvendig å prioritere, slik at kapasiteten brukes der den skaper størst mulig nytte og bidrar til likeverdige tjenester I 3. kvartal 2023 skal det settes i gang en klinisk fagrevisjon i VVHF innenfor området bilde- og laboratoriediagnostikk. Analyseavdelingen vil ha et analyseverktøy klart 2.kvartal 2023, som kan gi et detaljert bilde av hvordan bildediagnostikk blir brukt. Dette for å finne beste praksis mellom sykehusene og fagområder. eMed en mer riktig bruk av bilde- og laboratoriediagnostikk kan vi få mer bærekraftige tjeneste.

4.2. Lab -automasjon på tvers av HF

Tiltak	2024	2025	2026	Totalt (MNOK)
Standardisering og Automasjon: LAB automasjon på tvers av HF. Eks. investeringer	3	10	13	36

Det vises til styresak 35/2023 der styret ga tilslutning til å utløse opsjon for anskaffelse av lab- analysehaller ved Ringerike og Kongsberg.

VVHF har medisinsk biokjemitjenester i alle sykehus, men med forskjellig utstyr, reagenser og arbeidsprosesser. Ved å standardisere til en leverandør for analyser med høy-volum kan det oppnås betydelige gevinster og en felles laboratorietjeneste på tvers av VVHF. Anskaffelse av analysehall til NSD utløste en opsjon for de andre sykehusene i VVHF. Dette betyr det var sterk konkurranse for å vinne alle 4 sykehus i VVHF, noe som igjen betyr en vesentlig prisreduksjon så snart systemene er i drift på alle steder. Planlagte gevinster forutsetter investering også ved Bærum sykehus, og dette vil legges til grunn for ØLP 2024 – 2027.

4.3. Psykisk helse og rus

Implementering av ARP er iverksatt innen DPS, ARA og BUPA, samt ved akuttpostene ved Blakstad. I tillegg er det pilotert innføring av 12 timers vakter ved sikkerhetspsykiatrisk seksjon ved Blakstad. Resultater av piloten er under evaluering.

Tiltakene har omfattet:

- Styrking av FACT tilbudene både gjennom økt kapasitet og aktivitet, samt at PHR skal finansiere alle FACT stillinger over eget budsjett etter prosjektperioden.
- Endring i tilbud i DPS med endring fra døgn- til dagbehandling. Dette tiltaket er en konsekvens av FACT-etablering som medfører redusert behov for døgnbehandling, og økt behov for nye tilbud som intensiv dagbehandling. Endret tilbud fra døgn til dag gir økte ISF-inntekter.
- Utvikling av mer omfattende samarbeid mellom seksjoner for å tilpasse bemanning til aktivitet i sommerferien, herunder samle virksomhet under sommerferieavviklingen.
- Endringer i tilbudet i sykehuspsykiatrien som følge av sammenslåingen av Lier og Blakstad sykehus i 2018, medførte behov for midlertidig etablering av psykoseplasser

ved Asker DPS. Dette tilbudet ble senere (2020) erstattet av ekstra akutteam og korresponderende reduksjon i kapasitet i Asker DPS.

- I BUPA endret man i 2018 alle døgnsesjoner til å bli områdesesjoner med et helhetlig tilbud hvor seksjonene i tillegg til døgntilbud har ambulante og polikliniske tjenester. Dette har medført at avdelingen ikke har ventetid på døgntilbud, og er vesentlig for å redusere bruk av døgninnleggelser for barn og unge.
- Det arbeides med å utvikle sammenhengende modeller og data for styring av pasientforløp, aktivitet og bemanning i PHR.

Vedlagt følger sammenstillinger av utvikling bemanning og aktivitet for enhetene BUPA, ARA og DPS, samt Blakstad. Det fremkommer tydelig at ARP tiltakene har hatt effekter. I rapporteringen på gevinstplan pr. 3. tertial 2022 er det også dokumentert at gevinster er realisert med 12 MNOK.

Omstillingsbehov PHR

Tiltak	2024	2025	2026	Totalt (MNOK)
Tilpasse døgncapasitet til behov, bemannings- og kompetanseplanlegging i forbindelse med utredning av nye driftskonsepter		5	7	12
Samordning av døgnplasser DPS til færre lokasjoner, styrke arenafleksible tilbud, spesielt FACT	6	14		20
Samordning av døgnsesjoner ARA	1	2		3
Poliklinikker: Økt arbeidsproduktivitet, tilpasse kapasitet, nye driftsmodeller, assistert timebok	4	6	6	16
Tilpasse døgncapasitet til behov, bemannings- og kompetanseplanlegging BUPA	10			10
Tilpasse bemanning og kompetanse, arbeidsfordeling støttepersonell og klinisk personell (helseløstikk må etableres)		3	5	8
Redusere innstrøm i akuttaksen: organisering og oppdrag FACT og andre arenafleksible tilbud		1	2	3

Status

Fra og med slutten av pandemien i 2022 og etter pandemien har klinikken samlet sett hatt et betydelig økonomisk merforbruk. Det er også situasjonen hittil i 2023. Klinikken mottok i 2021 betydelige statlige engangskompensasjoner, disse ble videreført i 2022. Fra og med 2023 driftes det uten engangsbevilgninger. Samtidig har henvisninger og aktivitet fortsatt å øke. Dette, ved siden av behovet for å definere tiltak som kan gi nødvendige gevinster, utgjør et behov for omstilling i hele klinikken.

For PHR planlegges det gevinstrealisering knyttet til den virksomheten som skal inn i NSD, og det planlegges gevinstrealisering for de delene av tjenestene i PHR som ikke skal inn i NSD.

Status for arbeid med gevinstrealisering for virksomheten som skal inn i NSD:

I løpet av høst 23 skal driftskonsepter for alle seksjonene, avdelinger og sykehus ferdigstilles.

Deretter starter arbeidet med:

- Kompetansesammensetning
- Oppgavedeling
- Oppgaveglidning
- Bemanningsplaner, arbeids og turnusplaner
- Samarbeid på tvers av seksjoner

Gevinstpotensial gjennom strukturelle endringer i PHR.

I dag benyttes mye ressurser på mindre driftstilpasninger i eksisterende bygg av ulik teknisk kvalitet. Formålet med eiendomsplanen er derfor å samle områdefunksjonene på færrest mulig funksjonelle lokasjoner, for å dekke krav til mer effektiv drift og omstilling fra døgn til ambulerende og poliklinisk behandling. Eiendomsplanen skal være et grunnlagsdokument for planlegging av arealutnytting, oppgradering, utbygging og for eventuell anskaffelse eller avvikling av lokaler/leieavtaler.

Resultatmålene for planen er å forenkle struktur, utvikle bygninger som understøtter behandlingstilbudet, ta ut uegnede bygg og bytte leide lokaler med eide.

- Rapport ferdig
- Investeringsplan for 2030-40
- Forenklet struktur ble best evaluert og gir mindre kostnader på lang sikt enn vedlikehold av eksisterende bygg

Kortsiktige tiltak for en mer balansert døgn drift i tråd med Eiendomsplan PHR.

Det er to seksjoner som i dag ligger på Blakstad som ikke skal inn i nytt sykehus. Det må derfor avklares i hvilke lokaler disse skal flytte til. Det betyr at PHR må gjennomføre kortsiktige tiltak som vil medføre behov for begrensede investeringsmidler. Det er også gjort vurderinger av at en samling av døgnbehandling på færre lokasjoner er nødvendig for en bærekraftig økonomi, og i tråd med anbefaling i eiendomsplanen.

I helhetlig plan for økonomisk omstilling foreslås det å vurdere funksjonsfordeling mellom DPS – døgn, da det er for liten akutt kapasitet på sykehuset. I denne sammenheng foreslås det at det vurderes å godkjenne et DPS for tvang slik at de kan ta imot sykere pasienter. Dette kan gi grunnlag for en ny oppgavefordeling mellom færre døgnseksjoner.

Det planlegges å starte med døgnbehandlingen på DPS-ene. Dette har sammenheng med NSD og de seksjonene som trenger avklaring før 2025, men gir også en mulighet for å vurdere en mer hensiktsmessig organisering i tråd med Eiendomsplanens anbefalinger om 2 eller 3 lokasjoner for døgnbehandling i stedet for dagens fem døgnseksjoner.

Dette vil også gi grunnlag for økonomiske gevinster ved at det driftes på færre lokasjoner.

Blakstad har to døgnseksjoner hvor det skal utredes alternative driftskonsepter. Den ene seksjonen er besluttet flyttet ut av sykehusnivå (behandlingen som gis er forenlig med DPS drift). Alternativt driftskonsept for denne seksjonen vil være poliklinisk og ambulant behandling, samt innleggelse på DPS døgn ved behov for døgnbehandling. Den andre

seksjonen er planlagt inn i NSD, og alternativt driftskonsept vil utrede økt poliklinisk og ambulant oppfølging fremfor døgninnleggelse. Ved indikasjon for døgninnleggelse vil det skje i PHRs øvrige døgnplasser i NSD.

Parallelt med dette etableres det et organisasjonsprosjekt for hele DPS området hvor hensikten er økende grad av samkjøring av de fem DPSene – mot større grad av likhet mellom dem. Det vil bli utarbeidet driftskonsept både for døgnbehandlingen og for poliklinikk.

BUPA (barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling) skal flytte døgnbehandlingen til NSD. Det er avsatt 19 senger i NSD for BUPA. Nasjonal framskrivningsmodell for psykisk helsevern og rus behandling viser at framtidig behov er 15. BUPA opprettet ekstra døgnplasser under pandemien og driver i dag 22 plasser, hvorav seks er femdøgnsplasser. Klinikkdirektør vil foreslå en tilpasning til dimensjonering i NSD med virkning fra første kvartal 2024.

Oppsummert om helhetlig modell for omstilling av Klinikk for psykisk helse og rus (PHR) 2023-2025
Tilnærming og tiltak i omstillingen bygger på en systematisk analyse av pasientforløp (for å vurdere bedre og mer sammenhengende pasientforløp), ressursbruk og produktivitet og en analyse der ressursbruk sammenlignes med andre klinikker for rus og psykiatri i HSØ (universitetssykehusene er holdt utenfor analysen). Analysen tar for seg nåsituasjon og utvikling over tid og behov fram tom 2025.

Døgn

Døgnbehandling i PHR er mer kostnadskrevenne enn det som fremgår i andre PHR klinikker i HSØ. De største forskjellene er i DPS og sykehuspsykiatrien og skyldes i all hovedsak at PHR i VVHF har flere og geografisk spredte døgnseksjoner enn tilsvarende andre foretak. Liknende situasjon er det for døgnseksjonene i BUPA.

For Blakstad er det effektivisert ved at to akuttseksjoner er samorganisert i en. Bemanningen i denne seksjonen er tilpasset aktiviteten, og det er også beholdt pasientrom som kan benyttes ved evt. press på kapasitet.

Det vurderes imidlertid at endrede driftskonsepter bør utredes i ytterligere to døgnseksjoner (ref. tidligere omtale). For å sikre god og sammenhengende pasientbehandling skal det utvikles nødvendige polikliniske og ambulante tilbud. Det har vært en betydelig vekst i antall akuttinnleggelse på Blakstad. Et tiltak som skal utredes nærmere er å styrke poliklinisk oppfølging etter innleggelse, samt forbedre og forenkle styringsmodellen for overføringer mellom Blakstad og DPSene.

For DPS er situasjonen at PHR har 5 avdelinger med hver sin døgnseksjon.

For å styrke omstillingen i DPS planlegges det å samle, koordinere og funksjonsfordele døgnplasser i DPSene på færre lokasjoner, noe som er i tråd med utredningene i Eiendomsplanen. Dette innebærer inntil tre døgnseksjoner med flere senger enn i dag. Slik sikres rett kapasitet på færre seksjoner. For å videreutvikle tilbudet samlet sett arbeides det med å styrke de arenafleksible tilbudene særlig i FACT.

Døgnseksjonene i ARA vil samles og styrkes innenfor rammene som ligger i NSD dimensjoneringen av sykehussenger og senger utenfor sykehuset. For ARA sin del vil det si å

enten samle 2 seksjoner i sykehuset og 2 utenfor, eller samle 3 utenfor og 1 rusakuttseksjon innenfor sykehus som kobles mer inn mot akutt drift.

Det vil bli færre og større døgnsesjoner som samles i tråd med Eiendomsplanen.

BUPA skal flytte inn sine døgnsesjoner i nytt sykehus, og tilpasninger til fremtidig døgndrift starter ved inngangen til 2024. Fra 01.01.24 etablerer avdelingen en spesialpoliklinikk som skal ha ansvar for de områdene som har behov for spesialisert kompetanse, herunder regionalt ansvar for barn og unge med seksuell skadelig adferd, alvorlig voldsproblematikk og andre lavfrekvente tilstander. Det er etablert FACT Ung team i samarbeid med alle kommunene i opptaksområde fra 01.09.22. Videreutvikling av disse teamene i samarbeid med kommunene er et viktig tiltak ved omstilling av døgntilbudene i BUPA.

Poliklinikk:

DPS har hatt en redusert arbeidsproduktivitet de to siste år sammenliknet med før korona. Aktivitets- og produktivitetsvekst vil realiseres gjennom målrettede tiltak i alle poliklinikkene. En av dagens utfordringer er mange og små poliklinikker og liten utveksling av beste praksis løsninger på tvers av poliklinikkene. BUPA har gjennom pandemien hatt en økt arbeidsproduktivitet i alle poliklinikkene. DPS og BUPA utgjør de store poliklinikkene, og som gjennom de siste årene har hatt en betydelig henvisningsvekst, som ikke ser ut til å stagnere. Det er behov for et omstillingsarbeid i poliklinikkene, som vil handle om spesialisering og arbeidsfordeling, og hva som er rett bemanning og arbeidsfordeling mellom yrkesgrupper i poliklinikkene. Tilsvarende tiltak vil gjennomføres i poliklinikkene ved Blakstad og ARA. Det har vært planlagt et arbeid som ville gjennomføres parallelt med innføring av helselogistikk løsninger. Det vil derfor ta noe tid før det kan forventes effekt av disse tiltakene.

Organisering av omstillingsarbeidet

Det etableres et organisasjonsprosjekt for hele DPS området hvor hensikten er økende grad av samkjøring mot større grad av likhet i tjenestetilbudene og i driften. Det er etablert et Program for samhandling og pasientflyt i PHR (SAPA 2025). I dette programmet koordineres all planlegging frem mot NSD. I tillegg håndteres øvrige større utviklingsprosjekter i PHR.

Handlingsplan:

Milepæl for to av tiltakene i omstillingsplan for PHR	Leveranse
Tilpasse døgncapasitet i BUPA til behov, bemannings- og kompetanseplanlegging. Prosjektet er ferdig og prosjektrapport med anbefaling foreligger. Behandles og besluttes i programstyre.	22. juni 2023.
Første del i ny struktur for døgntilbud i BUPA implementert.	Februar 2024
Det skal etableres et omstillingsprosjekt for DPS området. Oppstart prosjekt.	August 2023
Delprosjekt DPS: Tilpasse døgncapasitet i DPSene til behov, bemannings- og kompetanseplanlegging. Forberedelser er påbegynt. Prosjektrapport med anbefaling levert.	Desember 2023.

Forventede effekter:

Kostnadsbesparelser i drift av sengepost og poliklinikk, bevare kompetanse, redusere sykefravær, AML-brudd og turnover, redusere årsverk i virksomheten.

Indikatorer for måling:

Utvikling brutto og netto bemanning

Utvikling variabel lønn og innleie

Utvikling sykefravær og AML brudd

Utvikling turnover

4.4. Kost/nytte knyttet til teknologi

Et satsingsområde for VVHF er å ta i bruk teknologi som understøtter sikre pasientforløp og sparer personell. Investerings- og driftskostnader knyttet til teknologi og digitalisering har de siste årene økt og forventes å øke i årene fremover. Det er derfor viktig at Vestre Viken prioriterer de teknologiinitiativene som har størst effekt i forhold til Vestre Vikens overordnede målsetninger. For å sikre god kostnadskontroll og høy kost/nytte av teknologiinvesteringer, er det igangsatt tiltak både for å minimere teknologikostnadene og for å definere, måle og følge opp effekter og gevinster.

Tiltak for å redusere/minimere teknologikostnader

Kostnader knyttet til innføring av ny teknologi omfatter både etableringskostnader i forbindelse med innføringen (investeringskostnader og prosjektkostnader), og driftskostnader når løsningen er i bruk. Kostnadsbildet er komplisert, spesielt på IKT-siden hvor kostnaden primært påløper hos Sykehuspartner. En del av kostnadsbildet er at teknologiprojektene gir behov for ny kompetanse (teknologikompetanse og prosjektkompetanse).

Foretaket har flere tiltak for å minimere teknologikostnadene. Dette omfatter bedre kontroll med kostnader fra Sykehuspartner og andre leverandører, forenkling og standardisering, herunder redusere antall applikasjoner i bruk, samt samarbeid med Sykehuspartner om ressurser og opplæring av personale. Det er også prioritert å hente inn ekstern finansiering til innovasjonsprosjekter. I mars 2023 ble en erfaren ressurs utpekt til å lede et arbeid med dypdykk i IKT-kostnadene fra Sykehuspartner.

Tiltak for å minimere teknologikostnadene følges opp månedlig av teknologidirektør og gjennomgås med økonomidirektør en gang i tertiale.

Tiltak for å realisere gevinster knyttet til teknologi

For å sikre gevinstrealisering knyttet til teknologi, må gevinstrealisering planlegges og følges opp systematisk og helhetlig. Mange av løsningene forutsetter endringer i bemanning, organisering, forløpsstyring og ikke minst endring i arbeidsprosesser. For å skape tydeligere sammenhenger mellom teknologiske løsninger og gevinster er det avgjørende at gevinstarbeidet organiseres slik at eierskap til gevinstuttak er tydelig plassert, og at enhetlig metodikk anvendes for å realisere gevinster knyttet til bemanning og aktivitet.

Prosjektkontoret har utarbeidet en standardisert og forenklet modell for måling av både kvalitative og kvantitative effekter ved teknologiinvesteringer og –tiltak. Modellen vil tas i bruk på nye teknologiinitiativer, og vil gi mulighet til en aggregering for oppfølging av status på foretaksnivå. For teknologiinvesteringer som begrunnes med et positivt økonomisk business case, vil det stilles krav om at økonomisk gevinst skal rapporteres og følges opp tertialvis fra de respektive gevinststeierne.

To programmer er sentrale i det videre arbeidet med å realisere gevinster gjennom teknologi. Program DHO følger opp etablering av nye digitale forløp hvor behandlingen tilbys i eller nær pasientens hjem. Program VIDT (Vestre Viken Digital Transformasjon) er etablert med målsetning om at foretaket skal jobbe mer smidig og bruke beste praksis innen digital transformasjon. Gjennom disse to programmene vil digitaliseringsinitiativer prioriteres og følges opp fortløpende. Begge programmene rapporterer til porteføljestyret i Vestre Viken. I tillegg har foretaket satt Kunstig intelligens og automasjon som et strategisk innsatsområde i den reviderte teknologistrategien. Foretaket vil fremover ha tiltak for å bredde kunstig intelligens til flere fagområder, når erfaringene fra bildediagnostikk foreligger.

4.4.1. Kunstig intelligens

Tiltak	2024	2025	2026	Totalt (MNOK)
Digitalisering og Automasjon: BILDE KI	1	4	9	26

Det ligger et stort potensial for effektivisering gjennom å ta i bruk kunstig intelligens (KI). KI har mange bruksområder, eksempelvis innen medisinsk diagnostikk. KI er implementert ved flere radiologiske avdelinger både i Europa og i resten av verden. Teknologien har kommet langt, og flere leverandører har teknologi klar for implementering i klinisk drift. Internasjonalt kan det vises til positive effekter ved bruk av KI i radiologisk drift, eksempelvis redusert beskrivelsestid¹ og raskere svar, prioritering av pasienter med positive funn, færre feil (reduert antall falske positive/negative), kortere liggetid² og raskere avklaring på akuttinntak.

Det er opprettet et nasjonalt prosjekt, «Bedre bruk av KI i helsetjenesten», ledet av Helsedirektoratet. Etter en gjennomgang av aktuelle KI-prosjekter er VVHFs tjenesteinnovasjonsprosjekt «Bruk av KI på bildediagnostikk» meldt inn av HSØ som spesialisthelsetjenestens utvalgte prosjekt i det nasjonale arbeidet. Dette innebærer at prosjektet får tilgang til kompetanse og støtte fra Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk, Direktoratet for eHelse og Nasjonalt senter for eHelseforskning. VVHF har også mottatt 1,5 MNOK i tjenesteinnovasjonsmidler fra HSØ.

I prosjektet er det anskaffet en plattform for kunstig intelligens med verifiserte KI-algoritmer for bildediagnostikk. Løsningen er etablert og de første testene ble gjennomført i slutten av mai 2023. Nasjonalt senter for eHelseforskning ønsker å forske både på

¹ Cedars-Sinai, RSNA

² Yale, RSNA

implementeringsprosessen og på effekter/nytte. De første målingene av gevinster vil kunne foreligge i 2023/24.

4.4.2. Digital hjemmeoppfølging

Det er ikke fastsatt et samlet måltall for innføring av digital hjemmeoppfølging i VVHF. De enkelte forløpene innen digital hjemmeoppfølging utvikles og gjennomføres i klinikkene. Klinikkerne er ansvarlig for oppfølging og rapportering av gevinstarbeidet i de enkelte forløpene. Det er 16 forløp i drift, og 8 under utvikling. Programmet vil be om at det gjennomføres gevinstkartlegging og gevinstplanlegging for de aktive forløp som mangler dette, samt at det iverksettes gevinstmålinger på forløp som er i drift.

For pågående og planlagte prosjekter i programmet er det avgitt en samlet rapportering til porteføljestyret i VVHF. Klinikkerne er oppfordret til å fastsette måltall for andel konsultasjoner som kan gjennomføres digitalt. Jf. Virksomhetsrapportering for 1. tertial 2023.

Overordnet status		Den samlede status for digital hjemmeoppfølging i Vestre Viken vurderes som grønn.	
Statusindikator	Status	Endring ↑ Forbedring → Ingen endring ↓ Forverring	Kommentar
Kostnad	◆	→	Ingen avvik. Foretaket har samlet sett god ressurstilgang for utvikling av Digital Hjemmeoppfølging.
Fremdrift	◆	→	Ingen avvik.
Omfang/kvalitet	◆	→	Ingen avvik. 4 DHO prosjekter under planlegging, 16 prosjekter under utvikling/implementering, og 18 prosjekter i drift.
Risiko	◆	→	Manglende prioritering i klinikkene og utilstrekkelig fokus på gevinstrealisering i prosjektene.
Gevinstpotensial	◆	↓	For de forløp som er i drift er gevinstkartlegging utført for 8 forløp, gevinstplanlegging utført for 5 forløp og ett forløp følger opp gevinstmålinger. For de som er under utvikling er gevinstkartlegging utført for 4 forløp.

4.4.3. Helselogistikk

Innføring av helselogistikk i foretakene var i konseptutredningen forventet å gi gevinster to år etter oppstart. Oppstart er noe forsinket og investeringen er blitt vesentlig dyrere enn forutsatt. Investeringen innebærer derfor ikke en netto gevinst sett i forhold til investeringens avskrivningsperiode. Det er uansett forventet positive effekter på driften og endringsprosesser må planlegges og iverksettes i takt med at systemet tas i bruk.

Modell høyt uttak gevinster	Gevinstuttak				
	25 %	50 %	75 %	85 %	100 %
Gevinstmodell 5 % reduksjon variabel lønn samt 100% gevinstuttak fra og med år 5	2024	2025	2026	2027	2028
Potensielle gevinster - hele tusen kroner	13 568	27 136	40 704	46 132	54 272
5 % reduksjon av variabel lønn	7 355	14 709	22 064	25 005	29 418
Sekretærer	4 093	8 187	12 280	13 918	16 374
Redusert tap på fordringer	192	384	576	653	768
Redusert ikke-møtt med helselogistikk og digitale innbyggertjenester	92	183	275	312	367
Informasjon tilgjengelig - bedre kapasitets- og ressursplanlegging sykepleietjenesten	1 236	2 473	3 709	4 204	4 946
Informasjon tilgjengelig - bedre kapasitets og ressursplanlegging andre	600	1 200	1 800	2 040	2 400

I takt med utrulling vil prosjektet i samarbeid med gevinsteiere legge planer for endringer i virksomheten som sikrer gevinstuttak. Tabellen overfor er basert på gevinstmål fastsatt i det regionale prosjektet – beregnet på tallgrunnlag i VVHF. De første beregningene ble foretatt i 2021 og ble gjennomgått i foretaksledelsen i mars 2021. Tallgrunnlaget er oppdatert med tall fra 2022 og oppdaterte beregninger ble gjennomgått i programstyret i program VIDT i mai 2023. Økte kostnader som følge av HSØs styresak 61/2023 inngår ikke i beregningsgrunnlaget, da det foreløpig ikke er klart hvordan disse kostnadene vil fordeles på det enkelte helseforetak.

På grunn av forsinkelser i det regionale prosjektet foreligger det ikke en plan for bredding av helselogistikk i VVHF utover de tre pilotavdelingene ved Drammen sykehus. Konkrete gevinstplaner og fordeling av gevinster pr klinikk er følgelig ikke gjennomført, og konkrete gevinstmål er foreløpig ikke forankret med de konkrete gevinsteierne i VVHF.

4.5. Innkjøpsrutiner

Tiltak	2024	2025	2026	Totalt (MNOK)
Forbedre innkjøpsrutiner	5	6		11
Innkjøpskostnader (dyre legemidler)	10			10

VVHF har med sine fire somatiske klinikker et potensiale i økt standardisering innenfor anskaffelsesområdet. Dette omfatter både økt standardisering av behandlingsmetoder og derav valg av produkt, samt utbedring av rutiner for gjennomføring av anskaffelser for å sikre overholdelse av leverandøravtaler.

Effekten av det planlagte arbeidet på innkjøpsområdet er, tillegg til reduserte kostnader, økt sikkerhet i pasientbehandling og likeverdige tjenester. Samordning av praksis i klinikkene kan i visse tilfeller også medføre økte kostnader om alle klinikker tilslutter seg en praksis med dokumentert bedre helseeffekt som godtgjør økte kostnader. Verdien av en enhetlig praksis vil uansett være ensartede prosedyrer og enklere gjennomføring av samarbeid mellom klinikkene, både i opplæringsammenheng og ved eventuelle behov for bistand mellom

klinikkene i forbindelse med sykefravær og/ eller ulike effekter av høy- eller lavaktivitetsperioder.

Ved innføring av regional ERP høsten 2018 ble det overført 18.000 artikler fra gammelt system. I mai 2023 hadde Vestre Viken HF (VVHF) om lag 45.000 artikler tilgjengelig i ERP. Av disse er det kjøp på om lag 15.000. Selv om det er mange artikler i system, kjøpes det mye på fritekst og derav utenfor avtale, gjennomsnitt ca. 4 % av omsetningen per måned. Som en offentlig virksomhet er vi forpliktet til å følge anskaffelsesloven og kjøpe varer fra avtaleleverandører.

VVHF har siden 2021 systematisk fulgt opp reduksjon av avtaleløse artikler og lokale avtaler, samt konvertert artikler klinikkene har behov for over på regionale avtaler. Dette er en del av kontinuerlig forbedringsarbeidet i innkjøpsavdelingen. Det vil nå iverksettes tiltak for å fjerne muligheten til anskaffelser på fritekst i system. Målet er høyere avtaledekning og reduksjon av innkjøpskostnader. Analyser har avdekket at i mars var det 323 personer som kjøpte på fritekst. I gjennomsnitt per mnd. hittil i år har vi 1700 varelinjer på fritekst, dvs. ca. 90 varelinjer om dagen.

Handlingsplan:

Milepæl	Leveranse
Kartlegging dagens bruk av fritekst og iverksettelse av kortsiktige tiltak utført	August 2023
Adgang til bruk av fritekst stoppet. Setter inn to engasjementstillinger i 6 måneder for å overføre bestilling til avtaleleverandør.	September 2023
Følgende prosesser er gjennomført: Parallell innføring av oppgavedeling logistikk Overfører ansvar for bestillinger fra helsepersonell til logistikkmedarbeidere på avdelingen	Innen 1. halvår 2024

Andre anskaffelser – MTU serviceavtaler

Det er gjennomført en detaljert gjennomgang av serviceavtaler for MTU, og kostnadene til dette er redusert i 2023 med 4,5 mill kr. Detaljert oppfølging av kostnadsnivå på serviceavtaler MTU vil fortsette fortløpende.

Andre anskaffelser – Behandlingshjelpemidler

Kostnadene til behandlingshjelpemidler har økt kraftig de siste årene. For å minimere kostnadene følger avdeling for behandlingshjelpemidler opp avtalelojalitet knyttet til valg av utstyr, spesielt innen diabetesområdet. Avvik fra førstevalg skal godkjennes av fagdirektør. Avdelingen følger også tett opp reklamasjoner og vedlikeholdskostnader, og har tatt initiativ til forprosjekt Bever (Behandlingshjelpemidler i det virtuelle sykehuset), hvor hensikten er å søke om eksterne midler for å utvikle nye løsninger for pasienter og ansatte sammen med næringslivet.

4.5.1. Rutiner for medikamentbytter

Kostnader til legemidler er en betydelig utgiftspost i helseforetakene. Det omfatter både legemidler som gis pasienter i sykehus, og legemidler som pasientene administrerer selv hjemme (H-resept-medikamenter). De legemidlene som pasientene administrerer hjemme, er foreskrevet dels av foretakets egne leger, dels av leger ved andre sykehus og avtalespesialister. Helseforetakene overtar det økonomiske ansvaret for stadig flere legemidler som pasientene bruker hjemme. Det, samt nye legemidler, gjør at kostnadene øker årlig.

Sykehusinnkjøp forvalter samarbeid om innkjøp av legemidler finansiert av helseforetakene (LIS-avtaler). VVHF har en farmasøyt i Sykehusapotekene som LIS-kontakt. LIS-kontakten er også medlem av legemiddelkomiteen i VVHF.

De administrerende direktørene i de regionale helseforetakene har vedtatt at anbefalingene fra spesialistgruppene i LIS skal gjelde som instruks i egne helseforetak. Det rimeligste alternativet blant de ulike alternativene skal benyttes. Dersom det ikke kan benyttes av medisinske grunner, skal det begrunnes i pasientens journal.

Innkjøpsavtalene for legemidler inngås ofte for ett eller to år. En del avtalene har medført betydelige kostnadsreduksjoner, særlig når patenter på legemidler har gått ut. Det er derfor viktig å få implementert nye avtaler raskt. Tett oppfølging kan gi økte gevinster. Foretaket etablerte derfor i 2019 et utvalg for høykostmedisin som skal sikre rask implementering av nye avtaler, og sørge for at oppfølgende styringsinformasjon blir tilgjengelig for ledelsesnivåene.

Medikamentene inngår i ordningen med innsatsstyrt finansiering. Kostnadsreduksjoner for medikamenter vil derfor på sikt føre til mindre inntekter, men det vil være positiv økonomisk effekt over en periode. Det planlegges med at høykostgruppen skal utvide sitt scope med innkjøpskostnader knyttet til implantater og instrumenter, samt støtte BHM i oppfølgingen av lojalitet til avtaler.

Status i arbeidet til høykostgruppen ved utgangen av 1. tertial 2023:

Dato 24.05.2023	Prosjektnavn Medikament- kostnader	Prosjekteier Direktør Fag	Prosjektleder Gruppe høykostmedisin	Utarbeidet av Cathrine M. Fuhre	Clarity prosjekt ID IA	Øko prosjekt ID IA	Mandat godkjent dato IA
Samlet status 	Tid/Fremdrift 	Kostnad/Ressurser 	Kvalitet 	Risiko 	Gevinst 		
Status Utviklingen på medikamentområdet er tilfredsstillende. Sykehusinnkjøp utarbeider regelmessige rapporter om forbruk av medikamenter som har innkjøpsavtaler. Sammen med utviklede rapporter basert på data fra Helfo, har foretaket godt grunnlag for oppfølging. Det er inngått avtale med apotekene om at de skal foreta såkalt generisk bytte av en del medikamenter. Det betyr at apoteket skal velge billigste avtalepreparat når like preparater (samme virkestoff) varierer i pris. Utsteder kan reservere mot slikt bytte. Avtalen reduserer arbeidet med å bytte ut resepter, og vil gi raskere overgang til billigste preparat ved nye LIS-avtaler for de legemidler dette gjelder. Det er ansatt en medisinsk faglig rådgiver i 20 % stilling som leder høykostgruppen. Det er i tillegg utpekt en onkolog som representant i legemiddelkomiteen.							
Milepæler siden forrige statusrapport 1. Medisinsk faglig rådgiver har utpekt en onkolog som representant i legemiddelkomiteen, som skal gi veiledning innenfor dette fagområdet. 2. Definert de viktigste fagområdene for oppfølging, med særlig fokus på onkologi, hematologi og gastromedisin. 3. Oppfølging av nyreleger, mtp nye endringer i h-reseptordningen. 4. Utarbeidet system for oppfølging av enkeltpasientvedtak. 5. Høykostgruppen har sendt ut det første nyhetsbrevet. 6. Definert de viktigste avtalene for videre oppfølging. 7. Møte med Sykehusinnkjøp med fokus på potensielle besparelser. 8. I samarbeid med fagdirektør, fagsjefer og fagmiljøer gått gjennom eksisterende forskriving av Cannabis og sikret at det ikke gjøres forskriving til nye pasienter. Evt behov for ny-forskriving må avklares med fagdirektør. 9. Godt internt rapporteringsverktøy er i drift. Fortsatt gode resultater på bytte av medikamenter innen de ulike områdene.				Milepæler frem til neste statusrapport 1. Følge opp nye avtaler gjennom fag- og lederlinje. 2. Følge forbruksdata på inngåtte avtaler. 3. Følge opp innsatsgruppen i HSØ. 4. Definere utvalgte legemidler hvor det er potensiell besparelse på byttegrader. 5. Sende ut nyhetsbrev/informasjon i fag- og lederlinjen. 6. Følge opp sykehusadministrerte legemidler der det er forskjeller mellom klinikkene, fokus på kreftmedikamenter. 7. Følge opp forbruk direkte mot enkelte faggrupper for å få til enda større grad av bytte der det er ønsket. 8. Legge en plan for oppfølging av avtalespesialister innenfor hud. 10. For hematologisk kreft og andre kreftformer er det startet gjennomgang av forskrivningsmønster for evt. å dekke relevante forskjeller mellom klinikkene som kan gi besparelser ved terapiendring.			
Budsjettoversikt Gevinstplanen la til grunn besparelser på medikamentområdet på 28 MNOK i 2023. Akkumulert gevinst per 1.tertial 2023 er 5,76 MNOK. Dette er litt under budsjett og målet er å hente ut minimum tilsvarende 2.tertial med de tiltak som foreligger. Kostnadene viser 0,3 MNOK bedre enn budsjett. Regnskapet viser ikke hele gevinsten, da det er kommet uforutsette utgifter til Yescarta og stamcellebehandling i utlandet. Området følges opp tett gjennom høykostgruppen for å sikre at nye avtaler implementeres raskt og effekter oppnås fortløpende. Besparelsen kommer av bytte av medikamenter ved patentfall. Det har dog vært vekst av pasienter og lenger overlevelse for kreftpasienter som har gjort at antall pasienter som mottar h-resepter har gått noe opp.		Risiko Gevinster er avhengig av at LIS-avtaler gir prisreduksjoner. Medikamenter forskrives også av spesialister ved andre helseforetak og avtalespesialister, krever avtalelojalitet fra deres side. De største helseforetak for VVHF sin del er Martina Hansen Hospital og Oslo Universitetssykehus. Bytte mellom legemidler som ikke er generiske eller biotilsvarende krever vurdering av behandlingen av den enkelte pasienten og om bytte er mulig. Nye medikamenter kan gi mer kostbar behandling.		Tiltak Tett oppfølging av nye avtaler for å sikre gevinst. Oppfølging av den enkelte avdeling/forskriver ved behov. Analyse av rapporter fra Sykehusinnkjøp for å identifisere medikamenter med stort potensiale for bytte og besparelse. Høykostgruppen jobber videre med å kunne gi et godt estimat for besparelse i 2023. Basert på anslag gitt fra Sykehusinnkjøp er det i budsjettet for h-resepter lagt inn en besparelse på 28 MNOK. tallet er basert på kjente patentfall på slutten av 2022 og begynnelsen av 2023. Spesielle fokusområder 2023: 1. Zessly vs Remicade/Remsima: Hvis pasientene får Zessly istedenfor Remicade er forventet besparingspotensial i 2023 0,45 MNOK 2. Aranesp vs Mircera: Hvis VVHF når landsgjennomsnittet på 42% byttegrad, er forventet besparingspotensial i 2023 0,65 MNOK			
Kommentar Legemiddelområdet er sammensatt. Innen legemiddelområdet gir nye innkjøpsavtaler muligheter for kostnadsreduksjoner, noen ganger betydelige ved utløp av patenter. Samtidig kan godkjenning av nye medikamenter medføre kostnadsøkninger. Finansiering av stadig flere medikamenter har også blitt overført fra "blåreseptordningen" til helseforetakene. Betydelige prisreduksjoner vil etter noen tid påvirke den innsatsstyrte finansieringen. I gevinst-planen ligger kostnadsreduksjoner knyttet til legemidler brukt utenfor sykehus. Arbeidet med høykostmedisin omfatter også legemidler brukt i sykehus med gevinster i klinikkene, disse er ikke tatt inn i gevinstplanen, men bidrar til klinikkens økonomiske resultat.							

4.6. KIS, inkl. areal, Logistikk og vareforsyning, oppgavedeling

Tiltak	2024	2025	2026	Totalt (MNOK)
Harmonisere pris for ansattparkering på eide plasser	1			1
Innføring beste praksis - Antall middager pr liggedøgn	0			0
Innføring beste praksis - Antall rene senger ift døgnpasienter	1			1
Innføring beste praksis - Antall smittevask pr prod.koeffisient	0			0
Oppgavedeling (biladministrasjon og matsservering BS må ses på for seg)	1			1
Redusere antall tjenestebiler	1			1
Arealeffektivisering, administrasjon	- 1	1	1	1
Gjennomføre tiltak iht. energiplan	2	3		5

Harmonisere pris for ansattparkering på eide plasser

Pris pr mnd. er kr 420 på DS og kr 170 på øvrige lokasjoner (BS, RS, KS og Blakstad). Prisen harmoniseres så alle betaler kr 420. Parkeringssituasjonen i foretaket er krevende, og det er ønskelig å bruke pris som virkemiddel for å oppnå en bedre balanse mellom tilbud og etterspørsel. Saken er behandlet i Mobilitetsutvalget, uten at man har kommet til enighet. Beslutning om endringer vil behandles i foretaksledelsen.

Innføring beste praksis - Antall middager pr liggedøgn

Dette er en KPI som utarbeides månedlig av avd. for Matforsyning med bistand fra controller for alle de fire somatiske sykehusene. Beste praksis er pr i dag på RS. Ved å følge opp og synliggjøre resultater og forskjeller mellom de respektive sykehus skal det jobbes for at man oppnår beste praksis på de øvrige tre somatiske sykehusene.

Innføring beste praksis – Antall rene senger ift. døgnpasienter

Dette er en KPI som utarbeides av Renholdsavdelingen med bistand fra controller for alle de fire somatiske sykehusene. Beste praksis er pr i dag på DS. Ved å følge opp synliggjøre resultater og forskjeller mellom de respektive sykehus skal det jobbes for at man oppnår beste praksis på de øvrige tre somatiske sykehusene.

Innføring beste praksis – Antall smittevask pr produksjonskoeffisient

Dette er en KPI som utarbeides månedlig av Renholdsavdelingen med bistand fra controller for alle de fire somatiske sykehusene. Beste praksis er pr i dag på RS. Ved å følge opp og synliggjøre resultater og forskjeller mellom de respektive sykehus skal det jobbes for at man oppnår beste praksis på de øvrige tre somatiske sykehusene.

Oppgavedeling

Oppgaver utført av pleiepersonell som overføres til fagarbeider gir en beregnet besparelse i lønnskostnad på 200K. Målsetningen er at oppgaver innen fagområdene logistikk og portør

skal overføres fra pleien til KIS. Det vises til omtale av innkjøpsrutiner overfor. Dette er en del av innholdet i arbeidet med oppgavedeling.

Redusere antall tjenestebiler

Foretaket har en del tjenestebiler med lav utnyttelsesgrad og hvor årlig kjørelengde er lav. Tiltaket går ut på å legge til rette for en bedre utnyttelse av bilparken på tvers av avdelingene. Dette kan oppnås ved innstramning av dagens praksis og rutiner, og/eller innføring av digitalt verktøy for booking av tjenestebiler ved behov. Tiltaket vil hovedsakelig berøre klinikk PHR som er den klinikken med flest tjenestebiler.

Arealeffektivisering administrasjon

Det er mye ledig kontorplass i dagens lokaler på Grønland 32. Tiltaket går ut på å redusere antall leide kvm fra 3- til 2 etasjer. Dette kan enten gjøres ved å fremleie en etasje, eller ved å reforhandle dagens leieavtale. Tiltaket vil ses i sammenheng med avvikling av andre leide lokaler for administrativt personell i takt med at avtaler utgår. Foretaket jobber videre med etablering av insentivmodell for internhusleie med sikte på å effektivisere arealbruken også i klinikkene. Det foreligger pt. ikke en samlet oversikt over potensialet. Effektiv arealbruk må også ses i sammenheng med de pågående eiendomsplanene for PHR og PHT, samt i arbeidet med å realisere BRK planen.

Gjennomføre tiltak iht. energiplan

Energiplan inneholder en rekke tiltak. Gjennomføring av tiltakene vil kreve investeringsmidler. Det kan søkes om tilskudd fra Enova og HSØ til gjennomføring av energitiltak. Besparelse vil avhenge av hvilke og hvor mange tiltak som realiseres, samt hvor mye investeringsmidler som stilles til rådighet. Energiplan følges opp av energirådgiver i KIS.

4.7. Effektivisering stab/ støtte

Tiltak	2024	2025	2026	Totalt (MNOK)
Effektiviseringstiltak stab/støtte	7	8	-	15

Bemanningscenteret

Alle ledige vakter skal bestilles hos Bemanningssenteret som dekker ledige vakter så langt mulig med kjent personell. Ved å gjøre dette konsekvent vil det gi en bedre ressursutnyttelse av tilgjengelig personell. Dette det vil muliggjøre en endring, eller reduksjon, i bruk av administrativt personell i klinikkene.

Reduksjon i administrative oppgaver for ledere

Det er igangsatt en prosess for å kartlegge administrative oppgaver for ledere, og hvilket omfang disse kan avhjelpest og gjøres mer effektivt av annet personell. Målet med dette er å frigjøre tid til ledelse og gjennomføring av nødvendige omstillingsprosesser.

Redusere stabspersonell 5% (sentral stab og stab i klinikk)

Sentrale staber har påbegynt en gjennomgang av hvilke oppgaver stabene utfører i dag, hva som kan effektiviseres eller eventuelt reduseres eller avvikles. Noen sentrale staber har alt

begynt å redusere bemanningen. Klinikkene har også noe stabs- og støttepersonell, og det planlegges tilsvarende kartlegging i disse stabene, og deretter skal det vurderes hvordan de samlede ressursene kan benyttes best mulig.

Samsvar mellom ansvar og myndighet

Fullmaktsstrukturen er gjennomgått våren 2023 for å sikre godt samsvar mellom ansvar og myndighet og tilstrebe at ansvar samles og legges til lavest mulig nivå.

Systemforvaltning

Systemforvaltning er i dag organisert i flere avdelinger og klinikker. Det vil utredes hvordan forvaltning av IKT-systemer kan effektiviseres der det er synergier. I første omgang vil det ses på synergier mellom systemforvaltning DIPS og Metavision når DIPS Arena er innført.

Interne transportoppgaver

Interne transportoppgaver er også organisert i flere avdelinger i dag. En samordning av all intern logistikk mellom lokasjonene forventes å gi synergier. Det utredes samordning av transportoppgaver som i dag utføres av avdeling for BHM og i KIS.

4.8. Strukturelle tiltak

I tråd med tilnærmingen “sykehus i nettverk” er det nødvendig å vurdere en samordning av aktiviteten innenfor ulike fagområder, og der det er hensiktsmessig å fordele aktiviteten på færre geografiske lokasjoner. Dette for å kunne skape robuste fagmiljøer og sikre likeverdige helsetjenester av god kvalitet.

Et slikt tiltak kan for eksempel innebære å rendyrke pasientforløp innenfor elektiv aktivitet og samle denne på færre steder, for på denne måten å oppnå økt grad av standardisering av behandlingsmetode(r) og bruk av utstyr. I tillegg vil klinikkene kunne oppnå høyere effektivitet og kapasitetsutnyttelse. Dette vil bidra til økte inntekter og samtidig muliggjøre reduksjon i innkjøpskostnader og uønsket variasjon. Det vil ikke være slik at en samordning nødvendigvis medfører en sentralisering, men en målrettet spesialisering og oppgavefordeling mellom klinikkene. Viser for øvrig til tidligere avsnitt om sykehus i nettverk og små og sårbare fagmiljøer.

I OBD 2023 er VVHF gitt i oppdrag å vurdere tilpasning i kapasitet innenfor intensivområdet. Helse Sør-Øst RHF's regionale plan for fremtidig behov for intensivkapasitet er lagt til grunn. Tabellen nedenfor viser dagens intensivkapasitet for foretaksgruppen Helse Sør-Øst:

Antall plasser med intensiv og overvåkingskapasitet i Helse Sør-Øst 2022							
Helseforetak/sykehus	Antall plasser			Antall plasser per 100 000			
	Kat.3	Kat.2	Kat.1	Kat.3	Kat.2	Kat.1	
Akershus universitetssykehus HF	10	22	21	1,7	3,7	3,5	
Sykehuset i Vestfold HF	4	5	3	1,6	2,0	1,2	
Sykehuset Innlandet HF	10	18	6	3,0	5,3	1,8	
Sykehuset Telemark HF	4	5	3	2,3	2,9	1,7	
Sykehuset Østfold HF	8	12	8	2,5	3,7	2,5	
Sørlandet sykehus HF	10	11	5	3,2	3,5	1,6	
Vestre Viken HF	12	12	7	2,4	2,4	1,4	
Diakonhjemmet Sykehus	4	0	0	2,8	-	-	
Lovisenberg Diakonale sykehus	2	3	0	1,2	1,8	-	
Helse Sør-Øst eksl. Oslo universitetssykehus HF	64	88	53	2,3	3,1	1,9	
Oslo universitetssykehus HF	64	59					
Helse Sør-Øst	128	147		4,2	4,8		

Den regionale planen peker ikke spesifikt på at VVHF skal øke kapasiteten på de tyngste intensivsengene (kategori 3), men at fleksibiliteten i intensivkapasiteten bør økes, noe som gjelder alle foretakene i Helse Sør-Øst. For VVHF kan dette bety å øke antallet intermedisærseenger (kategori 2). Ved en slik økning vil kapasitetsbehovet/belegget for de tyngste intensivsengene kunne bli noe redusert og tilbudet bli bedre tilpasset pasientenes reelle behov. Uten intermedisærseenger er "kompetanseavstanden" mellom en intensivseng og ordinær sengepost stor, noe som gjør at pasienter i noen tilfeller for sent overføres til en intensivseng pga. manglende kapasitet. Motsatt at de blir liggende lengre på intensiv fordi det ikke finnes et tilstrekkelig "step-down"-tilbud. Vestre Viken må også se intensivkapasiteten som en helhetlig og sørge for at den samlede kapasiteten er tilstrekkelig og fleksibel nok til å ivareta det fremtidige behovet. Den pågående etableringen av et internt intensivtransport-tilbud vil understøtte en bedre fleksibilitet.

5. Oppsummering

Den opprinnelige planen som lå til grunn for forprosjektrapporten for NSD forutsatte en netto kostnadsreduksjon på 379 MNOK (2020-kroneverdi). Ved utgangen av 2022 er 103 MNOK realisert, men som tidligere omtalt så synliggjøres ikke dette på bunnlinjen på grunn av den store kostnadsøkningen som har vært gjennom pandemien.

Gevinstplan 2020							
Gevinstområde	Mål 2020	Mål 2021	Mål 2022	Mål 2023	Mål perioden		Realisert 2020 - 2022
					2024 - 2030	Sum mål i opprinnelig plan	
Klinikk Drammen sykehus					12	12	-
Klinikk for Intern service					6	6	-
MTU forvaltning					7	7	-
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	1	1	1		22	25	1

Administrasjon og merkantil tjeneste		2	3	3		26	35		-
PHR - tiltak tilknyttet NSD	3	6	1	4		10	24	1	
Omstilling PHR prosjektuavhengig NSD		- 10	3	5		28	45	10	
Innføring ARP PHR, prosjektuavhengig NSD	19		1	4		10	34	12	
Innføring ARP VVHF, eksklusiv PHR	3	4	6	4		65	82		-
Innkjøpsområdet	3	4	5		-	-	12	9	
Medikamentkostnader	15	10	10		-	-	35	63	
Rehabiliteringskostnader - kjøp fra private		- 5	4	5		21	35	2	
Gjestepasientkostnader		- 5	5	5		5	20	3	
Bedre utnyttelse av samlet kapasitet	5	5	1	1		-	13		-
Beste praksis - reduksjon av utilsiktede hendelser	5	5	1	1		-	13	1	
Sum	53	58	42	34		210	397	103	

Revidert gevinstplan slik den nå foreligger har følgende gevinstmål for perioden 2024 – 2030, der opprinnelig plan for gevinstrealisering NSD ligger fast med unntak av forventede gevinster knyttet til forvaltning av MTU området omtalt under pkt. 3 overfor.

Revidert plan								Sum
Revidert plan	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2024 - 2030
Klinikk Drammen sykehus	-	1	2	3	3	2	2	12
Klinikk for Intern service		3	3					6
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	1	0	5	4	4	4	4	23
Administrasjon og merkantil tjeneste	6	13	6	-	1	1	-	28
PHR - tiltak tilknyttet NSD	5	2	2	2	-	-	-	10
PHR omstilling	15	27	18	-				60
								-
Somatikk omstilling	79	80	18	-				177

Innkjøpsområdet	5	6	-	-					11
Medikamentkostnader	10	-	-	-					10
LAB analyse	3	10	13	11					36
Teknologi	1	4	9	12					26
KIS tiltak	5	4	1	-					10
Stab/ støtte	7	8	-	-					15
sum	137	158	77	32	8	7	5		426

Det er følgelig lagt til grunn en økt gevinstrealisering på 228 MNOK sammenholdt med tidligere plan for perioden 2024 – 2030. Som omtalt innledningsvis er det behov for driftsforbedringer på 400 – 500 MNOK de nærmeste to årene. De målsatte gevinster for år 2024 og 2025 er følgelig ikke tilstrekkelig. I forbindelse med utarbeidelse av ØLP 2024 – 2025 vil det redegjøres for nødvendig driftseffektivisering gitt tilleggsbevilgningene i RNB 2023. Foretaket vil jobbe videre med ytterligere tiltak frem mot budsjett 2024.

De gevinstplaner og tiltak for å sikre økonomisk bærekraft som er omtalt under kapittel 4 til 6, er dedikert dels til konkrete avdelinger og dels til mer overordnede tiltak som vil fordeles når planene for realisering er brutt ned på enkeltavdelinger og områder. Dette vil gi konkrete resultatmål på hver enkelt avdeling, på NSD, og på VVHF som helhet for de kommende årene. Det er angitt KPI'er på flere av områdene, og disse vil videreutvikles og danne grunnlaget for den løpende oppfølging av utviklingen fremover. Ved avvik skal det planlegges og gjennomføres kompenserende tiltak.

Mange prosjekter og delprosjekter planlegges i VVHF i de neste årene, både i regi av mottaksprosjektet og i forbindelse med regionale IKT-prosjekter. Styring og oppfølging av den totale prosjektporteføljen på foretaksnivå blir viktig for å sikre fremdrift i prosjektene og fremtidig gevinstuttak. Dette vil også være grunnlaget for å sikre koordinering av prosjekter mellom ulike avdelinger og klinikker, og en hensiktsmessig rapportering til styre og eier.

6. Risikovurdering

Samlet sett er dette en omfattende plan, og det stilles store krav til resultatutviklingen. Det vil kreve mye av organisasjonen i tiden som kommer. Samtidig vil en konkretisert handlingsplan bidra til å redusere risikoen. Foretaket har nå en samlet oversikt over de viktigste områdene som skal prioriteres de kommende årene. Det er etablert helt konkrete planer for store deler av gevinstområdene. Tiltak som ennå ikke er konkretisert i handlingsplaner som dedikerer ansvar på enkeltpersoner og tidfester realisering, vil utarbeides i perioden fremover.

Oppsummert anses de viktigste risikoområdene å være knyttet til følgende:

- Tilgang på personell med riktig kompetanse.
Manglende tilgang på personell er ofte kostnadsdrivende, i tillegg til at det øker risikoen for at folk velger å slutte.
- Utilstrekkelig forankring i lederlinjene og tid til gjennomføring.
- Manglende forankring hos medarbeidere og tillitsvalgte.
- Fremdrift i teknologiprojekter, herunder regionale prosjekter og kapasitet for gjennomføring hos Sykehuspartner.
- Teknologisk og faglig utvikling som vesentlig påvirker planlagt drift.
- Utvikling i pasientgrunnlaget, herunder opptaksområder for VVHF.
- Forutsetninger i inntektsmodeller og finansieringsvilkår.
- Mangelfulle rutiner for oppfølging av realisering av gevinster fortløpende og særskilt etter innflytting i nytt sykehus.
- Økte fremtidige driftskostnader som følge av begrensede investeringsrammer for NSD.
- Økte fremtidige teknologikostnader som følge av kostnadsutvikling utenfor VVHFs kontroll

Vekst innenfor ambulansetjenesten og pasienttransport har vært betydelig de siste årene, og har medført behov for å styrke tjenesten. Flere tiltak er iverksatt, og foreløpige tall viser at veksten kan se ut til å ha flatet ut til tross for økt antall henvendelser til AMK. Innføring av videoløsning for AMK, samt tett oppfølging av bestillende enheter i klinikk er viktige tiltak. Enheten har også dialog inn mot legevakt for å sikre rett bruk av ambulanse. Ytterligere vekst vurderes som en risiko.

De fleste risikoområder vil være forutsigbare, og gir foretaket mulighet til å områ seg for å møte risikoene med nye tiltak. Foretaket har etablert modeller for risikovurderinger og møter risikoer med tiltak. Oppfølgingsrutiner er etablert.

ARP i PHR høsten 2020 - resultatvurdering i 2022/23



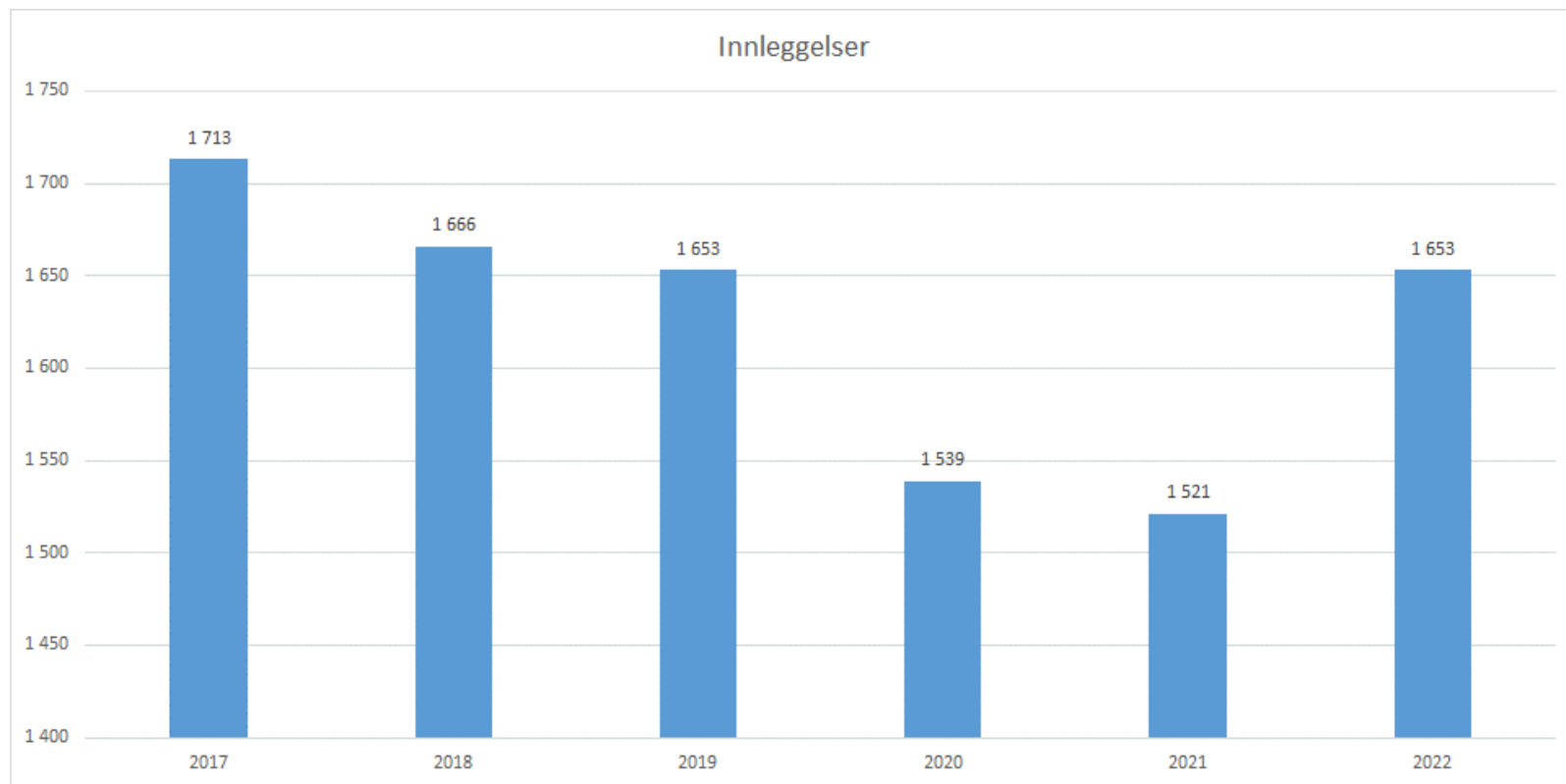
ARP gjennomgang innen følgende områder høsten 2020

- DPS – døgn
- ARA - døgn
- BUPA - døgn

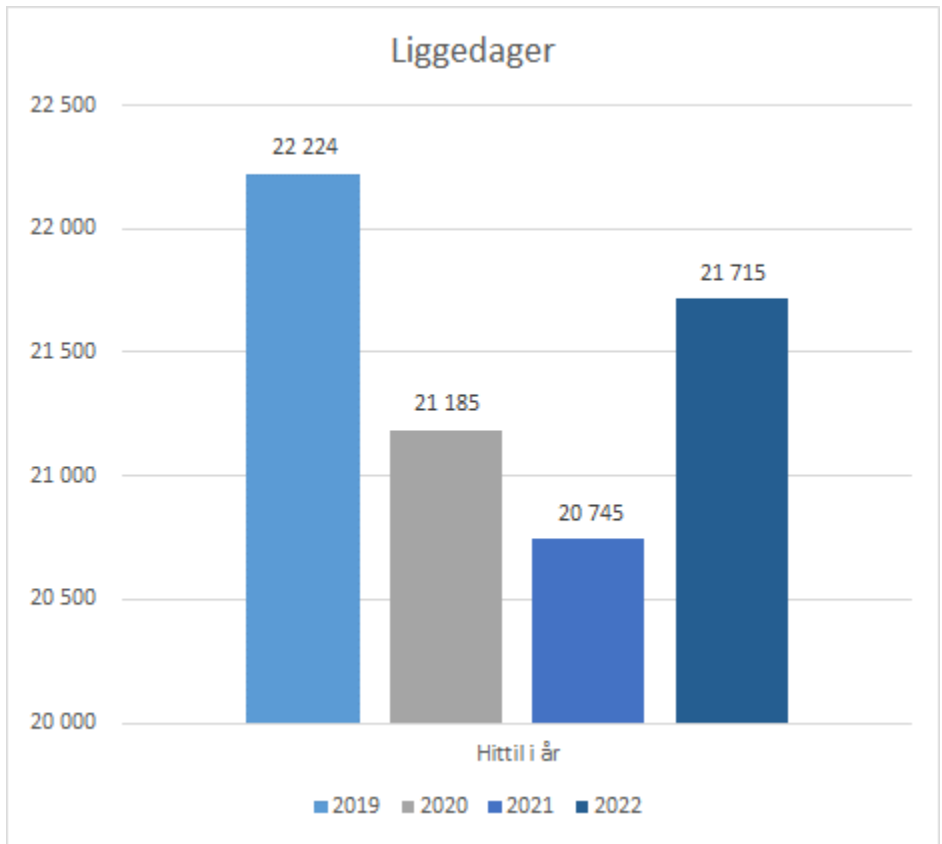
DPS

- 5 døgnlokasjoner
 - Ringerike
 - Kongsberg (kombi pol/døgn)
 - Bærum
 - Asker (flere, USU ikke inkludert)
 - Drammen

Utvikling innleggelser alle 5 DPS totalt siste 5 år



Utvikling liggedøgn alle 5 DPS totalt siste 4 år



Utvikling årsverk – døgnsesjonene DPS

Mai 2023

Månedsværk per organisasjonsenhet valgt måned

Helseforetak	Månedsværk
<input checked="" type="checkbox"/> VVHF	204,3
<input checked="" type="checkbox"/> 60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	204,3
<input checked="" type="checkbox"/> 630 - PHR Asker DPS avdeling (ADPS)	42,6
<input checked="" type="checkbox"/> 640 - PHR Bærum DPS avdeling (BDPS)	35,7
<input checked="" type="checkbox"/> 650 - PHR Drammen DPS avdeling (DDPS)	43,6
<input checked="" type="checkbox"/> 660 - PHR Kongsberg DPS avdeling (KDPS)	32,5
<input checked="" type="checkbox"/> 670 - PHR Ringerike DPS avdeling (RDPS)	49,9
Totalt	204,3

Månedsværk per stillingsgruppe valgt måned



Mai 2019

Månedsværk per organisasjonsenhet valgt måned

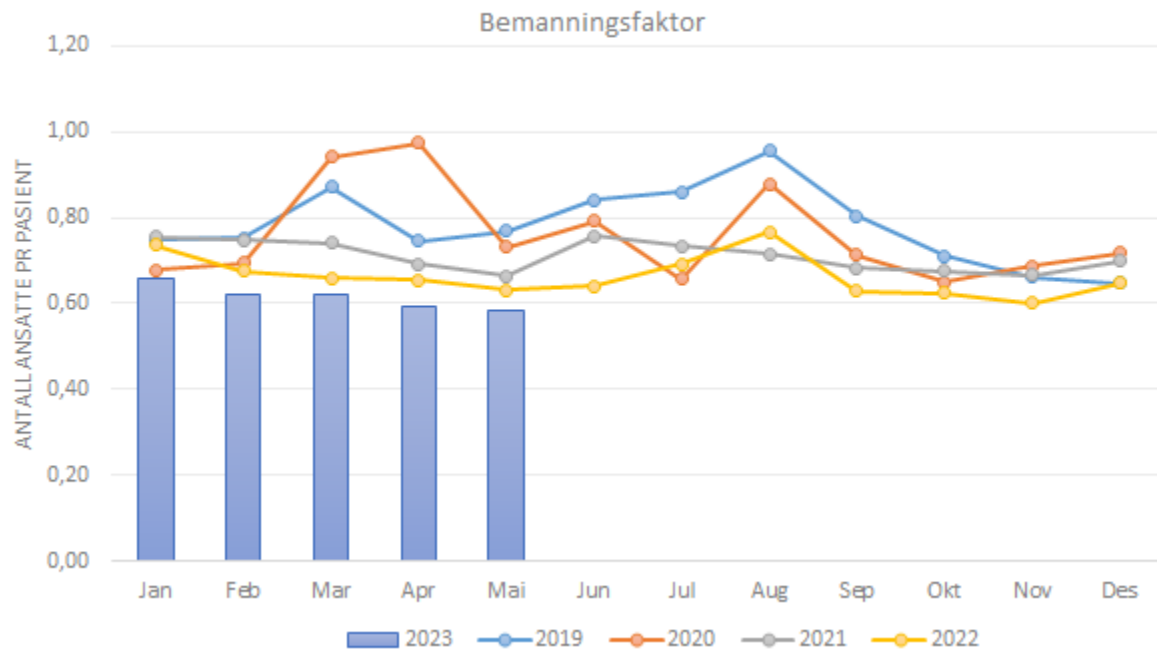
Helseforetak	Månedsværk
<input checked="" type="checkbox"/> VVHF	221,8
<input checked="" type="checkbox"/> 60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	221,8
<input checked="" type="checkbox"/> 630 - PHR Asker DPS avdeling (ADPS)	60,3
<input checked="" type="checkbox"/> 640 - PHR Bærum DPS avdeling (BDPS)	42,3
<input checked="" type="checkbox"/> 650 - PHR Drammen DPS avdeling (DDPS)	45,2
<input checked="" type="checkbox"/> 660 - PHR Kongsberg DPS avdeling (KDPS)	23,7
<input checked="" type="checkbox"/> 670 - PHR Ringerike DPS avdeling (RDPS)	50,3
Totalt	221,8

Månedsværk per stillingsgruppe valgt måned



Utvikling bemanning vs belegg

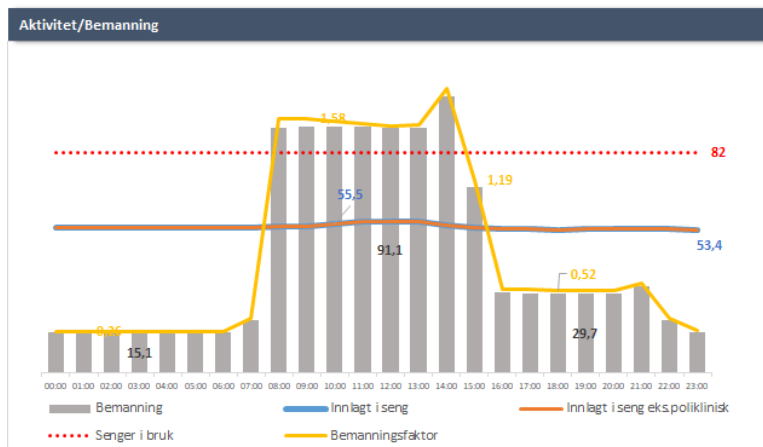
Aktivitet/Bemanning



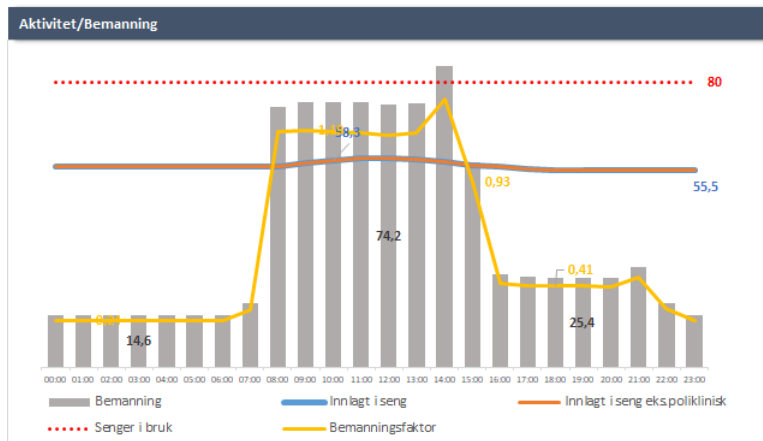
Utvikling bemanning vs belegg

Måned 1-5 begge år

2019



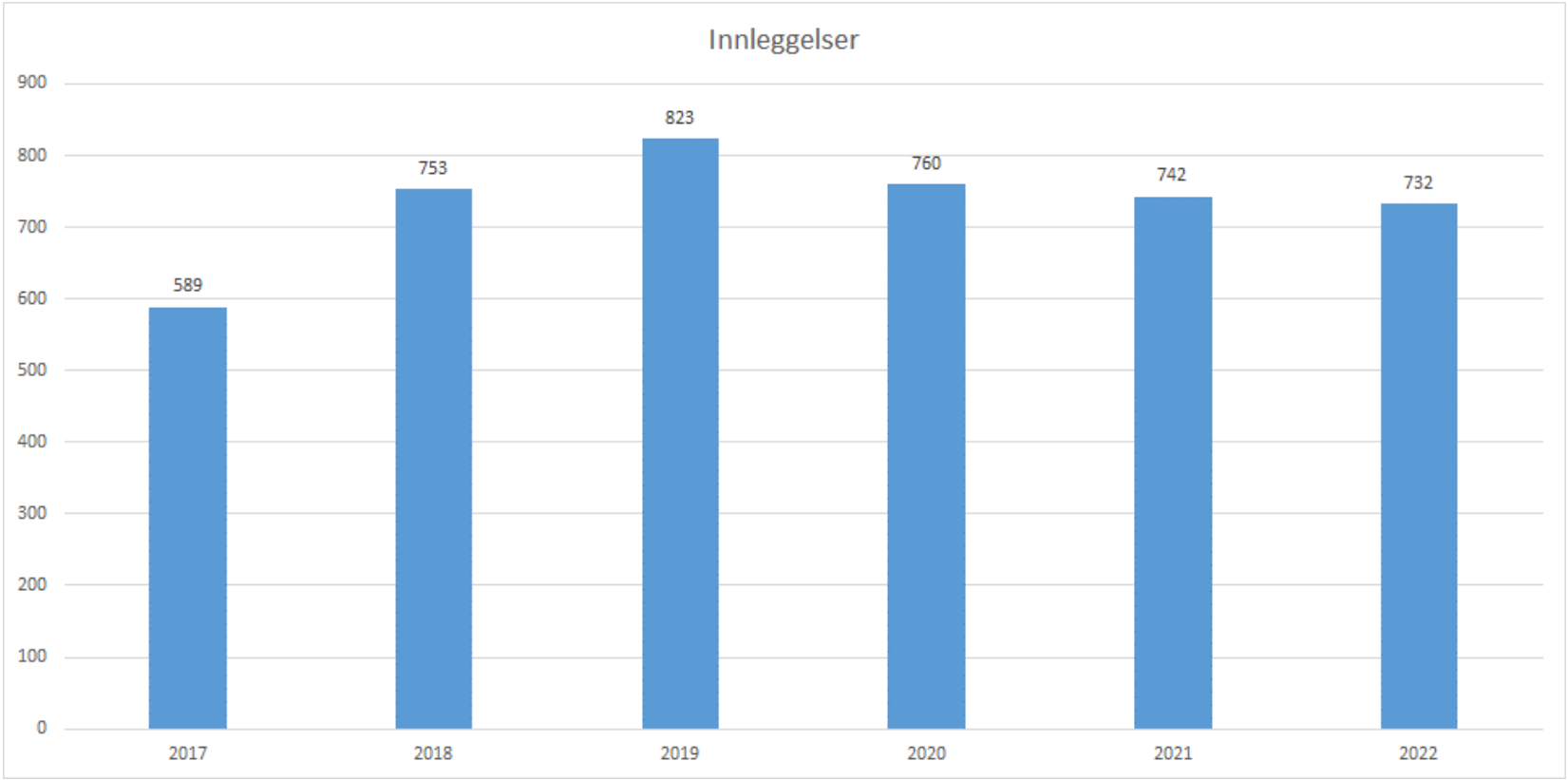
2023



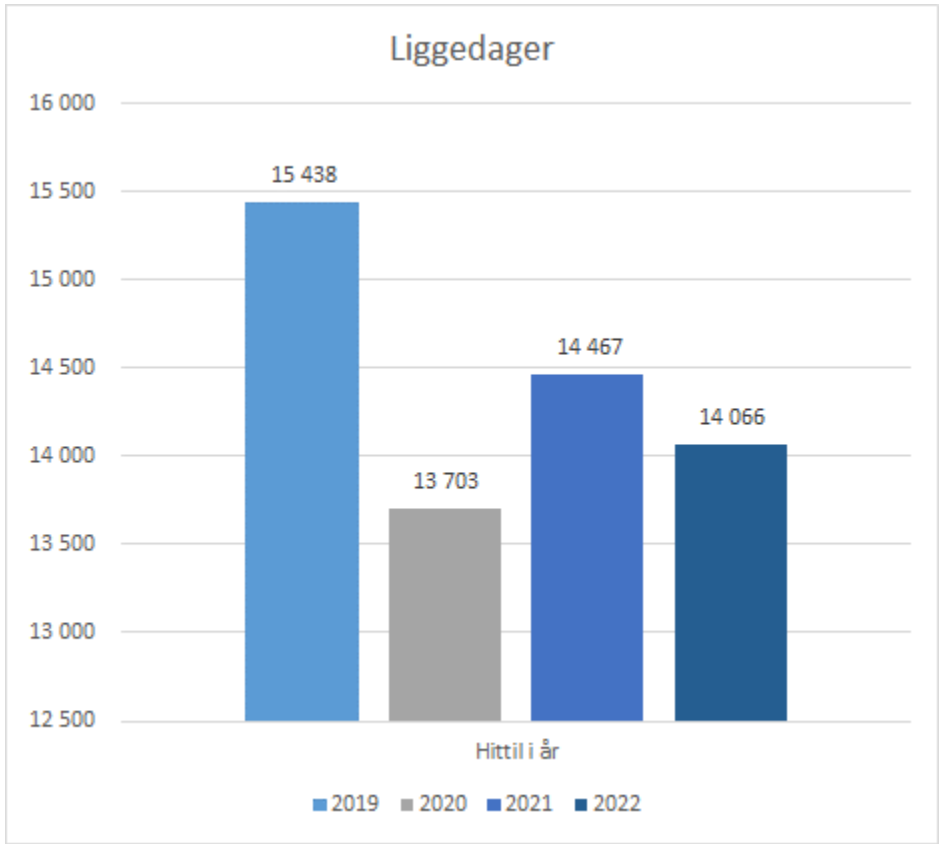
ARA

- 4 døgnlokasjoner
 - Bærum
 - Blakstad
 - Konnerud
 - Drammen sentrum

Utvikling innleggelses ARA totalt siste 6 år



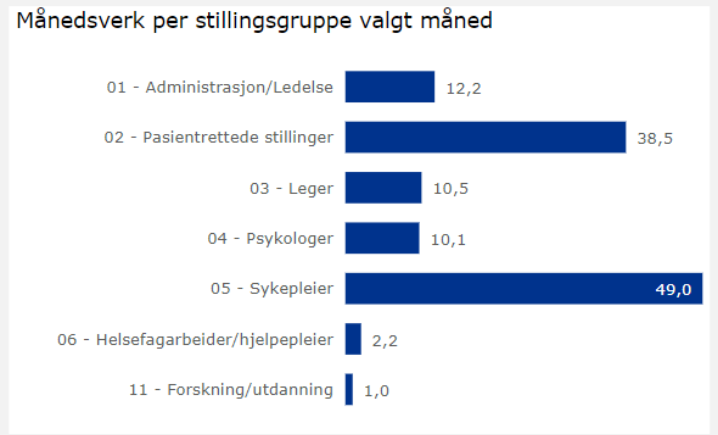
Utvikling liggedøgn ARA totalt siste 4 år



Mai 2023

Månedsværk per organisasjonsenhet valgt måned

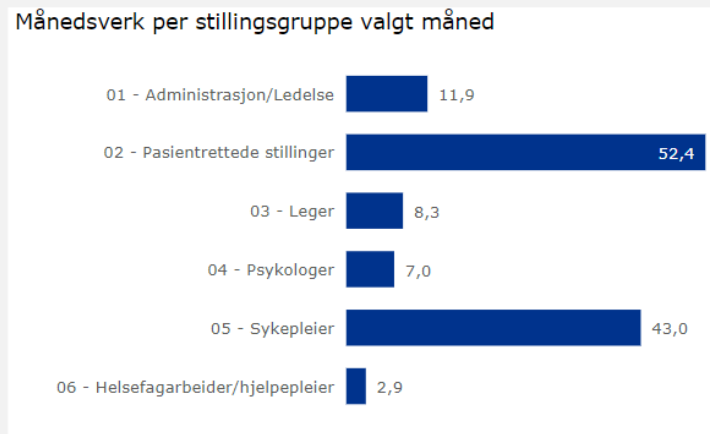
Helseforetak	Månedsværk
<input type="checkbox"/> VVHF	123,5
<input type="checkbox"/> 60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	123,5
<input type="checkbox"/> 680 - PHR rus og avhengighet avdeling (ARA)	123,5
<input type="checkbox"/> 6810 - ARA Blakstad	30,2
<input type="checkbox"/> 6820 - ARA Konnerud	26,1
<input type="checkbox"/> 6830 - ARA Bærum	30,7
<input type="checkbox"/> 6850 - ARA Drammen	36,4
Totalt	123,5



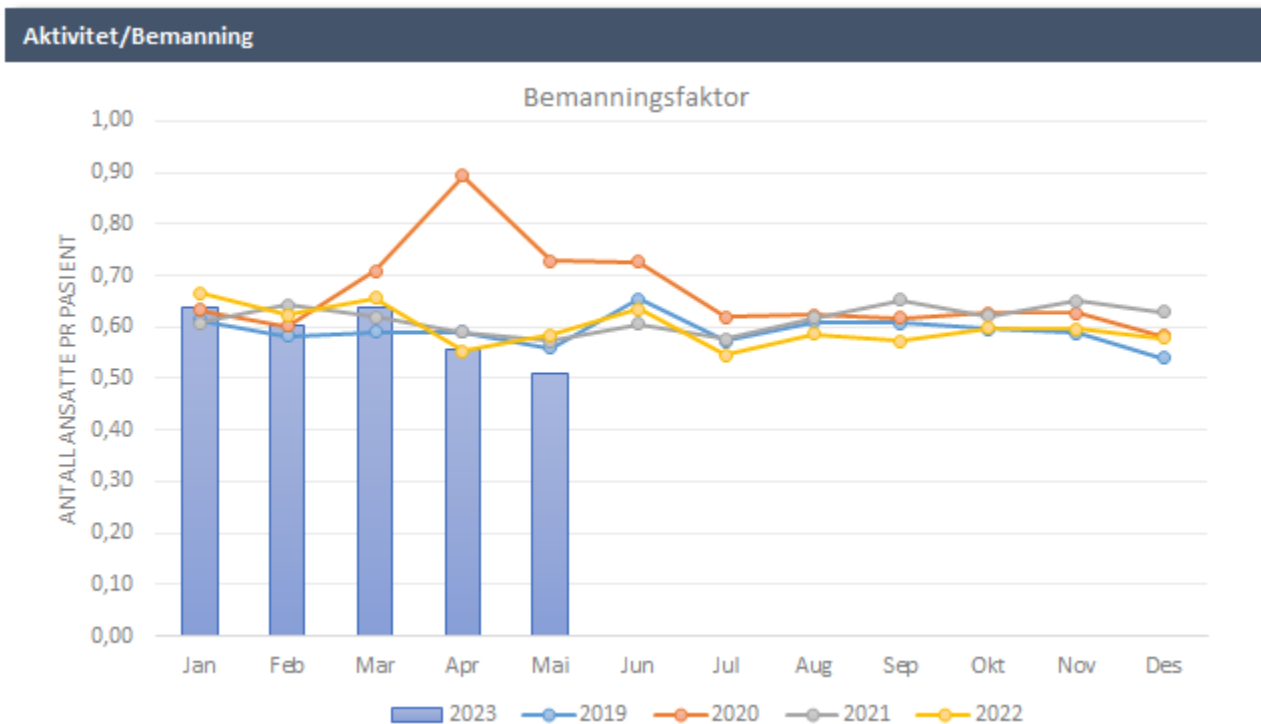
Mai 2019

Månedsværk per organisasjonsenhet valgt måned

Helseforetak	Månedsværk
<input type="checkbox"/> VVHF	125,4
<input type="checkbox"/> 60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	125,4
<input type="checkbox"/> 680 - PHR rus og avhengighet avdeling (ARA)	125,4
<input type="checkbox"/> 6810 - ARA Blakstad	31,1
<input type="checkbox"/> 6820 - ARA Konnerud	27,7
<input type="checkbox"/> 6830 - ARA Bærum	29,6
<input type="checkbox"/> 6850 - ARA Drammen	37,0
Totalt	125,4



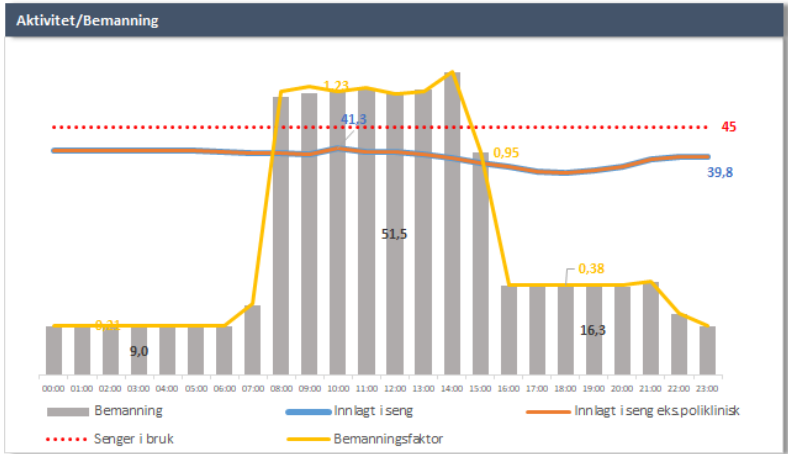
Utvikling bemanning vs belegg



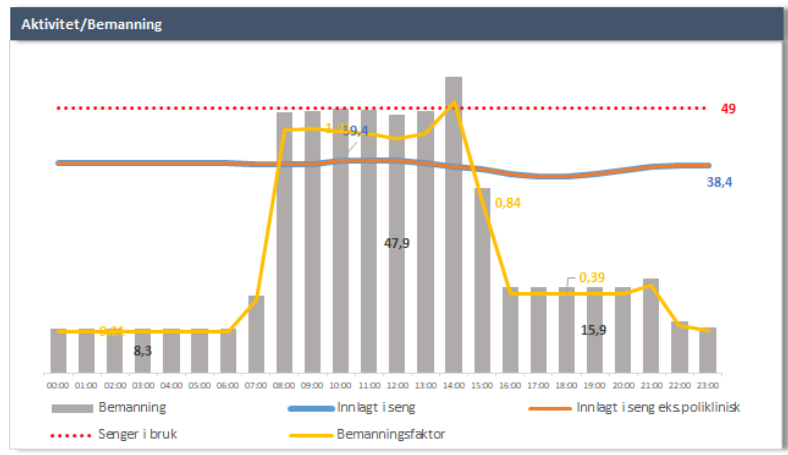
Utvikling bemanning vs belegg

Måned 1-5 begge år

2019



2023

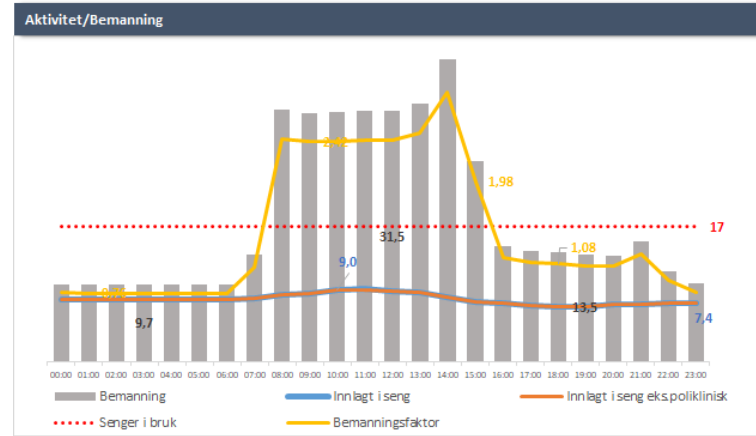


BUPA

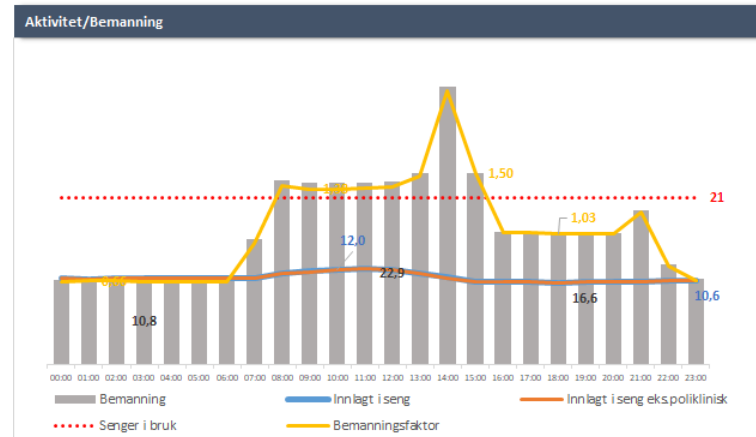
Utvikling bemanning vs belegg

Måned 1-5 begge år

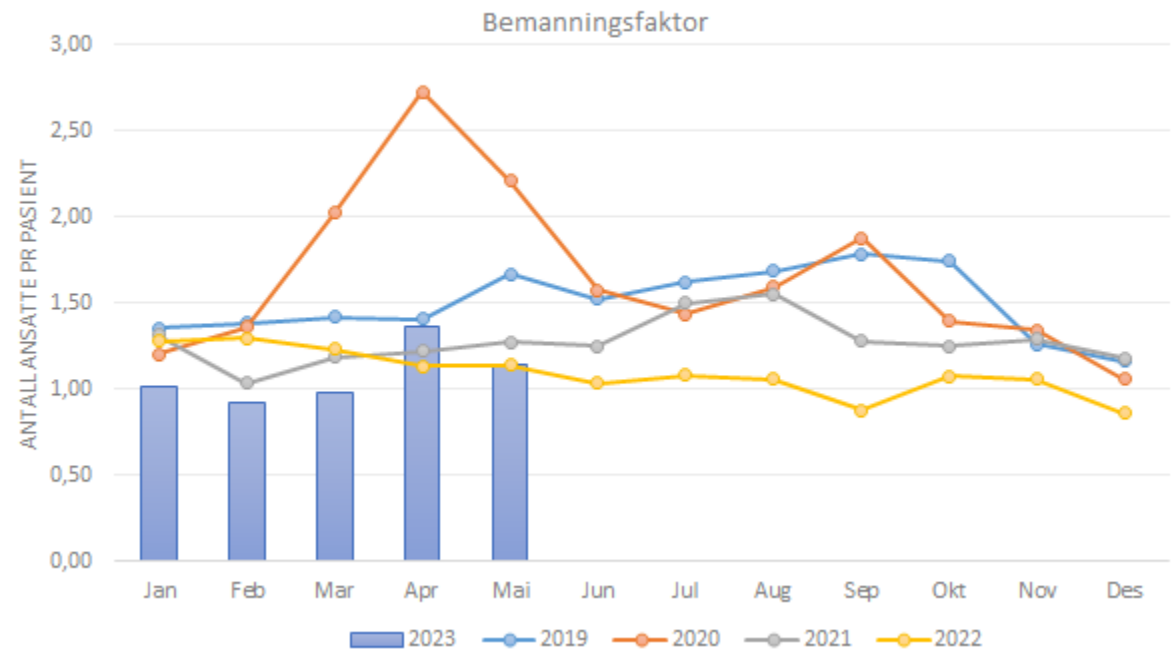
2019



2023



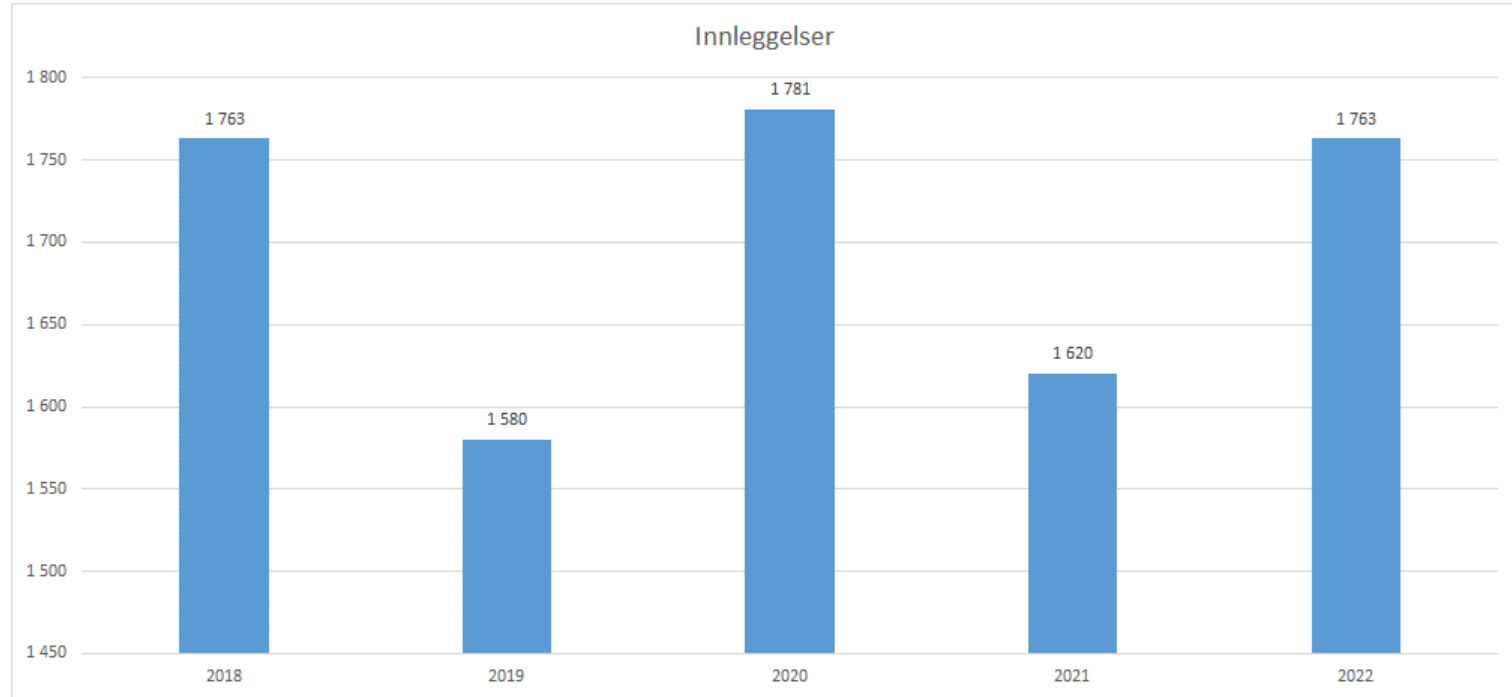
Aktivitet/Bemanning



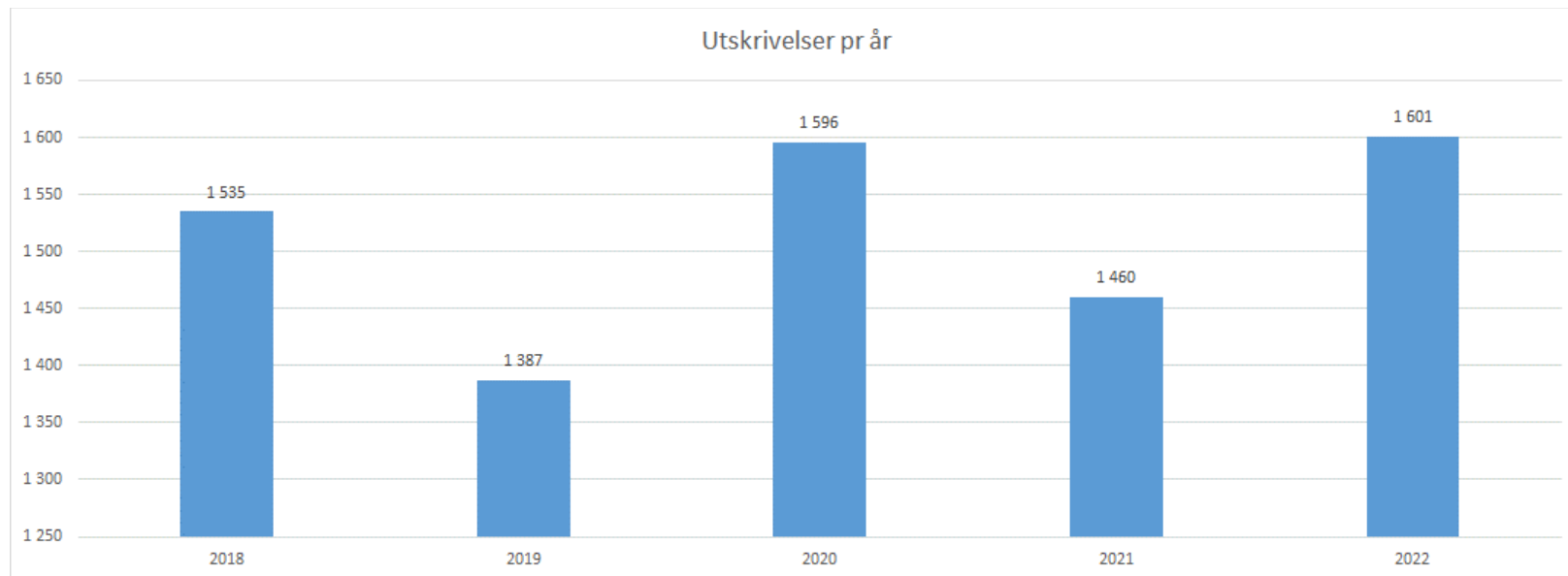
Blakstad Akutt

- Har jobbet etter ARP-metodikk, men var ikke del av programmet høsten 2020

Innleggelser Akuttposter Blakstad siste 5 år

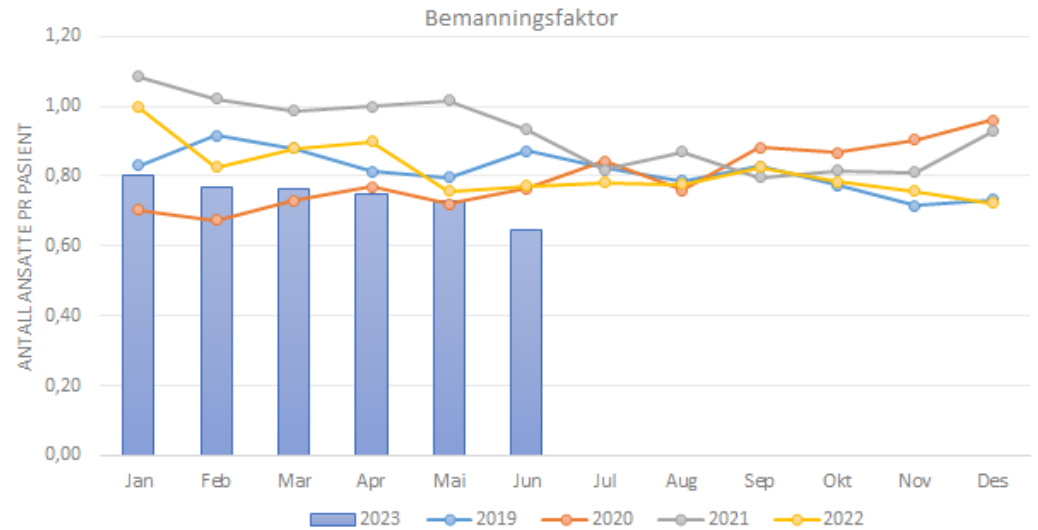


Utskrivelser Akuttposter Blakstad siste 5 år



Utskrivelser er pasienter ut av avdeling/sengepost til annet sted enn egen avdeling.

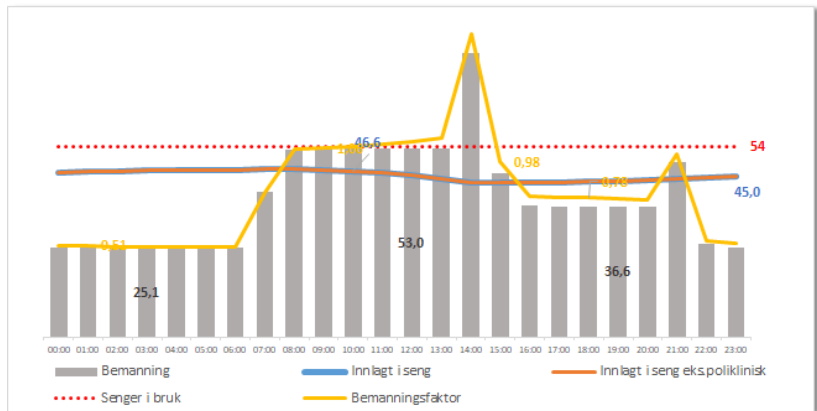
Utvikling bemanning vs belegg



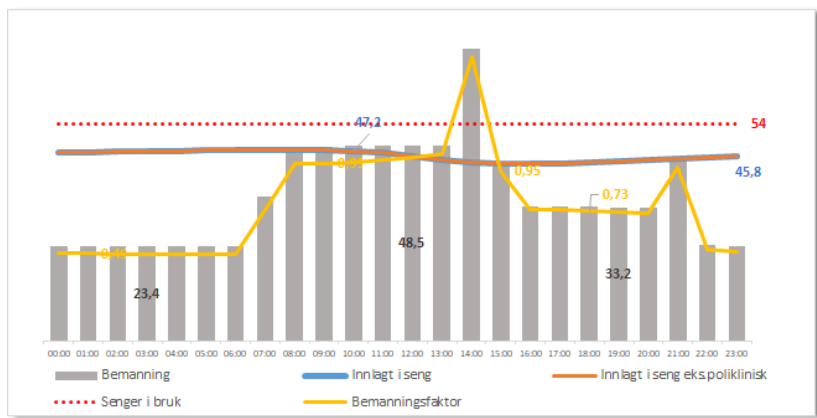
Utvikling bemanning vs belegg

Måned 1-5 begge år

2019



2023



- **Fungerer ARP?**

- I disse tilfellene synes ARP og fungere i form det er skjedd en endring av bemanning i forhold til aktivitet. Både total bemanning og bemanningsfaktor viser en økt produktivitet
- Pleietyngdediskusjonen dukker stadig opp fra fagmiljøet (de som blir innlagt er mye sykere enn før)
- Hva når aktiviteten går opp ? For eksempel BUPA 2 siste år og DPS i 2023
 - Skal man øke fastbemanning da, eller ta den på variabel lønn?

Dato: 2. juni 2023
Saksbehandler: Janne Hjelm-
Gabrielsen

Saksfremlegg

Åpenhetsloven og samfunnsansvar i Vestre Viken HF Rapport 2023

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	67/2023	12.06.23

Forslag til vedtak

Rapport om åpenhetsloven og samfunnsansvar i Vestre Viken HF vedtas.

Drammen, 5. juni 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Åpenhetsloven trådte i kraft i 2022. Formålet med loven er å fremme virksomhetenes respekt for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold i hele leverandørkjeden, samt å sikre alle som ønsker det tilgang til informasjon. Virksomhetene plikter etter loven å gjennomføre aktsomhetsvurderinger (risikovurderinger) i tråd med OECDs retningslinjer for flernasjonale selskaper.

Spesialisthelsetjenesten forvalter store ressurser på vegne av fellesskapet, og har en forpliktelse til å gjøre dette på en bærekraftig måte. Samfunnsansvaret handler om hvordan spesialisthelsetjenesten løser sitt samfunnsoppdrag i samspill med andre, og hvordan egen virksomhet påvirker mennesker, miljø og samfunn. Styrene i de regionale helseforetakene har vedtatt [Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar](#). Formålet med rammeverket er å klargjøre hvilke rammer/føringer som gjelder for området, og hvordan spesialisthelsetjenesten arbeider med samfunnsansvaret.

Helse Sør-Øst RHF har etablert og koordinerer et regionalt samhandlingsnettverk for implementering av loven. Vestre Viken HF deltar sammen med øvrige helseforetak i regionen, Sykehusinnkjøp HF og Sykehusbygg HF.

Saksutredning

Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst (RHF-styresak 103/2021) ligger til grunn for virksomhetsstyringen. Tjenesteutvikling, samfunnsansvar og åpenhetsloven implementeres som en del av dette. Rapport om åpenhetsloven og samfunnsansvaret skal ifølge åpenhetsloven paragraf 5 jamfør regnskapsloven paragraf 3-5 signeres av styret. Vestre Viken HF som selvstendig rettssubjekt er direkte forpliktet etter åpenhetsloven, og skal publisere en redegjørelse for egne aktsomhetsvurderinger på internett.

Det er nødvendig med aktsomhetsvurderinger for å møte kravene og for å unngå skade på mennesker, samfunn og miljø. Vestre Viken HF har laget en prosedyre for aktsomhetsvurderinger, identifisert risikoområder og tiltak, samt utarbeidet prosedyre for behandling av informasjonskrav etter åpenhetsloven. Helseforetakene i regionen samarbeider tett om implementeringen av åpenhetsloven i regi av HSØ. Det vil fra høsten bli opprettet et samarbeidsutvalg for samfunnsansvar i HSØ.

Administrerende direktørs vurdering

Rapport om åpenhetsloven og samfunnsansvar i Vestre Viken HF vedtas av styret.

Vedlegg: 1 Rapport om åpenhetsloven og samfunnsansvar i Vestre Viken HF

RAPPORT

Åpenhetsloven og samfunnsansvar i Vestre Viken HF 2023

Bakgrunn

Staten forventer at statlig eide selskap er ledende i arbeidet med samfunnsansvar, og at aktsomhetsvurderinger gjennomføres i tråd med anerkjente metoder, ref. St. Meld. 6 «Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap» pkt. 11.2. (eierskapsmeldingen). Føringerne i eierskapsmeldingen setter krav og forventninger om å opptre etisk forsvarlig, og identifisere og håndtere foretakets påvirkning på mennesker, samfunn og miljø.

Vestre Viken HF er omfattet av spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar, [spesialisthelsetjenestens rammeverk HSØ](#). Etterlevelse av åpenhetsloven er en del av rammeverket, sammen med prinsippene om ansvarlig virksomhet knyttet til klima, miljø, naturmangfold, likestilling og diskriminering, forebygging av økonomisk kriminalitet, antikorrupsjon og misligheter.

Rammeverket klargjør hvilke rammer og føringer som gjelder, og hvordan spesialisthelsetjenesten skal arbeide på området. Rammeverket gir en oversikt over lovkrav som helseforetakene skal rapportere på i sin utredning for samfunnsansvar; regnskapsloven, likestillings- og diskrimineringsloven og åpenhetsloven.

Åpenhetsloven skal fremme virksomheters respekt for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold i leverandørkjeden, og sikre tilgang til informasjon. Den pålegger virksomhetene å gjennomføre aktsomhetsvurderinger (risikovurderinger) for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold, i tråd med OECDs retningslinjer for flernasjonale selskaper. Et hovedmål med OECDs retningslinjer er at næringslivet skal bidra til bærekraftig utvikling. Et sentralt element i OECDs retningslinjer er forventninger om at selskapene gjennomfører aktsomhetsvurderinger for å unngå skade på mennesker, samfunn og miljø.

Loven pålegger virksomhetene informasjonsplikt. Dette innebærer at Vestre Viken HF på forespørsel skal kunne oppgi blant annet hvilke tiltak som er iverksatt for å trygge tilfredsstillende arbeidsforhold hos egne ansatte, innleide og i leverandørkjeden.

Vestre Viken HF har gjennomført risikovurderinger i forhold til samfunnsansvar og aktsomhetsvurderinger i avtaler også før åpenhetsloven ble vedtatt i 2022. Vestre Viken HF har utarbeidet prosedyre for aktsomhetsvurderinger etter åpenhetsloven, identifisert ytterligere

risikoområder og tiltak, samt utarbeidet prosedyre for behandling av informasjonskrav etter åpenhetsloven.

Det er nedenfor redegjort for de mest sentrale aktivitetene, beskrevet vesentlige og avdekkede risikoområder og tiltak som er (planlagt) iverksatt. Utredningene skal signeres av Styret og administrerende direktør.

Risikovurdering i Vestre Viken HF - samfunnsansvaret

Vestre Viken HF har utarbeidet prosedyre for aktsomhetsvurderinger etter åpenhetsloven, identifisert risikoområder og tiltak, samt utarbeidet prosedyre for behandling av informasjonskrav etter åpenhetsloven. Området likestillings- og diskrimineringsloven vil bli redegjort for i egen rapport.

Vestre Viken HF utfører aktsomhetsvurderinger, i tråd med OECDs retningslinjer og systematikk. For å vurdere og identifisere risiko relatert til samfunnsansvar vil Vestre Viken HF benyttet verktøyet «ansvarlighetskompasset» som er utviklet av OECD. Kartleggingen omfatter områdene; menneskerettigheter, anstendige arbeidsforhold, klima og miljø og forebygging av økonomisk kriminalitet. Dette legges til grunn sammen med foretakets eget rammeverk for styring av virksomheten, som beskriver rutiner for evaluering og korrigerende av virksomheten.

Sammen med helseforetaksgruppen har Vestre Viken HF identifisert risikoområder for driften i stort, med særlig behov for å følge opp i foretaksgruppen. -Vurdering av risiko for området samfunnsansvar sees i sammenheng med intern prosedyre for virksomhetsstyring, e-Håndbok dokument 98548 og risikostyring e-Håndbok dokument 85369.

For å ivareta samfunnsansvaret både generelt og for å følge opp enkeltsaker har Vestre Viken HF etablert et team på tvers av avdelinger. Foretaket samarbeider også med øvrige helseforetak i regionen, ledet av Helse Sør-Øst. Målet er å drøfte felles problemstillinger for å nå felles mål.

Sosiale forhold
1.1 Menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold
Lover og sentrale føringer: Lov om virksomheters åpenhet og arbeid med grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold (åpenhetsloven) § 4. Plikt til å utføre aktsomhetsvurderinger Loven pålegger en informasjonsplikt og en plikt til å gjennomføre aktsomhetsvurderinger som skal være tilgjengelig i en offentlig rapport. § 5. Plikt til å redegjøre for aktsomhetsvurderinger
Helseforetakets redegjørelse Vestre Viken HF har etiske retningslinjer som gjelder alle medarbeidere og innleid personell. Det er etablert rutiner for varsling og et eget varslingsutvalg. Det er mulig å varsle eksternt via eget mottak i revisjonsselskapet BDO. Likestilling og mangfold og arbeidsmiljø er tatt opp i Vestre Viken HF's årsberetning. Rapport for 2020 og 2021 er publisert på Vestre Viken sin nettside Fakta om Vestre Viken - Vestre Viken . Sykehusinnkjøp HF gjennomfører tilnærmet alle anskaffelser for Vestre Viken HF, Sykehusinnkjøp HF er helseforetaket innkjøpssentral i henhold til regelverket for offentlige

anskaffelser. Sykehusinnkjøp HF utfører aktsomhetsvurderinger på anskaffelser for å forebygge risiko for brudd og håndtere faktiske brudd på menneskerettigheter i leveransekjeden i samsvar med OECDs retningslinjer og i tråd med åpenhetsloven. Les mer om informasjon om aktsomhetsvurderinger og årlig redegjørelse for Sykehusinnkjøp her [Samfunnsansvar - Sykehusinnkjøp HF \(sykehusinnkjop.no\)](#) redegjørelse for aktsomhetsvurderinger for 2022.

Det er etablert prosesser som ivaretar dialog mellom Sykehusinnkjøp HF og Vestre Viken HF i henhold til inngått samarbeidsavtale. Dersom Vestre Viken HF har mistanke om brudd på menneskerettigheter innen et område Sykehusinnkjøp HF har inngått avtale, skal mistanken varsles.

Sykehusbygg HF med alle de fire helseregionene som eiere sikrer et nasjonalt kompetansemiljø for sykehusplanlegging og -bygging. De har ansvar for å redegjøre for aktsomhetsvurderinger av prosjekter som gjennomføres på vegne av Vestre Viken HF, herunder aktsomhetsvurderinger for hele leverandørkjeden i kategoriene med høyest risiko.

Sykehuspartner HF leverer tjenester innen IKT, prosjekt, logistikk og HR til alle sykehusene i Helse Sør-Øst og eies av Helse Sør-Øst RHF. Sykehuspartner HF har signert en samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp HF, som er direkte involvert i Sykehuspartners anskaffelser. Alle anskaffelser utføres etter anskaffelsesregelverket for offentlige anskaffelser. Det signeres avtaler både med leverandører og det enkelte helseforetak (service level agreement). For regionale løsninger signerer Sykehuspartner HF avtaler med leverandører på vegne av helseforetakene i regionen. Sykehuspartner HF gjør også aktsomhetsvurderinger i tråd med OECDs retningslinjer, se [sykehuspartner.no](#).

Vestre Viken HF har tydelige interne krav til både lønns- og arbeidsvilkår og etikk (forbud mot barnarbeid, tvangsarbeid, slavearbeid og diskriminering) i alle sine avtaler. Vestre Viken HF vurderer at det er lav risiko for brudd på menneskerettighetene, og at det er anstendige arbeidsforhold hos foretakets leverandører.

Alle som handler på vegne av Vestre Viken HF plikter å opptre i tråd med allmenne etiske normer og gjeldende lovverk. VV Etiske retningslinjer i Vestre Viken gjelder alle, inkludert innleid personell. Alle medarbeidere skal ta etisk e-læringskurs. Etikk er også en obligatorisk del av det digitale introduksjonsprogrammet for nyansatte. Prosedyrer og sjekklister for å sikre etterlevelse av kravene finnes i e-Håndboken.

En aktsomhetsvurdering er i hovedsak:

1. Forankre ansvar

Administrerende direktør er ansvarlig for åpenhet i tråd med kravene i åpenhetsloven. Saken forankres i Styret 12. juni 2023 (styresak 68-2023). Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar er i samsvar med gjeldende lovkrav og inngår som en del av foretakets styringssystem. Kartlegge negativ påvirkning/skade (barnarbeid, svart arbeid, manglende HMS-forhold). Negativ påvirkning eller skade på mennesker og anstendige arbeidsforhold skal identifiseres og forhindres både internt, i leverandørkjede og hos forretningspartnere.

2. Kartlegging av negativ påvirkning/skade

Dette trinnet handler om å identifisere og hindre negativ påvirkning eller skade på mennesker og anstendige arbeidsforhold både internt, i leverandørkjeden og hos forretningspartnere. Vestre Viken HF ivaretar og følger opp med utgangspunkt i en risikobasert tilnærming, både i anskaffelsesprosesser og i eksisterende avtaler med leverandører, opp mot Sykehusinnkjøp HF og interne forhold. Eksempler på negativ påvirkning eller skade er barnarbeid, svart arbeid eller manglende HMS-forhold for arbeidstakere.

a) Forebygge risiko i anskaffelsesprosessen

Forebygging skjer tråd med prosedyre for anskaffelser som blant annet skal sikre risikovurdering av at fare for arbeidslivskriminalitet og sosial dumping. Forebygging skjer gjennom å sette krav i anskaffelser og sikring av egenrapportering om lønns- og arbeidsvilkår i oppfølgingen i avtaleperioden. Det skal stilles krav ved høy risiko.

Sykehusinnkjøp gjennomfører tilnærmet alle Vestre Viken HFs anskaffelser.

b) Risikovurdere avtaler og kjøp

Innkjøpsavdelingen initierer årlig prosess med risikovurdering basert på avtaleoversikten og faktiske kjøp siste år, kategorisert etter type vare/tjeneste og opprinnelsesland (identifisering av hovedsete) Baseres på OECDs metode:

Bransjespesifikk risiko (aktiviteter og produksjonsprosesser som medfører risiko).

Produktspesifikk risiko (innsatsfaktorer og produksjonsprosesser som benyttes i utvikling eller bruk av bestemte produkter)

Geografisk risiko (bestemt land med sannsynlig økt for risiko bransje/produkt).

Virksomhetsspesifikk risiko (kjente brudd på lov og regelverk knyttet til virksomhet).

Kjøp av varer og tjenester på avtaler inngått av Sykehusinnkjøp HF på vegne av VVHF, risikovurderes av Sykehusinnkjøp HF.

3. Stanse, forebygge eller redusere negativ påvirkning/skade

Ved brudd eller fare for brudd på menneskerettigheter eller anstendige arbeidsforhold skal virksomhetsstyring kobles på saken. Vestre Viken HF søker i første rekke samarbeid og dialog med leverandør/forretningspartner. Avhengig av alvorlighetsgrad og konsekvenser gis det mulighet for å rette opp forholdene innen en frist. All korrespondanse i saken skal dokumenteres sammen med eventuelle krav eller tiltak og avtalte frister. Ved kontraktsbrudd ved alvorlige forhold som ikke kan vente, løftes saken til administrerende direktør. Sykehusinnkjøp HF forvalter avtaler på vegne av Vestre Viken HF og går direkte i dialog med leverandør. Vestre Viken HF bistår i lokale avtaler.

4. Overvåke, gjennomføre og resultater (oppfølging)

Resultat etter krav om retting eller avtalte tiltak skal følges opp/undersøkes. Konkret dokumentasjon av retting skal ved behov etterspørres. Om retting ikke skjer vurderes saken juridisk (avslutte, midlertidig terminere, eller videreføre) i forhold alvorlighetsgrad/risiko, omdømmerisiko og omfang. Saken lukkes når tiltak er gjennomført.

5. Kommunisere håndtering utad (redegjørelse)

Vestre Viken HF skal redegjøre for åpenhetsloven innen 30. juni hvert år og ellers ved vesentlige endringer. Redegjørelsen signeres av Styret før publisering på foretakets nettsider. Lovens minstekrav følger av åpenhetsloven § 5 a-c: Prioriterte områder, funn og hvordan fulgt opp. Personlige, graderte og forretningsmessige forhold gradert etter sikkerhetsloven eller beskyttet etter åndsverksloven holdes i hovedsak utenfor jf. åpenhetsloven § 5 annet ledd. Eventuell vurdering av slike forhold tas i samråd med foretaksjurist.

6. Sørge for gjenoppretting og erstatning når det er påkrevd

Henger naturlig sammen med pkt. 4. Dialog og samarbeid om gjenoppretting og erstatning er hovedregelen for å utbedre brudd. Det skal søkes samarbeid der mulig. Må sees i forhold til omfang og ressurser. Oppsigelse og erstatningskrav brukes kun i svært alvorlige saker. Alle kan skriftlig be om informasjon om hvordan foretaket håndterer faktiske eller potensielle negative konsekvenser for menneskerettigheter eller anstendige arbeidsforhold etter åpenhetsloven § 6. Vestre Viken HF skal opptre aktivt, åpent og ærlig, i tråd med prinsippene i åpenhetsloven og som beskrevet i kommunikasjonsstrategien.

Innen 30. juni publiseres informasjon på vestreviken.no om hvor informasjonskrav kan

sendes. Krav skal besvares innen rimelig tid, senest innen tre uker.

Risikoområder:

1. Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar, åpenhetsloven og etiske retningslinjer er ikke godt nok kjent i foretaket
2. Avtaler om kjøp av helsetjenester blir ikke gjennomgått godt nok for områdene «krav til lønns- og arbeidsvilkår» og «etikk» med tanke på gjensidig forventningsavklaring

Vestre Viken HF har en rutine for årlig oppdatering av risikovurderinger og avdekking av misligheter. Risiko på anskaffelses- og mislighetsområdet: lover og regler etterleves, kontraktsforpliktelser ivaretas, kun varer/ tjenester som gjelder virksomheten betales - til rett pris (potensialet for at misligheter oppstår).

Tiltak 2023:

1. Lage kommunikasjonsplan for å gjøre åpenhetsloven, rammeverk for samfunnsansvar og etiske retningslinjer bedre kjent.
2. Før signering av kontrakter, sikre at punkter om menneskerettigheter, etikk og bruk av konsulenter gjennomgås for avklaring av forventninger. Dette skal være et fast punkt i rutine

1.2. Medarbeidere og mangfold

Lover og sentrale føringer:

Likestillings- og diskrimineringsloven § 26

Arbeidsgivere i offentlige virksomheter, og private virksomheter over 50 ansatte skal jobbe med likestilling og diskriminering gjennom en lovbestemt metode, herunder annethvert år kartlegge lønn og ufrivillig deltid (aktivitetsplikt).

- redegjøre for likestilling i årsberetning/-rapport (redegjøringsplikt).

Tiltak 2023:

Vestre Viken HF redegjør for området i eget dokument etter rapporteringsmal for likestilling, inkludering og mangfold, se [spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar](#)

Miljøforhold

2.1 Klima og miljø

Lover og sentrale føringer

Regnskapsloven § 3-3 c

Foretak som er omfattet av loven utarbeide en redegjørelse om samfunnsansvar som minst omhandler miljø, sosiale forhold, arbeidsmiljø, likestilling og ikke-diskriminering, overholdelse av menneskerettigheter og bekjempelse av korrupsjon og bestikkelser.

Helseforetakets redegjørelse

Vestre Viken HF er sertifisert etter NS-EN ISO14001 og arbeider systematisk med miljø- og klimatiltak for å redusere miljøfotavtrykket. Det innebærer bl.a. en årlig kartlegging av foretakets miljøpåvirkning sammen med en risikovurdering/identifisering av vesentlige miljøaspekter. Disse er med i grunnlaget for foretaksledelsens vedtak om miljø- og klimamål.

Spesialisthelsetjenesten vedtok i 2021 felles klima- og miljømål 2022-2030. Ledelsen i Vestre Viken HF har tatt disse inn i Vestre Viken HF's miljømål fra 1. januar 2022. Baseline er

2019. Ledere i Vestre Viken HF er i sine lederavtaler forpliktet til å lage handlingsplaner med konkrete tiltak for å bidra til at foretaket når miljømålene.

Resultater følges opp i etablerte rapporteringslinjer. Administrerende direktør rapporterte årlig status på de nasjonale klima- og miljømålene i forbindelse med oppfølgingsmøtet (OPM) med Helse Sør-Øst (HSØ). Vestre Viken HF rapporterer i tillegg årlig tall til Nasjonalt Klimaregnskap for spesialisthelsetjenesten. Her inngår i dag kun direkte utslipp (scope 1 og 2). I perioden 2019 - 2022 reduserte Vestre Viken HF direkte utslipp med 9,7%, det er 1,4% bak foretakets egen målsetting for 2022. Fra og med 2022 har HSØ inngått langsiktige avtaler om kjøp av gjenvinningskraft. Hvert helseforetak får tildelt en andel av denne, som da kommer til fratrukk i klimagassregnskapet. Inkludert denne gjenvinningskraften reduserte Vestre Viken HF utslippene i perioden. Det felles overordnede målet om 40 % reduksjon av direkte utslipp bør dermed endres til et høyere mål.

I mars 2023 lanserte Helsedirektoratet en publiseringsløsning i [PowerBI](#), et dashboard som viser status utslipp fra norske sykehus for innenfor alle de felles klima- og miljømålene. Sykehusinnkjøp fikk i oppdrag å utarbeide en metode for beregning av scope 3, utslipp fra innkjøp av varer og tjenester i løpet av året.

Vestre Viken HF bidro i 2022 i et arbeid ledet av FHI og Helsedirektoratet, med en nasjonal analyse av sårbarhet og tilpasningsbehov relatert til klimaendringer og helse.

Det å øke andel miljøbevisste medarbeidere er ett av flere felles klima- og miljømål, og måles gjennom ett av spørsmålene i For Bedrings-undersøkelsen. Målet er en score på 90 innen 2030. Vestre Viken HF lå på 71 i 2022. Det krever en kontinuerlig innsats for å få 90% av 9.500 ansatte til å svare at «her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning av ytre miljø». Ledere på alle nivåer har et ansvar, og det er helt nødvendig at de informerer og involverer ansatte i miljøarbeidet. I tillegg gjennomføres en rekke sentrale informasjons-/opplæringstiltak. Vestre Viken HF har utarbeidet flere e-læringskurs om noen av de vesentlige miljøaspektene.

- Vestre Viken HF publiserer jevnlig saker knyttet til miljøarbeid på foretakets intranettside, både på hovedsiden, Grønt sykehussiden og informasjonsskjermene.
- Vestre Viken HF har siden 2012 markert Verdens miljødag (FN), og benytter markeringen til å informere og bevisstgjøre de ansatte i foretaket.
- Foretaket har i tillegg delt erfaringer og utfordringer inn i ulike møtefora og webinarer.

Kommunikasjon som er et av Vestre Viken HF's prioriterte miljødeltmål for 2023 jobbes det mye med.

Risikoområde (scope 3)

Vestre Viken HF har ingen systemer for kartlegging og rapportering av indirekte utslipp og har derfor heller ikke et komplett bilde av klima- og miljøpåvirkningen. Til sammenligning viser beregninger i Helse Bergen for 2019 at indirekte utslipp fra varer og tjenester står for 90% av det totale utslippet der.

Tiltak 2023

Vestre Viken HF vil beregne indirekte utslipp når Sykehusinnkjøp anbefaler metode for dette.

2.2 Naturmangfold og økosystemer

Lover og sentrale føringer

Regnskapsloven § 3-3 c

Foretak som er omfattet av loven utarbeide en redegjørelse om samfunnsansvar som minst omhandler miljø, sosiale forhold, arbeidsmiljø, likestilling og ikke-diskriminering, overholdelse av menneskerettigheter og bekjempelse av korrupsjon og bestikkelser.

Standard for klima og miljø i byggeprosjekter (Sykehusbygg).

Helseforetakets redegjørelse

Sykehusbygg HF har utarbeidet en «Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter» med definerte miljømål for byggeprosjekt (nybygg og rehabilitering). I tillegg finnes rutiner for tilstandsvurdering som blir gjennomført hvert 4. år, og som definerer grunnlagsdata for kartlegging av eiendommers risiko og sårbarhet på grunn av klimatiske forhold. Området blir vurdert til å være godt ivaretatt.

Økonomiske forhold

3.1 Forebygging av økonomisk kriminalitet og antikorrupsjon

Lover og sentrale føringer

Regnskapsloven § 3-3 c

Foretak som er omfattet av loven skal redegjøre for samfunnsansvar som minst dekker miljø, sosiale forhold, arbeidsmiljø, likestilling og ikke-diskriminering, overholdelse av menneskerettigheter og bekjempelse av korrupsjon og bestikkelser.

Eierskapsmeldingen: Selskapet arbeider systematisk for å forebygge økonomisk kriminalitet som korrupsjon og hvitvasking i egen virksomhet og i leverandørkjeden

Helseforetakets redegjørelse

Vestre Viken HF HF har overordnet rammeverk for samfunnsansvar, rammeverk for virksomhetsstyring og etiske retningslinjer som ligger til grunn for forebygging av økonomisk kriminalitet og antikorrupsjon.

Det er etablert rutiner for inngåelse av avtaler, bestilling, fakturabehandling og betalinger som hindrer muligheten til økonomisk kriminalitet. Videre er det etablert oppfølgende kontroller gjennom avstemmingsrutiner og analyser.

Risikoområde

Antikorrupsjon er løftet som et eget risikoområde. Kunnskap om hvordan antikorrupsjon er relevant i virksomheten er ikke tilstrekkelig kjent på de ulike ledernivåene.

Tiltak 2023

1. Dilemmatrening. Vestre Viken HF vil jobbe med relevante dilemma fra Sykehusinnkjøp HF. Foretaksledelsen skal i tillegg ha besøk av Transparency international 30. mai med dilemmatrening.
2. Videreutvikle interne kontrolltiltak for å kunne avdekke eventuelle avvik

Drammen 12. juni 2023

Siri Hatlen
styreleder

Hans Tore Frydnes
nestleder

Robert Bjerknes

Bovild Tjønn

Kari Fjelldal

Hans- Kristian Glesne

Tom Roger H Frost

Toril A K Morken

Maria Josefsen Gundersen

Gry Lillås Christoffersen

Dato: 1. juni 2023
Saksbehandler: Eli Årnot

Saksfremlegg

Retningslinjer for lederlønn i Vestre Viken HF

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	68/2023	12.06.2023

Forslag til vedtak

1. Styret slutter seg til oppdaterte retningslinjer for avlønning av administrerende direktør og ledende ansatte i Vestre Viken HF.
2. Retningslinjene oversendes Helse Sør-Øst RHF for godkjenning i foretaksmøte i juni 2023.

Drammen, 5. juni 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

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 Helse Sør-Øst RHF sitt foretaksmøte 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.

Helse Sør-Øst RHF ber i styresak 048-2023 helseforetakene oppdatere sine retningslinjer for lederlønn i samsvar med Helse- og omsorgsdepartementets krav i protokollen fra dette foretaksmøtet, med Helse Sør-Øst RHF 17. januar 2023. De oppdaterte retningslinjene skal styrebehandles i det enkelte helseforetak. Vedtatte retningslinjer oversendes Helse Sør-Øst RHF for godkjenning i nye foretaksmøter senere i 2023.

Saksutredning

Retningslinjene fra Nærings- og fiskeridepartementet innebærer ikke noen vesentlige endringer i forhold til gjeldende retningslinjer og praksis. Fra regnskapsåret 2023 skal foretaket utarbeide en rapport som gir en samlet oversikt over utbetalt og inntønsende lønn og øvrig godtgjørelse til ledende personer som omfattes av disse retningslinjene. Disse kravene er allerede ivaretatt i den årlige lederlønnsrapporten i Vestre Viken HF, som er utformet i henhold til Statens retningslinjer for lederlønn. Ledende personer er i denne sammenhengen definert som administrerende direktør og dennes ledergruppe.

I eierskapsmeldingen forventer staten at forskjeller i godtgjørelsen til ledende ansatte og øvrige ansatte skal hensyntas i moderasjonsvurderingen, og at virksomheten særskilt begrunner høyere lønnsjustering for ledende ansatte enn gjennomsnittlig lønnsjustering for virksomhetens øvrige ansatte.

Dersom veksten i samlet godtgjørelse, eller i enkelte godtgjøringselementer, er større for ledende ansatte enn for øvrige ansatte, enten prosentmessig eller kronemessig, skal det gis en særskilt begrunnelse i virksomhetens lønnsrapport. De vedlagte retningslinjene for lederlønn i Vestre Viken HF er oppdatert med kravet til slik begrunnelse.

Vestre Viken HF sin lønnspolitikk er å tilby konkurransedyktige betingelser, men samtidig vise moderasjon og ikke være lønnsledende. Godtgjørelsen til våre ledende personer er i all hovedsak fastlønn. Det tilbys ingen variabel lønn som er knyttet opp mot eller er avhengig av foretakets oppnåelse av økonomiske og/eller andre fastsatte mål.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør anser at gjeldende retningslinjer for lønn til ledende ansatte med endringene i krav til lønnsrapportering sikrer at Vestre Viken HF er tydelig og forutsigbar i forhold til statens forventninger til lederlønn.

Administrerende direktør anbefaler at det treffes vedtak i samsvar med dette, og at retningslinjene sendes til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning i foretaksmøte med Helse Sør-Øst RHF i juni 2023.

Vedlegg:

1. Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel
2. Vestre Viken HF sine oppdaterte retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte

Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med direkte statlig eierandel

(fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet 12. desember 2022¹)

DEL I

1 Formål og virkeområde

Statens forventninger til selskaper med direkte statlig eierandel fremgår av eierskapsmeldingen.² Formålet med statens retningslinjer for lederlønn er å gi en oversikt over og utdypning av staten som eiers forventninger knyttet til godtgjørelse til ledende ansatte i selskaper med statlig eierandel.³ Statens forventninger gjelder hele konsernet.

Allmennaksjeloven §§ 6-16 a og 6-16 b med tilhørende forskriftsbestemmelser⁴ pålegger styrene i noterte selskaper å utarbeide retningslinjer for godtgjørelse til ledende personer (styrets retningslinjer) samt rapport om godtgjørelse til ledende personer (lønsrapport) som skal behandles av generalforsamlingen. I unoterte selskaper med statlig eierandel vil staten foreslå å fastsette i selskapets vedtekter at allmennaksjelovens bestemmelser om styrets retningslinjer og lønsrapport skal gjelde for selskapet.⁵

Statens retningslinjer viser hva staten vektlegger ved vurderinger av styrets retningslinjer og lønsrapport, herunder utforming av, nivå på og utvikling i godtgjørelsen til ledende ansatte.⁶ På generalforsamling vil staten i utgangspunktet stemme mot ordninger som er i strid med statens retningslinjer. Unntak kan f.eks. vurderes dersom avvik fra statens retningslinjer er godt nok begrunnet i styrets retningslinjer eller lønsrapport.

Statens retningslinjer består av generelle forventninger som knytter seg til all godtgjørelse som mottas av ledende ansatte og spesifikke forventninger til enkelte godtgjørelseselementer. I retningslinjenes del II er det utdypende kommentarer til forventningene for veiledning.

2 Generelle forventninger

Staten forventer at:

- A. Godtgjørelsen fremmer oppnåelse av selskapets og eiers mål, herunder at godtgjørelsen bidrar til selskapets strategi, langsiktige interesser og økonomiske bæreevne.
- B. Godtgjørelsen er konkurransedyktig, men ikke lønnsledende og at hensynet til moderasjon ivaretas.
- C. Hovedelementet i godtgjørelsesordningen er fastlønn.

¹ Retningslinjene erstatter retningslinjene datert 30.4.2021.

² Meld. St. 6 (2022 – 2023) *Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap - Statens direkte eierskap i selskaper*

³ Som "ledende ansatte" anses daglig leder og øvrig ledergruppe i selskapet, samt eventuelt andre som regnes som "ledende ansatte", jf. regnskapsloven § 7-31b.

⁴ Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse til ledende personer av 1. januar 2021.

⁵ Dette vil ikke bli foreslått i selskaper som defineres som "små foretak" etter regnskapsloven § 1-6, med mindre det vurderes som hensiktsmessig. Dette vil heller ikke bli foreslått for Folketrygdforbundet som allerede er underlagt verdipapirfondforskriftens bestemmelser om godtgjørelse gjennom mandat for forvaltningen av Statens pensjonsfond Norge, fastsatt av Finansdepartementet.

⁶ I selskaper hvor styret ikke utarbeider retningslinjer og lønsrapport, vurderer staten godtgjørelsesordningene gjennom annen informasjon.

- D. Godtgjørelsen ikke er urimelig, gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker selskapets omdømme.
- E. Selskapet er åpen om utforming av, nivå på og utvikling i godtgjørelsen til ledende ansatte, herunder at godtgjørelsesordningene er klart forståelige for eiere, ledende ansatte og andre interessenter.
- F. Forskjeller i godtgjørelsen til ledende ansatte og øvrige ansatte hensyntas i moderasjonsvurderingen, og at selskapet særskilt begrunner høyere lønnsjustering for ledende ansatte enn gjennomsnittlig lønnsjustering for selskapets øvrige ansatte. I denne vurderingen sees det også hen til kronemessig lønnsvekst for øvrige ansatte.
- G. Styret redegjør for hvordan det følger opp statens retningslinjer i datterselskaper.⁷
- H. Styret tar eierskap til, og arbeider aktivt med, styrets retningslinjer om godtgjørelse til ledende personer, lønnsrapporten samt daglig leders godtgjørelse.

3 Spesifikke forventninger knyttet til enkelte godtgjørelseselementer

3.1 Bonus, aksjeprogrammer og opsjoner

Staten forventer at:

- A. Selskapet gir nok informasjon om den resultatavhengige godtgjørelsen i styrets retningslinjer og lønnsrapport til at det er mulig å vurdere om ordningen fremmer selskapets ambisjoner, mål og strategier, virker insentiverende og er reelt variabel.
- B. Resultatavhengig godtgjørelse er basert på relevante, transparente og målbare kriterier.
- C. Maksimalt oppnåelig bonus ikke overstiger 25 pst. av fastlønn.
- D. Aksjeprogrammer⁸, herunder langtidsinsentivordninger⁹ (LTI), har bindingstid¹⁰ på minst tre år, uavhengig av om den ledende ansatte fortsatt er ansatt i selskapet.
- E. Summen av oppnåelig bonus og aksjeprogrammer i noterte selskaper ikke overstiger 55 pst. av fastlønn.
- F. Selskaper i kategori 2 ikke benytter egne bonusordninger for ledende ansatte.
- G. Opsjoner eller opsjonslignende ordninger ikke benyttes.
- H. Selskapet søker adgang til å kreve tilbake resultatbasert godtgjørelse som er tildelt på åpenbart feilaktig grunnlag eller villedende opplysninger fra vedkommende.

3.2 Pensjon

Staten forventer at:

- A. Pensjonsvilkår for ledende ansatte er på linje med øvrige ansattes vilkår i selskapet.
- B. Pensjonsgrunnlaget for alderspensjon ikke overstiger maksimalgrensen, herunder satsene, i de skattefaviserte kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12 G).
- C. Det ved avtaler om ytelsespensjon tas hensyn til eventuell ytelsespensjon som er opptjent fra andre stillinger og at samlet pensjonsutbetaling ikke overstiger 66 pst. av lønn opp til 12 G.
- D. Det ikke påløper pensjonskostnader ut over hva som følger av en eventuell skattefavisert ytelsesordning når en leder ikke lenger er ansatt i selskapet.

⁷ Jf. aksjeloven-/allmennaksjeloven §§ 1-3 (3)

⁸ Med *aksjeprogram* menes ordninger med direkte aksjeeierskap uten foregående opsjon. Dette kan innebære at den ansatte får aksjer som betaling, rabatt ved aksjekjøp eller bonusutbetaling med betingelse om å kjøpe aksjer.

⁹ Langtidsinsentivordninger (LTI) anses som et aksjeprogram. LTI er en prestasjonsbasert godtgjørelse hvor nettobeløpet etter skatt må investeres i selskapets aksjer med bindingstid.

¹⁰ Bindingstid etter tildeling av godtgjørelsen etter en eventuell opptjeningsperiode.

3.3 Sluttvederlag¹¹

Staten forventer at:

- A. Dersom selskapet inngår avtale om sluttvederlag, overstiger ikke avtalt sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden 12 månedslønner i sum.
- B. Sluttvederlaget reduseres normalt krone for krone dersom den ledende ansatte i sluttvederlagsperioden tiltrer ny stilling, får nye lønnede verv eller mottar inntekt fra næringsvirksomhet hvor vedkommende er aktiv eier.
- C. Dersom den ledende ansatte selv tar initiativ til å avslutte arbeidsforholdet, gis det ikke sluttvederlag.

4 Virkningstidspunkt og implementering

Statens retningslinjer for lederlønn er fastsatt 12. desember 2022. Staten forventer at statens retningslinjer er fulgt opp i styrets retningslinjer for lederlønn gjeldende fra 2023, og reflektert i lønnsrapporten for regnskapsåret 2023.

Del II – kommentarer

1 Innledning

For å gi veiledning med hensyn til hva staten legger i forventningene som fremgår i retningslinjenes del I, gis utdypende kommentarer i del II. I kommentarene presiseres, utdypes og eksemplifiseres statens forventninger.

2 Kommentarer til generelle forventninger

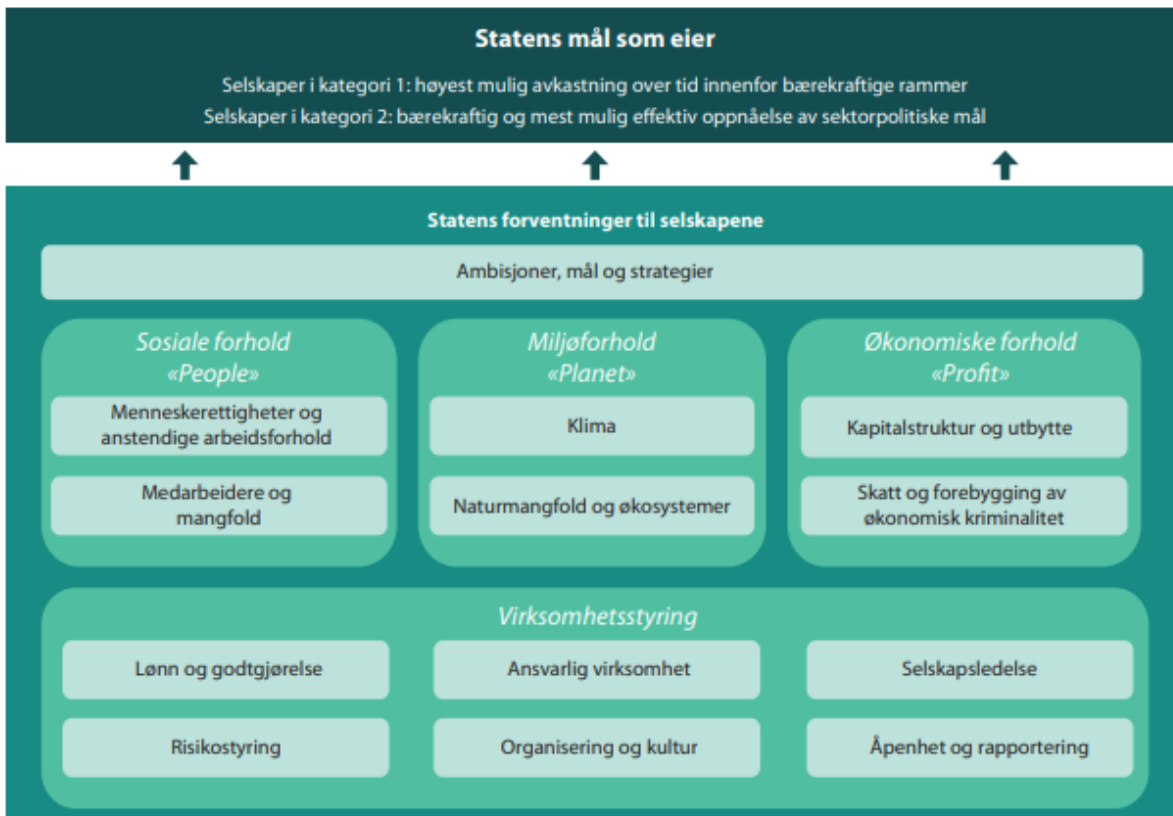
Staten forventer at:

- A. *Godtgjørelsen fremmer oppnåelse av selskapets og eiers mål, herunder at godtgjørelsen bidrar til selskapets strategi, langsiktige interesser og økonomiske bæreevne.*

Statens mål som eier er høyest mulig avkastning over tid innenfor bærekraftige rammer (kategori 1) eller bærekraftig og mest mulig effektiv oppnåelse av sektorpolitiske mål (kategori 2). Staten forventer at selskapet utarbeider og implementerer ambisjoner, tydelige mål og strategier, og at selskapet definerer tydelige prestasjonsindikatorer og måler selskapets måloppnåelse og gjennomføring av strategiene. Oppnåelse av statens mål som eier forutsetter at selskapene integrerer økonomiske, sosiale og miljømessige forhold gjennomgående i selskapenes ambisjoner, mål, strategier og virksomhetsstyring.

Gode godtgjørelsesordninger gjenspeiler selskapets ambisjoner, mål og strategier. Dette er særlig relevant ved resultatavhengig godtgjørelse og insentivbaserte ordninger i form av bonus-, aksjeprogrammer e.l. For at resultatavhengig godtgjørelse skal kunne medvirke til oppnåelse av selskapets og eiers mål, er det en forutsetning at det er en klar sammenheng mellom kriteriene for den resultatavhengige godtgjørelsen og selskapets ambisjoner, mål og strategier, og at kriteriene knyttes opp til vesentlige forhold som har betydning for selskapets måloppnåelse.

¹¹ *Sluttvederlag* omfatter kompensasjon i tilknytning til fratredelse og kan inneholde etterlønn, arbeidsfrie perioder, andre finansielle ytelser og naturalytelser.



For at resultatavhengig godtgjørelse skal stimulere til ønsket adferd, bør resultatkriteriene både knyttes til selskapets overordnede mål og til målbare kriterier som den enkelte kan påvirke ved egen innsats. Med målbare kriterier menes at det inntas relevante og dekkende forklaringer på hva som skal måles og hva som har gitt uttelling.

Resultatavhengig godtgjørelse skal gjenspeile verdiskaping for eierne og ikke i praksis være et fastlønnselement. Staten er derfor opptatt av at styret vurderer den reelle variabiliteten i ordningen ved fastsettelse av kriterier og innslagspunkter, og at innslagspunktene fastsettes på en måte som ikke fører til at uttellingen for enkeltkriterier i praksis alltid er tilnærmet lik. Eventuell utbetaling av resultatavhengig godtgjørelse bør som hovedregel reflektere oppnådde resultater ut over det forventede.

For noen noterte selskaper kan det å knytte kriteriene til verdiutvikling for eierne til en referansegruppe, f.eks. konkurrenters aksjekursutvikling eller indekser, være formålstjenlig. Det gjør at ledende ansatte ikke får belønning for økt aksjekurs som skyldes eksterne faktorer de ikke har kontroll over, f.eks. utviklingen i råvarepriser. En slik utforming innebærer samtidig at ledende ansatte kan få belønning dersom selskapet presterer bedre enn sin referansegruppe selv om aksjekursen faller pga. eksterne faktorer. Det kan bidra til at ledende ansatte kontinuerlig motiveres til å prestere bedre enn sine konkurrenter.

I selskaper som benytter resultatavhengig godtgjørelse, bør styret vurdere om det er mest formålstjenlig å bruke en kollektiv bonusordning, f.eks. i form av overskuddsdeling, noe som kan gi *alle* ansatte eierskap til selskapets resultater. Hva som er hensiktsmessige insentiver vil variere mellom selskapene. I den grad selskapene benytter slike ordninger bør ordningene utarbeides slik at forskjellen i potensiell utbetaling for ledende ansatte og øvrige ansatte ikke blir for stor.

Staten forventer at:

B. Godtgjørelsen er konkurransedyktig, men ikke lønnsledende, og at hensynet til moderasjon ivaretas.

Staten er opptatt av at godtgjørelsen til ledende ansatte er konkurransedyktig slik at selskapet får rekruttert og beholdt gode ledere. Samtidig skal godtgjørelsen ikke være lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper, og hensynet til moderasjon skal ivaretas. Dette innebærer bl.a. at godtgjørelsen ikke er høyere enn nødvendig for å tiltrekke og beholde ønsket kompetanse. Hensynet til moderasjon er vesentlig for å ivareta selskapets langsiktige interesser, blant annet for å unngå at omdømmet svekkes gjennom at lederlønningene bidrar til urimelige forskjeller i selskapet og samfunnet for øvrig. Moderasjon kan også forhindre urimelig verdioverføring fra aksjeeiere til ledende ansatte. Det er verken i selskapets eller eierens interesse om selskapet betaler mer i godtgjørelse enn nødvendig.

Godtgjørelsen til ledende ansatte fastsettes gjerne slik at den oppfyller to formål. Det ene er at godtgjørelsen er høy nok til at personen aksepterer og forblir i stillingen. Det andre er at godtgjørelsen er innrettet slik at den motiverer til å maksimere måloppnåelse for eierne. For det første formålet vil det normalt bl.a. sees hen til forhold som erfaring, ansiennitet, kompetanse og lønnsbetingelser som er vanlige i andre, tilsvarende selskaper. Ifm. lederbytter skal det med andre ord gjøres en konkret vurdering av riktig godtgjørelse, og ikke være automatikk i at eksisterende betingelser og nivåer videreføres i nye avtaler. Ved vurdering av tilsvarende selskaper kan det være relevant å se hen til en referansegruppe av sammenlignbare selskaper. Styret bør imidlertid være bevisst på at en eventuell bruk av slike referansegrupper kan ha en uheldig lønnsdrivende effekt, særlig hvis referansegruppen består av få selskaper, da høyere oppjustering i ett selskap kan medføre press på lederlønningene i de øvrige selskapene. Styret bør også ha et bevisst forhold til sammensetningen av en eventuell referansegruppe. For ledende ansatte som opererer i det norske lederlønnmarkedet bør det normalt sees hen til sammenlignbare *norske* selskaper i fastsettelsen av godtgjørelsen. Lederlønnsnivået i Norge er lavt i internasjonal sammenheng. Dersom utenlandske selskaper inkluderes i en referansegruppe, kan dette presse opp lederlønningene uten at det er et reelt behov for det. Videre bør det være aktsomhet rundt det å inkludere noterte selskaper i en referansegruppe for unoterte selskaper da det kan medføre unødig lønnsøkning i unoterte selskaper. For utenlandske ledende ansatte som opererer i lederlønnmarkedet utenfor Norge, vil staten ha forståelse for behovet for visse lokale tilpasninger som avviker fra statens forventning på enkelte godtgjørelseselementer.

Staten er opptatt av at styret ivaretar hensynet til moderasjon også i forbindelse med endringer i godtgjørelsesordningene. For eksempel vil hensynet til moderasjon i liten grad ivaretas dersom økt bindingstid på aksjer i aksjeprogrammer kompenseres med større økning i samlet godtgjørelse. Et annet eksempel er eventuell økt fastlønn som følge av redusert pensjonsgodtgjørelse, men hvor økningen i fastlønnen i liten grad reflekterer moderasjon. Det bør videre ikke være automatikk i at redusert bonusramme medfører økning i fastlønnen.

De enkelte godtgjørelseselementene skal vurderes både enkeltvis og samlet mot statens forventninger.

Staten forventer at:

D. Godtgjørelsen ikke er urimelig, gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker dets omdømme.

Godtgjørelsesordninger som er urimelige, gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker dets omdømme, kan føre til at selskapet må bruke mye tid på å håndtere intern uro i selskapet, omtaler i media osv. på bekostning av andre oppgaver, noe som igjen kan gi svakere måloppnåelse.

Eksempler på godtgjørelsesordninger som kan utfordre denne forventningen er inngåelse av for gunstige retrettavtaler, sluttvederlagsavtaler hvor vederlaget ikke faller bort dersom vilkårene for avskjed foreligger, uoppsigelige eller langvarige bonusordninger, bonusordninger som gir høy uttelling når aksjonæravkastningen eller annen måloppnåelse har vært svak, eller som gir ekstra godtgjørelse på grunn av eksterne forhold som ledelsen ikke kan påvirke, som for eksempel råvarepriser. Også særskilt godtgjørelse til ledende ansatte for styreverv i samme konsern vil typisk anses som urimelig. Staten er opptatt av åpenhet om begrunnelsen for eventuelle ordninger som kan fremstå som urimelige, slik at staten og andre interessenter kan vurdere ordningene.

Staten forventer at:

E. Selskapet er åpen om utforming av, nivå på og utvikling i godtgjørelsen til ledende ansatte, og at godtgjørelsesordningene er klart forståelige for eiere, ledende ansatte og andre interessenter.

Staten er opptatt av åpenhet om styrets vurderinger av statens forventninger, f.eks. hvordan godtgjørelsen bidrar til selskapets mål og hvordan styret ved fastsettelse og justering av godtgjørelsen ivaretar at godtgjørelsen er konkurransedyktig, men ikke lønnsledende samt hensynet til moderasjon.

Videre, for at eiere og andre interessenter skal kunne vurdere godtgjørelsen til ledende ansatte, er det avgjørende med åpenhet om utformingen av, nivået på og utviklingen i godtgjørelsen til de ledende ansatte, herunder at ordningene er klart forståelige. Generelt oppleves særlig utformingen av resultatavhengig godtgjørelse, hva som skal til for å oppnå slik godtgjørelse og hvordan kriteriene vurderes i forbindelse med utbetaling, å være lite tilgjengelige. Kompliserte ordninger gjør at eiere, styret, ledende ansatte og andre må bruke uforholdsmessig mye tid på å forstå ordningene. En grunnleggende forutsetning for at resultatavhengig godtgjørelse skal være egnet til å insentivere mottaker, er at mottaker forstår hva som skal til for å øke uttellingen. Eksempelvis forventer staten at kriteriene som ligger til grunn for resultatavhengig godtgjørelse er uttalte og kan måles. For variable godtgjørelseselementer, bør det i styrets retningslinjer også komme klart frem hva som er potensiell maksimal utbetaling for den enkelte ledende ansatte.

Som det fremgår nedenfor i kommentarene til forventningen i avsnitt 2F forventer staten også åpenhet rundt styrets begrunnelser der ledende ansatte gis en høyere lønnsvekst, i prosent eller kroner, enn hva som er den gjennomsnittlige lønnsøkningen for øvrige ansatte.

Staten forventer at:

F. Forskjeller i godtgjørelsen til ledende ansatte og øvrige ansatte hensyntas i moderasjonsvurderingen, og at selskapet særskilt begrunner høyere lønnsjustering for ledende ansatte enn gjennomsnittlig lønnsjustering for selskapets øvrige ansatte. I denne vurderingen sees det også hen til kronemessig lønnsvekst for øvrige ansatte.

Større forskjell i godtgjørelsen mellom ledende ansatte og øvrige ansatte i selskapet kan være uheldig bl.a. fordi det kan skade selskapets omdømme gjennom å medføre urimelige forskjeller i selskapet og i samfunnet for øvrig.

Hensynet til moderasjon tilsier blant annet at styret tar hensyn til forskjeller i nivået på godtgjørelsen til ledende og øvrige ansatte. Dersom ledende ansatte får høyere årlig justering i fastlønn enn gjennomsnittet for øvrige ansatte, er staten opptatt av at selskapet begrunner dette. Moderasjon innebærer videre at styret og daglig leder i sin vurdering av lønnsjusteringer til ledende ansatte også ser hen til den kronemessige lønnsjusteringen til øvrige ansatte. Det kan også være relevant å se hen til samlet godtgjørelse.

Dersom veksten i samlet godtgjørelse, eller i enkelte godtgjørelseselementer, er større for ledende ansatte enn for øvrige ansatte, enten prosentvis eller kronemessig, er staten opptatt av at styret gir en særskilt begrunnelse i selskapets lønnsrapport. Regjeringen vurderer det slik at en bevisstgjøring rundt lønnsnivåer, herunder at lik prosentvis økning gir ulik kronemessig økning, er vesentlig for å bidra til å dempe lønnsveksten for ledende ansatte og for å forhindre at lønnsforskjellen mellom ledere og øvrige ansatte øker, da dette antas å kunne ha negativ påvirkning på selskapets omdømme og utvikling. Ved behandling av selskapets lønnsrapport på generalforsamling vil staten vurdere selskapets begrunnelse opp mot statens forventninger.

Staten forventer at:

G. Styret redegjør for hvordan det følger opp statens retningslinjer i datterselskaper.

Statens forventninger gjelder hele konsernet.¹² Selskapets organisering av virksomheten vil med andre ord ikke være avgjørende for forventningenes anvendelse. Samtidig er det i henhold til selskapslovgivningens rollefordeling generalforsamlingen og styret i det enkelte selskap som skal følge opp selskapets lederlønn. På denne bakgrunn forventer staten at styret i morselskapet følger opp at statens forventninger blir fulgt opp i hele konsernet og at det på et generelt og overordnet nivå fremgår av styrets retningslinjer for morselskapet hvordan dette gjøres. Hvis relevant og dekkende kan det for eksempel forklares at hele eller deler av styrets retningslinjer for morselskapet også er gjort gjeldende for godtgjørelse til ledende ansatte i selskapets datterselskaper.

Staten har forståelse for at det kan være særlige hensyn i datterselskaper. For utenlandske datterselskaper vil det for eksempel kunne være behov for lokale tilpasninger som innebærer avvik fra statens forventninger. Dette gjelder særlig de spesifikke forventningene knyttet til enkelte godtgjørelseselementer.

Staten forventer at:

H. Styret tar eierskap til, og arbeider aktivt med, styrets retningslinjer om godtgjørelse til ledende ansatte, lønnsrapporten samt daglig leders godtgjørelse.

Staten er ikke representert i styrene i selskapene med statlig eierandel, og er derfor avhengig av at styrene følger opp statens forventninger. Dersom utformingen og fastsettelsen av godtgjørelsesordningene i praksis delegeres til administrasjonen, kan dette gi uheldig press på godtgjørelsesordningene, f.eks. gjennom for enkelt oppnåelig resultatavhengig godtgjørelse. Styret bør bl.a. ta hensyn til at administrasjonen består av ansatte som også selv kan bli

¹² Jf. aksjeloven/allmennaksjeloven §§ 1-3.

direkte berørt av fastsettelsen av godtgjørelsesordningene, og at disse ofte rapporterer til konsernledelsen og/eller daglig leder. Staten vil som hovedregel ha dialog om lederlønn direkte med styret.

3 *Kommentarer til spesifikke forventninger til enkelte godtgjørelseselementer*

Nedenfor følger spesifikke forventninger og tilhørende kommentarer knyttet til enkelte godtgjørelseselementer. Det gjøres oppmerksom på at disse må vurderes i sammenheng med de generelle forventningene og kommentarene ovenfor.

3.1 *Bonus, aksjeprogrammer og opsjoner*

Staten forventer at:

- A. Selskapet gir nok informasjon om den resultatavhengige godtgjørelsen i styrets retningslinjer og lønnsrapport til at det er mulig å vurdere om ordningen fremmer selskapets ambisjoner, mål og strategier, virker insentiverende og er reelt variabel.
- B. Resultatavhengig godtgjørelse er basert på relevante, transparente og målbare kriterier.
- C. Maksimalt oppnåelig bonus ikke overstiger 25 pst. av fastlønn.
- D. Aksjeprogrammer¹³, herunder langtidsinsentivordninger¹⁴ (LTI), har bindingstid¹⁵ på minst tre år, uavhengig av om den ledende ansatte fortsatt er ansatt i selskapet.
- E. Summen av oppnåelig bonus og aksjeprogrammer i noterte selskaper ikke overstiger 55 pst. av fastlønn.
- F. Selskaper i kategori 2 ikke benytter egne bonusordninger for ledende ansatte.
- G. Opsjoner eller opsjonslignende ordninger ikke benyttes.
- H. Selskapet søker adgang til å kreve tilbake resultatbasert godtgjørelse som er tildelt på åpenbart feilaktig grunnlag eller villedende opplysninger fra vedkommende.

Gode godtgjørelsesordninger gjenspeiler selskapets ambisjoner, mål og strategier slik at det skapes et interessefellesskap mellom eiere og ledende ansatte. Resultatavhengig godtgjørelse, insentivbaserte ordninger i form av bonus-, aksjeprogrammer e.l., er særlig relevant i denne sammenheng. Det vises til de generelle forventningene beskrevet i avsnitt 2A og 2E ovenfor, og kommentarene til disse, for en nærmere beskrivelse av statens forventninger knyttet til utforming av resultatavhengig godtgjørelse, herunder kriteriene som benyttes. Statens forventning om maksimal størrelse på resultatavhengig godtgjørelse bidrar til å begrense eventuelle negative virkninger av ordninger som ikke sammenfaller med eiernes mål, jf. kommentarer til avsnitt 2H.

Staten er en langsiktig eier, som er opptatt av verdiutvikling over tid. Formålet med aksjeprogrammer med bindingstid, som langtidsinsentivordninger (LTI), er å bidra til langsiktig verdiutvikling gjennom at ledende ansatte eier aksjer i selskapet som ikke kan selges før bindingstiden har utløpt. Slike ordninger kan bidra til større sammenfall i interesser mellom eier og ledelse. Særlig for daglig leder, som antas å kunne påvirke aksjekursen mest gjennom sitt helhetlige ansvar for selskapet, kan en større andel LTI være mer hensiktsmessig. Som følge av reduksjon i maksimal tillatt bonus, kan summen av bonus og aksjeprogrammer ikke overstige 55 pst. av fastlønn. Maksimalt oppnåelig bonus skal fortsatt ikke overstige 25 pst. av fastlønn.

¹³ Med *aksjeprogram* menes ordninger med direkte aksjeeierskap uten foregående opsjon. Dette kan innebære at den ansatte får aksjen som godtgjørelse, rabatt ved aksjekjøp eller bonusutbetaling med betingelse om å kjøpe aksjer. Såkalte langtidsinsentivordninger (LTI) anses som et aksjeprogram.

¹⁴ En prestasjonsbasert godtgjørelse hvor nettobeløpet etter skatt må investeres i selskapets aksjer med bindingstid.

¹⁵ Bindingstid etter tildeling av godtgjørelsen etter en eventuell opptjeningsperiode.

Staten forventer bindingstid på minst tre år på aksjeprogrammer, men oppfordrer til lengre bindingstid. For at formålet med aksjeprogrammer ikke skal undergraves forventer staten at bindingstiden på aksjene overholdes også hvis arbeidsforholdet avsluttes i bindingsperioden, med mindre aksjene, eller markedsverdien av aksjene ved arbeidsforholdets sluttidspunkt, tilbakeføres/-betales av den ledende ansatte på sluttidspunktet.

Aksjeeierskap kan være egnet til å styrke interessefellesskapet mellom eiere og ledende ansatte. Staten er derfor positiv til aksjeeierskap i noterte selskaper også ut over det ledende ansatte eventuelt får gjennom aksjeprogrammer, f.eks. ved at en andel av et annet godtgjørelseselement, som fastlønn eller bonus, investeres i selskapets aksjer. Dette anses ikke som et aksjeprogram.

Aksjespareprogrammer for alle ansatte omfattes også av statens retningslinjer i den grad de benyttes av ledende ansatte. Det betyr at ledende ansattes deltakelse i alle former for aksjespareprogrammer skal ha en bindingstid på minst tre år og verdien av aksjespareprogrammet skal være inkludert i rammen på 55 pst. av fastlønn.

Staten vil i utgangspunktet kun støtte aksjeprogrammer i noterte selskaper. Det kan imidlertid unntaksvis være helt spesielle tilfeller hvor aksjebasert godtgjørelse kan være formålstjenlig for unoterte selskaper i kategori 1 innenfor rammen for bonus på 25 pst. av fastlønn. Staten vil ved eventuelle konkrete forslag fra styret vurdere om den kan støtte aksjebasert godtgjørelse basert på om det er klart i eiers interesse.

For selskaper i kategori 2 hvor staten søker bærekraftig og mest mulig effektiv oppnåelse av sektorpolitiske mål, kan det være særlig krevende å finne gode kriterier som gjenspeiler selskapets strategier og mål. Staten har derfor en forventning om at denne typen selskaper ikke skal benytte egne bonusordninger for ledende ansatte.

3.2 Pensjon

Staten forventer at:

- A. Pensjonsvilkår for ledende ansatte er på linje med øvrige ansattes vilkår i selskapet.
- B. Pensjonsgrunnlaget for alderspensjon ikke overstiger maksimalgrensen, herunder satsene, i de skattefaviserte kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12 G).
- C. Det ved avtaler om ytelsespensjon tas hensyn til eventuell ytelsespensjon som er opptjent fra andre stillinger og at samlet pensjonsutbetaling ikke overstiger 66 pst. av lønn opp til 12 G.
- D. Det ikke påløper pensjonskostnader ut over hva som følger av en eventuell skattefavisert ytelsesordning når en leder ikke lenger er ansatt i selskapet.

Forventningen om at pensjonsvilkår for ledende ansatte er på linje med øvrige ansattes vilkår i selskapet innebærer bl.a. at særskilte ordninger for ledende ansatte som førtidspensjon og kort opptjeningstid som gir gunstige utbetalinger, ikke er i tråd med statens forventning.

Staten har siden 2015 ikke støttet pensjonsgrunnlag for alderspensjon som overstiger maksimalgrensen i de skattefaviserte kollektive pensjonsordningene i Norge (p.t. 12 G og maksimalsatser på 7 pst. av lønn mellom 0 G og 12 G, samt tillegg på 18,1 pst. av lønn mellom 7,1 G og 12 G). Dette innebærer at pensjoner ikke finansieres over selskapets egen drift, som innebærer en stor langsiktig kostnad. Forventningen støtter også opp under hovedprinsippet om at fastlønn bør være hovedelementet i en godtgjørelsesordning. Videre vil en ramme på 12 G bidra til økt åpenhet om nivået på lederlønningene. Pensjon synes i mindre

grad å påvirke innsats og motivasjon enn lønn som mottas i dag eller i nær fremtid. Høye pensjonskostnader kan derfor koste mer for selskapet enn det gir i opplevd lønnseffekt for mottakeren.

Det er få selskaper som tilbyr sine ansatte ytelsespensjon. Omtalen i avsnitt 3.2. C er beholdt ettersom det fremdeles er en del ledende ansatte som har slike avtaler.

3.3 Sluttvederlag¹⁶

Staten forventer at:

- A. Dersom selskapet inngår avtale om sluttvederlag, overstiger ikke avtalt sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden 12 månedslønner i sum.
- B. Sluttvederlaget reduseres normalt krone for krone dersom den ledende ansatte i sluttvederlagsperioden tiltrer ny stilling, får nye lønnede verv eller mottar inntekt fra næringsvirksomhet hvor vedkommende er aktiv eier.
- C. Dersom den ledende ansatte selv tar initiativ til å avslutte arbeidsforholdet, gis det ikke sluttvederlag.

Staten er opptatt av at selskapet ikke skal betale urimelige vederlag til ansatte som forlater selskapet. Samtidig er det klart at situasjoner hvor det er aktuelt å betale sluttvederlag kan ha mange aspekter. Sluttvederlag som overstiger 12 måneders fastlønn inkludert oppsigelsestid vil sjelden være rimelig og i samsvar med hensynet til moderasjon. Videre er det urimelig dersom vedkommende får sluttvederlag samtidig med inntekt fra andre stillinger, verv eller for øvrig mottar inntekt som gir eller erstatter arbeidsinntekt. Med "verv" menes profesjonelle verv.

4 Virkningstidspunkt og implementering

Statens retningslinjer for lederlønn er fastsatt 12. desember 2022. Staten forventer at statens retningslinjer er fulgt opp i styrets retningslinjer for lederlønn gjeldende fra 2023, og reflektert i lønnsrapporten for regnskapsåret 2023.

Staten har forståelse for at det kan være krevende å endre godtgjørelsesavtaler som er i strid med disse retningslinjene, men som er inngått før fastsettelsen av retningslinjene. Staten er opptatt av at styret vurderer hvilket handlingsrom det har i det enkelte tilfellet.

Når det gjelder hvilke avtaler som anses å være inngått etter fastsettelsen av retningslinjene foruten nyinngåtte avtaler, anser staten også en reforhandlet avtale i forbindelse med en ny stilling som en ny avtale. Et eksempel er dersom en ledende ansatt skifter stilling i konsernledelsen og i den forbindelse reforhandler sine vilkår. I et slikt tilfelle vil statens forventninger gjelde, herunder rammen på 12 G for pensjon, i forbindelse med reforhandlingen av avtalen.

¹⁶ *Sluttvederlag* omfatter kompensasjon i tilknytning til fratredelse og kan inneholde etterlønn, arbeidsfrie perioder, andre finansielle ytelser og naturalytelser.

Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i Vestre Viken HF

Generelle forhold

- Lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende virksomheter med samme kompleksitet.
- Hovedelementet i en godtgjørelsesordning skal være fastlønnen.
- Godtgjørelsesordningene skal utformes slik at lønnsvilkårene ikke påvirkes av eksterne forhold som ledelsen selv ikke kan påvirke.
- Ledende ansatte må kunne forvente en lønnsutvikling i tråd med lønnsutviklingen i samfunnet for øvrig.
- De enkelte lønnsbestanddelene skal vurderes samlet med fast lønn, tilleggssytelser, pensjonsvilkår og eventuell avtale om sluttvederlag som en helhet. Styret skal ha en oversikt over den samlede verdi av den enkelte leders avtalte godtgjørelse. Dette gjelder for administrerende direktør og ledere på nivå 2 i organisasjonen.
- Det er styrets ansvar å fastsette retningslinjer for godtgjørelse til ledende ansatte. Administrerende direktørs godtgjørelse fastsettes av styret.
- Styret skal påse at lederlønsordningene ikke gir uheldige virkninger for helseforetaket eller svekker dets omdømme.
- Ledende ansatte skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre virksomheter i samme foretaksgruppe.
- Variabel lønn skal ikke benyttes ved fastsettelse av lederlønn.

Pensjonsytelser

- Pensjonsvilkår for ledere skal være på linje med andre ansattes vilkår i Helse Sør-Øst RHF.
- I den grad det avtales lavere pensjonsalder enn folketrygdens pensjonsalder på 67 år, skal pensjonsalderen som hovedregel ikke settes lavere enn 65 år.
- For ansatte i Helse Sør-Øst RHF skal samlet pensjonsgrunnlag ikke overstige 12 G.

Sluttvederlag

I henhold til arbeidsmiljøloven § 15-16 er det kun virksomhetens øverste leder, dvs. administrerende direktør, som lovlig kan forhåndsavtale seg bort fra arbeidsmiljølovens regler om oppsigelsesvern mot etterlønn ved fratreden.

For at administrerende direktør gyldig skal kunne frasi seg oppsigelsesvernet, må det tas inn en egen klausul i arbeidsavtalen, hvor dette uttrykkelig fremgår, jf. lovens § 15-16 (2).

For øvrig gjelder følgende retningslinjer:

- Sluttvederlag skal ikke benyttes ved frivillig avgang.
- Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestid skal normalt ikke overstige 12 måneders fastlønn.
- Ved ansettelse i ny stilling eller ved inntekt fra næringsvirksomhet som vedkommende er aktiv eier av, skal sluttvederlaget reduseres med et forholdsmessig beløp beregnet på grunnlag av den nye årsinntekten. Reduksjon kan først skje etter at vanlig oppsigelsestid for stillingen er ute.
- Sluttvederlaget kan holdes tilbake hvis vilkårene for avskjed foreligger, eller hvis det i perioden hvor det ytes sluttvederlag oppdages uregelmessigheter eller forsømmelser som kan lede til erstatningsansvar eller at vedkommende blir tiltalt for lovbrudd.

Administrerende direktør vil se til at avtaler om sluttvederlag med ledende ansatte er i tråd med dette.

Praktisering av retningslinjene

Lønnsoppgjøret i Vestre Viken HF skjer samlet, med unntak av administrerende direktør som får fastsatt sin lønn direkte av styret.

- Administrerende direktørs lønn fastsettes etter det ordinære lønnsoppgjøret og gjøres gjeldende fra 1. januar samme år.
- Ledere på nivå 2, dvs. de som rapporterer til administrerende direktør, blir lønnsvurdert av administrerende direktør.
- Avdelingssjefer (nivå 3) blir lønnsvurdert av direktører på ledernivå 2.

Lønn for administrerende direktør og ledende ansatte fastsettes med grunnlag i følgende kriterier;

- lønnsutviklingen i samfunnet for øvrig
- lønnsnivået for sammenlignbare stillinger i statseide selskaper
- oppnådde resultater i forhold til virksomhetens hovedmål basert på status per årsavslutning
- utøvelse av lederskap og evne til å skape godt arbeidsmiljø

Krav til oppfølging og lønnsrapportering

Vestre Viken HF praktiserer åpenhet både om utforming, nivå og utvikling i godtgjørelsen til ledende ansatte. Ordningene skal være forståelige for eiere, ledende ansatte og andre interessenter.

Ledende personer er i denne sammenhengen definert som administrerende direktør og dennes ledergruppe.

- Styret skal redegjøre for og aktivt følge opp statens retningslinjer i underliggende og felleseide helseforetak. Det skal hvert år utarbeides en egen lønnsrapport knyttet til kriteriene i statens retningslinjer.
- Lønnsrapporten skal redegjøre for alle godtgjørelser og ytelser for ledende ansatte. Rapporteringen skal inneholde en beskrivelse av virksomhetens generelle forventninger og spesifikke forventninger til ulike godtgjørelseselementer. Dersom veksten i samlet godtgjørelse, eller i enkelte godtgjøringselementer, er større for ledende ansatte enn for øvrige ansatte, enten prosentmessig eller kronemessig, skal dette særskilt begrunnes.

1.6.2023

Dato: 25. mai 2023
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Fullmakter i Vestre Viken HF – endring av prokura

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	69/2023	12.06.2023

Forslag til vedtak

1. Prokura i Vestre Viken HF gis til fagdirektør Anders Johan Debes fra og med 1. august 2023.
2. Øvrige prokurarettigheter videreføres uendret. Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll, økonomidirektør Mette Lise Lindblad og fagdirektør Anders Johan Debes har således fullmakt til å opptre på vegne av foretaket i alt som tilhører driften hver for seg fra og med 1. august 2023.
3. Det gjøres ingen endringer i signaturrettighetene.

Drammen, 5. juni 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll har sammen med tidligere fagdirektør Ulrich Spreng og økonomidirektør Mette Lise Lindblad prokurafullmakt i VVHF. Dette var sist behandlet i styret i møtet 28. mars 2022, sak 30/2022.

I forbindelse med at Spreng har sluttet i VVHF og det er tilsatt ny fagdirektør, er det behov for å styrebehandle at Spreng sin prokurarettighet går over til fagdirektør Anders Johan Debes.

Saksutredning

Signaturrett er retten til å tegne foretakets firma og denne retten har etter loven bare foretakets samlede styre, med mindre styret har delegert denne fullmakten. Det å tegne foretakets firma, være signaturberettiget eller firmategner, vil si å angi foretakets navn og undertegne med sitt eget navn uten å tilføye at det skjer "for" foretaket, "på vegne av" foretaket eller lignende, jmfør foretaksnavneloven § 7-1 første ledd. Styrets myndighet som signaturberettiget (firmategner) kan etter lovens § 39 annet ledd delegeres videre fra styret til et styremedlem eller daglig leder.

I Vestre Viken har styreleder og administrerende direktør fått tildelt denne retten i fellesskap, og begge har signaturrett i fellesskap med ett styremedlem. Det vises til sak 70/2020 i styremøte den 16. november 2020. Som en følge av dette ble administrerende direktør tildelt prokura i tillegg til de prokurarettigheter som da var registrert i foretaksregisteret, i styremøte 16. november 2020, sak 70/2020.

Prokuraretten er i dag også tildelt fagdirektør Ulrich Spreng og økonomidirektør Mette Lise Lindblad etter vedtak i styret i sak 30/2022. I forbindelse med at Spreng har sluttet i helseforetaket, foreslås det at prokurarettigheten tildeles nyansatt fagdirektør Anders Johan Debes. Behovet for slike fullmakter er begrunnet i virksomhetens størrelse og for å sikre ansvaret ved ferieavvikling og annet fravær.

I henhold til helseforetakslovens § 37 har daglig leder fullmakter innenfor rammene for «daglig ledelse» og skal for øvrig følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt. Det vises til sak 40/2023 «Instruks for styret i VVHF» og sak 41/202 «Instruks for AD i VVHF» godkjent i styremøtet 27. mars 2023.

En prokura er en begrenset signaturrett. En prokurist er bemyndiget til å opptre på vegne av foretaket i alt som hører til driften, med unntak av at vedkommende ikke kan selge, pantsette foretakets eiendom eller opptre på foretakets vegne i søksmål. En som undertegner i egenskap av prokurist skal i henhold til prokuristloven § 3 gjøre en tilføyelse når vedkommende tegner firmaet som viser prokuraforholdet, det vil si at underskriften må ledsages av betegnelsen per prokura, p.p. eller lignende forkortelse.

Det er styret som skal gi prokura og prokura skal registreres i foretaksregisteret i Brønnøysund. Prokura kan ikke delegeres.

For øvrig vises det til vedlegg – «ADs delegerte fullmakter i Vestre Viken» som gir en oversikt over delegasjoner gitt av administrerende direktør. Denne ble sist behandlet og tatt til etterretning i styremøtet den 30. januar, sak 5/2023.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør foreslår at fagdirektør Anders Johan Debes tildeles prokura i tråd med saksfremlegget. Samtidig opphører prokurarettighet for tidligere fagdirektør direktør Ulrich Spreng. Etter dette har administrerende direktør Lisbeth Sommervoll, økonomidirektør Mette Lise Lindblad og fagdirektør Anders Johan Debes fullmakt til å opptre på vegne av foretaket i alt som tilhører driften hver for seg. Det er administrerende direktørs vurdering at dette er tilstrekkelig for å kunne ivareta oppgavene også i ferieperioder og ved eventuelt uforutsett fravær. Det foreslås ingen endringer i signaturrettighetene.

Vedlegg: 1. ADs delegerte fullmakter i Vestre Viken

- [1. Innledning](#)
- [2. Vestre Vikens styrende organer](#)
- [3. Fullmakter](#)
 - [3.1 Forholdet mellom fullmakt og saksbehandlingsregler](#)
 - [3.2 Fullmakter til å representere Vestre Viken HF utad](#)
 - [3.3 Fullmaktstildeling](#)
 - [3.3.1 Tildeling av fullmakter i Vestre Viken HF](#)
 - [3.3.2 Grenser for tildelte fullmakter](#)
 - [3.4 Videredelegasjon av fullmakter](#)
 - [3.5 Spesialfullmakt og stillingsfullmakt](#)
 - [3.6 Overholdelse av fullmaktene](#)
- [4. Fullmakttyper i Vestre Viken HF](#)
 - [4.1. Fullmakter som tildeles gjennom fullmaktmatrisen](#)
- [5. Fullmaktmatrise for Vestre Viken](#)

[- Matrise 1 - beløpsgrense for økonomiske fullmakter med unntak av investeringer](#)

[Matrise 2 - juridiske fullmakter](#)

[Matrise 3 - Økonomiske fullmakter](#)

[Matrise 4 - Innkjøpsfullmakter](#)

[Matrise 5 - HR Fullmakter](#)

[6. Referanser](#)

[6.1 Lover](#)

[6.2 Veiledere](#)

[7. Begrepsforklaringer](#)

1. Innledning

En fullmakt er en myndighet en ansatt er tildelt for å representere Vestre Viken HF utad gjennom å opptre, handle eller stifte forpliktelser på vegne av foretaket.

Fullmaktmatrisen viser administrerende direktørs interne delegasjon i linjen.

Ledelsen er helt avhengig av den enkelte medarbeiders gode skjønn, sunne fornuft og vilje til å ta ansvar i daglig drift. Det hjelper lite om Vestre Vikens ledelse vedtar et fullmaktreglement hvis dette ikke følges. Det kan være lett å tenke at feil/misligheter «ikke skjer hos oss». Konsekvensene av en feilvurdering kan bli betydelige, både samfunnsøkonomisk og for omdømmet til Vestre Viken.

Dette dokumentet handler både om å håndtere en delegert fullmakt på formelt riktig måte, og hvor viktig det er for den enkelte å ta ansvar, ha oversikt over rammene og erkjenne risikoen for feil. Alle som får en fullmakt skal vurdere egen habilitet. Dersom du er i tvil må du ta opp saken med nærmeste leder. Dokumentet viser ulike roller, ansvar og myndighet som er tildelt ledernivåene i Vestre Viken.

Fullmaktene skal

- være i samsvar med helseforetaksloven
- bidra til god eier- og foretaksstyring blant annet ved samordning og tydelig ansvars plassering
- legge til rette for effektiv drift
- bidra til redusert risiko for uregelmessigheter og økonomiske misligheter. Ingen skal, for eksempel, godkjenne egne transaksjoner

Administrerende direktør står fritt til å tilbakekalle og gi instruksjoner om utøvelsen både generelt og i enkeltsaker, og til å omgjøre beslutninger i linjen. Fullmakten kan delegeres videre (fig. 1) når det er nødvendig, forsvarlig og det støtter en effektiv myndighetsutøvelse i Vestre Viken. Ingen myndighet kan likevel delegeres til et lavere nivå enn laveste myndighetsnivå på området i fullmaktmatrisen.

Den som har delegert en fullmakt til en annen, beholder full instruksjonsrett og har et selvstendig ansvar for at fullmakten utøves i tråd med både delegasjonen og fullmaktmatrisen.

Administrerende direktørs daglige ledelse gjelder ikke i beslutninger i saker av uvanlig art eller stor betydning. Slike saker krever at Styret har gitt myndighet til det, eller at Styrets beslutning ikke kan vente uten vesentlig ulempe for Vestre Viken. Styret skal i så fall snarest underrettes om saken. Ved tvil vil den generelle forståelse av hva som ligger i "daglig ledelse" være normgivende.

Avgrensning

Fullmaktene i dette dokumentet gjelder det administrative nivået, primært saker av økonomisk betydning i vid forstand. Saker som faller utenfor er dermed blant annet:

- Saker på styrenivå
- Helsefag og helseadministrasjon
- Utdanning
- Forskning
- Informasjonshåndtering, herunder forholdet til presse/media
- Tilgang til IT-systemer
- Sykehusbygg

2. Vestre Vikens styrende organer

Vestre Viken har tre lovpålagte styringsorganer: Foretaksrådet, Styret og Administrerende direktør. I tillegg kommer Helse Sør Øst sitt styre som har et ansvar for forvaltning som eier. Ansvarsforholdet mellom dem er regulert i helseforetaksloven og vedtektene. Finansstrategien i HSØ er en overordnet ramme og Styret har vedtatt instruks for både eget arbeid og administrerende direktørs daglige ledelse (se [referanser](#)).

- **Foretaksrådet** er Helse Sør Øst sitt organ for utøvelse av eierrollen, og øverste myndighet i Vestre Viken HF. Det velger et styre og fastsetter retningslinjer for Styrets forvaltningen av foretaket.
- **Styret** i Vestre Viken HF er det øverste utøvende organ med ansvar for en forsvarlig forvaltning av helseforetaket. Det er et kollegium der styremedlemmene ikke representerer noen interessegruppe. Hele styret skal kun ivareta de interessene som tjener Vestre Viken HF. Styret skal påse at virksomheten drives lovlig og i samsvar med foretakets formål, vedtekter og instruks som fastsatt av Foretaksrådet. Styret skal ha all den informasjon som er nødvendig for å kunne oppfylle sitt mandat.
- **Administrerende direktør** er daglig leder av Vestre Viken og skal følge de retningslinjer og pålegg Styret gir, jmfør helseforetaksloven § 37.

3. Fullmakter

3.1 Forholdet mellom fullmakt og saksbehandlingsregler

En fullmakt holdes adskilt fra saksbehandlingsregler og prosedyrer i andre styringsdokumenter. Saksbehandlingsregler styrer behandling internt helt fram til fullmakthaver bruker fullmakten til å forplikte Vestre Viken. Både en anskaffelse og en eiendomsprosess vil for eksempel være regulert i egne styrende dokumenter, mens fullmaktinstruksen regulerer hvem som faktisk kan godkjenne en bestilling, og signere avtalen som avslutter prosessene.

3.2 Fullmakter til å representere Vestre Viken HF utad

Styret er det øverste utøvende organ som kan representere foretaket utad i alle typer saker. Styrets oppgaver og kompetanse reguleres i helseforetaksloven kapittel 7 og Vestre Viken HFs vedtekter. Administrerende direktør er tildelt myndighet til å representere Vestre Viken utad.

Administrerende direktør, direktør økonomi og direktør medisin og helsefag delegeres på vegne av foretaket prokura.

Alle andre ansatte skal utføre de lovbestemte eller sedvanlige oppgaver som hører til stillingen. Utover dette må de være tildelt fullmakt etter fullmaktmatrisen, spesialfullmakt eller styrevedtak for å kunne representere Vestre Viken utad.

3.3 Fullmaktstildeling

3.3.1 Tildeling av fullmakter i Vestre Viken HF

I fullmaktmatrixen følger Administrerende direktørs videredelegasjon av fullmakter i Vestre Viken. Den som får en fullmakt kalles fullmakthaver og kan innenfor fullmakten gjøre disposisjoner på vegne av Vestre Viken HF, eventuelt delegerer oppgaver videre i egen linje. En fullmakt kan kun delegeres en som er ansatt i Vestre Viken HF, med mindre fullmakthaver gjør unntak i enkelttilfelle, for eksempel innleide medarbeidere.

3.3.2 Grenser for tildelte fullmakter

Fullmakter skal ikke brukes til disposisjoner av uvanlig art eller stor betydning. Dette gjelder selv om disposisjonen er innenfor fullmaktens beløpsgrense. Slike disposisjoner krever styrevedtak med fullmakt fra Styret.

3.4 Videredelegasjon av fullmakter

Den som er tildelt en fullmakt etter fullmaktmatrixen kan i mange tilfeller delegerer denne videre til ansatte i egen linje. Fullmaktmatrixen regulerer hvilke fullmakter som kan delegeres videre. Disse er angitt med laveste myndighetsnivå. Den som delegerer må holde seg innenfor grensene for egen fullmakt. Fullmakthaver er fortsatt ansvarlig for utøvelsen.



Fig.1 Videredelegasjon av fullmakter

3.5 Spesialfullmakt og stillingsfullmakt

Spesialfullmakter/stillingsfullmakter skal dokumenteres for at det skal være åpent hvilke fullmakter/ansvar den enkelte har. De skal være skriftlig dokumentert, enten i [mal for spesialfullmakt](#), eller i arbeidsavtalen, prosjektmandat, stedfortrederfullmakter, eller lignende, i arkivsystemet. Spesialfullmakter arkiveres i P360 (21 - 15 VV - Spesialfullmakter) mens stillingsfullmakter arkiveres i personalmappen.

Styrets tildelinger gjøres i form av protokollerte vedtak.

3.6 Overholdelse av fullmaktene

Fullmaktene er forpliktende. Overholdelse følges opp både via en automatisert systemkontroll og gjennom manuelle kontroller/revisjoner. Overtredelse av fullmakt vil kunne få arbeidsrettslige følger. Den som går utover sine fullmakter vil urettmessig kunne forplikte Vestre Viken utad, på tvers av ADs delegerte fullmakter (legitimasjonsfullmakt). En slik avtale vil kunne medføre erstatningsansvar for Vestre Viken. Den som uaktsomt har medvirket til dette, vil kunne bli stilt økonomisk til ansvar (om avtalen heves eller avtalen medfører forpliktelser av uheldig art for Vestre Viken). Ansatte som mistenker/avdekker brudd på en fullmakt plikter å melde fra til nærmeste leder, eller leder på nivået over. Disse vurderer videre saksgang, herunder hvem som skal informeres og om juridisk kompetanse må innhentes.

Med mindre overtredelsen er bagatellmessig, skal et brudd tas opp med vedkommende i skriftlig form som en advarsel. Dersom leder i linjen ikke følger opp, kan [VV varsling](#) benyttes i saksgangen.

4. Fullmakttypen i Vestre Viken HF

4.1. Fullmakter som tildeles gjennom fullmaktmatrixen

Ved utøvelse av en fullmakt skal saksbehandlingsreglene i styringsdokumentene følges. Dette kan for eksempel være saksbehandlingsregler i styringsdokumentene for eiendom, anskaffelser og HR.

Fullmaktmatrixen deler de forskjellige fullmaktene inn i hovedkategorier:

- **Juridiske fullmakter** gjelder for det første alle prosesshandlinger knyttet til en retts sak, herunder opptre som partsrepresentant, ta ut stevninger, motta stevninger og inngå rettsforlik etter tvistelovens regler. For det andre disposisjoner med rettslige implikasjoner, for eksempel anmelde saker til politiet og erkjenne (juridisk) ansvar. Prokura er en særlig fullmakt til å opptre på vegne av Vestre Viken i alt som tilhører driften og er av Styret tildelt økonomidirektør og direktør medisin og

helsefag (Styresak 30/2022)

- **Økonomifullmakter** er rammene for de disposisjonene som gir foretaket en økonomisk forpliktelse. De setter beløpsgrenser og bestemmer hvilke disposisjoner som kan gjøres. Overordnet økonomisk ramme er Styrets vedtatte budsjett. Administrerende direktør fastsetter detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak.
- **Innkjøpsfullmakter** for innkjøp av varer og tjenester følger særlige retningslinjer (se [innkjøpshåndbok](#))
- **HR-fullmakter** er ledernes omfattende og sentrale fullmakter på HR-området for en effektiv ledelse og styring. De avspeiler arbeidsgiveransvaret og styringsretten.

5. Fullmaktmatrise for Vestre Viken

Matrisen viser fullmakter administrerende direktør har delegert i linjen for å kunne gjøre disposisjoner på vegne av Vestre Viken HF.

- Disposisjoner kan ikke splittes opp for å bringes inn under fullmaktens beløpsgrenser
- Ingen skal godkjenne egne transaksjoner. Godkjenning foretas av leder i linjen eller dennes stedfortreder.
- Administrerende direktørs kostnader godkjennes av direktør økonomi. Styreleder skal ha en årlig gjennomgang av administrerende direktørs kostnader for å sikre tilstrekkelig internkontroll.
- Når Vestre Viken HF utøver en opsjon, anses dette som en inngåelse av en ny kontrakt som reguleres av fullmaktsreglene på vanlig måte. Tilsvarende gjelder for avrop under rammeavtaler
- Å avgi et forpliktende tilbud eller frafalle et rettmessig krav likestilles med å inngå avtale og krever fullmakt
- Fullmakt til å inngå kontrakter/avtaler inkluderer fullmakt til å håndtere tvister, sluttoppgjør, endringsordre, krav mv innenfor den beløpsgrense som gjelder for kontraktsinngåelsen. Tvistehåndtering gjennom rettsprosess reguleres av de juridiske fullmaktene

Matrise 1 - beløpsgrense for økonomiske fullmakter med unntak av investeringer

For investeringer gjelder egen fullmakt. Se matrise 3 - økonomifullmakter

Nivå	Benevnelse	Ansvar/Prosjekt	Beløpsgrense (beløp i NOK)	Rapporterer til
1	Administrerende direktør	Alle	Innenfor vedtatt budsjett VV	Styret
2	Klinikkdirektør og stabsdirektør	Egne	Innenfor vedtatt budsjett til klinikk/stab	Adm dir
3	Avdelingssjef	Egne	1 MNOK	Direktør for sitt område
4	Seksjonsleder	Egne	500 TNOK	Avd. sjef for sitt område
BDM	Budsjettdelegert myndighet	Egne	100 TNOK	Nærmeste leder

Matrise 2 - juridiske fullmakter

Særskilt om juridiske fullmakter

Juridiske fullmakter gjelder beslutninger med (mulige) juridiske implikasjoner, eksempelvis forpliktende avtaler og prosesshandlinger (forlik, erstatning, stevninger mm)

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Signatur	Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av foretaket i forretningsforhold Styreleder og administrerende direktør i Vestre Viken har retten til å tegne foretaket (signatur/firmategningsrett). Styremøtet i Vestre Viken bestemmer hvem som har signaturrett i foretaket. Signaturretten kan ikke delegeres videre. Den skal være registrert i Foretaksregisteret.	Signaturretten må delegeres fra foretakets styre. Fullmakten må være registrert med navn i foretaksregisteret	Adm. dir Styremøtet
Prokura	Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av foretaket i forretningsforhold	Prokurarett må delegeres av foretakets styre Fullmakten må være registrert med navn i foretaksregisteret eller være navngitt i styresak Enkelte leverandører godkjenner kun signatur fra signaturberettiget eller prokurist	Direktør Økonomi Direktør Medisin og Helsefag
Oppdrag og bestilling	Fullmakt til å inngå avtalen "Oppdrag og bestilling" i foretaksmøtet mellom Vestre Viken og Helse Sør-Øst		Adm. dir
Vesentlige avtaler	Inngå vesentlige avtaler (se definisjon), som inngår i den daglige ledelsen, av økonomisk art, utenom innkjøp/anskaffelser Kan være av prinsipiell, politisk karakter og angå helseforetakets omdømme Eksempelvis samarbeidsavtaler, strategi, oppgavefordeling mellom helseforetak og flerårige avtaler, herunder leie/leasingavtaler	Styret skal orienteres om alle vesentlige saker	Adm. dir
	Fullmakt til å inngå forlik i saker av økonomisk og annen karakter	Vesentlige saker: Styret skal orienteres	Adm. dir

Forlik	Fullmakten gjelder både rettslige og utenomrettslige forlik	Andre saker skal fremlegges for juridisk vurdering før forlik inngås	Nivå 2
Erstatning	Fullmakt til å godkjenne utbetaling i samsvar med kontraktsforpliktelser Fullmakt til å godkjenne utbetaling av erstatning, uten at dette har utgangspunkt i kontrakt	Saken skal underlegges juridisk vurdering før utbetaling Styret skal orienteres om alle vesentlige saker	Nivå 2
Ta ut og motta stevning/anke	Fullmakt til å ta ut stevning på helseforetakets vegne og eventuelt anke	Styret skal informeres om alle stevninger av prinsipiell, omdømmemessig eller annen vesentlig karakter	Adm. dir
Politianmeldelse	Fullmakt til å anmelde straffbare forhold begått mot helseforetaket eller dets ansatte	Saken forberedes i berørt avdeling. Saken underlegges juridisk vurdering før anmeldelse. Styret skal informeres om vesentlige saker	Nivå 2
Ta imot og begjære påtale	Fullmakt til å begjære påtale på vegne av foretaket	Ta imot og begjære påtale i vesentlige saker. Styret skal informeres om alle påtalebegjæringer av vesentlig karakter I andre saker skal juridisk kompetanse trekkes inn før begjæring	Adm. dir Nivå 2
Partsrepresentant	Opptre som part/lovlig stedfortreder i en rettslig prosess	I vesentlige saker skal Adm. dir informeres	Nivå 2 Foretaksjurist

Matrise 3 - Økonomiske fullmakter

Særskilt om økonomiske fullmakter

Regelverket for offentlige anskaffelser skal følges.

Økonomifullmakter omfatter rammene for iverksettelse av disposisjoner som gir foretaket en økonomisk forpliktelse. Rammene setter beløpsmessige grenser, samt fastsetter hvilke disposisjoner som kan iverksettes.

Den overordnede økonomiske rammen er foretakets styrevedtatte budsjett. Det er administrerende direktør i Vestre Viken som har fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak.

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Fordele budsjetttrammer	Fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak		Adm. dir
Omdisponere budsjett	Fullmakt til å endre vedtatt budsjett innenfor gitt ansvarsområde		Nivå 3
Disponere budsjett	Fullmakt til å benytte budsjettmidler innenfor eget ansvarsområde og vedtatt budsjett	Innenfor årets budsjett	BDM
Investeringer	Fullmakt til å beslutte gjennomføring av investering	Årlig budsjettvedtak innenfor de gitte investeringsområder: Eiendom, grunnutstyr og bygnær IKT Medisinsk teknisk utstyr og IKT Ambulanser	Klinikkdirektør KIS Direktør teknologi Klinikkdirektør PHT
Salg og utrangering av utstyr, eiendeler og forbruksartikler	Fullmakt til å beslutte salg eller utrangering av utstyr, eiendeler og forbruksartikler	VV salg og utrangering av VV utstyr, eiendeler og forbruksartikler Retningslinjer for mobiltelefon Salg innenfor investeringsområdene (MTU, GRU, bygg, IKT og AMB) må godkjennes av ansvarlige for områdene. Regnskapssjefen skal informeres. Antatt markedsverdi over 1 MNOK Antatt markedsverdi mellom 100 TNOK og 1 MNOK Antatt markedsverdi under 100 TNOK	Adm. dir Nivå 2 Nivå 3
Innlevere tilbud ved salg av tjenester	Fullmakt til å innlevere tilbud der helseforetaket konkurrerer om å være leverandør	Konsultasjonsplikt med controller	Nivå 2
		<ul style="list-style-type: none">Leiekontrakten skal vurderes av stab Økonomi for vurdering	

<p>Leiekontrakter for eiendom/bygg</p>	<p>Fullmakt til å inngå leiekontrakt for eiendom/bygg</p>	<p>av avtalevilkår og finansieringsmetode før kontraktinngåelse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direktør økonomi godkjenner leieavtaler ut over ett år og over 100 TNOK pr. år. • Leieavtaler for eiendom/bygg ut over 10 år godkjennes av Styret i Vestre Viken. • Finansielle leieavtaler ut over 0,2 % av omsetningen godkjennes av Helse Sør-Øst og undertegnes av signaturberettiget i VV. • Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg med avtalevarighet over 5 år og nåverdi av fremtidige leieforpliktelser over 10 MNOK i hele perioden godkjennes av administrerende direktør. • Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er mellom 10 MNOK og 50 MNOK godkjennes av Styret i Vestre Viken. • Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er over 50 MNOK godkjennes av Helse Sør-Øst. • Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er over 100 MNOK godkjennes i Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst • Finansstrategien i Helse Sør-Øst har forrang 	<p>Klinikkdirektør KIS</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Leiekontrakten skal vurderes av stab Økonomi i forhold til avtalevilkår og finansieringsmetode før kontraktinngåelse. • Direktør økonomi godkjenner leieavtaler ut over ett år og over 100 TNOK pr. år. • Finansielle leieavtaler ut over 0,2 % av omsetningen godkjennes av Helse Sør-Øst og undertegnes av 	

Leiekontrakter for utstyr	Fullmakt til å inngå leiekontrakter av utstyr	<p>signaturberettiget i VV.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forespørsel til finansieringsselskap skal sendes fra Stab Økonomi. • Leiekontrakten godkjennes av Helse Sør-Øst om anskaffelsen overstiger 20 MNOK <p>IKT og medisinsk teknologisk utstyr</p> <p>Ambulanser</p> <p>Grunnutrustning og biler</p> <p>Mindre utstyr under 100 TNOK</p>	<p>Direktør Teknologi</p> <p>Direktør PHT</p> <p>Direktør KIS</p> <p>Nivå 2</p>
Opprette, endre eller slette bankkonti	Fullmakt til å opprette, endre eller slette bankkonti hos foretakets bankforbindelse		Regnskapssjef
Avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti	Fullmakt til å avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti		Regnskapssjef
Avskrive fordringer	Fullmakt til å avskrive uerholdelige fordringer	<p>Kan først gjøres etter at ordinære purre- og inkassorutiner er fulgt og har vært formålsløst</p> <p>over 1 MNOK</p>	<p>Regnskapssjef</p> <p>Direktør økonomi</p>
Godkjenne særskilte oppdrag	Fullmakt til å godkjenne oppstart av særskilte prosjekter, der det følger med særskilte midler, og som medfører ressursbruk utenfor primæroppgavene til enheten.	<p>Inntil 10 MNOK</p> <p>Inntil 5 MNOK</p>	<p>Adm. direktør</p> <p>Nivå 2</p>
Godkjenne regnskap for øremerkede midler	Fullmakt til å undertegne særregnskap for bruk av øremerkede midler mottatt fra utenforstående (i hovedsak departement)		Regnskapssjef
		<p>Fullmakten gjelder kun i de tilfeller det ikke er bindinger tilknyttet gaven</p> <p>Følgekonsekvenser for gaven må vurderes</p>	

Motta pengegaver/ donasjoner	Fullmakt til å motta gaver på vegne av helseforetaket	Gaver som generer vesentlige kostnader utover budsjettåret og/eller som det knyttes vesentlige bindinger til, skal vurderes av administrerende direktør Gaver som er av vesentlig størrelse og som kan ha innvirkning på strategien i Vestre Viken skal vurderes av styret i Vestre Viken.	Nivå 2
Inngå avtale om bedriftskort/kredittkort	Fullmakt til å inngå avtale om bedriftskort/kredittkort med bedriftsansvar	I henhold til gjeldende bedriftsavtale og retningslinje for bedriftskort	Regnskapssjef
Disponere fellesøkonomiske ansvarssteder	Innhold følger av årlige budsjettvedtak		Regnskapssjef og avd.sjef Foretaks- controlling

Matrise 4 - Innkjøpsfullmakter

Særskilt om innkjøpsfullmakter

Innkjøp av varer og tjenester skal følge bestemmelsene i fullmaktmatrisen. Det gjelder særskilte retningslinjer og fullmakter for investering- og leieområdet. Generelt gjelder følgende:

- Lov og forskrifter om offentlige anskaffelser, samt andre gjeldende lover og regler.
- Ethvert innkjøp skal være relevant og nødvendig for driften. Det skal kontrolleres at det er dekning for kostnaden i tildelt budsjett og at den er økonomisk forsvarlig, herunder basert på en vurdering av om det foreligger en resultatrisiko for året.
- Ved behov for kjøp over 100 TNOK (inkl. mva. og livsløpskostnader), som ikke er avrop på en rammeavtale med krav om minikonkurranse, skal saken forelegges innkjøpsavdelingen som vurderer behov for eventuell konkurranseutsetting før avtale kan inngås med Vestre Viken.

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Bestille oppdrag fra Sykehusinnkjøp	Bestille anskaffelsesoppdrag fra Sykehusinnkjøp i henhold til gjeldende prosedyrer		Innkjøpsjef (Nivå 3)
Starte en innkjøpsprosess	Fullmakt til å beslutte at man skal starte en innkjøpsprosess. Omfatter oppstart av innkjøpsprosess både med sikte på å etablere rammeavtale og ved enkeltstående kjøp	Praktisk gjennomføringsansvar for innkjøp over 100 TNOK (inkl. mva. og livsløpskostnader) tilligger innkjøpsavdelingen. Gjelder ikke kjøp på rammeavtale, der det ikke er krav til minikonkurranse	Nivå 3
Innkjøp av medisinsk utstyr og IKT over 100 TNOK (inkl. MVA)	Fullmakt til å gjennomføre kjøp av medisinsk utstyr og IKT	Innkjøp IKT skal som utgangspunkt kjøpes via Sykehuspartner Alle IKT-investeringer må avklares med Sykehuspartner I samsvar med prosedyrer for iverksettelse av innkjøpsprosess	Direktør teknologi
Innkjøp av varer og tjenester til oppgradering av bygg og grunnrustning over 100 TNOK (inkl. MVA) og byggnær IKT	Fullmakt til å gjennomføre kjøp av varer og tjenester til oppgradering av bygg og grunnrustning	I samsvar med prosedyrer for iverksettelse av innkjøpsprosess	Nivå 3 KIS
Signere kontrakt	Fullmakt til å signere kontrakt etter gjennomført konkurranse i henhold til lovmessige krav (spesielt lov om offentlige anskaffelser med forskrifter)	Innenfor budsjettåret: Generell fullmakt Utover budsjettåret: Nivå 1 inntil 20 MNOK	Nivå 3 Adm. direktør
Foreta bestilling og/eller attestere faktura	Fullmakt til å utarbeide bestillinger i de tilfeller det finnes rammeavtale Tilsvarende å anviser kostnader	Kan delegeres til ansatte med nødvendig bestillerkompetanse i avdelingen (rekvirent)	Utnevnes av BDM
Godkjenne bestilling og/eller anviser faktura	Fullmakt til å godkjenne bestillinger i de tilfeller det finnes rammeavtale Tilsvarende å anviser kostnader	Innenfor generell fullmakt	BDM
	Fullmakt til å signere for kontroll		

Godkjenne varemottak	av at mottatte varer er i henhold til følgeseddel Varemottak gjøres fortrinnsvis av bestiller		Utnevnes av BDM eller i form av stilling
Utbetaling bank	Fullmakt til å foreta utbetaling fra bank	Skal ikke kombineres med tilgang til å bokføre og oppdatere leverandørregisteret	Regnskapssjef
Bokføre	Tilgang til å oppdatere regnskapet/leverandørreskontro (systemtilgang)	Skal ikke kombineres med utbetalingsfullmakt bank og tilgang til å oppdatere leverandørregisteret	Regnskapssjef
Godkjenne oppdatering av leverandørregister	Tilgang til å opprette, endre og slette leverandører i økonomisystemet (systemtilgang)	Skal ikke kombineres med utbetalingsfullmakt bank og bokføringstilgang	Regnskapssjef
Godkjenne hvem som kan utføre fritekstkjøp	Fullmakt til å godkjenne hvem som kan gjøre fritekstkjøp på enheten	Behovsprøves av innkjøpsavdelingen	Nivå 4

Matrise 5 - HR Fullmakter

Særskilt om HR fullmakter

Ledernes fullmakter på HR-området er omfattende og sentrale for en effektiv ledelse og styring av Vestre Viken. Med arbeidsgiveransvaret utøver lederne også arbeidsgivers styringsrett. Arbeidsgivers styringsrett innebærer at lederen organiserer driften, leder de ansatte, fordeler og kontrollerer arbeidet. Med andre ord bestemmer hvem som skal gjøre hva, når og hvordan. Arbeidsgiver beslutter hvem som skal ansettes for å utføre oppgavene i enheten, og gjør beslutninger ved avslutning av ansattes arbeidsforhold.

I tillegg til generelle fullmakter kan det være nødvendig med en tidsavgrenset engangfullmakt, en såkalt stedfortrederfullmakt, eksempelvis i forbindelse med ferieavviklingen og/eller sykdomsperioder. Om lederen på enheten har en formell stedfortreder er denne stedfortreder ved leders fravær. Stedfortreder må være dokumentert.

Det laveste mulige myndighetsnivå er budsjettdelegert myndighet (BDM). Det vil være enhetens kompleksitet, geografiske beliggenhet og antall årsverk som vil være avgjørende for om det er opprettes en BDM. Nivå 3 skal beslutte om det skal opprettes BDM i avdelingen. HR Utvikling er rådgivere i prosessen.

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensing	Laveste myndighetsnivå
Beslutte å opprette ny stilling, herunder opprette engasjementstilling	Fullmakt til å beslutte at det skal opprettes ny stilling, herunder opprette engasjementstilling innenfor vedtatt budsjett I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras utgifter frem i tid som det ikke er dekning for	Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger Ved avvikende lønn fra ovennevnte har leder konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte før fastsettelse Nye legestillinger: Ansvarlig leder sender søknad til nivå 2, hvor søknaden skal få tilslutning før den avgjøres av administrerende direktør i foretaksledermøte	Nivå 2
Beslutte å utlyse eksisterende stilling, med unntak av: • Legestillinger • Lederstillinger • Stillinger i stab/merkantile støttepersoner	Fullmakt til å beslutte at ubesatt stilling skal lyses ut for ansettelse I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras utgifter frem i tid som det ikke er dekning for	Ved mindre enheter som i liten grad foretar ansettelser legges fullmakten til nivå 3 Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger	Nivå 4
Beslutte å utlyse i eksisterende: • Legestillinger • Lederstillinger • Stillinger i stab/merkantile støttepersoner	Fullmakt til å beslutte at ubesatt stilling skal lyses ut for ansettelse I dette ligger at helårseffekten skal vurderes for å sikre at det ikke pådras utgifter frem i tid som det ikke er dekning for	Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger Ved avvikende lønn fra ovennevnte har leder konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte før fastsettelse Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2	Nivå 3
		Ved avvikende lønnsfastsettelse har leder	

Beslutte hvem som skal ansettes	Fullmakt til å beslutte hvem som skal ansettes jfr VV Rekruttering og ansettelse	konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2	BDM
Beslutte å ta inn vikar	Fullmakt til å beslutte at det skal tas inn vikar i stilling	Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger Ved avvikende lønnsfastsettelse har leder konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte Endelig godkjenning av avvikende lønn skal fastsettes av nivå 2	Nivå 4
Lønnsjustering for grupper av ansatte	Fullmakt til å justere lønn eller lønns-elementer for grupper av ansatte ut over ordinære lønnsforhandlinger i foretaket Fullmakten gjelder også ved inngåelse av vaktordninger med betingelser utover gjeldende overenskomst	Ved lønnsjustering av grupper av ansatte skal slik justering besluttes i foretaksledelsen Er saken av klinikk- eller stabsovergrepene art, må beslutningen fattes av involverte direktører og administrerende direktør I slike saker skal HR Utvikling og lederstøtte konsulteres	Nivå 1
Lønnsforhandlinger	Fullmakt til å gjennomføre lønnsforhandlinger i foretaket	Avdelingssjef HR Utvikling og lederstøtte delegerer til forhandlingsledere	Avd. sjef HR Utv. og lederstøtte
Omgjøring av stilling	Fullmakt til å vedta omgjøring av eksisterende stilling innenfor arbeidsgivers styringsrett Omfatter både inndragning av stilling og å endre eksisterende stilling	Inndragning av stilling Endre eksisterende stilling, men med konsultasjonsplikt med nivå 3	Nivå 3 Nivå 4
Utøvelse av daglig drift i samråd med leder på nivå 4, herunder å kunne godkjenne personrelaterte kostnader	Fullmakt til å ivareta daglig personaloppfølging Fullmakten omfatter, men er ikke begrenset til, fastsetting av arbeidsplaner/turnus og ferielister, pålegging av overtid og å innvilge avtalefestede permisjoner. For yrkesgrupper som er gjensidig avhengige av hverandre i driften må arbeidsplaner koordineres. Fullmakt til å ivareta daglig personaloppfølging vil også omfatte godkjenning av variabel lønnsliste for utbetaling (som time- og overtidslister, turnusplaner og reisegodtgjørelse)	Personalansvar kan ikke delegeres til BDM, kun <u>personaloppfølging</u> i samråd med nivå 4 Enhetens kompleksitet, geografiske beliggenhet og antall årsverk er avgjørende for om det kan opprettes en BDM Nivå 3 skal beslutte om det skal opprettes BDM i avdelingen. Det er konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte	BDM
Godkjenne legers bemanningsplaner	Fullmakt til å godkjenne legers bemanningsplaner	Nivå 4 har konsultasjonsplikt med nivå 3	Nivå 4

Godkjenne bierverv	Fullmakt til å godkjenne bierverv		Nivå 2
Godkjenne ferie	Fullmakt til å godkjenne ferie Godkjenning av plan for hovedferieperioden	Budsjettrammer	BDM Nivå 3
Advarsel	Fullmakt til å gi ansatte muntlig og skriftlig advarsel	Konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte	Nivå 3
Suspendere ansatte	Fullmakt til å beslutte at ansatte skal suspenderes fra sitt arbeid		Direktør kompetanse
Vedta oppsigelse/avskjed	Fullmakt til å avslutte arbeidsforhold		Direktør kompetanse
Godkjenne sluttpakke/sluttavtale ved oppsigelse	Fullmakt til å godkjenne sluttpakke/sluttavtale i forbindelse med at ansatte slutter	Sluttpakke/sluttavtale må avgjøres i samarbeid med nivå 2	Direktør kompetanse
Vedta omplassering av ansatte	Fullmakt til å beslutte omplassering av ansatte	Innenfor egen avdeling Leder har konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte	Nivå 3

6. Referanser

6.1 Lover

[Helseforetaksloven](#)

[Prokuraloven](#)

[Regnskapsloven](#)

[Lov om offentlige anskaffelser](#)

[Arbeidsmiljøloven](#)

6.2 Veiledere

[Finansstrategi - HSØ, vedtatt 2012](#) (sist korrigerert 2021)

[Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst, vedtatt i 2020](#)

[Veiledere - Sykehusbygg](#)

[Instruks for styret i Vestre Viken HF](#)

[Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF](#)

7. Begrepsforklaringer

Anvisning

En fullmakt til å godkjenne at foretaket skal betale for innkjøp av varer og tjenester. Utøves ved å anwise en faktura.

Attestasjon

En fullmakt til å bestille varer og tjenester, og godkjenne varemottak av varen. Man godkjenner at varen/tjenesten er mottatt til korrekt pris, kvalitet og antall.

Budsjettdelegert myndighet (BDM)

Den som har ansvar for budsjett innenfor gitt område. Vedkommende vil tilsvarende ha budsjettdisponeringsmyndighet for dette området. Denne myndigheten kan ikke delegeres.

Delegasjon

Det å overlate til en annen å utføre å treffe beslutninger med rettsvirkninger på egne vegne. Retten en fullmektig (fullmaktsinnehaver) har til å delegere myndighet videre. Fullmaktsgiver beholder samtidig selv myndigheten/det overordnede ansvaret og har instruksjonsrett om hvordan denne skal utøves av fullmektig. Delegasjonen kan trekkes tilbake. All delegasjon i Vestre Viken skal være begrunnet, forsvarlig og dokumenterbar/mulig å ettergå. Delegering fritar ikke for eget ansvar.

Fritekstkjøp/Formular

Kjøp av varer og tjenester som ikke er lagt inn som artikkel i innkjøpssystemet.

Fullmakt

En fullmakt er en myndighet en ansatt er tildelt for å representere Vestre Viken HF utad gjennom å opptre, handle eller stifte forpliktelser på vegne av foretaket. Legitimasjonen utad vil kunne være større enn retten internt.

Fullmakts giver

Betegnelsen på en person som har avgitt fullmakt slik at en annen person (fullmektig) kan opptre og handle på sine vegne. Fullmakten kan være begrenset til en spesiell handel eller avgjørelse, eller være av generell karakter. Disposisjoner fullmektigen gjør regnes som å være gjort av fullmakts giveren.

Fullmektig

Betegnelsen på en person som er tildelt en fullmakt. Fullmektigen kan da opptre og handle på vegne av en annen person (fullmakts giver). Fullmakten kan være begrenset til en spesiell handel eller avgjørelse, eller av mer generell karakter. Disposisjonen som fullmektigen foretar er å betrakte som en disposisjon foretatt av fullmakts giveren.

Habilitet

For å være habil må det ikke være noen omstendigheter i saken som er egnet til å svekke tilliten til den som deltar i saksbehandlingen.

Ingen skal altså kunne påvirke eller oppfattes som å kunne påvirke sakens behandling der vedkommende selv eller noen som står denne nær kan ha interesse av utfallet.

Instruksjonsrett

Den som har delegert fullmakt videre, har rett til å instruere den man har gitt fullmakt til.

Legitimasjonsfullmakt

Legitimasjonen utad vil kunne være større enn retten internt. Den som går utover sine fullmakter vil kunne risikere å urettmessig kunne forplikte Vestre Viken på tvers av ADs delegerte fullmakter.

Mislighet

Handlinger som innebærer uredelighet for å oppnå en urettmessig fordel for seg selv, virksomheten mv. eller andre. Misligheter skilles fra feil ved at den underliggende handlingen er tilsiktet.

Opsjon

Rett til å inngå en fremtidig avtale på bestemte vilkår som er fastsatt på forhånd.

Politianmeldelse av straffbare forhold

En politianmeldelse er å gi politimyndighetene melding om et mulig straffbart forhold. Det er administrerende direktør i Vestre Viken som har fullmakt til å anmelde straffbare forhold begått mot helseforetaket eller dets ansatte. Av hensyn til oversikt over og formelt korrekte anmeldelser kan fullmakten delegeres. Saken forberedes i den aktuelle avdeling hvor forholdet har oppstått og kvalitetssikres av juridisk kompetanse før saken anmeldes.

Prokura

Prokura er en lovregulert fullmakt som følger av prokuraloven. Styret beslutter hvem som skal tildeles prokura i Vestre Viken HF og sørger for registrering i Foretaksregisteret. Den som er tildelt prokura kalles prokurist og kan forplikte Vestre Viken HF i alt som har med drift å gjøre. Unntak: Overdragelser/beheftelser av fast eiendom/løsøre eller det å opptre i søksmål på Vestre Vikens vegne. Det måtte i så fall treffes en beslutning av Styret om dette. Prokura kan ikke overføres til andre (prokuraloven paragraf 3 og 4).

Retts- og prosessfullmakt

Fullmakt til å ta ut stevning/anke, såkalt partsfullmakt, og/eller å inngå rettslig forlik.

Et forlik inngått i retten vil ha rettslig virkning tilsvarende en rettskraftig dom. Saken er da endelig avgjort.

Styret har delegert retts- og prosessfullmakter til administrerende direktør i [instruks av 26.august 2009 punkt 5.6](#).

Fullmakten må forstås innenfor prosesslovgivningens grenser og øvrige grenser for administrerende direktørs fullmakter.

Det betyr at retts- og prosessfullmakter delegeres administrerende direktør for de saker som kan regnes som daglig ledelse og drift, med unntak av saker av uvanlig art eller stor betydning. Saker som gjelder retts- og prosessfullmakter skal underlegges juridisk vurdering for å sikre ivaretagelse av rettslige og prosessuelle forhold, ikke minst sikre at absolutte frister overholdes.

Sluttavtale

Sluttpakke

Spesialfullmakt

Fullmakt som går utover organisatoriske og grenser bestemt for stillingen.

Stillingsfullmakt

Fullmakt følger av instruks, avtale, eller som følger av stillingen.

Utenomrettslig forlik

Et utenrettslig forlik vil normalt være som en regulær avtale mellom partene (motsatt er rettslig forlik en enighet som er oppnådd mellom partene i en rettstvist).

Fullmakt til å inngå utenomrettslig forlik, godkjenne utbetaling av erstatning i et kontraktsforhold og utbetale erstatning eller oppreisning utenfor kontraktsforhold ligger i utgangspunktet hos administrerende direktør. Ofte skyldes krav om slike utbetalinger uheldige forhold. Det må gjøres til dels kompliserte, juridiske vurderinger av om Vestre Viken a) er rettslig

forpliktet, og/eller om b) andre forhold gjør at utbetaling bør/ikke bør gjennomføres. Det bør være mest mulig lik praktisering i Vestre Viken, og juridisk kompetanse bør søkes ved et mulig utenomrettslig forlik. I mindre vesentlige saker kan myndigheten til å inngå utenomrettslig forlik delegeres i linjen.

Vesentlig avtale

Avtale av stor økonomisk verdi og/eller politisk interesse som kan få betydelig oppmerksomhet også i media er typisk en avtale av prinsipiell, politisk karakter som angår Vestre Vikens omdømme, for eksempel overordnet samarbeid, strategier, oppgavefordeling mellom flere HF og flerårige avtaler.

Vesentlige saker

Utpregt skjønnsmessig begrep. Typisk saker som gjelder store beløp, har høy risiko og/eller er av prinsipiell, politisk karakter med betydning for helseforetakets omdømme. Eksempelvis samarbeidsavtaler, strategi, oppgavefordeling mellom helseforetak og flerårige avtaler.

Vedlegg

- [Mal Spesialfullmakt.docx](#)
- [AD fullmakter i Vestre Viken 2020](#)
- [Spørsmål og svar om signatur](#)

Møteprotokoll

Styre:	Ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Digitalt
Dato:	11. mai 2023
Tidspunkt:	Kl. 17:00 – 19:00

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Nina Tangnæs Grønvold	Nestleder
Irene Kronkvist	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
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 H. Vaage
Økonomi- og finansdirektør Line Alfarrustad, direktør porteføljestyling bygg Hanne Gaaserød, eierdirektør Tore Robertsen, direktør teknologi og eHelse Rune Simensen, fagdirektør Ulrich Spreng, konserndirektør Mona Stensby og direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø

Saker som ble behandlet:

060-2023	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	----------------------------------------------

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste til ekstraordinært styremøte 11. mai 2023.

060-2023	Oppdatert - Høringssvar NOU 2023:4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste
-----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Oppsummering

Helsepersonellkommissjonen 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.

Helsepersonellkommissjonen 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.

Saken ble behandlet i styremøtet 28. april 2023 i sak 39/2023. Styret gav innspill i saken som ga grunnlag for en justering av høringsinnspillet med en fornyet behandling i styret 11. mai 2023. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt utsatt høringsfrist til 12. mai.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at henvisning til brev til Helsepersonellkommissjonen fra direktørene i de regionale helseforetakene avgrenses til aktuell redegjørelse i høringsnotatet.

Styret ber om høringsinnspilletts avsnitt om utdanning og kompetanseutvikling suppleres med en omtale av etniske minoriteters overrepresentasjon i spesialisthelsetjenesten, og samtidig mindre mangfold på ledernivå. Det er behov for bred rekruttering og mobilisering oppover i systemet.

Styret tar til orientering at styremedlem Lasse Sølvberg ikke ønsker å godkjenne det fremlagte forslaget til høringssvar, men velger å ta det til orientering, jf. protokolltilførsel.

Styrets

V E D T A K

Styret godkjenner det fremlagte forslaget til høringssvar fra Helse Sør-Øst RHF.

Votering:

Vedtatt mot en stemme.

Protokolltilførsel fra styremedlem Lasse Sølvberg:

Denne representanten godkjenner ikke det fremlagte høringssvaret fra HSØ, men tar til orientering at Helse Sør-Øst har svart opp høringen. Det presiseres også at denne representanten ikke understøtter Helsepersonell-kommisjonens flertall, eller AD-møtets brev til Helsepersonell-kommisjonen 22.aug 2022 som siteres i saksfremlegget, i forhold til beskrivelse av løsning med lederes juridiske forutsetninger hva gjelder arbeidsplaner/arbeidstid.

061-2023	Utvidelse av omfang for regional løsning for helselogistikk
-----------------	--------------------------------------------------------------------

Oppsummering

Bakgrunnen for det regionale prosjektet for helselogistikk var at flere av helseforetakene i Helse Sør-Øst ønsket tilsvarende funksjonalitet som Sykehuset Østfold HF og Akershus universitetssykehus HF allerede hadde tatt i bruk. Avtalene som var inngått av hhv. Sykehuset Østfold HF og Akershus universitetssykehus HF åpnet ikke for at andre helseforetak kunne benytte disse. Det ble derfor vurdert som mest hensiktsmessig å gjøre en regional anskaffelse som alle helseforetakene i Helse Sør-Øst kan benytte seg av, jfr. arbeidet med standardisering i Helse Sør-Øst.

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

Vedtatt omfang for fase 3 i styresak 048-2021:

- Område A for Sykehuset i Vestfold HF, Vestre Viken HF, Sykehuset Telemark HF og Oslo universitetssykehus HF
- Område B og C for Sykehuset i Vestfold HF, Vestre Viken HF og Sykehuset Telemark HF

Omfangøkningen i sak 053-2022 omhandlet område B og C for Oslo universitetssykehus HF (61 millioner kroner økt ramme) og økt kostnadsramme for å dekke økte kostnader til DIPS-integrasjoner (12 millioner) og endringer etter avsluttet spesifikasjonsfase (3 millioner). Det vedtatte omfanget etter begge disse sakene er begrenset til det som er likt for alle de fire helseforetakene og ikke spesielt rettet inn mot nye sykehus. Det har vært lagt til grunn at omfanget skal økes og videreutvikles i en fase 4 gjennomført av Sykehuspartner etter prosjektgjennomføring og i videre forvaltning.

Sak om ytterligere utvidelse av omfang av helselogistikk fase 3 med det som er påkrevd for å oppnå ønsket funksjonalitet ved innflytting i nytt sykehus i Drammen og nye Radiumhospitalet, ble lagt frem i Helse Sør-Øst styremøte 28. april, styresak 044-202. Styret

ba om en oppdatert sak med bedre beskrivelse av handlingsalternativene og oppdatert kost-/ nyttevurdering.

I denne oppdaterte styresaken gis det også en oppsummering av prosess og vurderinger og anbefaling av bruk av offentlig sky for område A i løsningen da oppfølgingen av dialogen med Datatilsynet om dette nå er fullført.

Kommentarer i møtet

Styret presiserer at risikobildet beskrevet i saken, jf. tabell 7, gjelder det utvidede omfanget av regional løsning for helselogistikk for fase 3.

Styret ber administrasjonen ta lærdom fra prosjektet med hensyn til styring av store IKT-prosjekter.

Styrets

V E D T A K

1. Styret godkjenner utvidelse av omfang for regional løsning for helselogistikk fase 3 med ny kostnadsramme på 394 millioner kroner inkludert merverdiavgift (P85-estimat; 2023-kroner).
2. Styret støtter anbefalingen fra administrerende direktør om at den regionale løsningen for helselogistikk tilbys helseforetakene i Helse Sør-Øst slik den er beskrevet i saken. Det er helseforetakene som dataansvarlige som beslutter om de ønsker å ta i bruk løsningen. Det vises i denne sammenheng også til styresak 107-2019 hvor det blant annet ble vedtatt at helseforetakene skal forelegge avvik fra regionale føringer for IKT for eget styre.

Votering:

Vedtatt mot tre stemmer.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Lasse Sølvberg, Irene Kronkvist og Christian Grimsgaard:

Disse medlemmene støtter ikke vedtaket i saken. Det vises til drøftingsinnspill i sak 044-2023.

Prosjektet har pågått i to år, men ligger allerede ett år etter planen. I saken er det fremstilt et samlet kostnadsbilde - uten usikkerhetsavsetning - som er mer enn dobbelt så høyt som stipulert ved igangsetting for to år siden. Testing har avdekket en rekke feil på de utviklede løsningene, inklusive kritiske feil for alle tre områder. Leverandørene har så langt ikke klart å levere funksjonalitet som avtalt. Det beskrives også at det stadig er betydelig risiko. Bærekraftsanalysene viser at prosjektet nå har en negativ nåverdi på i størrelsesorden en halv milliard kroner. Det er ikke fremlagt dokumentasjon som sannsynliggjør gevinster i sykehusene som vil kompensere og resultere i positiv nåverdi. Disse medlemmene kan ikke se at det er fremlagt et beslutningsunderlag som tydeliggjør handlingsalternativene. Økonomien i sykehusene er meget anstrengt, og disse medlemmene anser at det ikke er fremlagt et saksgrunnlag som berettiger videreføring av prosjekter med negativ beregnet nåverdi og

betydelig restrisiko. Disse medlemmene anser at styret burde fått seg forelagt reelle handlingsalternativer, jamfør styrets uttalelse i sak 044-2023.

Disse medlemmene mener videre at bruk av skytjeneste underlagt en lovgivning som gir hjemmel for innsyn for våre pasientdata innebærer risiko. Sensitive data i offentlig sektor må beskyttes. Datasentre og skytjenester for sensitiv informasjon, funksjoner og infrastruktur av betydning for nasjonale sikkerhetsinteresser bør etableres innenfor landets grenser og under norsk kontroll.

Møtet hevet kl. 18:35

Oslo, 11. mai 2023

Svein I. Gjedrem
styreleder

Nina Tangnæs Grønvold
nestleder

Irene Kronkvist

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Einar Lunde

Harald Vaagaasar Nikolaisen

Peder Kristian Olsen

Lasse Sølvberg

Kristin Vinje

Kathrine H. Vaage
styresekretær

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

Vår referanse:

23/00575-1

Saksbehandler:

Kathrine Hofgaard Vaage

Deres referanse:

Dato:

10.05.2023

Kommunikasjon til helseforetakene - oppfølging PEP

Basert på vurderinger fra advokatfirmaet Haavind AS, ekstern revisor PWC og etter dialog med vår hovedbankforbindelse, legger Helse Sør-Øst RHF til grunn at følgende personer er å betrakte som politisk eksponerte (PEP):

- Styreleder og alle styremedlemmer i helseforetaket
- Administrerende direktør, samt medlemmer av ledelsen med fullmakt til å forplikte helseforetaket (typisk innehavere av prokura)

Vi ber om at alle helseforetakene legger dette til grunn, og at informasjonen videreformidles til aktuelle personer.

Ved spørsmål, kontakt juridisk direktør i Helse Sør-Øst RHF, Ann-Margrethe Mydland.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Tore Robertsen
eierdirektør

Kathrine Hofgaard Vaage
spesialrådgiver

Referat

Møte:	Ungdomsrådet i Vestre Viken
Møtedato:	04.05.2022
Tidspunkt:	1700-1900
Sted:	Grønland 32, Marienlyst
Inviterte:	<p>Fra Ungdomsrådet: Andreas Rollheim Melby (digitalt), Ayse Iclal, Hanan Murad, Silje Crosby, Elenor Amalie Iversen,</p> <p>Fra administrasjonen: Kurt Kleppe Josefsen, Anne-Lise Kristensen</p> <p>Møteleder Ayse Iclal</p> <p>Forfall Hedda Vågårøy Kaja Borgersen</p>

Saksliste:

Agenda	
Saker	
26/23	<p>Godkjenning av innkalling</p> <p>Vedtak: Godkjent</p>
27/23	<p>Referat fra UR møtet 29.03</p> <p>Vedtak: Godkjent</p>
28/23	<p>Innkommet post/aktuelle saker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll BU 21.03.23 • Leder/nestledersamling UR HSØ 2-3.06 • Barn under radaren • Care to translate • Kjernejournal

	<ul style="list-style-type: none"> • Statsforvalteren <p>Vedtak/oppfølging Sakene tas til orientering. Lenke til care to translate er Care to Translate Digital healthcare translator</p>
29/23	<p>Erfaringsutveksling Med status fra arbeidsgruppene</p> <p>Vedtak/kommentarer: Tas til orientering. I neste møte med avdelingssjefene er det ønskelig med en status på FactUNG.</p>
30/23	<p>Rekruttering Status</p> <p>Kommentarer: Det er ønskelig å få gjort et større arbeid i forhold til rekruttering. Det tas en ny runde med å levere ut plakater både på print og i versjon som kan settes opp på skjermene lokalt der det er aktuelt.</p> <p>Det er ønskelig å nå også grupper av pasienter som vi i dag ikke når og da gjerne flere med bakgrunn fra somatikk. Aktuelle avdelinger/seksjoner kan være: Barne og ungdomsavdelingen, blodbanken, røntgen, skrankene i poliklinikkene; dia, gastro, nevro og ønh. Viktig også å nå RS og KS.</p>
31/23	<p>Sosiale medier Oppfølging av punktene fra møtet. Status</p> <p>Plan for publisering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innlegg etter hvert møte - neste før sommeren • Innlegg om årsmelding NÅ • Presentasjon av alle medlemmene - august • Innlegg om revma med presentasjon av erfaringer – etter sommer? • Epilepsi når det går live • Presentasjon av alle medlemmer til høsten
32/23	<p>Møteplan 2023</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6. juni (tirsdag - fellesmøte med BU) • 23. august (onsdag) • 20. september (onsdag) (kan dette flyttes?) • 24. oktober (tirsdag - fellesmøte BU/UR) • 22. november (onsdag) (kan dette flyttes?) • 13. desember (onsdag)

33/23	<p>Eventuelt</p> <p>Mal for junimøtet - aktuelle saker</p> <ul style="list-style-type: none">• Diskusjon om hvordan BUs medlemmer kan komme med i arbeidsgruppene• Erfaringskonsulenter?• Legemiddelkjede <p>Besøk på byggeplassen – koordinator sjekker opp om besøk på byggeplassen</p>
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Årsplan for styret 2023

Ajourført pr. juni 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 • Etiske 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 • Hørings svar NOU 2023:4 • Styrets årsplan pr mai 	
Mandag 12. juni Heldagsseminar	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet • Tertialrapport 1. tertial 2023 • Åpenhetsloven 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2023 Andre orienteringer:	Styremøte og styreseminar Pasient- og brukerombudet

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Drammen	<ul style="list-style-type: none"> Retningslinjer for lederlønn 	<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 	E-læringskurs "Etikk for alle"
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"> Økonomisk langtidsplan 2024 - 2027 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. juli Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen Forbedringsundersøkelsen 2023 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 • Reevaluering NSD – erfaringer fra nytt sykehus i Østfold 	Dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet.

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		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 52/ 2023 Etiske retningslinjer i VVHF. Styret er omfattet av overordnet rammeverk. Styreleder ønsker derfor at det tilrettelegges for at styret også i år kan gjennomføre e-læringskurset "Etikk for alle", dette som en fast årlig rutine.	15.05.23	Juni 2023	Kurset legges inn i årsplanen til styret (som en fast aktivitet).
Sak 47/2023 Styringsmål for økonomisk langtidsplan (ØLP) 2024 – 2027. Styret ber om at konsekvensene av tilleggsbevilgninger i RNB 2023 redegjøres for i styremøte 12. Juni under forutsetning av at HSØ har gitt signaler om forventet fordeling. Styret ønsker også en gjennomgang av foreløpig revidert forslag til ØLP som vedtas endelig i august.	15.05.23	12.06.23	
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 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.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	----------	---------------------------------