

**Til:** Styret ved Vestre Viken  
**Dato utsendt:** 19. februar  
**Vår ref.** Styresekretær

**Møtetype:** Styremøte  
**Møtedato:** 22. februar 2021  
**Møtetid:** kl. 10 -15.00  
**Møtested:** Digitalt møte

Publikum og media som ønsker å følge møtet, må gi beskjed til styresekretær på mail innen søndag 21. februar kl.18.00 slik at en kan prøve å tilrettelegge for digital deltagelse. ([elin.onsoyen@vestreviken.no](mailto:elin.onsoyen@vestreviken.no))

**PROGRAM**            **Behandling av styresaker**

**Ved forfall vennligst gi beskjed til:**

Styresekretær: Elin Onsøyen  
Telefon: 958 12 504  
E-post:  
[elin.onsoyen@vestreviken.no](mailto:elin.onsoyen@vestreviken.no)

Med vennlig hilsen  
*For styreleder Siri Hatlen*

Elin Onsøyen

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
<b>9/2021</b>	10.00  Godkjenning	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b>  Vedlegg: Innkalling til styremøte 22. februar (oppdatert 19. februar)
<b>10/2020</b>	10.05 5 min  Godkjenning	<b>Godkjenning av møteprotokoll 25. januar 2020</b>  Vedlegg: Foreløpig protokoll 25. januar 2021
<b>11/2021</b>	10.10 30 min  Beslutning	<b>Årlig melding 2020</b> (presentasjon i møtet) Vedlegg: 1. Årlig melding 2020 2. Innspill til årlig melding 2020 fra brukerutvalget
<b>12/2021</b>	10.40 10. min Etterretning	<b>Oppdrag og bestilling 2021 og protokoll fra foretaksmøte i Vestre Viken HF 19. februar 2021</b> (ettersendt 19. februar) Vedlegg: Oppdrag og bestilling for VVHF 2021 Foretaksprotokoll 19. februar 2021
<b>13/2021</b>	10.50 10 min Orientering	<b>Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2021</b> Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr. januar 2021
	11.00 20 min	<b>Status koronasituasjonen</b> (presentasjon i møtet)
<b>14/2021</b>	11.20 30 min	<b>Nytt Sykehus i Drammen, IKT Fase 1, Statusrapport 3. tertial 2020</b> (presentasjon i møtet) Vedlegg: VVHF rapport 3. tertial 2020 NSD IKT fase 1
<b>15/2021</b>	11.50 45 min  <b>12.05 Pause - 15 min</b>  12.20 45 min	<b>Orienteringer</b> (presentasjoner i møtet)  <b>1. Bærum sykehus</b>  <b>2. Nytt sykehus Drammen</b>
<b>16/2021</b>	13.05 80 min Orientering	<b>Revisjon av Utviklingsplan 2035 for Vestre Viken – plan for arbeidet</b> (presentasjon i møtet) Vedlegg: Veileder for arbeidet med utviklingsplaner  <b>Vestre Viken</b>

		<p><b>- utviklingsplan, helsefelleskap og hva skal vi lage?</b>  <b>Vedlegg (bakgrunnsinformasjon)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Kortversjon</i></li> <li>• <i>Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.</i></li> <li>• <i>Regional utviklingsplan 2035 (RHF-styresak 114-2018)</i></li> <li>• <i>Utviklingsplan 2035 Vestre Viken HF (styresak 25/2018)</i></li> <li>• <i>Strategiplan 2020-2023 (styresak 19/2020)</i></li> </ul>
<b>17/2021</b>		<b>Eventuelt</b>
<b>18/2021</b>		<p><b>Referatsaker</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 4. februar</li> <li>2. Sentralt kvalitetsutvalg (SKU) referat 2. februar</li> <li>3. Hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU) referat 9. februar</li> <li>4. Årsrapport fra varslingsutvalget 2020</li> <li>5. Styrets årsplan 2021 pr 15 februar 2021</li> <li>6. Brukerutvalg 17. februar (ettersendes)</li> <li>7. Styreutvalg 12 februar – referat (ettersendt 19. februar)</li> </ol>
	<b>Ca. 15.00</b>	<b>Møteslutt</b>

Dato: 15. februar 2021  
Saksbehandler: Elin Onsøyen

## Saksfremlegg

### Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	9/2021	22.02.2021

### Forslag til vedtak

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Drammen, 15. februar 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 22. februar 2021

Dato: 15. februar 2021  
Saksbehandler: Elin Onsøyen

## Saksfremlegg

### Godkjenning av møteprotokoll 25. januar 2021

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	10/2021	22.02.2021

### Forslag til vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 25. januar godkjennes.

Drammen, 15. februar 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 25. januar 2021

Dato: 25. januar 2021  
Saksbehandler: Elin Onsøyen  
Direkte telefon: 95812504

## Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

**Møtested:** Digitalt møte  
**Dato:** 25. januar  
**Tidspunkt:** Kl. 12.00 – 14.35

---

### Følgende medlemmer møtte:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Margrethe Snekkerbakken	Nestleder
Robert Bjerknes	Styremedlem
Ane Rongen Breivega	Styremedlem
Hans Kristian Glesne	Styremedlem
Bovild Tjønn	Styremedlem
Morten Stødle	Styremedlem
Gry Lillås Christoffersen	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
John Egil Kvamsøe	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem

---

Brukerrepresentanter Rune Kløvtveit og Heidi Hansen deltok som observatør med møte og talerett.

### Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

Navn	Funksjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør
Halfdan Aass	Direktør medisin
Ulrich Spreng	Direktør fag
Mette Lise Lindblad	Direktør økonomi
Rune A. Abrahamsen	Prosjektdirektør
Elin Onsøyen	Spesialrådgiver/styresekretær

Styreleder Siri Hatlen ledet møtet og administrerende direktør la fram sakene.  
Protokollfører: Elin Onsøyen

### **Sak 1/2021 Godkjenning av innkalling og saksliste**

#### **Styrets enstemmige**

##### **Vedtak:**

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

### **Sak 2/2021 Godkjenning av styreprotokoller 14. desember 2020**

#### **Styrets enstemmige**

##### **Vedtak:**

Møteprotokoller fra styremøtet 14. desember 2020 godkjennes.

### **Sak 3/2021 Foretaksprotokoll VVHF 17. desember**

#### **Kommentarer i møtet:**

Formalisering av den nye styresammensetningen. Nye vedtekter i tråd med dette.

#### **Styrets enstemmige**

##### **Vedtak:**

Styret tar protokoll fra foretaksmøte 17. desember 2020 til etterretning.

### **Sak 4/2021 Orienteringer**

- **Status koronasituasjonen**

#### **Oppsummering innhold:**

Fagdirektør orienterte om koronasituasjonen. Det har vært et større smitteutbrudd ved ortopedisk avdeling, Drammen sykehus, både blant pasienter og ansatte. Analyse ved FHI viser at det ikke er den britiske varianten. Normal drift fra i dag. Smitte av én pasient på kirurgisk avdeling i Drammen nylig, har medført mange ansatte i karantene med redusert drift der denne uka. Ellers drift med smitteverntiltak som ellers under pandemien. Drammen sykehus er i gul beredskap pga. disse hendelsene, foretaket i grønn beredskap. Mer enn 3.000 ansatte er testet ved Drammen sykehus. I løpet av siste to uker har 1.400 ansatte fått første vaksinedose etter tildeling av vaksiner til spesialisthelsetjenesten. Vaksine er prioritert til ansatte i akutt- og intensivfunksjoner inklusive ambulansetjenesten samt andre kritiske funksjoner i foretaket. Tiltak knyttet til utbrudd i Nordre Follo er fulgt opp i tråd med nasjonale retningslinjer. 15 pasienter med covid-19 er innlagt i Vestre Viken i dag, forventer uendret antall innleggelser den nærmeste tiden.

#### **Kommentarer i møtet:**

Foretaket har et tett og godt samarbeid med kommunene i forbindelse med behandling og oppfølging av pasienter med C-19 diagnose.

- **Foreløpig årsresultat pr 2020**

**Oppsummering innhold:**

Det ble gitt en kort orientering om foreløpig resultat for 2020. Foretaket er tilført ytterligere 43,6 MNOK i tilskudd til dekning av økonomiske konsekvenser av koronapandemien. I tillegg er resultatet av årets lønnsoppgjør regnskapsført i desember 2020. Koronatildelingene i 2020 overstiger netto kostnader i 2020 og foretaket overfører midler til 2021 til dekning av forventede merkostnader knyttet til korona i 2021. Etter dette forventes et resultat for 2020 på 273 MNOK.

Det ble i tillegg gitt en kort orientering om kravet til opplysninger om nærstående parter.

- **Nytt sykehus Drammen – status i byggeprosjektet**

**Oppsummering av innhold:**

Med bakgrunn i at det er flere nye styremedlemmer, gav Prosjektleder nytt sykehus en overordnet gjennomgang av nytt sykehus innen følgende områder:

- Utomhus og infrastruktur
- Bygg – struktur og innhold
- Fremdrift
- Klinisk ibruktakelse
- Mottaksprosjektet
- Samarbeid med andre aktører
- Status byggeplass

**Kommentarer i møtet:**

Det ble stilt avklarende spørsmål knyttet til helikopterlandingsplass, ansattes inngang for PHR, nødstrøm, ambulansestasjon, utvidelsesmuligheter og tomtekostnad.

Styret vil i løpet av året holdes orientert om temaer knyttet til mottaksprosjektet og forberedelse til innflytting i nytt sykehus, herunder organisasjonsutvikling, gevinstplan og potensielle utfordringer knyttet til IKT-leveranser.

**Sak 5/2021 Styringsdokumenter for prosjekt nytt sykehus i Drammen (PNSD)**

Innledning til behandling av saken ved adm. dir. Lisbeth Sommervoll

**Oppsummering innhold:**

Prosjektene Nytt sykehus i Drammen og Nye Oslo universitetssykehus, har hatt felles ledelse gjennom felles prosjektleder. Fra 1. januar 2021 er dette endret og de to prosjektene er lagt under hver sin prosjektleder. I forbindelse med endringen, er det behov for en gjennomgang og revisjon av styringsdokumentene som er lagt til grunn for Prosjekt nytt sykehus i Drammen (PNSD).

Mandat for prosjektstyre er godkjent av adm. direktør Helse Sør-Øst RHF. Prosjektstyret ledes av representant fra Helse Sør-Øst RHF og har i dag 5 medlemmer. Vestre Viken HF har ett medlem i prosjektstyret, og helseforetaket har utnevnt Prosjektleder nytt sykehus som medlem. Øvrige medlemmer er utnevnt av adm. direktør i Helse Sør-Øst RHF. Ihht muntlig avtale er adm. direktør i VVHF nå også medlem i prosjektstyret.



Sentralt styringsdokument for Prosjekt nytt sykehus i Drammen er et overordnet styringsdokument for gjennomføring av prosjektet, og gir retningslinjer både for utbyggingsprosjektet (PNSD) og driftsorganisasjonen (VVHF). Dette dokumentet er under revisjon.

Prosedyre for samhandling mellom Vestre Viken HF(VVHF) og Prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF for nytt sykehus i Drammen(PNSD) og Prosedyre for programendringer, anses som «arbeidsdokumenter» som revideres/oppdateres ved behov, og godkjennes av Prosjektdirektør PNSD og VVHF.

PNSD sin oppgave er å påse at byggeprosjektet gjennomføres iht. føringer lagt til grunn i forprosjektet, og innenfor angitt tid, kostnad og kvalitet. Vestre Viken HF har ansvar for ledelse og gjennomføring av mottaksprosjektet.

Det opplyses i saksfremlegget at tillitsvalgte og vernetjenesten er representert i prosjektstyret for Oslo universitetssykehus. Det korrekte er imidlertid at dette er under vurdering. Adm direktør i OUS er medlem av prosjektstyret for Oslo universitetssykehus, og leder av brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus er observatør.

I forbindelse med revisjonen av angitte dokumenter, vil det også bli en gjennomgang av styringsstrukturen i byggeprosjektet. Vestre Viken HF vil be om å få formalisert utvidet representasjon i prosjektstyret ved at adm. direktør eller dennes stedfortreder går inn i prosjektstyret. For å sikre representasjon fra de ansatte, foreslås det også at HSØ bes om å utvide prosjektstyret med representanter fra tillitsvalgte og vernetjenesten. Videre foreslås at brukerutvalget i Vestre Viken HF benyttes som brukerutvalg for PNSD.

#### **Kommentarer i møtet:**

Det er ønskelig å styrke representasjonen fra Vestre Viken i prosjektstyret. Prosjektdirektør og administrerende direktør vil som medlemmer i prosjektstyret kunne gi styret i VVHF relevant informasjon om prosjektet og eventuelle krevende saker med konsekvens for helseforetaket..

Styreutvalget i VVHF vil arbeide videre med dette, og styret vil bli forelagt forslag til reviderte styringsdokumenter. Det er viktig at styret i VVHF kjenner til hvordan ansvar og roller er fordelt mellom byggeprosjektet i regi av HSØ(PNSD) og VVHF.

Brukerutvalgets leder Rune Kløvtveit opplyste om at det felles brukerutvalget kun hadde behandlet saker knyttet til PNSD.

Styreleder foreslo at det i vedtaks punkt 2 blir lagt til at stedfortreder for adm. direktør kan delta for henne i prosjektstyret ved behov.

Tom Frost fremla på vegne av ansattrepresentantene forslag til endrede vedtaks punkter for kulepunkt 3 og 4:

*3.Styret i Vestre Viken HF ber Helse Sør-Øst RHF etablere representasjon fra tillitsvalgte og vernetjenesten i prosjektstyret.*

*4. Styret i Vestre Viken HF ber Helse Sør-Øst RHF etablere helseforetakets eksisterende brukerutvalg også som brukerutvalg for prosjekt nytt sykehus i Drammen.*

Da det er HSØ som vedtar mandat og sammensetning av prosjektstyret, samlet man seg om å anmode HSØ om representasjon i prosjektstyret. Likeledes anmodes det om at brukerutvalgets leder deltar som observatør.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

1. Styret tar fremlagte styrende dokumenter for prosjekt nytt sykehus i Drammen til foreløpig orientering. Reviderte styringsdokumenter legges fram for styret.
2. Styret slutter seg til forslaget om å utvide representasjonen fra Vestre Viken HF i prosjektstyret for nytt sykehus i Drammen til to medlemmer, og at administrerende direktør eller hennes stedfortreder inngår i prosjektstyret slik det allerede er muntlig godkjent. Styret ber adm. direktør oversende anmodningen formelt til Helse Sør-Øst RHF.
3. Styret i Vestre Viken HF anmoder Helse Sør-Øst RHF om at tillitsvalgte og vernetjenesten blir representert i prosjektstyret, og at brukerutvalgets leder deltar som observatør i prosjektstyret.
4. Styret i Vestre Viken HF anbefaler overfor Helse Sør-Øst RHF at det etablerte brukerutvalget i helseforetaket også kan være brukerutvalg for prosjekt nytt sykehus i Drammen.

### **Eventuelt**

Det ble ikke tatt opp noe under dette punktet.

### **Referatsaker**

Ingen merknader.

**Drammen 25. januar 2021**

Siri Hatlen  
styreleder

Margrethe Snekkerbakken  
nestleder

Bovild Tjønn

Morten Stødle

Robert Bjerknæs

Ane Rongen Breivega

Hans-Kristian Glesne

Tom R. H. Frost

Toril A. K. Morken

John Egil Kvamsøe

Gry Lillås Christoffersen

Dato: 15. februar 2021  
Saksbehandler: Ulrich J. Spreng

## Saksfremlegg

### Årlig melding 2020

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte Vestre Viken HF	11/2021	22.02.21

### Forslag til vedtak

Styret for Vestre Viken HF vedtar Årlig melding 2020 for Vestre Viken, med de endringer som fremkom i styremøtet.

Drammen, 15. februar 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

**Bakgrunn**

Ifølge § 14 i vedtektene for foretaket skal styret i Vestre Viken hvert år sende en årlig melding til Helse Sør-Øst RHF som omfatter styrets rapport for foregående år og styrets plandokument for virksomheten. Frist for Årlig melding 2020 er 1. mars 2021. Meldingen utarbeides etter mal gitt av Helse Sør-Øst RHF.

Årlig melding fra helseforetakene danner grunnlag for Årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet.

**Saksutredning**

I tillegg til innledning inneholder Årlig melding to deler:

- Rapporteringsdel (del II) hvor det rapporteres på hvordan helseforetaket har svart opp mål for 2020 i "Oppdrag og bestilling" og øvrige bestillinger/pålegg gitt i foretaksmøter gjennom året.
- Styrets plandokument (del III) skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i fremtidig drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av det regionale foretaket som eier. Her legger Helse Sør-Øst RHF til grunn at det kan henvises til andre styregodkjente dokumenter.

En foreløpig rapportering (del II) ble avgitt til Helse Sør-Øst RHF innen fristen 20. januar 2021. Etter styrets behandling 22.februar 2021 vil meldingen i sin helhet bli sendt inn til Helse Sør-Øst RHF innen fristen 1. mars 2021.

Årlig melding forutsettes utarbeidet med medvirkning fra ansattes representanter, vernetjenesten og brukerutvalget. Utkastet til Årlig melding 2020 for Vestre Viken er gjennomgått med de foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombud i dialogmøte, og det er mottatt innspill som er innarbeidet i dokumentet.

Brukerutvalget har fått oversendt utkastet til årlig melding med mulighet til å fremme innspill. Disse innspillene er vedlagt årlig melding 2020. Brukerutvalgets egen årsmelding for 2020 er også vedlagt.

**Administrerende direktørs vurderinger**

Årlig melding for 2020 er utarbeidet i samsvar med eiers føringer.

Plandelen bygger på Utviklingsplan 2035, Strategiplan 2020-2023, Økonomisk langtidsplan 2021-2024 og vedtatt budsjett og mål for 2021. Planene er forankret i Regional utviklingsplan og de regionale føringer om mål og oppdrag.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret vedtar det fremlagte forslag til Årlig melding 2020 for Vestre Viken, med de endringer som eventuelt fremkommer under styrets behandling av meldingen.

- Vedlegg:
1. Årlig melding 2020
  2. Innspill til årlig melding 2020 fra brukerutvalget

**VESTRE VIKEN HF**

**ÅRLIG MELDING 2020**

til Helse Sør-Øst RHF

**Drammen 15. februar 2020**

## Innhold

---

<b>DEL I: INNLEDNING OG VURDERING.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Innledning.....</b>	<b>4</b>
1.1 Oppgaver og organisering	4
1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	5
1.3 Mål for virksomheten	5
1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll	5
1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte	7
<b>2. Vurdering av virksomheten.....</b>	<b>7</b>
2.1 Positive resultater og uløste utfordringer	7
2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering	8
<b>DEL II: RAPPORTERINGER.....</b>	<b>10</b>
<b>3. Oppfølging av styringsbudskap for 2020 .....</b>	<b>10</b>
3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	10
3.1.1 Ventetid og fristbrudd	10
3.1.2 Pasientavtaler	10
3.1.3 Kreftbehandling	11
3.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	12
3.2.1 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	12
3.2.2 Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern og TSB	13
3.2.3 Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB	14
3.2.4 Henvisninger og epikrise i psykisk helsevern og TSB	15
3.2.5 Tvangsbruk psykisk helsevern	16
3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	17
3.3.1 Kvalitet og pasientsikkerhet	17
3.3.2 Pasientsikkerhet	17
3.3.3 Legemidler	18
3.3.4 Bruk av bredspektrede antibiotika	18
3.3.5 Korridorpasienter	19
3.3.6 Tjenestetilbud til fødende	19
3.3.8 Pasienttransport	20
3.3.9 Samarbeid med fastleger og kommuner	20
3.3.10 Epikriser somatikk	21
3.3.11 Beredskap og sikkerhet	21
3.3.12 Kompetansekartlegging og -utvikling	24
3.3.13 Læringer	24
3.3.14 Regjeringens inkluderingsdugnad	24
3.3.15 IKT-utvikling og digitalisering	25
3.3.16 Bygg og eiendom	27
3.3.17 Samfunnsansvar	28
3.3.18 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser	29
3.4 Tildeling av midler og krav til aktivitet	31
3.4.1 Økonomiske krav og rammer	31
3.4.3 Håndtering av Covid-19	34
3.5 Andre rapporteringer	36
3.5.1 Oppfølging av andre oppdrag	36
3.5.2 Andre forhold ved driften	36
<b>DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT .....</b>	<b>38</b>

4.	Utviklingstrender og rammebetingelser .....	38
5.	Strategier og planer .....	38
<b>DEL IV:</b>	<b>VEDLEGG .....</b>	<b>40</b>
Vedlegg 1:	Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2020 Vestre Viken.....	40



## DEL I: INNLEDNING OG VURDERING

### 1. Innledning

#### 1.1 Oppgaver og organisering

Vestre Viken yter spesialisthelsetjenester til om lag 500 000 innbyggere i 22 kommuner fordelt på 2 fylker. Ansvar for prehospitaltjenester er delt mellom Vestre Viken og Oslo universitetssykehus hvor sistnevnte har AMK-ansvar for Bærum og nye Asker kommune og ambulansetjeneste for Bærum og gamle Asker, mens Vestre Viken har ansvaret for den øvrige delen.

Foretaket er organisert med 8 klinikker samt sentrale stabsavdelinger. Fire klinikker er organisert med utgangspunkt i de fire somatiske sykehusene Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike med Hallingdal sjukestugu. Fire klinikker er organisert ut fra funksjoner på tvers av lokasjonene. Dette er klinikk for henholdsvis medisinsk diagnostikk (KMD), psykisk helse og rus (PHR), prehospitaltjenester (PHT) og intern service (KIS). Aktivitet innen PHR fordeler seg mellom sykehusavdelingen på Blakstad, 5 distriktpsikiatriske sentre (DPS), en avdeling for rus og avhengighet (ARA) og en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA).

Organisasjonskartet for Vestre Viken pr desember 2020 fremgår av figuren nedenfor (stillingen som direktør for administrasjon og samfunnskontakt er pt ubesatt).



Vestre Viken hadde gjennomsnittlig ca. 9860 ansatte som til sammen utførte om lag 7630 årsverk i 2020.

## **1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag**

Vestre Viken legger eiers visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag til grunn for sin virksomhet.

Visjonen er å skape gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

Verdigrunnlaget er de tre nasjonale verdiene for helsetjenesten:

- Kvalitet
- Trygghet
- Respekt

## **1.3 Mål for virksomheten**

Mål for foretaket formidles fra det regionale foretaket gjennom Oppdrag og bestilling. De overordnede mål for 2020 har vært:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Styret vedtar budsjett og mål som angir foretakets mål og økonomiske rammer for virksomheten det kommende år. Det er styrets forutsetning at budsjettet, innenfor de samlede økonomiske rammer, skal bidra til god måloppnåelse i forhold til eiers krav og helseforetakets egne mål, herunder å bidra til god kvalitet og pasientsikkerhet.

I tillegg til de overordnede målene omtalt ovenfor har mål for 2020 i Vestre Viken vært:

- Bedre ressursutnyttelse og samordning.
- Etablering av beste praksis i Vestre Viken.

## **1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll**

Kvalitetssystemet i Vestre Viken er i samsvar med kravene i forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og med Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Hensikten med kvalitetssystemet er å sikre god styring og kontroll med virksomheten. Det gjennomføres Ledelsens gjennomgang (LGG) en gang årlig for å vurdere om styringssystemet for foretaket er virksomt, hensiktsmessig og effektivt. Klinikken vurderer på avdelings- og klinikknivå om elementene i kvalitetssystemet fungerer som forutsatt. Klinikkenes LGG-rapporter sammenfattes og det gjøres en overordnet risikovurdering av om elementene i kvalitetssystemet er i henhold til krav og behov.

Internkontroll inngår i administrerende direktørs organisering av virksomhetsstyringen. Det legges årlig en plan for overordnede revisjoner. Planen bygger på resultater i kvalitetssystemet, og kilder er avvik, klager, risikovurderinger, tilsyn og innspill fra klinikker og staber. All revisjonsvirksomhet innen områdene kvalitet, HMS og legemiddelhåndtering blir koordinert.

Fullmaktstruktur for de ulike ledernivåene er implementert.

Det arbeides kontinuerlig med å videreutvikle kultur for åpenhet, samt for å avdekke og forebygge feil og mangler. Det er god meldekultur i virksomheten, og det meldes avvik og forbedringsområder i avvikssystemet Synergi. Avviksmeldingene brukes systematisk til læring og forbedring. Vestre Viken har etablert en elektronisk tilbakemeldingsmulighet for pasienter/pårørende og samarbeidspartnere på internett som skal bidra til lav terskel for å melde feil og mangler. Systemet er en del av avvikssystemet, og bidrar til at uønskede hendelser håndteres raskere og mer systematisk.

I løpet av 2020 er varslingsordningen i Vestre Viken gjennomgått av Konsernrevisjonen i HSØ. Det er i den anledning fremkommet behov for en rekke forbedringer. Samtidig er det konstatert at foretaket har en god åpenhetskultur. Foretaket har etablert en intern arbeidsgruppe som er i ferd med å utvikle forbedringstiltak. Dette skal fremlegges for styret i løpet av april 2021.

Det rapporteres tertialvis til styret om eksterne tilsyn som er gjennomført og oppfølgingen av disse.

Det rapporteres regelmessig til styret om status i virksomheten, herunder aktivitet, kvalitetsparametre, økonomisk status mv. Rapportering skjer månedlig og med en utvidet rapportering hvert tertial.

Styret gjennomgår årlig overordnede styrende dokumenter.

Det inngås årlig driftsavtaler mellom administrerende direktør og klinikkdirektører og tilsvarende mellom klinikkens ledernivåer. Driftsavtalen konkretiserer den enkelte klinikkens mål med utgangspunkt i Oppdrag og Bestilling for Vestre Viken. Klinikken har regelmessige møter med administrerende direktør med oppfølging av elementene i driftsavtalene.

Det gjennomføres risikovurderinger av ledelse- og styringsprosesser, av kjerneprosesser og støtteprosesser. Klinikken gjennomfører risikovurderinger hvert tertial for måloppnåelse av driftsavtalene. Resultatene sammenfattes i en overordnet risikovurdering for Vestre Viken. Risikovurderingene er en del av tertialvis rapportering til styret og er et gjennomgående verktøy i virksomhetsstyringen. Det har vært arbeidet systematisk med at risikostyring skal være en del av ledelses- og styringssystemet i tråd med nasjonale og regionale føringer. Som et ledd i dette gjennomføres opplæring i risikovurdering og risikostyring for rådgivere og ledere. Det er utarbeidet et rammeverk som beskriver foretakets prinsipper og politikk for risikostyring. Rammeverket er basert på NS-ISO 31000. Det er etablert en web-basert modul for risikovurderinger som tas fullt ut i bruk i 2021. Grønt Kors er innført for risikostyring i daglig drift.

Klinikkens budsjett gir ramme for aktivitet og kostnadsstyring, og gjennom systematisk oppfølging gjennomføres tiltak ved avvik. Det vil i 2021 bli arbeidet videre med implementering av en resultatstyringsmodell. Modellen innebærer krav til tiltak om det oppstår negative avvik. Modellen innføres på alle nivåer.

Kravet til gevinstrealisering Nytt Sykehus Drammen (NSD) og økonomisk bærekraft i Vestre Viken medfører at det må være streng kostnadskontroll og at tiltak må iverksettes raskt om resultatene ikke innfris. Flere av gevinstområdene krever omfattende planlegging og styring av prosjektene underveis. Det skal etableres hensiktsmessige milepælsplaner med styringsindikatorer som tydelig kommuniserer eventuelle utfordringer. Foretaket erkjenner at det er behov for både økt kapasitet og kompetanse på prosjektstyring, prosjekteierrollen og prosjektledelse. Det pågår for tiden et arbeide i samarbeid med konsulentselskapet Metier, som har bistått Helse Sør-Øst i innføring av PROFF-modellen for prosjektstyring. Det pågående arbeidet skal resultere i en handlingsplan for å øke kompetansen innenfor området. Dette vil være et langsiktig arbeid.

I tillegg til etablering av PROFF-modellen for prosjektstyring vil foretaket i løpet av 2021 videreutvikle sin virksomhetsstyringsmodell i tråd med det reviderte rammeverket for virksomhetsstyring som er vedtatt i HSØ.

## **1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte**

Involvering av ansatte i virksomheten skjer gjennom foretakets tillitsvalgte og verneombud på alle nivåer. Tillitsvalgte er valgt av organisasjonene, mens verneombud er valgt etter AML kap. 6. Involvering skjer gjennom informasjon, arbeidsmiljøutvalg, dialogmøter, drøfting og forhandlinger. Brukerutvalget i Vestre Viken har i 2020 arbeidet i henhold til mandatet, som er i samsvar med regionale føringer. Gjennom 2020 er det gjort flere grep for å styrke brukerutvalgets rolle gjennom forsterket involvering i viktige saker og prosjekter som for eksempel deltakelse i strategisk ledelse i koronapandemien, forbedring av brukerundersøkelsen og tett dialog mellom brukerutvalgets leder og administrerende direktør. Brukerutvalget deltar i klinikkens kvalitetsutvalg og er i flere klinikker også deltakere i ledermøter.

Ungdomsrådet bidrar til god brukermedvirkning for ungdom som er pasienter i helseforetaket - på ungdoms premisser, både med tanke på fysiske og psykiske helseutfordringer. Medlemmene i ungdomsrådet har erfaringskompetanse fra både fysiske og psykiske helseutfordringer.

## **2. Vurdering av virksomheten**

### **2.1 Positive resultater og uløste utfordringer**

Covid-19-pandemien har preget virksomheten i Vestre Viken siden 12. mars 2020. Foretaket har vært i grønn beredskap og noen av de somatiske sykehusene periodevis i gul beredskap på grunn av denne. Tillitsvalgte og vernetjeneste har medvirket bredt både i det lokale og strategiske arbeidet.

Det har vært innlagt 353 pasienter med covid-19 i foretakets sykehus i løpet av 2020 med to «bølger», den første fra mars og ut april, den andre fra slutten av november og ut året. Vestre Viken har hele tiden kunnet gi disse pasientene er god behandling. Det har på oppdrag fra sentrale myndigheter vært lagt planer for å kunne ta imot et stort antall pasienter. Planene er styrebehandlet og rapportert til HSØ.

Pandemien har medført utsettelse av annen pasientbehandling. Pasientene har blitt prioritert slik at utsettelse av helsehjelp i minst mulig grad skal øke risiko for prognosetap. Foretaket har oppnådd målsettingen om forløpstid innen pakkeforløp for kreft, idet 72 % av pasientene har startet behandling innen standard forløpstid. Da smittesituasjonen bedret seg sent på våren, kunne også pasientbehandling økes. Det har også vært god samlet aktivitet under den andre perioden med flere covid-19-smittede.

Det har vært anskaffet medisinsk-teknisk og annet utstyr samt gjort bygningsmessige endringer for å møte pandemien. Det var utfordringer knyttet til smittevernutstyr initialt, men tilgang på slikt utstyr har etter hvert blitt tilfredsstillende.

Pandemien har vært krevende for de ansatte med pandemipasienter, smitteverntiltak, smittede ansatte og karantene. Usikkerheten i situasjonen og stadige endringer i tiltak har også vært utfordrende. Etter hvert har erfaring bedret situasjonen.

Samarbeidet med kommunene i opptaksområdet under pandemien har vært godt, noe også kommunene har gitt tilbakemelding om. Det har vært regelmessige møter på ulike nivåer.

Samlet vurderes det at Vestre Viken har taklet pandemien på en god måte, og justert driften etter situasjonen. Foretaket var også raskt ute med å etablere forskningsprosjekter knyttet til pandemien.

Pandemien har medført at telefon- og videokonsultasjoner har blitt etterspurt i stor grad, særlig i første del. Erfaringene vil bli benyttet til en varig økning i disse konsultasjonsformene. Det arbeides også med videreutvikling av nettbasert oppfølging med egenrapportering.

Arbeidet knyttet til nytt sykehus i Drammen har hatt god fremdrift til tross for pandemien. Arbeidet i BRK er imidlertid blitt forsinket. Det er lagt planer for å ta igjen etterslepet.

Som følge av aktivitetsreduksjon har det ikke vært mulig å oppnå målsettinger knyttet til Oppdrag og bestilling hva angår ventetider og forsinkelser i behandling. Målsettingene ble da også meddelt revidert i foretaksmøte 25. juni 2020. Et viktig mål i 2021 blir å ta igjen det etterslepet som er oppstått.

En rekke tiltak som var planlagt gjennomført i 2020 har blitt forsinket. Det gjelder også tiltak knyttet til en ambisiøs gevinstplan for å sikre økonomisk bærekraft. Tiltakene vil bli intensivert så fort situasjonen gjør det mulig.

## **2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering**

Det ble gjort en mindre organisatorisk endring i 2020 i sentral stab i forbindelse med at ny fagdirektør tiltrådte 01.01.20. Det planlegges også mindre endringer i sentral stab i forbindelse med nyansettelse av direktør for administrasjon og samfunnskontakt.

Organisasjonen som helhet vurderes som hensiktsmessig. Det pågår imidlertid stadig utviklingsarbeid for å forbedre organisasjonen. I 2020 har det særlig vært arbeidet med

å forbedre oppfølging av viktige prosjekter gjennom bedre porteføljestyring. Dette arbeidet fortsetter i 2021.

Organisasjonsutvikling inngår som en viktig del i mottaksprosjektet for nytt sykehus i Drammen.

### 3. Oppfølging av styringsbudskap for 2020

#### 3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

##### 3.1.1 Ventetid og fristbrudd

- *Gjennomsnittlig ventetid, målt som årlig gjennomsnitt, skal være under 54 dager i 2020.*

Reduksjon av planlagt aktivitet i forbindelse med koronapandemi har ført til lengre ventetider både i somatikken og innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Styringsbudskapet ble da også modifisert på dette området i foretaksmøte 25. juni 2020. Det har vært rettet stor oppmerksomhet mot å prioritere pasienter slik at den økte ventetiden har vært innenfor det forsvarlige.

Digital hjemmeoppfølging med bruk av video- og telefonkonsultasjoner og bruk av egenregistrering (selvrapportering av egen tilstand som så avgjør behov for vanlig poliklinisk time) har bidratt til at ventetider ikke har økt mer enn beskrevet. Bruk av telefon- og videokonsultasjoner har økt betydelig i 2020, spesielt i første del av pandemien.

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter innen somatikk var 59 dager i 2020. Dette er en økning på 3 dager sammenliknet med 2019, og over målet på 54 dager. Fagområder med lang ventetid har vært øyesykdommer, plastikk-kirurgi og endokrinologi.

Ventetid innen psykisk helsevern for voksne (PHV) og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er på henholdsvis 40 og 32 dager i 2020. Målet for 2020 på 40 dager for PHV voksne ble således nådd selv om ventetiden økte fra 35 dager i 2019. Innen TSB ble resultatet noe over målet på 30 dager (31 dager i 2019).

I psykisk helsevern for barn og unge er gjennomsnittlig ventetid for hele året 45 dager. Dette er 2 dager lengre enn i 2019 og 8 dager lengre enn målet som er på 37 dager. Avdelingen har gjort flere tiltak for å øke poliklinisk aktivitet og ligger godt over plan med antall konsultasjoner i 2020. Ventetiden har blitt redusert mot slutten av året, og var 38 dager i gjennomsnitt siste kvartal.

##### 3.1.2 Pasientavtaler

- *Helseforetaket skal overholde minst 94 prosent av avtalene innen utgangen av 2020. Dette måles med samme uttrekksdato som året før.*

Reduksjon av planlagt aktivitet i forbindelse med koronapandemien har ført til at færre pasientavtaler er overholdt enn i 2019. Resultatet er også under måltall. Andel overholdelse av pasientavtaler i 2020 er på 89,2 %.

- *Andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder skal øke sammenliknet med 2019, målt ved indikatoren planleggingshorisont, avgrenses til å gjelde andre halvår 2020 sammenliknet med andre halvår 2019. Tidligere stilt krav om at det skal være planleggingshorisont for bemanning og timetildeling på poliklinikker på minst 6 måneder gjelder fortsatt.*

Det er forankret i driftsavtalene med klinikkene at planleggingshorisont for bemanning og timetildeling på poliklinikker er på minst 6 måneder. Det gjenstår fortsatt arbeid med implementering, og pandemien har gjort at videre forbedringsarbeid på dette området har måttet vente.

### **3.1.3 Krefthbehandling**

- *Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft innen maksimal anbefalt forløpstid skal være minst 70 prosent for hver kreftform (26 krefttyper: lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, fjøflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom).*

- *Variasjonen i måloppnåelse på helseforetaksnivå for gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft skal reduseres for hver kreftform (26 krefttyper).*

Andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid var i 2020 på 72 %. Det er variasjon på måloppnåelse mellom krefttypene, behandlingsform pakkeforløpet avsluttes med, og gjennom kalenderåret. Resultatene viser at kreftpasientene er blitt godt ivaretatt under pandemien.

Vestre Viken har særskilt fulgt opp pakkeforløpene for gynekologisk, lunge-, bryst- og prostatakreft. For disse pakkeforløpene ses forbedret resultat for andel gjennomført innen anbefalt forløpstid. Spesielt kan bemerkes:

- Gynekologisk kreft har gjennom året hatt betydelig forbedret forløpstid, med tilfredsstillende andel gjennomført innen standard forløpstid fra mars. Det har pågått forbedringsarbeid innad i foretaket og ved Oslo universitetssykehus hvor mange av disse pasientene behandles, gjennom det siste halvannet året.
- Lungekreft har for lang utredningstid og ventetid for oppstart behandling. Dette er spesielt utfordrende i pakkeforløp som avsluttes med oppstart strålebehandling og kirurgisk behandling. Det er igangsatt et samarbeid med Oslo universitetssykehus for forbedringsarbeid fra nyåret. I løpet av året har Vestre Viken også startet med PET i foretaket, det forventes å bedre forløpstider.
- Brystkreft hadde en betydelig reduksjon i måloppnåelse i 2019 med svake resultater sammenliknet med tidligere, for en del pga. forsinkelser knyttet til patologiundersøkelser. Det er gjennomført forbedringsarbeid, og i 2020 ble 73 % behandlet innenfor standard forløpstid.
- Prostatakreft har bedre resultater i 2020, men fremdeles for lav andel gjennomført innen anbefalt forløpstid. Det er spesielt forløpene som avsluttes med kirurgisk behandling som trekker dette ned. Pakkeforløp avsluttet med medikamentell behandling har hatt et nivåskifte fra våren 2020, med



gjennomsnittlig tilfredsstillende andel innenfor anbefalt forløpstid siste halvår. Forbedringsarbeid som startet høsten 2020 vil videreføres.

For å redusere variasjon i måloppnåelse mellom klinikkene i Vestre Viken har det i 2020 vært organisert forbedringsteam på tvers av foretaket. Her deles gode ideer og kompetanse, og forbedringstiltak som krever samarbeid på tvers igangsettes. Flere av disse arbeidene fortsetter i 2021, og det planlegges videre faglig samarbeid mellom klinikkene.

### 3.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

#### 3.2.1 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- *Det skal være høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på helseforetaksnivå. Veksten måles som prosentvis større økning i kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).*

#### Kostnader

Kostnader pr tjenesteområde (eks. avskrivning, legemidler og pensjon)	2019	2020	endring i %
<b>Somatikk</b>	<b>5 435</b>	<b>5 817</b>	<b>7,0 %</b>
Voksenpsykiatri	1 216	1 221	0,5 %
Barne- og ungdomspsykiatri	332	339	2,1 %
Tverrfaglig rusbehandling	200	208	4,1 %
<b>SUM psykisk helse og rus</b>	<b>1 747</b>	<b>1 768</b>	<b>1,2 %</b>

i 2020 var kostnader pr. tjenesteområde innenfor somatikk 7 % over 2019, mens psykisk helse og rus viser en økning på 1,2 % samlet sett. Det er et stort overforbruk innenfor somatikk i 2020, i stor grad knyttet til koronapandemien. Dette gir større vekst i kostnader for somatikk enn budsjettert, og resultatet er derfor en større vekst i somatikk enn i psykisk helsevern og TSB.

#### Aktivitet

pr desember	Faktisk		Budsjettert		Årsbudsjett	Hittil i år ift budsjett
	Hittil i år	Hittil i fjor	endring fra i fjor	endring fra i fjor		
<b>Polikliniske konsultasjoner</b>						
<b>Somatikk</b>	<b>408 673</b>	<b>426 611</b>	<b>-4,2 %</b>	<b>2,8 %</b>	<b>438 707</b>	<b>-6,9 %</b>
VOP	130 036	127 853	1,7 %	4,3 %	133 394	-2,5 %
BUP	84 324	74 897	12,6 %	3,9 %	77 800	8,4 %
TSB	37 088	37 846	-2,0 %	3,6 %	39 190	-5,4 %
<b>SUM PHR</b>	<b>251 448</b>	<b>240 596</b>	<b>4,5 %</b>	<b>4,1 %</b>	<b>250 384</b>	<b>0,4 %</b>

Aktivitetsvekst målt som antall polikliniske konsultasjoner samlet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser en økning totalt på 4,5 % fra fjoråret, mens somatikk viser en reduksjon på 4,2 %. Reduksjonen innen somatikk forklares med koronapandemien. For psykisk helsevern voksne (VOP) er veksten mindre enn planlagt, og for TSB er det en reduksjon sammenlignet med 2019. Dette er en konsekvens av pandemien. I BUP har det vært en vekst med økt bruk av video – og telefonkonsultasjoner.

- *Distriktpsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.*

<b>Kostnader</b> (ekskl. pensjon, legemidler, avskrivninger og gjestepas.oppgjør). Beløp i hele 1000		<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>vekst i %</b>
	<b>BUPA</b>	288 496	299 489	3,8 %
	<b>DPS</b>	495 072	509 160	2,8 %
	<b>BLAK</b>	453 963	457 237	0,7 %

<b>Poliklinisk aktivitet</b>		<b>2019</b>	<b>2020</b>	
	<b>BUPA</b>	74 897	84 324	12,6 %
	<b>DPS</b>	159 603	161 855	1,4 %
	<b>BLAK</b>	4 720	4 139	-12,3 %

Distriktpsykiatriske sentre (DPS) og psykisk helsevern for barn og unge hadde høyest vekst når det gjelder kostnader og poliklinisk aktivitet.

Relativt sett er døgnkapasitet på DPS høyere enn på sykehusnivå. Beleggsprosenten i DPS har vært på 70% i 2020.

Psykiatrisk avdeling Blakstad hadde nedgang i poliklinisk aktivitet, i stor grad grunnet koronapandemien, og hadde en lav vekst på kostnadssiden.

### 3.2.2 Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern og TSB

- *I 2020 skal gjennomsnittlig ventetid, målt som årlig gjennomsnitt, være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne.*

- *I 2020 skal gjennomsnittlig ventetid, målt som årlig gjennomsnitt, være lavere enn 37 dager for psykisk helsevern barn og unge.*

- *I 2020 skal gjennomsnittlig ventetid, målt som årlig gjennomsnitt, være lavere enn 30 dager for TSB.*

pr desember			Faktisk	Budsjettert		
	Hittil i år	Hittil i fjor	endring fra i fjor	endring fra i fjor	Årsbudsjett	Hittil i år ift budsjett
<b>Ventetid</b>						
<b>Somatikk</b>	<b>59</b>	<b>56</b>	<b>5,7 %</b>	<b>-3,3 %</b>	<b>54</b>	<b>7,4 %</b>
VOP	40	35	14,6 %	6,2 %	37	7,9 %
BUP	45	43	3,9 %	-13,6 %	37	20,3 %
TSB	32	31	2,7 %	-2,7 %	30	5,6 %
<b>SUM PHR</b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>11,5 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>36</b>	<b>11,5 %</b>

Gjennomsnittlig ventetid har økt for alle tre grupper. VOP ligger på nasjonalt krav, mens BUP og TSB har gjennomsnittlig ventetid over nasjonalt krav. Se også omtale under pkt. 3.1.1. I budsjett 2021 er det tatt høyde for å øke kapasiteten i poliklinikkene, økt satsing på FACT, økt bruk av telefon – og videokonsultasjoner, samt satsing på økt produktivitet for å nå nasjonale krav til gjennomsnittlig ventetid.

### 3.2.3 Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB

- *Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne skal være minst 80 prosent.*

- Gjennomført utredning innen forløpstid i perioden 2020 (Kilde: Nasjonalt dashboard):
  - o psykisk helsevern barn og unge **D12** var på 50%
  - o psykisk helsevern voksne **D11** var på 71 %

Klinikk for psykisk helse og rus arbeider med en rekke tiltak: Øke grad av koding gjennom tettere oppfølging og opplæring av ansatte, øke bruk av koden «klinisk beslutning» for å kunne måle flere nasjonale indikatorer, ta i bruk nye regionale dokumenttyper knyttet til pakkeforløp som inntreer første kvartal 2021, satse på e-læringskurs i pakkeforløp, samt fortsette arbeidet med prioritering av behandlingsplan.

- *Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 prosent.*

- Evaluering av behandling måles i forløpstiden fra klinisk beslutning til første evalueringsgjennomgang. I 2020 var fordelingen av gjennomførte polikliniske evalueringer som følger (Kilde: Nasjonalt dashboard):
  - o psykisk helsevern barn og unge **D12** var på 21 %
  - o psykisk helsevern voksne **D11** var på 42 %
  - o rusbehandling TSB **D01** var på 58%.

Klinikk for psykisk helse og rus har satset stort på innføring av CheckWare som er en plattform for digitale kartlegginger. Innføringen er forsinket på grunn av koronapandemien. Tallene over viser kartlegging gjennomført med tidligere evalueringspraksis. Det forventes at måloppnåelse vil øke med implementering av verktøyene i CheckWare ultimo 2021.

- *Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 prosent.*

- Mange pasienter vil være i et pakkeforløp ved henvisning til avrusning.
- Det vil kun være i de tilfellene hvor pasienten kommer med primærhenvisning til avrusning og skal videre i pakkeforløp etter avrusning, at denne indikatoren kan måles.
- Helsedirektoratet har kommet med presisering av bruk og koding for denne indikatoren gjeldende fra 1.1.21. Indikatoren er ikke gjengitt i det nasjonale dashboardet pr nå.

- *Det vises til SINTEFs første rapport for evaluering av pakkeforløpene i psykisk helse og rus. Helseforetakene skal legge funnene i rapporten til grunn for videreutvikling av arbeidet med registrering og tekniske løsninger knyttet til pakkeforløpene. Helseforetakene skal også sørge for at brukerrepresentanter og erfaringskonsulenter involveres i forbedringsarbeidet og implementeringen av pakkeforløpene.*

- Vestre Viken har utarbeidet et målingsverktøy for monitorering av pakkeforløp i psykisk helsevern og TSB. Dette jobbes det med å videreutvikle i tråd med erfaringer som gjøres, og tilbakemeldinger fra registreringer i Nasjonalt dashboard.
- Brukerrepresentanter har i 2020 vært deltagende i kvalitetsutvalg både i Klinikk for psykisk helse og rus og lokalt i de ulike avdelingene. Klinikk for psykisk helse og rus har også hatt fagnettverk og arbeidsgrupper for å ivareta oppgaver innen pakkeforløp hvor brukerrepresentanter har hatt en sentral rolle. Som følge av koronapandemien har enkelte av disse oppgavene blitt satt på vent etter mars 2020.
- I 2020 har Klinikk for psykisk helse og rus gjennomført en omfattende kartlegging av hva som bidrar til «brudd i pasientforløp». Hittil har det vært særlig fokus på «brudd i pasientforløpet» hos voksne pasienter som er i behov for døgninnleggelse innen psykisk helsevern. Det er blant annet gjort et omfattende kartleggingsarbeid med intervjuer av over 50 pasienter – om hva de selv opplever gir god flyt og kvalitet ved bruk av våre tjenester. Resultatene av kartleggingen vil bli brukt i klinikkens videre arbeid for å forbedre pasientflyt, og vil i større grad sikre implementering av intensjonene beskrevet i pakkeforløpene.
- Klinikk for psykisk helse og rus har utviklet egne e-læringskurs for de ulike pakkeforløpene der brukerrepresentant har vært sentral. Disse ble oppdatert desember -20.

### **3.2.4 Henvisninger og epikrise i psykisk helsevern og TSB**

- *Minst 50 prosent av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.*

- *Avvisningsrater ved poliklinikkene i psykisk helsevern skal reduseres.*

	2019	2020
Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning	39,5 %	44,6 %
Avvisningsrate henvisninger	19,3 %	23,9 %

Det har vært en økning i andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra 2019 til 2020 med 5,1 % til 44,6 %. Det vil fortsatt være tett oppfølging for å nå målkrevet.

Etter reduksjon fra 2018 til 2019 har avvisningsraten økt igjen i 2020, særlig ved enkelte DPS-er. Koronapandemien og tilknyttede smitteverntiltak har hatt noe betydning. Dersom det konkluderes med at det ikke er behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skal henviser få råd om alternative tiltak.

I BUP er det nå etablert dialogbasert inntak i samarbeid med kommunene. Målsettingen er inklusjon av samtlige kommuner i opptaksområdet innen utgangen av 2021. På grunn av pandemien er dette arbeidet noe forsinket.

Arbeidet med avvisningsrater og henvisningskriterier vil bli videreført i 2021.

### 3.2.5 Tvangsbruk psykisk helsevern

- *Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i døgnbehandling i psykisk helsevern skal reduseres i 2020 sammenlignet med 2019.*

I 2020 har både bruk av tvangsmidler og antall registreringer med vold, trusler og utageringer gått ned. Antall vedtak med mekaniske tvangsmidler (§ 4-8, a) har blitt redusert med hele 48 % (233 vedtak i 2020 vs. 450 i 2019), og korttidsvirkende legemidler har blitt redusert med 18 % (145 i 2020 vs. 176 i 2019). Kortvarig fastholding har økt med 13 % (909 i 2020 vs. 807 i 2020).

Tallene tyder på at bruk av mekaniske tvangsmidler forebygges og håndteres i større grad med kortvarig fastholding. Dette er i tråd med en trinnvis tilnærming der kortvarig fastholding vurderes som det minst inngripende og mest kortvarige tvangsmidlet.

Videre har det blitt registrert 11 vedtak med kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør i 2020, mens det var ingen i 2019. Dette skyldes at sykehuset hadde en mangelfull praksis ved registrering av denne type vedtak i 2019.

I tråd med HSØ-rapporten blir episoder der pasienten av sikkerhetsmessige grunner holdes på rommet mot sin vilje og uten personale tilstede registrert med § 4-8, b. Til tross for innskjerping av lovkrav om registrering av isolasjon under § 4-8, b, har tvangsmiddelvedtak sett samlet blitt redusert med 9 % (1298 i 2020 vs. 1433 i 2019).

Det ble gjennomført en revisjon av tvangsmiddelbruk i regi av Helse Sør-Øst i 2020. Anbefalte tiltak vil bli utgangspunkt for videre forbedringsarbeid.

### 3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

#### 3.3.1 Kvalitet og pasientsikkerhet

- *Helseforetaket skal rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring innen 1. september 2020, herunder hvordan den årlige gjennomgangen er lagt opp og erfaringer så langt.*

Vestre Viken rapporterte på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring 1. september 2020. Som ledd i rapporteringen ble det gjennomført en systematisk gjennomgang og vurdering av hvordan foretaket svarer ut forskriftens krav. Vurderingen innebefattet også identifisering av områder hvor det er et gap i forhold til etterlevelse. Med bakgrunn i dette er det identifisert fire risikoområder som skal prioriteres:

1. Integrere risikostyring i alle deler av virksomheten
2. Systematisk Bruke tilgjengelige data (kvalitetsregistre, avvik, tilsyn, klager etc.) systematisk til forbedring
3. Sikre at avvikssystemet brukes til kontinuerlig å forbedre tjenestene ved å styrke alle trinn i saksbehandling, sikre at årsaker blir identifisert og relevante forbedringstiltak iverksettes, og evaluere om tiltak har effekt.
4. Gjennomgå og forbedre prosedyreverket for å bedre tilgjengelighet for brukerne, sikre at flest mulig prosedyrer er foretaksomfattende.

Det er etablert et system for årlig gjennomgang av styringssystemet med Ledelsens gjennomgang (LGG) som oppfattes å fungere godt. Alle ledernivåene fra 1 til 4 involveres. Foretakets mal for LGG er revidert i henhold til forskriftens oppbygning, og det arbeides med å knytte risikobilde og risikohåndtering til LGG. HMS og pasientsikkerhet skal sees i sammenheng i LGG. Forskriften har vært en god støtte til å forstå og videreutvikle praksis for LGG.

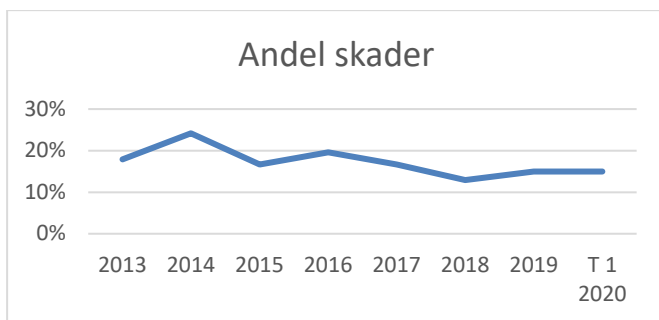
#### 3.3.2 Pasientsikkerhet

- *Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenliknet med 2019.*

Andel somatiske pasientopphold med pasientskade oppstått i Vestre Viken til og med 2. tertial 2020 målt med GTT er 12,5 %. Dette er en reduksjon i forhold til 2019 hvor andelen var 13,6% samme periode.

Det er flest skader registrert er innenfor område legemiddel. Det har ikke vært funn av alvorlige skader eller dødsfall på grunn av behandling. Det er en svak nedgang i antall skader over år, men ingen store endringer.

Utvikling GTT funn:



*Andel skader registrert i Vestre Viken, graf utarbeidet av Helsedirektoratet.  
Merk: en pasient kan ha flere skader.*

### 3.3.3 Legemidler

- *Helseforetaket skal i samarbeide med det regionale helseforetaket og Sykehusapotekene HF sørge for en gjennomgang av legemiddelberedskap i helseforetakene for å sikre at beredskapsavtalene mellom helseforetak og Sykehusapotekene HF er tilstrekkelig robust for å møte et økende antall situasjoner med legemiddelmangel.*

Legemiddelkomiteen (LMK) har i 2020 hatt Legemiddelmangel som innsatsområde. Det er utarbeidet tiltaksplaner for konkrete mangelsituasjoner. Løpende dialog med Sykehusapotekene har inngått i dette arbeidet og har sikret rask og effektiv oppfølging ved sykehusene i Vestre Viken.

LMK i Vestre Viken har bidratt aktivt i forhold til det regionale arbeidet gjennom LIS-kontaktens deltagelse i avtalarbeidet i Sykehusinnkjøp og gjennom LMKs bidrag til nasjonale tiltak.

I 2020 har Vestre Viken hatt Legemiddelutvalg (LMU) ved alle sykehusene. Over siste 1-2 år har disse utvalgene utarbeidet nye/reviderte lokale beredskapsplaner for legemidler ved det enkelte sykehus. De lokale planene bygger på de overordnede beredskapsplanene på foretaksnivå.

Vestre Viken har bidratt ved flere nasjonale mangelsituasjoner under koronapandemien første halvår 2020. Vestre Viken har også deltatt i planlegging av det nye nasjonale beredskapslageret for legemidler; "Milliardlageret" B180.

Legemiddelberedskap vil fortsatt være fokusområde inn i 2021.

### 3.3.4 Bruk av bredspektrede antibiotika

- *Samlet forbruk av bredspektrede antibiotika skal reduseres med 30 prosent i 2020 sammenliknet med 2012, målt som disse fem bredspektrede midlene: karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner. 2020 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.*

Vestre Viken deltar i regionalt læringsnettverk for antibiotika styring iverksatt høsten 2019. Det er etablert flere forbedringsteam med veiledere opplært i forbedringsmetodikk. Tiltak i de enkelte enheter:

- Alle medisinerom skal ha merket hyllene med bredspektrede antibiotika
- Lommekort med antibiotika veiledning med spesiell veiledning i bruk av gentamycin er utarbeidet og distribuert
- Konsentrasjonsmåling av gentamycin er etablert på alle fire somatiske sykehus
- Bruk av antibiotika merkes på risikotavler. Bruk revurderes etter 48-72 timer
- Forbruk følges, og tiltakene diskuteres på alle ledernivåer

I 2012 var samlet forbruk av utvalgte bredspektrede antibiotika 19,7 DDD/100 liggedøgn (DDD=definerte døgndoser). Målet for 2020 var 13,8 DDD/100 liggedøgn. Resultat etter 1. og 2. tertial 2020 viser et forbruk på 14,9 DDD/100 liggedøgn. Dette er en reduksjon på rundt 27% fra 2012. Arbeidet med forbedret antibiotika-styring i Vestre Viken videreføres i 2021.

### 3.3.5 Korridorpasienter

- *Det skal ikke være korridorpasienter.*

I 2020 var andel korridorpasienter innen somatikk 0,5 prosent. Det tilsvarer at det samlet i Vestre Viken gjennomsnittlig daglig lå 4 pasienter i korridor. Reduksjonen skyldes et systematisk arbeid, spesielt på Ringerike sykehus som har hatt et høyt antall korridorpasienter, men er også begrunnet i koronapandemien med redusert antall innleggelser i perioder.

### 3.3.6 Tjenestetilbud til fødende

- *Helseforetaket skal, i samarbeid med kommunene, få på plass følgetjeneste for gravide og fødende i tråd med Helsedirektoratets nasjonale veileder Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Veilederen legger til grunn et behov for en døgntilgjengelig vaktberedskap og følgetjeneste der det er halvannen times reisevei til fødestedet. Dette er en veiledende grense og må beregnes ut fra faktisk bosettingsmønster, ikke beliggenhet av kommunesenteret.*

Følgetjeneste for gravide og fødende er avtalt mellom Ringerike sykehus og kommunene Ål, Gol, Hemsedal og Hol, og mellom Kongsberg sykehus og Nore og Uvdal.

Samarbeidet med kommunene fungerer bra, dels gjennom årlige evalueringsmøter rundt avtalen, men også gjennom at jordmødrene deltar i kompetansevedlikeholdet som organiseres av fødeavdelingen på Ringerike sykehus.

- *Helseforetaket skal følge opp kompetanse- og ressursbehov dokumentert i rapporten «Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem» i utvikling av fødetilbudet.*

Rapporten «Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem i utvikling av fødetilbudet» har vært gjennomgått og er diskutert i dialogmøtene



med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud. Det er gjennomført en kartlegging i regi av Helse Sør-Øst. En arbeidsgruppe med representanter fra alle fire somatiske sykehus i Vestre Viken følger opp arbeidet.

### 3.3.7 Diagnosespesifikke behandlingstilbud

- I oppdragsdokumentet for 2020 har de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest, fått et felles oppdrag om å utarbeide en plan for ParkinsonNet og starte nasjonal iverksetting i 2020. Oslo universitetssykehus HF skal lede arbeidet med å innføre ParkinsonNet i Helse Sør-Øst i samarbeid med de øvrige helseforetakene. Arbeidet videreføres i Oslo og Rogaland. Plan for ytterligere innføring av ParkinsonNet i de fire helseregionene skal utarbeides innen utgangen av 2020. Det skal tas sikte på å innføre modellen i flere helseforetak innen 30. juni 2021.*

Plan for ParkinsonNet har blitt presentert og diskutert i det regionale fagdirektørmøte i Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus HF leder arbeidet med å innføre ParkinsonNet i Helse Sør-Øst i samarbeid med de øvrige helseforetakene. Det tas sikte på å innføre modellen innen 30. juni 2021.

- Helseforetakene skal samarbeide om å etablere netthinnescreening for diabetisk retinopati, ref. anbefalt program for regelmessige netthinneundersøkelser for diabetisk retinopati (2018). Oslo universitetssykehus HF skal lede arbeidet.*

Vestre Viken vil delta i arbeidsgruppen. Arbeidet er ikke igangsatt ennå.

### 3.3.8 Pasienttransport

- Helseforetaket skal sikre at eldre pasienter og pasienter med hjelpebehov tilbys ambulansetjeneste/pasienttransport på dag- og ettermiddagstid slik at de ikke sendes hjem om natten. Dette kan innebære å øke transportkapasitet på dag- og ettermiddagstid. Unntak kan gjøres hvis pasienten selv ønsker å reise hjem. Et slikt ønske skal dokumenteres.*

Bestillingsprosedyrer for rekvirenter av transport på sykehusene er tydeliggjort. I 2020 er det transportert 7 pasienter, registrert som transport etter innleggelse, etter klokken 2200.

### 3.3.9 Samarbeid med fastleger og kommuner

- Helseforetaket skal påse at fastlegene ikke brukes til administrativt arbeid som naturlig bør tilligge sykehusene. Dette gjelder blant annet følgende administrative oppgaver:*
  - Videre henvisning til undersøkelser og kontroller basert på funn og vurderinger gjort av spesialisthelsetjenesten.*
  - Requisisjoner på bildediagnostikk eller laboratorieanalyser som ledd i sykehusets vurderinger.*
  - Rekvirering av pasientreiser til og fra undersøkelser i sykehus.*

- *Sykemeldinger for sykehusopphold og den første tiden etterpå, frem til neste kontroll hos fastlege eller ny vurdering hos spesialist, hvis det er indikasjon for det.*
- *Resept på nye legemidler, ved endret dosering og ved skifte av legemidler. Vanskelig tilgjengelige medikamenter gis med ved utskrivning for de første dagene.*

*Legeforeningens «Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus» bør legges til grunn for samarbeidet med fastlegene.*

Praksiskonsulentene (PKO) har hatt en aktiv rolle. Problemstillingen er tatt opp i møter med klinikk- og avdelingsledelse i tillegg til på morgenmøter med legene.

Samarbeidsrutiner er også tema på møtene i de rådgivende samarbeidsutvalgene for sykehusleger og fastleger som er etablert ved alle sykehusene. Høsten 2020 ba PKO fastlegene melde inn eksempler på at samarbeidsrutinene ikke følges opp. Disse ble systematisert og oversendt klinikkene fra fagdirektør for oppfølging. Fastlegene anmodes via PKO om å melde avvik fra samarbeidsrutinene til PKO eller direkte til avdelingssjef som har ansvar.

Samarbeidsrutiner med fastlegene vil bli fulgt opp i Helsefelleskap Vest-Viken.

- *Helseforetaket skal etablere en ordning for ALIS' (leger i spesialisering i allmennmedisin) sykehuspraksis for å oppnå fastsatte læringsmål. Det forutsettes ikke opprettelse av egne stillinger, og det bes om at tilgjengelige ressurser benyttes. Avvikling av sykehuspraksis skal avtales med samarbeidende kommuner.*

Vestre Viken har invitert til samarbeidsavtale med aktuelle kommuner vedrørende ALIS, og 9 kommuner har pr. nå signert avtalen. Inngåelse av samarbeidsavtalene er formidlet til klinikkene, og utdanningsplanen for allmennmedisin er gjort tilgjengelig for tildeling i foretaket, slik at de to aktuelle læringsmålene kan godkjennes i Kompetanseportalen i Vestre Viken.

### **3.3.10 Epikriser somatikk**

- *Minst 70 prosent av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.*

Andel epikriser sendt/gitt på utskrivningsdagen var 72 prosent i 2020.

### **3.3.11 Beredskap og sikkerhet**

- *Helseforetaket skal følge opp nasjonal risiko- og sårbarhetsanalyse fra 2019.*

#### Risikostyring

Helsedirektoratet understreker i den nasjonale risiko- og sårbarhetsanalysen det selvstendige ansvaret aktørene i sektoren har for å gjøre risikovurderinger og for å samordne planer på tvers av nivåer og sektorer. De peker også på behovet for å sikre en solid sammenheng mellom de vurderingene som gjøres av potensielle risikofaktorer og virksomhetens sårbarhet, og de beredskapsplanene som etableres.

I denne sammenheng vil foretaket særlig peke på to forhold. Det ene er at risiko- og sårbarhetsvurderinger er brukt aktivt i arbeidet med utvikling og forbedring av planverket relatert til håndtering av den pågående pandemien, jfr. også punktet om videreutvikling av beredskapen i tråd med Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av smittsomme sykdommer. Det andre er at Vestre Viken i 2020 har etablert en handlingsplan for beredskapsutvikling. Det overordnede målet med handlingsplanen er å forbedre foretakets håndteringsevne, og sikre en robust beredskap som setter virksomheten i stand til å møte et bredt spekter av uønskede hendelser på en planmessig, effektiv og hensiktsmessig måte. Handlingsplanen omhandler hovedområdene organisasjon, planverk, støtteverktøy og kompetanse. I planen slås det fast at beredskapen skal være basert på oppdaterte risiko- og sårbarhetsanalyser og beredskapsanalyser. I dette ligger også en ambisjon om å samordne arbeidet med risikostyring, herunder også sammenstille og utnytte informasjon om risikofaktorer og sårbarheter som hentes inn i andre sammenhenger i beredskapsarbeidet. Arbeidet vil bli videreført i 2021. Herunder vil foretakets planer bli harmonisert mot de regionale beredskapsplanene.

#### IKT – informasjonssikkerhet, personvern og beredskap

Det ble i november gjennomført en øvelse for foretaksledelsen der hensikten var å øke forståelsen av det digitale trusselbildet, forstå mulige konsekvenser av og styrke evnen til å håndtere tilsiktede digitale hendelser. Øvelsen var ledd i forberedelsene til den regionale øvelsen som igjen var en del av Nasjonal helseberedskapsøvelse 2020. Øvelsen ga verdifulle erfaringer og læring som vil bli implementert i beredskapsplanverket som ledd i det pågående beredskapsutviklingsarbeidet.

#### Forsyning av legemidler og medisinsk utstyr

I arbeidet med utvikling og forbedring av planverket relatert til håndtering av den pågående pandemien, er det gjort grundige vurderinger av behovet for medisinskteknisk utstyr med tilhørende infrastruktur og forbruksmateriell. Det er også gjort vurderinger av behovene for medisinsk utstyr og forbruksmateriell til hjemmeboende pasienter som forsynes fra Vestre Vikens avdeling for behandlingshjelpemidler. Det er gjennom året anskaffet en del utstyr for å dekke gap mot det vurderte behovet.

#### Sikkerhetspolitiske kriser og læring etter Trident Juncture 2018

Arbeidet med oppfølging og implementering av læring er blant annet fulgt opp gjennom deltakelse i det regionale beredskapsutvalget. Tiltak fra dette arbeidet, fra Helsedirektoratets handlingsplan etter den nasjonale helseøvelsen i 2018, og fra den regionale planen for sivil-militært samarbeid vil bli integrert i foretakets planverk gjennom det pågående beredskapsutviklingsarbeidet.

#### Kommunikasjon i krise- og beredskapssituasjoner

Intern og ekstern kommunikasjon har vært og er en sentral del av arbeidet knyttet til den pågående pandemien. Erfaringene fra dette arbeidet og fra håndteringen av andre mindre hendelser vil bli implementert i foretakets planer gjennom det pågående beredskapsutviklingsarbeidet.

Det er implementert tiltak for å sikre muligheter til effektiv kommunikasjon internt i foretakets beredskapsledelse, mot det regionale helseforetaket og mot eksterne

samarbeidspartnere også i situasjoner der vi opplever svikt i eller bortfall av kritisk infrastruktur. Tiltakene vil bli fulgt opp gjennom trening og øving i 2021.

Det er etablert funksjonalitet som forenkler brukergrensesnittet og understøtter den proaktive metodikken, og som vil gjøre HelseCIM til et mer hensiktsmessig verktøy for kommunikasjon, informasjonsutveksling og etablering av en felles situasjonsforståelse under beredskapshendelser. Den nye funksjonaliteten vil bli rullet ut for bruk på foretaks- og klinikknivå tidlig i 2021.

#### Drikkevannsforsyning

Det er ikke gjort nye vurderinger på dette området for eksisterende bygningsmasse. Relevante forhold blir ivaretatt i arbeidet med prosjektering av nytt sykehus i Drammen.

#### Bortfall av strøm

Det er de siste årene gjort vesentlige oppgraderinger i regi av BRK-prosjektet (oppgradering av Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus) som har gitt en forbedret forsyningssikkerhet. Oppgraderingene innebærer at foretaket har reservekraft og nødstrøm på foreskrevet nivå. Behovet for reservekraft og nødstrøm er også ivaretatt i forberedelsene til den forestående flyttingen av foretaksledelse, administrasjon og andre sentrale funksjoner til nytt kontorbygg, og i prosjekteringen av nytt sykehus i Drammen.

#### Ekstremvær

Det er ikke gjort nye vurderinger på dette området i 2020. Ekstremvær og naturskapt hendelser er imidlertid forhold som vil bli fulgt opp i det pågående beredskapsutviklingsarbeidet.

#### Sikkerhetsloven

Det er gjennomført sikringsrisikoanalyser for alle fem sykehus i Vestre Viken. Arbeidet, herunder behov for fysiske tiltak knyttet til foretakets eiendommer og tiltak relatert til organisasjon og sikkerhetskultur, vil bli fulgt opp i 2021. Sikkerhetslovgivningen omhandler også HMS lovene.

- *Helseforetaket skal videreutvikle beredskapen i tråd med Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlig smittsomme sykdommer, og implementere Handlingsplan for et bedre smittevern.*

Arbeidet med å videreutvikle beredskapen mot utbrudd av smittsomme sykdommer har pågått kontinuerlig gjennom 2020. Arbeidet på overordnet nivå er gjennomført i nært samarbeid med, og basert på planforutsetninger fra, Helse Sør-Øst.

Planverk er oppdatert basert på de erfaringene som er gjort gjennom den pågående pandemien. Herunder er det blant annet:

- gjennomført flere tiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse i et høyintensitetsscenario
- gjennomført flere tiltak som har gitt økt kapasitet på laboratoriediagnostikk
- gjort en vurdering av behovet, og anskaffet medisinskteknisk utstyr med tilhørende IKT infrastruktur for å tilfredsstillere et høyintensitetsscenario

Arbeidet vil bli videreført i 2021 for å sikre at alle relevante erfaringer som gjøres gjennom den pågående håndteringen ivaretas.

Handlingsplan for et bedre smittevern 2019 – 2023 er operasjonalisert i tiltak.

Tiltak som har frist innen 2020 er hovedsakelig innfridd. Det blir arbeidet videre med å implementere tiltakene i planen etter hvert som de nasjonale systemene kommer på plass.

### 3.3.12 Kompetansekartlegging og -utvikling

- *Alle akutt sykehus skal ha breddekompetanse innenfor behandling av eldre, og alle store akutt sykehus skal ha spesialist i geriatri.*

Det er spesialister i geriatri ved alle våre fire sykehus. Det er etablert et samarbeid mellom Bærum og Ringerike sykehus hvor geriater arbeider ved begge sykehusene fra januar 2021. Ved Bærum og Drammen sykehus er det etablert formalisert ortogeriatrici. Bærum og Drammen sykehus har utdanningsløp for LIS3 i geriatri.

### 3.3.13 Lærlinger

- *I tråd med omtale i Nasjonal helse- og sykehusplan skal antall lærlinger både i helsefag og i andre lærefag som er relevante økes i løpet av planperioden 2020–2023. Arbeidet med å øke antallet helsefagarbeiderlærlinger skal prioriteres i planperioden.*

I 2020 ble antall lærlinger for helsefagarbeidere økt med 3 i forhold til tidligere år, og det ble skrevet lærlingkontrakter med 10 nye lærlinger. Det er igangsatt arbeid med å øke antallet ytterligere i 2021. I dette arbeidet ligger blant annet kompetansepåfyll til veilederne for lærlinger. Vestre Viken samarbeider med flere kommuner om læretid i sykehus for lærlinger i helsefag.

Ambulansetjenesten arbeider for å øke antall lærlinger i ambulansefaget. Antall nye lærlinger som er tatt inn hvert år har variert fra 10 til 15. De to siste årene er antall lærlinger økt ved hvert opptak, slik at det høsten 2019 var 27 lærlinger mens det høsten 2020 var 36 lærlinger i foretaket. Planen for høsten 2021 er 38 lærlinger; fordelt på 1. og 2. års lærlinger. Målet er 20 nye lærlinger hvert år for å sikre rekruttering til egen tjeneste. Det vil da være totalt 40 lærlinger innen ambulansefaget.

Vestre Viken har i tillegg til ovennevnte, lærlinger innen institusjonskokkefaget, portørfaget og IKT faget.

- *I tråd med omtale i Nasjonal helse- og sykehusplan skal det opprettes et opplæringskontor for helsefaglærlinger og andre relevante lærefag i hvert helseforetak. Helseforetak kan samarbeide om opplæringskontorene der det er hensiktsmessig.*

Vestre Viken har i mange år hatt eget opplæringskontor, og Vestre Viken er selvstendig opplæringsbedrift. Opplæringskontoret er tilknyttet Utdanningsavdelingen.

### 3.3.14 Regjeringens inkluderingsdugnad

- *Helseforetaket skal samarbeide med det regionale helseforetaket om å iverksette felles overordnet plan, herunder gi innspill til hensiktsmessige tiltak og rapporteringsrutiner.*

*Helseforetakene skal rapportere på status for sitt arbeid med inkluderende rekruttering i årlig melding 2020, mens ny frist for sluttrapportering for lokale forsøk/piloter settes til 1. mai 2021.*

Vestre Viken har vektlagt evaluering av eksisterende tiltak, vurdering av nye tilnærminger, og etablering av systemer som understøtter læring og utvikling av inkluderingsarbeidet i foretaket. Tiltakene er tilpasset i løpet av året, men er blitt noe forsinket grunnet koronapandemien.

Rutiner og opplæringsmateriell rettet mot ledere med rekrutteringsoppgaver er utviklet. Det har også vært arbeidet med et internt sidesystem for rapportering for å understøtte inkluderingsarbeidet, og bidra til læring om hvilke tilnærminger som fungerer. Det vurderes også å være hensiktsmessig med rapportering på helsemessig omstilling for å se arbeidet med inkluderingsdugnaden i sammenheng med tiltak for å forhindre frafall fra arbeidslivet for egne ansatte.

- Helseforetaket skal vurdere hensiktsmessige virkemidler, herunder vurdere å ta i bruk trainee-ordninger i arbeidet med å nå målene i inkluderingsdugnaden.*

Det er utarbeidet et forslag til en trainee-ordning, kalt «inkluderingsprogram». Arbeidet er midlertidig satt på vent grunnet koronapandemien da det er ønskelig med innspill fra referansegruppe bestående av rekrutterende ledere.

Vestre Viken har hatt et tett samarbeid med NAV i flere år, og Springbrettsamarbeidet med kompetansehevende arbeidstrening har gitt gode resultater. Hovedelementene i metodikken er opprettholdt siden 2014, men tilnærming må likevel jevnlig tilpasses endring og utvikling i begge organisasjoner. Det utarbeides derfor en innsiktsrapport tilsvarende evaluering av Springbrettsamarbeidet, i regi av NAV. Hensikten er å bygge videre på det som fungerer og videreutvikle de områdene som har forbedringspotensial.

### **3.3.15 IKT-utvikling og digitalisering**

- Helseforetakene skal gjennomføre tiltak som har dokumentert effekt på kapasitetsutnyttelse og unødvendig venting innen poliklinisk behandling. Det legges til grunn at disse tiltakene gjennomføres for all poliklinisk behandling, med mindre særskilte forhold tilsier noe annet. Det tas et generelt forbehold om at beredskapsarbeidet kan forsinke eller forstyrre gjennomføringen av tiltakene. Sykehuspartner HF skal understøtte helseforetakenes arbeid med implementering av tiltakene. Tiltakene skal bl.a. inkludere:*
  - Innføring og bruk av digitale skjemaer og verktøy for å innhente nødvendig informasjon fra pasientene før oppmøte til time.*
  - Ta i bruk video- og telefonkonsultasjoner med sikte på opprettholde omfanget av slike konsultasjoner etter hvert som aktiviteten normaliseres.*
  - Fastsettelse av måltall på det enkelte helseforetak for bruk av digitale skjemaer, video- og telefonkonsultasjon og digital hjemme oppfølging.*

Vestre Viken har deltatt i det regionale prosjektet «Digitale innbyggertjenester» og forberedt innføring av regionale IKT-løsninger for digitale venteliste-brev og pasientens egenregistreringsskjema via helsenorger.no. Begge løsningene planlegges innført i Vestre Viken i løpet av 2021.

Innføring av video- og telefonkonsultasjoner har vært prioritert i 2020. Det var en stor økning i antall video- og telefonkonsultasjoner i forbindelse med koronapandemien. Totalt har Vestre Viken gjennomført 77 000 telefonkonsultasjoner med egenandel (11% av totalt antall polikliniske konsultasjoner), 15 500 telefonkonsultasjoner uten egenandel (2%) og 13 000 videokonsultasjoner (1,9%) i 2020. Program for digital hjemmeoppfølging følger opp tiltak og resultater. I 2021 skal måltall for digitale konsultasjoner fastsettes i driftsavtaler og følges opp månedlig.

Vestre Viken har mottatt en ekstraordinær bevilgning i revidert nasjonalbudsjett rettet mot sysselsetting innen områdene vedlikehold av sykehus eller tilrettelegging for ny teknologi. Det er avsatt inntil 6 MNOK av disse midlene til å støtte utviklingen av digital hjemmeoppfølging.

- *Helseforetaket må akseptere de bruksvilkårene som Sykehuspartner HF definerer for de tjenestene som helseforetaket bruker.*

Vestre Viken har gitt innspill på bruksvilkår når disse har blitt presentert i teknologiledermøtet i HSØ. Vestre Viken forholder seg til standard tjenesteavtale fra Sykehuspartner og har bl.a. jobbet med å pilotere regional samhandlingsmodell for MTU/IKT.

- *Helseforetaket skal bidra aktivt til å sanere applikasjoner og på den måten bidra til overgangen til Windows 10 som operativsystem.*

Vestre Viken har bidratt aktivt gjennom pilot med Sykehuspartner for prosess med foretakene. I 2020 er det gjennomført to sprinter med gjennomgang av kandidater for sanering med bakgrunn i lokalt installerte applikasjoner og få brukere. Det er vurdert totalt 127 applikasjoner, og 29 av disse kan saneres. Det er flere applikasjoner som kan standardiseres, men dette fordrer at HSØ/Sykehuspartner finner alternativer.

- *Helseforetaket skal forelegge avvik fra regionale føringer knyttet til IKT for eget styre.*

Det er ikke identifisert saker eller beslutninger i Vestre Viken i 2020 som representerer avvik fra regionale føringer knyttet til IKT.

- *Hovedregelen er at IKT-utstyr skal være plassert i sentrale datarom og helseforetakene skal bidra til dette. Etablering av lokale datarom er å betrakte som avvik som skal forelegges styret, jf. at avvik fra regionale føringer knyttet til IKT skal forelegges eget styre. Dagens situasjon med desentraliserte datarom skal gjennomgås og tas stilling til. De lokale datarommene som skal bestå, skal holde et forsvarlig sikkerhetsnivå. Helseforetakene skal gjennomføre tiltak for dette.*

Vestre Viken følger hovedregelen og har etablert de fleste tjenester i sentrale datarom. Sykehuspartner har gitt uttrykk for at dette er i tråd med deres forståelse. STIM prosjekt «Lokale datarom» utførte høsten 2019 en tilstandsvurdering av Vestre Vikens hoveddatarom, totalt 9 (to pr. somatisk sykehus og et på Blakstad). Rommene ble gitt en score på gjennomsnittlig 58% med hensyn på oppfyllelse av Sykehuspartners krav til lokale hoveddatarom i nybygg. Basert på tilstandsrapporten ble det i 2020 etablert et prosjekt for å utbedre funnene med prioritet på fysisk sikring / ståldører, fukt med varslings, predeteksjon varme og duplisert UPS. Mange av tiltakene ble ferdigstilt i 2020. Utbedringene vil føre til at de aktuelle rommene vil ha gjennomsnitt > 82% når prosjektet er ferdigstilt i 2021.

- *Helseforetakene skal sette av ressurser til å gjennomgå eksisterende IKT- avtaler i regionen for å avklare eierskap til og vilkår i den enkelte avtalen. Hovedregelen er at Sykehuspartner HF skal forvalte IKT-avtaler i Helse Sør-Øst.*

Vestre Viken har gjennomgått og oversendt oversikt for lokale IKT avtaler til HSØ. Flere IKT-avtaler er overført til Sykehuspartner i løpet av 2020. Arbeidet med kvalitetssikring fortsetter i 2021 i forbindelse med innlasting i Vestre Vikens avtaleportal.

- *Helseforetaket skal sørge for at egne bestillinger til Sykehuspartner HF er prioritert innbyrdes og avstemt mot regionale føringer.*

Vestre Viken gjennomgår alle IKT-behov i tråd med Sykehuspartners mal for tidligfase-vurdering. Her blir behovene vurdert mht. regionale føringer, løsningsalternativer og vurdering av hastegrad/prioritet, før formell forespørsel om leveranse sendes. Forespørsel skal dermed være avklart med hensyn til prioritet, finansiering og anslått leveransedato. Overordnede prioriteringer og beslutning om finansiering behandles i et eget IKT prioriteringsutvalg hvor både medisinsk direktør og teknologidirektør deltar, og løftes til foretaksledelsen for endelig beslutning. Helseforetakene har i dag begrenset mulighet for prioritering utover Sykehuspartners kundeplan.

- *Helseforetakene skal ikke bygge opp eller inneha intern IKT-kompetanse og -kapasitet som hører hjemme hos Sykehuspartner HF.*

Vestre Viken har ikke bygget opp kompetanse som naturlig hører til Sykehuspartner. Det er avtalt bistand fra Sykehuspartner for kapasitet som ikke innehas, men kreves i foretakene. Dette gjelder for eksempel bistand for IKT- arkitektur som er påkrevet i forbindelse med forberedelser til Nytt Sykehus i Drammen.

### **3.3.16 Bygg og eiendom**

- *Vestre Viken HF skal i 2020 kartlegge kritisk infrastruktur, bl.a. vann, strøm og IKT.*

Vestre Viken har i 2020 kartlagt antall tilkoblingsmuligheter for leveranse av vann fra eksterne kilder hvis normal vannforsyning svikter. Det er startet et arbeid for å vurdere risiko i forbindelse med økende antall lynnedslag etter mer ekstremvær enn vanlig i 2020.



Det er gjort vurdering av tilførsel av medisinske gasser inkludert oksygen og medisinsk luft for å sikre leveransen i forbindelse med pandemien. Tiltak er utført.

Vestre Viken har de siste tre årene gjennomført store forbedringsprosjekter for å sikre nødstrøm og reservekraft. Sykehusene har nå en svært tilfredsstillende status når det gjelder strømforsyning.

Vestre Viken deltar i STIM-prosjektet som gjennomfører felles Telecom i sykehusene og modernisering av nettverket. Arbeidet har resultert i en tilstandsrapport med forslag til tiltak. Rapporten gir oppdatert bilde av nåsituasjonen og gap mellom tilfredsstillende kravsett og nåværende tilstand. Gjennomføringen av tiltakene for datarommene er kommet langt i 2020, og slutføres i 2021, se tidligere i dokumentet for mer informasjon.

### 3.3.17 Samfunnsansvar

- *Helseforetaket bes om å gjennomføre aktsomhetsvurderinger i tråd med anerkjente metoder for å identifisere og håndtere risikoen foretakets virksomhet påfører samfunn, mennesker, miljø og klima.*

Foretakets ressurser skal brukes på en effektiv måte slik at ingen tilegner seg urettmessige goder.

Basert på risikovurdering på økonomiområdet i 2019 ble det i 2020 gjennomført en ekstern habilitetskartlegging av utvalgte ansatte og leverandører. Kartleggingen er fulgt opp med bla:

- revidering av biervervreglementet
- oppfølging av bierverv
- kvalitetssikring av rapportering fra ledende ansatte og styremedlemmer i forbindelse med årsrapporten

Foretaket har i 2020 gjennomført risikovurdering for områdene arbeidslivskriminalitet, korrupsjon og smøring. Praktiske tiltak fra OECD-veilederen for aktsomhetsvurderinger vil bli vurdert i 2021.

For å forebygge korrupsjon vurderes habilitet i anskaffelser, og avtalelojalitet følges opp. I 2020 utarbeidet foretaket retningslinjer for samhandling med selskaper. Disse kommer i tillegg til samarbeidsavtale mellom alle helseforetak i Norge og Legemiddelindustrien (LMI) og utstyrslleverandører (Melanor). Vestre Viken har i 2020 utarbeidet e-læringskurs i etikk for ansatte.

Foretaket har et elektronisk bestillingssystem som sikrer arbeidsdeling og bestilling i henhold til fullmakt. Fullmaksreglementet gir begrensninger for hvilke avtaler som inngås. Det er interne retningslinjer for å innhente tilbud fra flere leverandører ved lokale innkjøp. Foretakets varslingsordning muliggjør varsling utenom lederlinjen, og i 2020 ble det etablert en ekstern varslingskanal slik at ansatte kan varsle anonymt.

Vestre Viken har i flere år stilt strenge krav til menneske- og arbeidstakerrettigheter i leverandørkjeden, og foretaket sikrer at krav til arbeidslivskriminalitet vurderes i alle anskaffelsesprosesser, samt påser at kontrakter med leverandører følges opp.

Vestre Viken følger aktuelle lovverk, inngåtte tariffavtaler, prosedyrer, retningslinjer og samarbeidsavtaler for å ivareta ansattes rettigheter, herunder 12 prinsipper for medvirkning, retningslinjer for omstilling, lokal samarbeidsavtale med alle arbeidstakerorganisasjonene, IA-avtalen mv. Det gjennomføres kontinuerlig risikovurdering og -analyse med tiltak i alle omstillings- og endringsprosesser.

Vestre Viken er sertifisert etter NS-EN ISO14001. For å opprettholde sertifiseringen er det krav om årlig gjennomgang av miljøledelsessystemet av ekstern tredjepart. Vestre Viken ble resertifisert høsten 2020.

I henhold til kravene i ISO14001 gjennomfører Vestre Viken årlig en miljøkartlegging hvor foretaket identifiserer og vurderer risikoer som virksomheten påfører miljø og klima. Miljøkartleggingen er grunnlag når miljødelt mål utvikles. Miljødelt målene skal sikre identifisering og prioritering av områder som Vestre Viken skal arbeide med det kommende året.

Ledere skal utarbeide handlingsplaner med konkrete tiltak for å bidra til at Vestre Viken når vedtatte miljødelt mål. Status for måloppnåelse rapporteres kvartalsvis, og det gjøres en årlig evaluering av måloppnåelsen i ledelsens gjennomgang (LGG).

For 2020 ligger Vestre Viken an til å nå målene for seks av de åtte miljødelt målene. Det er forslått å videreføre de fleste målområdene fra 2020 til 2021, også de områdene hvor foretaket ikke har nådd målene for 2020.

Tabellen viser resultater for miljødelt målene pr.30.09.20

Vestre Viken - miljødelt mål 2020	Faktisk hittil i år	Plan hittil i år	Avvik hittil i år	% Avvik	
15% økning i videokonferanse møter (ant) ift 2019	4 444	3 415	1 029	30 %	🟢
5% reduksjon i energiforbruk (kWh/m <sup>2</sup> ) ift 2019	208,4	213,4	5,0	2 %	🟢
Øke andel avfall til materialgjenvinning til 30% (%)	25,9 %	30,0 %	-4,1 %	-14 %	🔴
3% reduksjon av matavfall (kg) ift 2019	107 267	137 310	30 043	22 %	🟢
85% av anskaffelser er det stilt miljøkrav (%)	89 %	85 %	4 %	5 %	🟢
70% av de ansatte har gjennomført eLæringskurs (%)	37 %	59 %	-22 %	-37 %	🔴
3% reduksjon av miljøskadelige stoffer (ant) ift 2019	195	192	-3	-2 %	🟢
Etablere ladepunkter til tjenestebiler i VV	Vedtak om etablering er gjort, gjennomføring er startet.				

### 3.3.18 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser

- Riksrevisjonens undersøkelser skal følges opp. De siste undersøkelsene handler om årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester, samt bemanning av sykepleiere, jordmødre og andre spesialsykepleiere i helseforetakene. Det skal særlig legges vekt på å iverksette tiltak for å redusere bruken av deltid for sykepleiere uten spesialistutdanning og for jordmødre.

Variasjon i forbruk av helsetjenester har vært tema på det regionale fagdirektørmøte. Vestre Viken skiller seg ikke negativt ut når det gjelder forbruk av helsetjenester i forhold til innbyggertall. Tallene fra helseatlas har også blitt gjennomgått, og det er ingen avvik som ikke har en forklaring.

Bemanningsutfordringene for spesialsykepleiere AIOB (anestesi, intensiv, operasjon og nyfødttintensiv) er fulgt særskilt opp med bemanningsrapporter for alderssammensetning, turnover og rekruttering. Foretaket følger også opp bemanningsrapporter for sykepleiere og jordmødre samt andre utsatte faggrupper.

Til tross for koronapandemien har foretaket startet Aktivitetsstyrt Ressursplanlegging (ARP). Dette er en samlet og helhetlig modell for planlegging og styring av kapasitet, aktivitet, bemanning, kompetanse, nye måter å planlegge arbeidstid på, samarbeid på tvers av avdelinger og yrkesgrupper samt styring av vikarbruk. ARP er startet opp i 4 klinikker i 2020.

Som en del av ARP, men også i forkant av dette, har Vestre Viken arbeidet systematisk med heltidskultur. Heltidskultur er tema flere ganger pr. år i foretaksledelsen, HAMU og i møter med foretakstillitsvalgte. Blant iverksatte tiltak kan nevnes utlysning av 100 % stillinger som hovedregel, bevisst og restriktiv håndtering av permisjon fra stilling, oppfølging av behov for tilrettelegging, tiltak knyttet til helgearbeidsutfordringer og utredning av Bemanningsenheten og bruk av denne. For sykepleiere uten spesialutdanning har eksempelvis tiltaket om etablering av kombinasjonsstillinger vært av betydning, slik at flere har fått tilbud om en høyere stillingsandel ved kombinasjon av dagstilling (poliklinikk) og sengepost (turnus). Det er i enkelte seksjoner etablert administrative ordninger for utprøving med ekstra kompensasjon ved helgearbeid oftere enn hver 3. helg. Det er iverksatt piloter knyttet til bruk av Bemanningsenheten for å kunne tilby høyere stillingsandel enn det som «moderpost» kan tilby. Arbeid med økt fast stillingsandel har vært en satsning fra bemanningsenheten i 2020. Tiltaket vurderes breddet ut ytterligere i kommende år, også i forbindelse med ARP.

Det er lagt opp til at ansatte selv registrerer og vedlikeholder opplysninger om de har frivillig eller ufrivillig deltid. Arbeidsgiver mottar opplysninger om at flere ansatte, også blant sykepleiere uten spesialutdanning og jordmødre, arbeider ønsket deltid. Vestre Viken vil i 2021 søke å undersøke nærmere årsakene til dette, herunder om det er ulikheter blant klinikkene og de ulike faggruppene.

Ved utrulling av ARP vil gjennomgang av avdelingenes bemanning og kompetansekrav basert på aktivitet og kapasitet synliggjøre behov for alternativ arbeidstidsplanlegging, herunder omfordeling av kvelds-, natt- og helgearbeid. En slik omfordeling kan medføre jevnere bemanning gjennom døgnet og året, med rett kompetanse på jobb til enhver tid. En slik omfordeling vil også kunne gi flere ansatte en større stillingsandel. Dette kan bidra til bedre måloppnåelse i arbeidet med pasientsikkerhet, kvalitet og HMS.

Vestre Viken har i 2020 samarbeidet målbevisst med utdanningsinstitusjonene om praksisplasser, læreplasser og utdanning av spesialsykepleiere. I budsjett 2020 ble det avsatt midler for økning av antall utdanningsstillinger. Dette er ytterligere økt i budsjett 2021.

### 3.4 Tildeling av midler og krav til aktivitet

#### 3.4.1 Økonomiske krav og rammer

- *Vestre Viken HF skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode.*

- *Vestre Viken HF skal i 2020 basere sin virksomhet på de tildelte midler.*

Tildelte midler 2020:

NOK tusen	Oppdrag og bestilling	2020	Avvik
Basisramme OBD	6 012 887	6 012 887	0
+ RNB korreksjon sfa pensjonsendring	0	-156 900	-156 900
+ Covid-19 tildelinger	0	386 900	386 900
+ Avsetninger Covid-19 pr 31.12.2020		-102 163	-102 163
Sum Basisramme	6 012 887	6 140 724	127 837
Kvalitetsbasert finansiering	40 833	40 833	0
Forskning og øremerket midler	10 019	10 682	663
Øremerket midler - Covid-19 tildelinger	0	211 997	211 997
Statlige tilskudd	3 904	3 904	0
ISF-refusjoner	3 013 049	2 763 437	-249 612
<b>Sum inntekter</b>	<b>9 080 692</b>	<b>9 171 577</b>	<b>90 885</b>

Som følge av ny aktuarberegning i januar 2020 er basisramme redusert med 156,9 MNOK på grunn av lavere pensjonskostnader. Som følge av koronapandemien er basis økt med 386,9 MNOK og andre tilskudd er økt med 212 MNOK. ISF-refusjoner er lavere pga koronapandemien. VVHF har foretatt en avsetning knyttet til fremtidig covid-19 kostnader på 102 MNOK pr 31.12.2020. Beløpet vil inntektsføres i 2021 i tråd med kostnadsutvikling for å redusere koronaeffekter i resultatet.

Vestre Viken har budsjettert med basisfinansiering, forskningsmidler og statlige tilskudd i tråd med tildeling fra HSØ. ISF-refusjoner er budsjettert i klinikkene basert på erfaring og forventede endringer i budsjettåret.

- *Årsresultat 2020 for Vestre Viken HF skal være på minst 248 millioner kroner.*

- *Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.*

Vestre Viken HF påser at kostnader til drift og investeringer til enhver tid er innenfor de likvide rammer som foretaket har til rådighet.

- *Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2020 skal ikke benyttes til investeringer i 2020 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.*

Vestre Viken styrer likviditet i tråd med konsernets retningslinjer.

- *Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.*

Det er etablert praksis at overskudd inneværende år kan benyttes til investeringer i etterfølgende år, og at egenkapitalinnskuddet til pensjonsinnretning salderes innenfor tilgjengelig investeringsmidler.

#### **3.4.2 Aktivitetskrav**

- *Vestre Viken HF skal i 2020 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med aktivitetskravene fra Helse Sør-Øst RHF. En oversikt over de detaljerte kravene er tatt inn i vedlegg.*

Aktivitet i 2020	Somatikk	VOP	BUP	TSB
<b>ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) "sørge for" ansvaret</b>				
Krav i oppdrag og bestilling	126 163	19 440	24 940	6 670
Resultat 2020	114 885	19 085	26 464	6 597
Avvik	-11 278	-355	1 524	-73
<b>Pasientbehandling</b>				
<i>Antall utskrivninger døgnbehandling</i>				
Krav i oppdrag og bestilling	72 300	2 700	157	821
Resultat 2020	63 858	2 985	164	752
Avvik	-8 442	285	7	-69
<i>Antall liggedøgn døgnbehandling</i>				
Krav i oppdrag og bestilling	242 126	60 330	4 025	15 350
Resultat 2020	213 612	59 934	3 967	13 685
Avvik	-28 514	-396	-58	-1 665
<i>Antall oppholdsdager dagbehandling</i>				
Krav i oppdrag og bestilling	35 095			
Resultat 2020	32 618			
Avvik	-2 477			
<i>Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner</i>				
Krav i oppdrag og bestilling	438 707	133 394	77 800	39 190
Resultat 2020	408 650	130 036	84 324	37 088
Avvik	-30 057	-3 358	6 524	-2 102

### Somatikk

Aktivitet innenfor somatikk inkludert H-resepter målt som antall ISF-poeng, 11278 poeng lavere enn budsjettet.

Det har vært lavere aktivitet i 2020 på døgn, dag og poliklinikk på grunn av koronapandemien. Det er iverksatt tiltak for å øke aktiviteten.

### Psykisk Helse og Rus

Det har vært en vekst i poliklinisk aktivitet innen psykisk helse og rus på 4,5 % fra 2019 til 2020. Aktiviteten er samlet sett 0,4 % høyere enn budsjett. Den største utfordringen har vært innen VOP- og TSB-feltet som oppnådde en poliklinisk aktivitet i 2020 som var henholdsvis 2,5 % og 5,4 % lavere enn i budsjett.

Årsaken er først og fremst koronapandemien, der nesten alle oppmøtekonsultasjoner de første ukene etter 12. mars ble utsatt. Det har også vært utfordringer med turnover og påfølgende forsinket rekrutteringsprosess som følge av koronapandemien, men dette er i ferd med å bedres. Innføring av digitale løsninger for konsultasjoner medfører mulighet for konsultasjoner via hjemmekontor ved karantene. Det pågår aktiviteter for å styrke kapasiteten i poliklinikkene og økt satsing på FACT samt økt produktivitet.

### 3.4.3 Håndtering av Covid-19

• *Foretaksmøtet ber helseforetakene om å:*

- *legge konkrete planer for å møte en situasjon med behov som angitt i Folkehelseinstituttets risiko-, prognose- og responsanalyse datert 24. mars, inkludert det maksimale behovet som er angitt.*
- *klargjøre hva som må til for å realisere en økning av intensivkapasiteten ut over det som er meldt inn, hvor stor denne kan være, hvor lenge den kan opprettholdes og når en slik økning eventuelt kan være på plass. Dette omfatter blant annet personalressurser, medisinsk utstyr og lokaler.*
- *vurdere om ressurser som i dag finnes utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten kan benyttes for å øke kapasiteten.*

*Oppdraget skal gjennomføres i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.*

*Det bes om foreløpig rapportering på status og mulig tiltak 1. april 2020. Endelig rapportering skal leveres innen 14. april 2020.*

Plan for økt behandlingsskapasitet i forbindelse med koronapandemien ble oversendt Helse Sør-Øst 14.4.2020. Planen omfatter kapasitetsbehov og arealkapasitet ved de fire somatiske sykehus i Vestre Viken, bygningsmessige kapasiteter (infrastruktur), IKT, medisinsk-teknisk utstyr og medisinsk diagnostikk. Rapporten inneholder også plan for bemanning, kompetanse og transport. Det er i tillegg etablert et samarbeid med Martina Hansens Hospital.

• *Vestre Viken HF skal fortsette arbeidet med å planlegge og forberede for et høyt antall intensivpasienter, i tråd med analyser gjennomført av Folkehelseinstituttet.*

Vestre Viken har gjennom 2020 hatt et kontinuerlig arbeid med videre planlegging og forberedelse for å kunne ta imot et høyt antall intensivpasienter. Herunder er det gjennomført kompetanseheving gjennom kurs og simuleringstrening. Klinikken har planer for styrking av bemanning på intensivavdelingene. Personell som ikke har daglig arbeid med intensivpasienter, og som skal bidra med behandling til kritisk syke pasienter med covid-19, har gjennomgått egen opplæring.

• *Vestre Viken HF skal starte opptrapping til mer normalt drift.*

Etter den første koronabølgen trappet Vestre Viken raskt opp driften og var i juni 2020 på mer enn 90 % av normal drift. Samtidig ble tiltak for å ta imot koronapasienter som for eksempel adgangskontroll, testing, mv opprettholdt. Vestre Viken har etter sommeren 2020 hatt en aktivitet på rundt 90 % innen døgnbehandling, 100 % innen dagbehandling, 85 % innen dagkirurgi og 100 % innen poliklinisk behandling sammenliknet med normal aktivitet.

Tildeling av stimuleringsmidler gjennom revidert nasjonalbudsjett er blant annet benyttet til utbedring av bygningene nettopp for å kunne ivareta ordinær pasientbehandling parallelt med økt tilførsel av covid-19 pasienter. Det er avsatt 3 MNOK av de tildelte stimuleringsmidlene til slike bygningsmessige tiltak ved Drammen Sykehus.

- *Vestre Viken HF skal styrke samarbeid med kommunene for å håndtere covid-19-epidemien, herunder legge til rette for faste møtepunkter og så langt som mulig innrette samarbeidet i tråd med prinsippene for innføring av helsefelleskap.*

Koronapandemien har i stor grad preget den praktiske hverdagen for samarbeidet mellom kommuner og sykehus i 2020. Det er opprettet kontaktutvalg med samarbeidskommunene på alle sykehus for å håndtere informasjonsflyt, spørsmål om smitte og testing, faglig samarbeid og beredskap.

Bærum og Drammen sykehus som har hatt størst smittebelastning, har hatt ukentlige møter med kommunale ledere og smittevernansvarlig kommuneoverlege. Pandemisituasjonen har vist at det er korte avstander og godt samarbeid i en akutt situasjon.

- *Vestre Viken HF skal ta i bruk digital hjemme oppfølging og nettbasert behandling der det er mulig og melde behov for justeringer i nasjonale rammevilkår som raskt kan iverksettes til Helse Sør-Øst RHF. Dette gjelder blant annet ISF-ordningen, reguleringer, praktisk veiledning og nasjonale e-helsetiltak.*

Koronapandemien har ført til at bruken av telefon- og videokonsultasjoner har økt betydelig, særlig under den første bølgen. Det er etablert et program for digital hjemmeoppfølging med diverse prosjekter innen videokonsultasjon og egenregistrering. Vestre Viken har gjennom programmet for digital hjemmeoppfølging hatt dialog med Helse Sør-Øst RHF om behovet for justeringer i nasjonale rammevilkår, for eksempel spørsmål rundt bruk av takster ved felleskonsultasjoner med bruk av video.

Måltall for andel pasienter som skal følges opp med digital hjemmeoppfølging tas inn i driftsavtaler 2021.

- *Vestre Viken HF skal samarbeide med utdanningsinstitusjonene om å finne løsninger som bidrar til at flest mulig helsefagstudenter kan gjennomføre praksis. Det gjelder spesielt for utdanninger det er særlig behov for, eksempelvis utdanning i akutt-, anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie, samt bioingeniører. Alternative veiledningsformer skal vurderes.*

Vestre Viken har et utbredt samarbeid med utdanningsinstitusjoner, først og fremst i Viken og Oslo. Antallet helsefagstudenter som får praksisplass er stadig økende. Selv om 2020 har gitt utfordringer knyttet til «student-tetthet» i klinikkene på grunn av koronapandemien, er planlagte praksisperioder gjennomført med noe tilpasning.

Vestre Viken har over tid arbeidet med alternative veiledningsformer, også før pandemien. Blant annet har studenter hatt en del digital veiledning samt gjennomført flere kurs via digitale plattformer.



- *Legge til rette for økt testkapasitet både gjennom utvidet laboratoriekapasitet, bistand til kommunene når det gjelder prøvetaking ved behov.*

Vestre Viken har fra tidlig mars 2020 bygd opp testkapasitet for å analysere SARS-CoV-2 prøver. Analysene er basert på forskjellige plattformer, og det brukes både PCR og hurtigtester. Det er etablert et godt samarbeid med Oslo universitetssykehus HF som analyserer koronatester fra befolkningen i Asker og Bærum. Nå etableres det på oppdrag fra Helse Sør- Øst et storvolumlaboratorium på Bærum sykehus for analyse av koronatester. Målet er at opptil 5 prosent av befolkningen i opptaksområdet til Vestre Viken kan testes pr. uke.

- *Overordnede rammer for aktiviteten i Vestre Viken HF i 2020 endres som følge av covid-19-epidemien.*

Koronapandemien har påvirket den planlagte driften i Vestre Viken i mars og april 2020. Fra mai 2020 har Vestre Viken klart å ha både god normalaktivitet, samtidig som foretaket er rigget for å behandle flere koronapasienter.

- *Vestre Viken HF skal prioritere samarbeid med avtalespesialister om aktiviteten i avtalepraksis og inngå samarbeidsavtaler der dette ikke er etablert.*

Det er et godt samarbeid med avtalespesialister spesielt på områder hvor Vestre Viken har lange ventetider. Samarbeidsavtaler etableres regelmessig.

### **3.5 Andre rapporteringer**

#### **3.5.1 Oppfølging av andre oppdrag**

##### *Stimuleringsmidler*

I forbindelse med koronapandemien ble det tildelt midler til Helse Sør-Øst med formål å stimulere til økt sysselsetting. Dette resulterte i at Vestre Viken ble tilført 50 MNOK til BRK (Bærum, Ringerike, Kongsberg)-prosjektet, 6 MNOK til digital hjemmeoppfølging, jf. pkt. 3.3.15 ovenfor, og 3 MNOK til utbedringer ved Drammen Sykehus for bedre tilrettelegging for aktivitet under pandemien, jf. pkt. 3.4.3 ovenfor. Tildelingen til BRK-prosjektet var forutsatt anvendt til allerede planlagte prosjekter i BRK-planen. Dette medførte at foretaket kunne fremskynde investeringer tilsvarende 50 MNOK for årene 2026 – 2027. Arbeidet er godt i gang på alle områder og vil strekke seg utover 2021. Denne finansieringen kommer i tillegg til de midler som er lagt til grunn i ØLP.

#### **3.5.2 Andre forhold ved driften**

##### *Prosjekt nytt sykehus i Drammen*

Vestre Vikens prosjektorganisasjon har fortsatt arbeidet med nytt sykehus i Drammen i samarbeid med HSØs prosjektorganisasjon PNSD. Arbeidet har tilpasset seg pandemisituasjonen, og har opprettholdt god fremdrift.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok forprosjektrapporten for nytt sykehus i Drammen i møte 14.03.19, sak 017-2019. Vestre Viken fikk i vedtaket i oppdrag å utarbeide en

detaljert gevinstrealiseringsplan. Denne ble vedtatt i styret for Vestre Viken i møte 27.04.20, i sak 20/2020 «Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD». Planen ble deretter oversendt Helse Sør-Øst RHF.

Styret i Vestre Viken orienteres regelmessig om prosjektet. I 2020 har styret også behandlet egne saker om «Erfaringer fra nytt Østfoldssykehus – vurderinger knyttet til nytt sykehus i Drammen» (sak 79/2020). «Erfaringer fra koronapandemien – vurderinger knyttet til nytt sykehus i Drammen (sak 80/2020) og «IKT-prosjekter frem mot NSD» (sak 81/2020).

Vestre Viken er representert i prosjektstyret for PNSD. Prosjektstyret rapporterer tertialvis til styret i Helse Sør-Øst.

#### *Endringer i styret for Vestre Viken*

Eieroppnevnt styremedlem Geir Strømmen bad seg fritatt fra vervet i løpet av 2020. I foretaksmøte 03.11.20 ble Ane R. Breivega oppnevnt i hans sted for resten av perioden fram til februar 2022.

Helse Sør-Øst RHF har vedtatt at styret for foretaket skal utvides med 2 eieroppnevnte representanter og ytterligere én representant valgt av og blant de ansatte. I foretaksmøte 17.12.20 ble to eierrepresentanter, Hans Kristian Glesne og Morten Stødle, valgt for resten av perioden. De ansatte har valgt Gry Lilleås Christoffersen som sin fjerde representant fram til nytt valg i mars 2021.

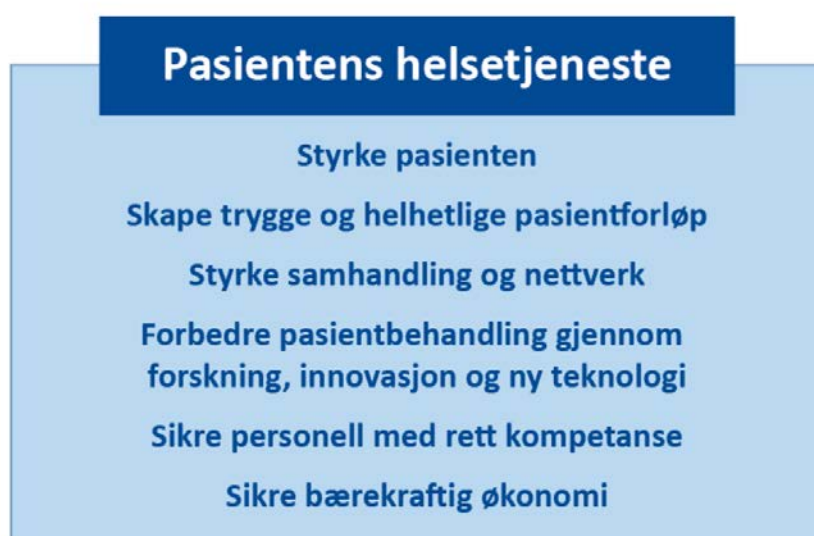
§ 7 i vedtektene for Vestre Viken HF om styret ble også endret hva angår antall styremedlemmer.

#### 4. Utviklingstrender og rammebetingelser

For nærmere omtale av utviklingstrender og rammebetingelser vises det til Utviklingsplan 2035 for Vestre Viken, vedtatt av styret 03.05.2018, sak 25/2018, og Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2021-2024, vedtatt av styret 27.04.20, sak 21/2020.

#### 5. Strategier og planer

Frem mot 2035 er Vestre Vikens hovedmål å skape pasientens helsetjeneste. Det er fastsatt i utviklingsplanen at dette skal realiseres gjennom seks delmål.



Rullering av strategiplan for Vestre Viken ble gjort våren 2020, og Strategiplan 2020-2023 ble vedtatt av styret for Vestre Viken i sak 19/2020, møte 27.04.20.

Styrende dokumenter og rammer for strategiplanen er:

- Utviklingsplan 2035 for Vestre Viken
- Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
- Oppdrag og bestilling for Vestre viken 2020
- Økonomisk langtidsplan 2021-2024
- Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD

Strategiplanen operasjonaliserer målområdene fra Utviklingsplanen og de øvrige styrende dokumentene, og danner grunnlaget for de årlige driftsavtalene med klinikkene.

Det er tidligere utarbeidet understrategier for forskning, innovasjon, teknologi, kompetanse og HMS.

Foretakene har fått i oppdrag å revidere lokale utviklingsplaner. Det er utarbeidet en veileder for arbeidet. Arbeidet er i oppstart.

Regjeringen har gitt oppdrag om å etablere helsefellesskap mellom kommuner og helseforetak med utgangspunkt i de eksisterende helseforetaksområdene og etablerte samarbeidsstrukturer, jfr. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Vestre Viken har hatt et godt organisert samarbeid med kommunene i opptaksområdet gjennom «kommunehelsesamarbeidet» hvor alle kommunene deltar. Dette utvikles nå videre som helsefellesskap i tråd med de føringer som er lagt.

Arbeid med Nytt sykehus i Drammen er et viktig område for helseforetaket. Det nye sykehuset skal bygges ferdig i løpet av 2024. Første del av innflytting er planlagt til januar 2025 og full drift fra mai 2025. Det vises her til rammer i vedtatt forprosjekt, og løpende rapportering.

**DEL IV: VEDLEGG**

**Vedlegg 1: Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2020 Vestre Viken**

## **INNSPILL FRA BRUKERUTVALGET TIL ÅRLIG MELDING 2020**

Arbeidsutvalget er gitt fullmakt til å utforme brukerutvalgets uttalelse til årlig melding for 2020. Samlet brukerutvalg får innspillet lagt fram i møte 17. februar 2021. Brukerutvalgets medlemmer har felles oppfatning av hovedtrekkene som kommer frem i resultat og utfordringer slik de er beskrevet.

### **1.5 Brukermedvirkning**

Pasienter, pårørende og deres organisasjoner er de viktigste talspersoner for pasientens helsetjeneste. Samvalg, kommunikasjon, opplæring og informasjon er særdeles viktig for å sikre brukermedvirkning på individnivå. Brukerutvalget ser positivt på at Vestre Viken aktivt følger opp og bidrar til å holde søkelys på brukererfaringsundersøkelsene og at disse skal brukes til forbedring.

### **2.1 Positive resultater og uløste utfordringer**

#### **Pandemien**

Brukerutvalget er i hovedsak tilfreds med måten Vestre Viken har håndtert konsekvensene for pasientene i forbindelse med pandemien. Resultatene viser blant annet at kreftpasientene er blitt godt ivaretatt.

Brukerutvalget er imidlertid ikke fornøyd med det store antall avbrutte behandlinger innen psykisk helsevern under pandemien. Mange avtaler med rusklinikken ble avlyst i perioden.. Utvalget er sterkt bekymret for pasientene som fikk sin behandling avbrutt og viser til informasjon på nettsidene om belastningene ved reduksjon av tilbudene. Avbrudd øker blant annet risikoen for overdoser og selvmord. Brukerutvalget vil samtidig berømme den raske omstillingen PHR gjorde med tilbud om digitale konsultasjoner.

#### **Kreft**

##### Måloppnåelse

Brukerutvalget viser til en variasjon gjennom kalenderåret på måloppnåelse for ulike krefttyper og for hvilken behandlingsform et pakkeforløp avsluttes med. Gjennomsnittet er bra, men variasjonen mellom krefttypene bør håndteres og reduseres.

##### Pakkeforløp

Brukerutvalget er fornøyd med standard gjennomsnitt forløpstid på 72 prosent, men savner omtale av de områder som særlig krever tiltak for forbedring. Brukerutvalget er fortsatt bekymret for at enkelte forløp som prostatakreft og brystkreft har høy gjennomsnittlig forløpstid. Det er behov for å se på enkeltforløpene for seg, og Brukerutvalget savner en beskrivelse av utfordringsområdet for hvert av disse. Utvalget ønsker en oversikt over gjennomsnittlig forløpstid for hvert enkelt pakkeforløp.

### **3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen**

#### **3.1.1. Ventetid og fristbrudd**

På bakgrunn av covid19 situasjonen er Brukerutvalget tilfreds med at gjennomsnittlig ventetid ikke har økt mer enn tre dager. Brukerutvalget er også fornøyd med ventetidsutviklingen for somatikken, men ikke med at en så sårbar gruppe som barn og

unge får økt ventetid. Det er positivt at noe avvik er innhentet i siste kvartal, men det er i utgangspunktet lenge for denne målgruppen å vente i 37 dager.

Brukerutvalget er også generelt bekymret for den gjennomsnittlige ventetiden på 45 dager på årsbasis VOP og ber Vestre Viken iverksette tiltak for å oppnå kortere ventetid. De nasjonale målene gir etter utvalgets mening for mye spillerom for det enkelte helseforetak. Vestre Viken må sørge for at målene med pakkeforløp for psykisk helse og rus, også er å bidra til bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner.

### **Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Vestre Viken ligger langt unna måltallet på minst 80 prosent for andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid, og for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB. Kan det være at det kodes ulikt eller uriktig på enkelte områder? Brukerutvalget etterlyser generelt større fokus på bruk av koder og måling på nasjonale indikatorer.

Brukerutvalget noterer seg og har store forventninger til at Vestre Viken forventer økt måloppnåelse med implementering av ny plattform for digitale kartlegginger via CheckWare, ultimo 2021.

Brukerutvalget har en bekymring når det gjelder BUP og lange ventetider.

Brukerutvalget savner også en vurdering av unge pasienters tilfredshet med økt bruk av videokonsultasjoner.

#### **3.1.2 Pasientavtaler**

Brukerutvalget registrerer at Vestre Viken ikke når måltallene for 2021 og forutsetter tiltak for raskest mulig å hente inn etterslepet i løpet av året. Det bør dokumenteres at kravet er fulgt opp.

Brukerutvalget savner generelt en gjennomgang av mangler i helsetjenester som ytes.

#### **3.2.2 Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern og TSB**

Brukerutvalget viser til at andel pakkeforløp som er gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 prosent, og at Vestre Viken nå oppfyller dette.

Brukerutvalget har lagt merke til at pakkeforløpene for poliklinisk psykisk helsehjelp ikke registreres på samme måte som i somatikken. Utvalget er usikker på om det er gode grunner for dette. Utvalget er videre kjent med at pårørende har etterlyst pakkeforløp for sine barn, og ser at foretaket er langt unna å nå de nasjonale målene på dette området.

Vestre Viken må sørge for at arbeidet med pakkeforløpene for psykisk helse og rus også bidrar til bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner.

Brukerutvalget er fornøyd med utviklingen vi ser med reduksjon av tvangsbruk og har forventninger om ytterligere forbedring.

Brukerutvalget er også bekymret for avvisninger, manglende oppmøte, utskriving uten ny behandling/oppfølging i koronaperioden. Det er nødvendig at pakkeforløpene sikres også etter utskriving fra TSB.

## **FACT**

Brukerutvalget er fornøyd med 70 % standard forløpstid og fortsatt økt satsning på FACT, men er samtidig bekymret for at ensidig fokus på kvantitet vil kunne gå på bekostning av kvaliteten. Gis riktige tjenester til rett person?

Brukerutvalget etterlyser i denne sammenhengen generelt en oversikt over kvalitetsindikatorer for tjenestene og viser til viktigheten av tilpassede tjenester til den enkelte pasient.

### **3.2.4 Henvisninger og epikrise**

Brukerutvalget er fornøyd med forbedrede tall for oversendelse av epikriser, men understreker at det er viktig med fortsatt god progresjon på andel epikriser oversendt samme dag.

Brukerutvalget er bekymret for en fortsatt stor avvisningsrate når det gjelder henvisninger. Personellmangel er ikke tilstrekkelig grunn for å unnlate å kalle inn til nødvendig behandling. Ved eventuell mangel forventer utvalget at Vestre Viken aktivt rekrutterer nytt personell.

## **3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet**

### Samvalg

Brukerutvalget er fornøyd med arbeidet Vestre Viken har gjort og foretaket må fortsette å holde fokus på å styrke pasientrollen som et hovedinnsatsområde i handlingsplaner og strategier. Her skal pasientinformasjon og -opplæring, samvalg og kommunikasjon være satsningsområder. Helseforetaket må fortsette å jobbe med å trene opp helsepersonell i programmet «Klar for samvalg» og at de gjøres stand til å forstå 6 steg til samvalg.

Brukerutvalget er veldig fornøyd med at Vestre Viken er godt i gang med dette arbeidet. Å styrke brukermedvirkning på individnivå må fortsatt være et fokusområde i 2021.

Samvalg er etter brukerutvalgets mening strategisk viktig for å oppfylle pasientrettighetslovens intensjoner og realisere «pasientens helsetjeneste».

### **3.3.4 Bruk av bredspektret antibiotika**

Brukerutvalget registrerer at det går riktig vei og er veldig fornøyd med utviklingen av arbeidet som gjøres for redusert bruk av antibiotika i forhold til målene fra 2012.

Brukerutvalget forventer ytterligere reduksjon.

### Korridorpasienter

Brukerutvalget registrerer at det er en forbedring av antall registrerte korridorpasienter, men stiller spørsmål ved hvor mye av nedgangen som skyldes pandemien. Utvalget vil følge utviklingen nøye gjennom 2021.

### **3.3.8 Pasienttransport**

Brukerutvalget ser den positive utviklingen for pasienttransport, men mener det fortsatt bør være en 0-visjon for at pasienter ikke transporteres hjem etter kl. 22.

### **3.3.10 Epikriser somatikk**

Brukerutvalget er fornøyd med god utvikling når det gjelder epikriser innen somatikken, men mener at *alle* pasienter skal få epikrise i hånden eventuelt at den ettersendes på utskrivningsdagen.



### **3.3.12 Kompetansekartlegging og utvikling**

Brukerutvalget er tilfreds med at alle de fire sykehusene har breddekompetanse innenfor behandling av eldre. Utvalget forventer at kompetansen forsterkes ytterligere de nærmeste årene. «Skrøpelige eldre» er og bør være en prioritert gruppe

### **3.3.15 IKT-utvikling og digitalisering**

Brukerutvalget er opptatt av kvaliteten på konsultasjonene og at teknisk utvikling ikke går på bekostning av denne. Brukerutvalget deltar derfor aktivt i utviklingen med særlig fokus på kvalitet og innhold i den digitale konsultasjonen. Utvalget følger med på brukeres tilbakemeldinger der disse ikke fungerer godt nok.

Utvalget registrerer at bruken av digitale konsultasjoner har gått ned etter hvert som kontrollen på pandemien øker. Utvalget ønsker imidlertid økt bruk av digitale konsultasjoner, også på lenger sikt. Utvalget viser også til helseministerens sykehustale.

Brukerutvalget ønsker at muligheter for digital hjemmeoppfølging videreutvikles og i økende grad tas i bruk, for eksempel for tilbakemeldinger og egenregistreringer.

### **3.3.17 Samfunnsansvar**

#### **Et koordinert helsetilbud - samhandling**

Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten må fortsatt prioriteres høyt. Blant annet må arbeidet med «Trygg utskriving» følges opp.

Brukerutvalget mener at sykehusene i større grad må bidra aktivt til å sette kommunene i stand til å overta oppgaver fra sykehusene.

Brukerutvalget er fortsatt bekymret for at mange pasienter med store og sammensatte behov ikke får den oppfølgingen de trenger i kommune- og spesialisthelsetjenesten samlet sett.

### **Oppsummering**

Brukerutvalget slutter seg til at det har vært en positiv utvikling i 2020 selv med en pandemi siden mars. Vi ser fortsatt at mange målene fortsatt ikke er nådd.

Brukerutvalget mener at pasienter som kommer til sykehusene i regionen i all hovedsak får god behandling, og at vi har en helsetjeneste som gjennomgående viser gode medisinske resultater. Dette er godt grunnlag for videre arbeid med å skape «pasientens helsetjeneste» slik at brukere, pasienter og pårørende opplever at de er partnere i helsetjenesten.

Dato: 19. februar 2021  
Saksbehandler: Halfdan Aass

## Saksfremlegg

### Oppdrag og bestilling 2021 og protokoll fra foretaksmøte i Vestre Viken HF 19. februar 2021

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	12/2021	22.02.21

### Forslag til vedtak

Styret tar Oppdrag og bestilling 2021 og protokoll fra foretaksmøte i Vestre Viken HF 19. februar 2021 til etterretning

Sted, 19. februar 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

**Bakgrunn**

Helse- og omsorgsdepartementets styring av Helse Sør-Øst RHF gjøres gjennom årlig oppdragsdokument og vedtak i foretaksmøter. Helse Sør-Øst RHF gir videre styringsbudskap årlig gjennom «Oppdrag og bestilling» som overleveres i foretaksmøte, og gjennom foretaksmøter i løpet av året etter behov.

**Saksutredning**

Oppdrag og bestilling 2021 ble overlevert i foretaksmøte 19. februar 2021. Det var ikke andre saker til behandling i foretaksmøtet.

Gjennom Oppdrag og bestilling 2021 (OBD) gis Vestre Viken styringskrav fra Helse Sør-Øst RHF (HSØ) for 2021. Det anføres også at Vestre Viken HF skal sette seg inn i overordnede føringer og styringsbudskap gitt Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksprotokoller i 2021 og grunnlaget for disse.

I styringsbudskapet fremholde at Vestre Viken HF, innenfor foretakets ansvarsområder, skal understøtte arbeidet med hovedmålene som HSØ er gitt i styringsdokumentene:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Helseforetaket skal sette seg inn i og, så raskt som mulig, følge opp tiltak og funn i rapporter fra gjennomførte tilsyn.

Pandemisituasjonen er uforutsigbar i 2021. Nye smitteutbrudd kan oppstå lokalt, Samtidig vil vaksineringsforbedre situasjonen utover i 2021. Helseforetakene skal derfor også i 2021 være forberedt på smitte og sykdom i befolkningen med mulig behov for økning i sengekapasitet og spesielt intensivkapasitet. Rehabilitering etter covid-19 i tråd med nasjonale faglige råd er viktig. De gode smittevernrutinene som er innarbeidet i forbindelse med pandemien må videreføres, samtidig som det opprettholdes en mest mulig normal drift gjennom 2021.

Målene i regional utviklingsplan skal understøttes:

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet

Det anføres at mange av styringsbudskapene fra tidligere års oppdrag og bestilling vil kreve fortsatt oppfølging uten at de er spesielt nevnt i årets dokument. Dette gjelder styringsbudskap som må betraktes som systemkrav og som forventes å inngå i virksomhetsstyringen, samt krav og oppdrag som ikke er gjennomført som forutsatt.

I Oppdrag og bestilling 2021 er det listet opp nye nasjonale og nye regionale dokumenter som skal legges til grunn for utvikling av tjenesten. De henvises her til dokumentet, s. 6-7.

Det er angitt konkrete mål for 2021 for hvert av de tre hovedmålene som er omtalt over. I tillegg er det stilt krav knyttet til beredskap og sikkerhet, informasjonssikkerhet, revisjon av utviklingsplaner, oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser, resultatkrav og aktivitetskrav.

Styringsbudskapene er delt i *Mål for 2021* og *Annen oppgave 2021*. Helse Sør-Øst vil følge opp målene for 2021 i de faste oppfølgingsmøtene med foretaket mens styringsbudskapet under

**Post:** Vestre Viken HF, Postboks 800, 3004 Drammen | **Telefon:** 03525 | **Org. Nr:** 894.166.762 | [postmottak@vestreviken.no](mailto:postmottak@vestreviken.no)

**Vår bank:** Danske Bank | **Kontonummer:** 8601 72 17986. | **IBAN:** NO93 8601 7217 986. | **SWIFT:** DABANO22

*Annen oppgave 2021* blir fulgt opp dersom det er behov. Vestre Viken HF skal rapportere avvik i forhold til oppgaveløsningen.

Det understrekes at styret og ledelsen i Vestre Viken HF har ansvar for å følge med på Helseledelsekontrollens kvalitetsindikatorer og eventuelt iverksette tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene.

Det må påregnes at det kommer supplerende eller nye styringsbudskap i løpet av året. Disse vil bli gitt i foretaksmøter eller i form av egne brev. I august 2021 vil det bli utarbeidet et tilleggsdokument til oppdrag og bestilling hvor nye styringsbudskap fra HSØ vil bli tatt inn.

I årlig melding for 2021 skal det som hovedregel rapporteres på alle styringsbudskap under overskriftene *Mål 2021* og *Annen oppgave 2021* samt ytterligere styringsbudskap gitt gjennom året. Helse Sør-Øst vil utarbeide en mal for årlig melding mot slutten av året.

For å sikre gjennomføring av eiers oppdrag i Vestre Viken er det etablert et system for inngåelse av driftsavtaler i linjen mellom de forskjellige ledernivåene. Driftsavtalene operasjonaliserer og spesifiserer oppdrag til klinikkene. Det er innarbeidet krav fra oppdragsdokumentet og andre sentrale styringsdokumenter for virksomhetsstyringen i 2020. Administrerende direktør har månedlige oppfølgingsmøter med klinikkene. Målene og plan for måloppnåelse er også omtalt i styresak 78/2020 «Budsjett og mål 2021», styremøte 14. desember 2020.

Styret får løpende rapportering i virksomhetsrapporteringen.

#### **Administrerende direktørs vurderinger**

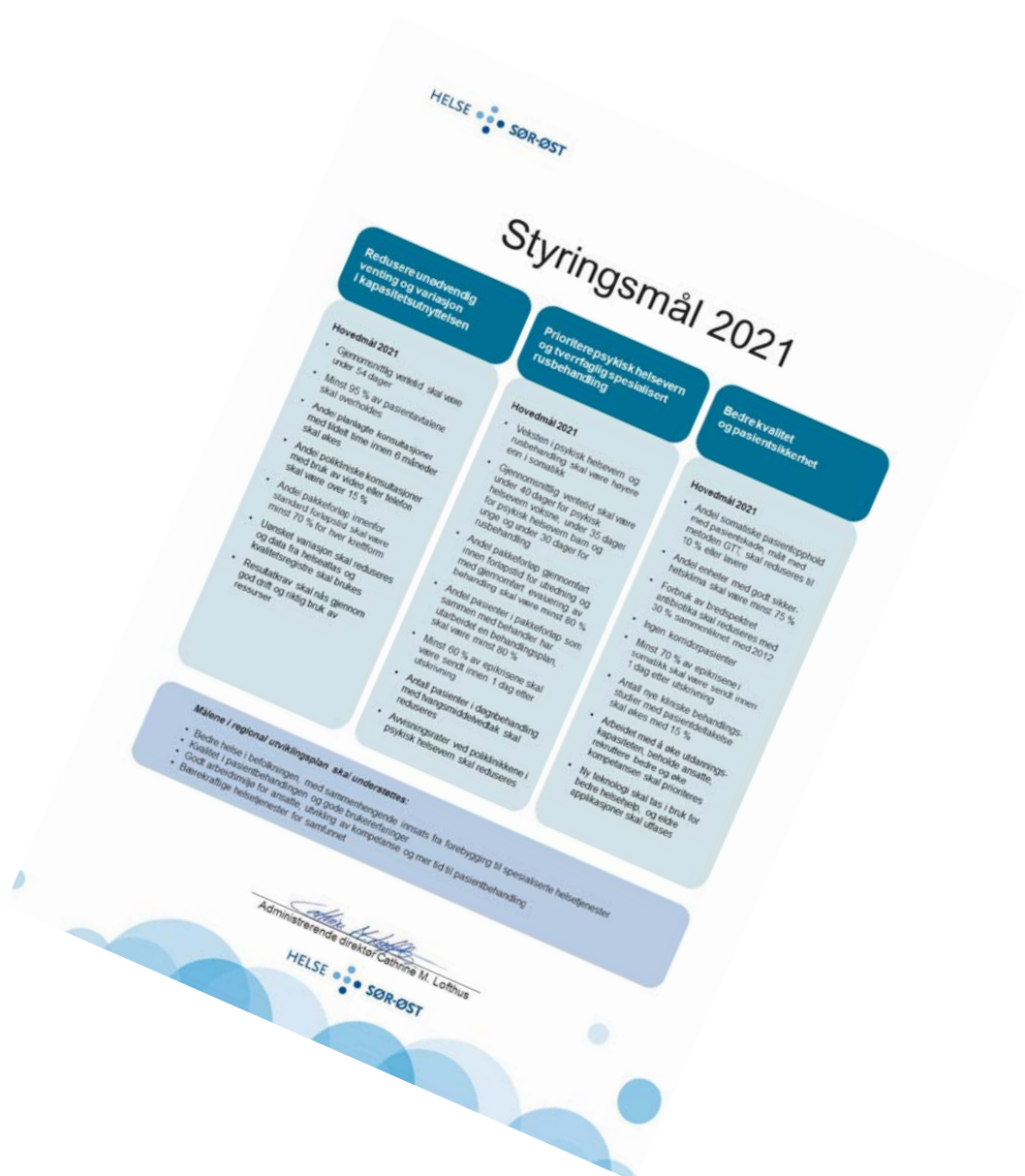
Administrerende direktør viser til at «Oppdrag og bestilling 2021» som nå foreligger, er i tråd med de forventninger som er lagt til grunn for arbeid i foretaket i 2021. Alle styringsbudskap vil bli gjennomgått for å sikre at de iverksettes. Arbeidet operasjonaliseres internt gjennom driftsavtaler og følges opp regelmessig. Rapportering til styret er sikret gjennom virksomhetsrapporteringen.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar «Oppdrag og bestilling 2021» og protokoll fra foretaksmøtet 19. februar 2021 til etterretning.

Vedlegg:

1. Oppdrag og bestilling 2021
2. Protokoll fra foretaksmøte med Vestre Viken 19. februar 2021

# OPPDRAK OG BESTILLING 2021 FOR VESTRE VIKEN HF



**HELSE SØR-ØST**

## Styringsmål 2021

### Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

**Hovedmål 2021**

- Gjennomsnittlig ventetid skal være under 54 dager
- Minst 95 % av pasientavtalene skal overholdes
- Andre planlagte konsultasjoner med likt inn i innen 6 måneder skal økes
- Andel polikliniske konsultasjoner med bruk av video eller telefon skal være over 15 %
- Andel pakkeforløp innenfor standard forløpsid skal være minst 70 % for hver kreftform
- Uønsket variasjon skal reduseres
- Kvalitetsregistre skal brukes og god bruk av IT og tidlig bruk av ressurser

### Prioriterer psykisk helsevern og øvringslig spesialisert rusbehandling

**Hovedmål 2021**

- Veksten i psykisk helsevern og rusbehandling skal være høyere enn i somatisk
- Gjennomsnittlig ventetid skal være under 40 dager for psykisk helsevern voksne, under 35 dager for psykisk helsevern barn og rusbehandling
- Andel pakkeforløp gjennomført innen fortløpsid for ledning og behandling skal være minst 80 % sammen med evaluering av utvalgte en behandlingsplan, skal være minst 80 %
- Minst 60 % av episoder skal være minst innen 1 dag etter utskrivning
- Antall pasienter i døgnerbehandling med farmakologisk skal reduseres
- Avsningsprater ved poliklinikkene i psykisk helsevern skal reduseres

### Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

**Hovedmål 2021**

- Andel somatiske pasientoppfølg med pasientkaede, målt med metoden GTI, skal reduseres til 10 % eller lavere
- Andel enheter med god sikkerhetskultur skal være minst 75 %
- Forbruk av broddspokket stiletts skal reduseres med 30 % sammenliknet med 2012
- Ingen kondospasienter
- Minst 70 % av episoder i somatisk skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning
- Antall nye kliniske behandlingsstasjoner med pasientdelaktighet skal økes med 15 %
- Arbeidet med å øke utdanningskapasiteten, beholde ansatte kompetansen, bedre og øke kompetansen skal prioriteres
- Ny teknologi skal tas i bruk for bedre helsehjelp, og eldre applikasjoner skal utløses

**Målene i regional utviklingsplan skal underrettes:**

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helse tjenester
- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukerforhold
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Effektive helse tjenester for samfunnet

Administrerende direktør *Cathrine M. Lofthus*  
HELSE SØR-ØST

## Innhold

Innledning .....	4
Overordnede føringer .....	4
Regional utviklingsplan.....	5
Oppfølging av styringsbudskap.....	6
Nye dokumenter som gjøres gjeldende .....	6
1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.....	8
1.1 Ventetid somatikk.....	8
1.2 Pasientavtaler.....	8
1.3 Pakkeforløp kreft .....	8
1.4 Uønsket variasjon .....	8
1.5 Kapasitetsutnyttelse .....	8
2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	9
2.1 Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk .....	9
2.2 Ventetid psykisk helsevern og TSB.....	9
2.3 Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB.....	9
2.4 Epikriser psykisk helsevern og TSB.....	9
2.5 Henvisninger psykisk helsevern .....	10
2.6 Tvangsbruk psykisk helsevern .....	10
2.7 Samarbeidspartnere innen psykisk helsevern og TSB.....	10
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet .....	11
3.1 Pasientsikkerhet og sikkerhetskultur .....	11
3.2 Legemidler .....	11
3.3 Korridorpasienter.....	11
3.4 Epikriser somatikk .....	12
3.5 Behandlingstilbud.....	12
3.6 Behandlingskapasitet.....	12
3.7 Forskning og innovasjon .....	12
3.8 Bemanning og kompetanse.....	13
3.9 Ny teknologi for bedre helsehjelp .....	13
4. Øvrige krav og rammer for 2021 .....	15
4.1 Beredskap og sikkerhet.....	15
4.2 Informasjonssikkerhet.....	15
3.3 Revisjon av utviklingsplaner .....	16
4.4 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser .....	16
5. Tildeling av midler og krav til aktivitet.....	17

5.1	Økonomiske krav og rammer.....	17
5.2	Aktivitetskrav.....	18
6.	Oppfølging og rapportering.....	19
Vedlegg 1.	Detaljert økonomitabell.....	20
Vedlegg 2.	Detaljert aktivitetstabell.....	21

## Innledning

Helseforetakets formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det.

### Overordnede føringer

Gjennom oppdrag og bestilling gis Vestre Viken HF styringskrav fra Helse Sør-Øst RHF for 2021. Vestre Viken HF skal også sette seg inn i overordnede føringer og styringsbudskap gitt Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller i 2021 og grunnlaget for disse.

Innenfor sine ansvarsområder skal Vestre Viken HF understøtte arbeidet med hovedmålene Helse Sør-Øst RHF er gitt i styringsdokumentene:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Helseforetaket har også ansvar for å sette seg inn i og, så raskt som mulig, følge opp tiltak og funn i rapporter fra gjennomførte tilsyn.

Pandemisituasjonen er uforutsigbar i 2021. Nye smitteutbrudd kan oppstå lokalt. Samtidig vil utrulling av vaksine forbedre situasjonen utover i 2021. Helseforetakene må derfor også i 2021 være forberedt på smitte og sykdom i befolkningen, med mulig behov for økning i sengekapasitet og spesielt intensivkapasitet. Rehabilitering og opptrening etter covid-19-sykdom er viktig for å unngå senfølger, og Helsedirektoratet har publisert nasjonale faglige råd om rehabilitering etter covid-19-sykdom. Helseforetaket må videreføre de gode smittevernrutinene som er innarbeidet i forbindelse med pandemien. Det er samtidig viktig at det opprettholdes en mest mulig normal drift gjennom 2021.

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve åpenhet, respekt, og medvirkning i valg av behandling og hvordan den skal gjennomføres. Pasientene skal involveres i beslutningsprosesser gjennom samvalg og ha reell innflytelse. Helseforetaket skal bidra til kompetanseheving hos helsepersonell i samvalg og utbredelse av samvalg.

Pårørende skal informeres og deres kunnskap og erfaringer anerkjennes og benyttes i pasientbehandlingen. God kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er grunnleggende i all pasientbehandling, og innebærer også bruk av tolketjenester når det er behov for det.

Etniske minoriteter skal ivaretas og helseforetaket skal styrke helsepersonellens kulturelle kompetanse, slik at dette understøtter målet om likeverdige helsetjenester for alle. Møtet med den enkelte pasient skal preges av respekt og omsorg, slik at diskriminering av alle typer unngås.

Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres gjennom hele behandlingsforløpet. Det vises her til at de regionale helseforetakene, har utviklet strategidokumentet *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen*.

Pasientene skal oppleve sammenhengende helse- og omsorgstjenester på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. I helsefellesskapene skal kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere. Sammen med representanter for brukere og fastleger skal det planlegges og utvikles tjenester til pasienter med behov for



tjenester fra begge nivå. Barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser skal prioriteres i dette arbeidet. Det varierer hvor mange sykehus og kommuner som vil inngå i de ulike helsefellesskapene. Helsefellesskapene vil også omfatte ideelle aktører som har avtale med de regionale helseforetakene. I Helse Sør-Øst gjelder dette Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, som begge har egne opptaksområder. De ulike helsefellesskapene vil derfor kunne ha behov for ulike tilpasninger i samarbeidsstrukturen. Styret i Helse Sør-Øst RHF understreker at det i arbeidet med helsefellesskapene må sikres god medvirkning fra ansatte og brukere.

Regjeringen vil skape det utadvendte sykehus. Spesialister fra store sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, spesialister fra sykehus skal samarbeide med kommunal helse- og omsorgstjeneste og pasienter skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenesten hjemme, digitalt eller ved ambulante tjenester. Det utadvendte sykehus betyr også at helseforetakene skal spille en aktiv rolle i lokalsamfunnet i tråd med sitt samfunnsansvar. Helseforetakene er store arbeidsplasser, de er utdanningsarenaer og de kan være en viktig samarbeidspartner for både lokalt og internasjonalt næringsliv.

Bemanning, utdanning, kvalitets- og kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling. Det viktigste arbeidet for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet skjer lokalt. Et systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene, skal være målet for virksomhetenes arbeid. Samarbeid med utdanningssektoren er viktig for kompetanseutvikling i spesialisthelsetjenesten, og støtter opp om arbeidet for å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde personell. Klinisk forskning skal være en integrert del av pasientbehandlingen. Det er et ledelsesansvar å bidra til dette og å sette av nødvendige ressurser og sørge for infrastruktur for effektiv gjennomføring av kliniske studier. Utvikling av ny teknologi og mer presis diagnostikk og behandling gjennom innovasjon og næringslivssamarbeid er sentralt for å skape en bærekraftig helsetjeneste.

Regjeringen er opptatt av å legge til rette for at helsepersonells hverdag blir så god som mulig og har blant annet iverksatt tiltak for å sikre tilgang til smittevernutstyr og vaksiner til helsepersonell. Helseforetakene som arbeidsgivere må ivareta medarbeiderne på en god måte og tilpasse belastningen på de ansatte så langt det er mulig. Dette gjelder også ledere på alle nivåer. Arbeidet må skje i nært samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten. I den situasjonen vi nå står i, er det viktig å støtte de ansatte med tiltak som bidrar til et trygt og sikkert arbeidsmiljø, slik at fravær og frafall forhindres.

Aktivitet og arbeidsdeltakelse er helsefremmende og bidrar til inkludering. Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med NAV, sørge for samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester for pasienter som trenger det for å bli inkludert i arbeidsliv eller skole, jf. Meld. St. 7 (2019-2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*.

## Regional utviklingsplan

I oppdrag og bestilling 2019 er *Regional utviklingsplan 2035* (RHF-styresak 114-2018) gjort gjeldende for helseforetaket. Planen skal legges til grunn for utvikling av tjenestene også i årene fremover.

Målene i regional utviklingsplan skal understøttes:

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester

- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet

## Oppfølging av styringsbudskap

Flere av oppdragene som er gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller til Helse Sør-Øst RHF må gjennomføres på regionalt nivå og omtales ikke i oppdrag og bestilling. Det forutsettes likevel at Vestre Viken HF medvirker og/eller tar del i oppfølgingen når det er nødvendig. Helse Sør-Øst RHF vil i så fall komme tilbake med nærmere informasjon om medvirkning/oppfølging for det enkelte oppdrag.

Mange styringsbudskap fra tidligere års oppdrag og bestilling vil kreve fortsatt oppfølging uten at de er spesielt nevnt i årets dokument. Dette gjelder styringsbudskap som må betraktes som systemkrav og som forventes å inngå i virksomhetsstyringen, samt krav og oppdrag som ikke er gjennomført som forutsatt. Selv om det ikke stilles krav om rapportering for disse områdene vil status for arbeidet kunne etterspørres av Helse Sør-Øst RHF i den faste oppfølgingen av helseforetaket.

I oppdrag og bestilling 2021 er det lagt vekt på at styringsbudskapene skal fremstilles samlet, slik at oppfølging og rapportering blir så oversiktlig som mulig. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp styringsbudskap under *Mål 2021* i de faste oppfølgingsmøtene med Vestre Viken HF. Styringsbudskap under *Annen oppgave 2021* vil bli fulgt opp dersom det er behov. Vestre Viken HF skal rapportere avvik i forhold til oppgaveløsningen. Styret og ledelsen i Vestre Viken HF har ansvar for å følge med på Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og evt. iverksette tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene.

Det må påregnes at det i løpet av året vil komme supplerende eller nye styringsbudskap. Disse vil bli gitt i foretaksmøter for helseforetakene eller i form av egne brev, men vil ikke medføre at dette dokumentet blir revidert. Disse styringsbudskapene må likevel integreres i styrings- og rapporteringssystemene. I august vil det bli utarbeidet et tilleggsdokument til oppdrag og bestilling. I dette dokumentet vil nye styringsbudskap fra Helse Sør-Øst RHF bli tatt inn.

I årlig melding 2021 skal det som hovedregel rapporteres på alle styringsbudskap under overskriftene *Mål 2021* og *Annen oppgave 2021*. Årlig melding skal også omfatte styringsbudskap som er gitt i løpet av året i foretaksmøter og tilleggsdokument til oppdrag og bestilling. Der måloppnåelsen ikke er tilfredsstillende, skal årlig melding inneholde oversikt over tiltak som er iverksatt for å bedre måloppnåelse og forventet tid for full måloppnåelse.

Det vil mot slutten av året bli utarbeidet egen mal for årlig melding der de endelige rapporteringskravene vil fremkomme.

Når helseforetaket anmodes om bistand i prosjekter ledet av Helse Sør-Øst RHF skal nødvendige ressurser til å gjennomføre prosjektene stilles til disposisjon etter avtale. Utgifter til reise etc. i forbindelse med prosjektarbeidet skal som hovedregel dekkes av helseforetaket.

## Nye dokumenter som gjøres gjeldende

Følgende nye nasjonale dokumenter skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Meld. St. 15 (2019 – 2020) Også vi når det blir krevet - Veteraner i vår tid
- Meld. St. 24 (2019 – 2020) Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve
- Meld. St. 11 (2020 – 2021) Kvalitet og pasientsikkerhet 2019

- Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025
- Demensplan 2025
- Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029
- Nasjonal handlingsplan for kliniske studier (2021–2025)
- Nasjonal alkoholstrategi 2020–2025
- Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan.
- Strategidokumentet Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen

Følgende nye regionale dokumenter gjøres gjeldende og skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Regional delstrategi pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (RHF-styresak 009-2021)
- Delstrategi teknologiområdet (RHF-styresak 049-2020)
- Økonomisk langtidsplan 2021-2024 (RHF-styresak 060-2020)
- Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst (RHF-styresak 107-2020)

# 1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Bedre samarbeid mellom private ideelle, private kommersielle og offentlige helsetjenester betyr bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og nye arbeids- og samarbeidsformer. Ventetidene har økt som følge av virusutbruddet, og utsatte pasientavtaler må tas igjen. Pasientene skal slippe unødvendig ventetid. Pasientforløpene skal være gode og effektive. Det er innført pakkeforløp for kreft, hjerneslag, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kunnskap om variasjon i kapasitetsutnyttelsen skal brukes aktivt som grunnlag for å øke kapasitet og gi mer likeverdig tilgang til helsetjenester.

Pasientene skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenesten i hjemmet gjennom bruk av digital hjemmeoppfølging, videokonsultasjon og nettbasert behandling. Digital hjemmeoppfølging kan bidra til et mer differensiert og tilpasset tjenestetilbud, og bedre ressursutnyttelse. Bruk av videokonsultasjon og nettbasert behandling har vært avgjørende for å kunne sikre et trygt tilbud til pasientene gjennom pandemien.

## 1.1 Ventetid somatikk

### Mål 2021

- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle helseforetak sammenliknet med 2020.
- I 2021 skal gjennomsnittlig ventetid innen somatiske tjenester være under 54 dager i helseforetakene i Helse Sør-Øst. Målet er å oppnå gjennomsnittlig ventetid under 50 dager i 2022.

## 1.2 Pasientavtaler

### Mål 2021

- Helseforetaket skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Helseforetaket skal overholde minst 95 prosent av avtalene innen utgangen av 2021.
- Helseforetaket skal øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020. Dette skal måles ved indikatoren planleggingshorisont.
- Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 prosent.

## 1.3 Pakkeforløp kreft

### Mål 2021

- Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 prosent. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.

## 1.4 Uønsket variasjon

### Mål 2021

- Uønsket variasjon skal reduseres og data fra helseatlas og kvalitetsregistre skal brukes.

## 1.5 Kapasitetsutnyttelse

- Helseforetaket skal gjennomføre tiltak som gir kortere ventetider ved poliklinikker i 2021.

## 2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Helseforetaket skal fortsette å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Pasientene skal oppleve sammenhengende tjenester på tvers av spesialisthelsetjeneste og kommuner, og implementering av pakkeforløp har høy prioritet. Sammenhengende tjenester er spesielt viktig overfor barn og unge og for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Rutiner for systematisk dialog med kommunene ved henvisning til BUP legger til rette for raskere helsehjelp på riktig nivå. Samarbeid om henvisning gjør at pasientene får rett tilbud på riktig nivå.

Det må legges til rette for å forebygge kriser, akuttinnleggelser og bruk av tvang. Tverrfaglige oppsøkende team som for eksempel ACT og FACT-team, der det er befolkningsmessig grunnlag for det, bidrar til god og sammenhengende behandling. Prøveprosjektet med heroinassistert behandling skal i 2021 etableres fullt ut i Oslo og Bergen.

### 2.1 Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk

#### Mål 2021

- Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges det til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn den var for somatikk i 2019.
- Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.

### 2.2 Ventetid psykisk helsevern og TSB

#### Mål 2021

- Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne.
- Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge.
- Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 30 dager for TSB.

### 2.3 Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB

#### Mål 2021

- Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 prosent.
- Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 prosent.
- Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 prosent.

### 2.4 Epikriser psykisk helsevern og TSB

#### Mål 2021

- Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.

## 2.5 Henvisninger psykisk helsevern

### Mål 2021

- Avvisningsrater ved poliklinikkene i psykisk helsevern skal reduseres.

## 2.6 Tvangsbruk psykisk helsevern

### Mål 2021

- Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i døgnbehandling i psykisk helsevern skal reduseres i 2021.

## 2.7 Samarbeidspartnere innen psykisk helsevern og TSB

### Annen oppgave 2021

- Helseforetaket skal etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i alle fengsler, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet. Det forutsettes at helseforetaket gjennomfører lokale planprosesser i samarbeid med Kriminalomsorgen lokalt.

### 3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Det skal arbeides systematisk og målrettet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene. *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring* skal følges opp regionalt og lokalt. Forskriften og *Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*, er sentrale verktøy for systematisk og ledelsesforankret arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det skal være åpenhet om forskningsbasert kunnskap, pasient- og pårørendeerfaringer, kvalitetsmålinger og uønskede hendelser. Dette skal brukes aktivt i kvalitetsforbedring og for å redusere uønsket variasjon. Risikovurdering av pasientsikkerhet må inngå i planlegging, gjennomføring og evaluering av alle tiltak innad og på tvers av tjenestenivå. Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. «*En vei inn*» er etablert gjennom melde.no for å forenkle innrapportering til melde- og varselplikter.

Helseforetaket har et ansvar for strategisk og systematisk planlegging for å sikre tilstrekkelig kompetanse gjennom å utdanne, rekruttere, beholde og tilrettelegge for forskning, fagutvikling og livslang læring av helsepersonell.

Stortinget endret bioteknologiloven og fattet flere anmodningsvedtak som innebærer endringer i svangerskapsomsorgen. Innfasing av tidlig ultralyd og NIPT skal skje i løpet av høsten 2021, først for gruppen av gravide som har økt risiko for å bære foster med trisomier. I 2022 skal det gis tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide. Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake til de økonomiske konsekvensene i forbindelse med *Revidert nasjonalbudsjett 2021* og etter Stortingets behandling av dette.

#### 3.1 Pasientsikkerhet og sikkerhetskultur

##### Mål 2021

- Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 prosent eller lavere.
- Andel enheter med godt sikkerhetsklima i et helseforetak skal være minst 75 prosent<sup>1</sup>.

#### 3.2 Legemidler

##### Mål 2021

- 30 prosent reduksjon i samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for *Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten* og målepunkt for planperioden.

##### Annen oppgave 2021

- Helseforetaket skal øke bruken av elektronisk identifiserbare legemidler på dosenivå etter hvert som Sykehusapotekene HF kan fremskaffe disse enten gjennom egenproduksjon eller via LIS-avtaler (legemiddelinnkjøps samarbeidet). Dette som forberedelse til innføring av lukket legemiddelsløyfe.
- Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med Norsk Helsenett legge til rette for at *En vei inn*-løsningen/melde.no tas i bruk for melding av uønskede hendelser, herunder bivirkninger av legemidler og vaksiner. Helseforetaket skal følge opp dette arbeidet.

#### 3.3 Korridorpasienter

##### Mål 2021

- Ingen korridorpasienter.

---

<sup>1</sup> Målt gjennom undersøkelsen *Forbedring* og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren.

### 3.4 Epikriser somatikk

#### Mål 2021

- Minst 70 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.

### 3.5 Behandlingstilbud

#### Annen oppgave 2021

- Helseforetaket skal følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven:
  - Forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevede tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.
  - Starte opp med kompetansehevede tiltak for jordmødre, leger og annet personell, og sørge for kapasitet på sykehusene slik at tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide kan innføres i 2022.
- Kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, skal få tilbud om å gjennomføre dette på sykehus dersom kvinnen selv ønsker det. Alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, skal få tilbud om oppfølging fra helsepersonell.
- Helseforetaket skal etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Det vises til omtale Prop. 1 S (2020-2021) under kap. 732, postene 72-75.
- Helseforetaket skal sørge for at det er mer tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team.
- Helseforetaket skal vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.
- Helseforetaket skal i tråd med *Opptappingsplan mot vold og overgrep*, sørge for at tilstrekkelig klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge er etablert. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd.

### 3.6 Behandlingskapasitet

#### Annen oppgave 2021

- Helse Sør-Øst RHF skal utrede fremtidige behov for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten. Utredningen skal omfatte organisering, sammensetning av kompetanse, utforming og utstyrsnivå. Variasjoner i behov ved intensivheter skal ivaretas i utredningen. Arbeidet må sees i sammenheng med oppdrag om plan for tilstrekkelig tilgang til- og opprettelse av nye utdanningsstillinger for intensivsykepleiere. Helseforetaket skal ta del i arbeidet etter nærmere kontakt fra Helse Sør-Øst RHF.

### 3.7 Forskning og innovasjon

#### Mål 2021

- Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetaket som inkluderte pasienter i 2021 skal økes med minst 15 prosent sammenliknet med året før.



### 3.8 Bemanning og kompetanse

Det har tidligere vært stilt sentrale krav innen bemanningsområdet om å etablere og ivareta heltidskultur, sørge for trygge og gode arbeidsmiljø, redusere omfanget av brudd på Arbeidsmiljøloven og sørge for systematisk HMS-arbeid i helseforetakene. Dette er langsiktig forbedringsarbeid som må fortsette i 2021.

Koronapandemien har tydeliggjort betydningen av å følge opp tidligere krav om å utarbeide planer for å rekruttere, beholde og utvikle personell. Særlig gjelder dette behovet for spesialisert kompetanse i helseforetakene, som innen intensivbehandling. Igangsatte opplæringstiltak for å styrke kompetanse og kapasitet må videreføres.

#### Annen oppgave 2021

- Kompetanse og kapasitet i intensivbehandling skal styrkes. Dette omfatter blant annet at Helse Sør-Øst RHF skal opprette minst 54 nye utdanningsstillinger i intensivsykepleie. Utdanningsstillingene skal opprettes i tillegg til eksisterende utdanningsstillinger i intensivsykepleie i samarbeid med universiteter og høyskoler. Helseforetakene skal følge opp dette arbeidet.
- Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide en behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkelig tilgang til intensivsykepleiere på kort, mellomlang og lang sikt. Planarbeidet skal også inkludere en vurdering av sammensetning av kompetanse. Relevante aktører skal involveres i arbeidet. Planen skal bidra til å ivareta behovet for å utdanne, rekruttere og beholde intensivsykepleiere og deres kompetanse i spesialisthelsetjenesten. Metodene som brukes i planleggingen skal kunne overføres til planlegging for andre spesialsykepleiegrupper, inkludert jordmødre. Arbeidet må sees i sammenheng med oppdrag gitt i 2020 om å lage en helhetlig plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse, oppdrag om opprettelse av nye utdanningsstillinger og oppdrag om å utrede fremtidig behov for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten. Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet etter nærmere kontakt fra Helse Sør-Øst RHF.
- Arbeidet med å øke utdanningskapasiteten, beholde ansatte, rekruttere bedre og øke kompetansen skal prioriteres.
- Helseforetaket skal iverksette tiltak for å ivareta medarbeiderne på en god måte og ha særskilt oppmerksomhet på arbeidsmiljø og arbeidsforhold i lys av koronapandemien.
- Helseforetaket skal sørge for jevnlig vurdering av bemanningsplaner i lys av scenarier fra Folkehelseinstituttet om smitteutviklingen.

#### Annen oppgave videreført fra 2020

- I foretaksmøte 25. juni 2020 ble frist for å rapportere på status for sluttrapportering for lokale forsøk/piloter i arbeidet med inkluderende rekruttering forlenget til 1. mai 2021.

### 3.9 Ny teknologi for bedre helsehjelp

Det er gjort en betydelig innsats med digitaliseringstiltak under koronapandemien. Digitalisering bidrar til å styrke overvåkingen av pandemien, effektivisere testing og smittesporing, begrense smittespredning og til å understøtte kommende vaksinasjon. Digitalisering har også understøttet pasientbehandling og oppfølging av pasienter under pandemien. Helseforetaket må ha beredskap for å prioritere digitaliseringstiltak som understøtter håndtering av pandemien gjennom året.

En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste forutsetter økt nasjonal koordinering, felles prioritering og felles innsats om nasjonale digitaliseringstiltak. Det er behov for nasjonal samordning for å sikre en helhetlig e-helseutvikling som understøtter hele pasientforløpet i alle ledd av tjenesten. Det legges til grunn at helseforetaket tar hensyn til nasjonal samordning og den nasjonale e-helseutviklingen

Pasientene opplever at bruk av våre felles helsedata, ved hjelp av teknologi, gir bedre og mer presis helsehjelp. Utvikling og tilgjengeliggjøring av helsedata skal legge til rette for forskning, innovasjon og næringsutvikling til det beste for pasienter og innbyggere.

#### Mål 2021

- Helseforetaket skal ha beredskap for å prioritere digitaliseringstiltak som understøtter håndtering av pandemien.
- Ny teknologi skal tas i bruk for bedre helsehjelp og eldre applikasjoner skal utfases.

## 4. Øvrige krav og rammer for 2021

### 4.1 Beredskap og sikkerhet

Det er viktig at helseforetakene systematiserer erfaringene de har gjort med beredskaps- og smittevernarbeid i lys av koronapandemien, og bruker disse aktivt i planarbeidet.

Det vises til erfaringene fra Nasjonal helseøvelse og NATO-øvelsen Trident Juncture i 2018, og at det er viktig at disse følges opp. Arbeid med beredskapsplaner skal bygge på Nasjonal helseberedskapsplan og Sivilt beredskapssystem, og arbeidet skal skje i nært samarbeid mellom regionene, Fylkesmennene og Helsedirektoratet.

#### Annen oppgave 2021

- Helseforetaket må videreutvikle sine beredskaps- og smittevernplaner i lys av erfaringer med og evalueringer av koronapandemien og tidligere hendelser og øvelser.

### 4.2 Informasjonssikkerhet

Befolkningen skal ha tillit til at helsetjenesten ivaretar deres personvern. Helseforetakene skal ha etablert god sikkerhetskultur der personell forstår hvordan de skal bidra til digital sikkerhet og hva deres personlige ansvar for dette er. Pasienter og pårørende forventer samtidig at helseopplysninger er tilgjengelig for helsepersonell som behandler dem.

Det vises til Dokument 3:2 (2020–2021) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper i 2019*. Betydningen av at Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer følges opp understrekes. Det vises videre til tidligere krav knyttet til informasjonssikkerhet, til Direktoratet for e-helses normative rolle og til Norsk helsenett SFs operative rolle i det nasjonale arbeidet med informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren.

Helseforetaket må følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger fra undersøkelsen om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer.

#### Annen oppgave 2021

- Helseforetaket skal benytte Sykehuspartner HFs og Norsk helsenett SFs årlige rapport om trusler, trender, sårbarheter og relevante tiltak i sitt arbeid med risiko- og sårbarhetsvurderinger.
- Helseforetaket skal videreføre arbeidet med systematisk innføring av Nasjonal sikkerhetsmyndighets grunnprinsipper for IKT-sikkerhet, og sikre systematisk adressering av arbeidet med informasjonssikkerhet på alle nivåer.
- Helseforetaket skal presentere status fra arbeidet med informasjonssikkerhet, herunder ledelsens årlige gjennomgang, i de etablerte oppfølgingsmøtene med Helse Sør-Øst RHF og i årlig melding.
- Helseforetaket skal ta i bruk regional protokoll over behandlingsaktiviteter og bidra i Sykehuspartner HFs arbeid med å videreutvikle den regionale protokollen slik at den understøtter gode arbeidsprosesser i helseforetakene.
- Helseforetaket skal ha oversikt over informasjonssikkerhetsrisikoen og -tilstanden i helseforetaket, herunder trusselbildet, sårbarheter, tiltak og hendelser. De største risikoområdene skal prioriteres. Etter nærmere spesifisering skal status rapporteres i ordinær tertialrapportering.
- Helseforetaket skal rapportere antall innmeldte avvik innen informasjonssikkerhet og antall brudd på konfidensialitet, integritet og/eller tilgjengelighet.

### 3.3 Revisjon av utviklingsplaner

- Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide revidert regional utviklingsplan innen utgangen av 2022. Arbeidet med helseforetakets lokale utviklingsplan må tilpasses dette. Det vises til revidert veileder for arbeidet med utviklingsplaner (RHF-styresak 148-2020). Helse Sør-Øst RHF vil utarbeide regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplan for kommende periode.

### 4.4 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser

#### Annen oppgave 2021

- Riksrevisjonens undersøkelse av kvaliteten på informasjon om forventede ventetider i ordningen fritt behandlingsvalg viser at det er til dels store avvik mellom ventetidene pasientene faktisk opplever og de forventede ventetidene som oppgis på nettsiden helsenorge.no/velgbehandlingssted. Det er stor variasjon mellom behandlingssteder. Det kan føre til at pasientene foretar valg av behandlingssted på feil informasjonsgrunnlag.

Helseforetaket må følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av kvaliteten på informasjon om forventede ventetider i ordningen fritt behandlingsvalg, også med sikte på å legge til rette for mer ensartet registrering av forventede ventetider.

- Riksrevisjonen gjennomførte i 2018 en oppfølging av undersøkelsen om helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser fra 2015. Riksrevisjonens vurdering var at helseforetakene fremdeles har utfordringer når det gjelder meldekultur og læring av meldte hendelser. Det vises også til Dokument 3:2 (2019–2020) *Kontroll med forvaltningen av statlige selskaper*, hvor Riksrevisjonen har varslet at de vil følge opp saken.

Helseforetaket må følge opp at tiltakene som er satt i verk faktisk fungerer og at tilgjengelige virkemidler som kan bidra til å bedre meldekulturen er tatt i bruk. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, samt krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

## 5. Tildeling av midler og krav til aktivitet

### 5.1 Økonomiske krav og rammer

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen.

Fra 2020 er driftssituasjonen endret som følge av virusutbruddet. I de økonomiske rammene for 2021 er det lagt til grunn at de regionale helseforetakene også i 2021 vil stå i en krevende situasjon. Disse rammene skal legge til rette for å opprettholde mest mulig normal drift i helseforetakene, øke aktiviteten og slik kunne ta igjen utsatt pasientbehandling fra 2020. Regjeringen vil følge utviklingen i de regionale helseforetakenes utgifter og inntekter nøye også i 2021.

#### Mål 2021

- Vestre Viken HF skal i 2021 basere sin virksomhet på de tildelte midler.
- Vestre Viken HF skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Resultatkrav skal nås gjennom god drift og riktig bruk av ressurser.

#### Annen oppgave 2021

- Helseforetaket skal innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som er gitt fra Helse Sør-Øst RHF i oppdrag og bestilling og foretaksmøter, slik at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

#### • **Resultatkrav**

Kravet til økonomisk resultat 2021 er fastsatt av styret i Helse Sør-Øst RHF. Resultatkravet er basert på helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan, endrede forutsetninger som følge av statsbudsjettet for 2021 og konkret vurdering av situasjon og risiko for helseforetaket knyttet til årsbudsjettet for 2021.

#### Mål 2021

- Årsresultat 2021 for Vestre Viken HF skal minst være på 244 millioner kroner.

#### • **Likviditet og investeringer**

Tilgjengelig likviditet til investeringer i 2021 videreføres på nivå med 2020, pris og lønnsjustert til i alt 131,264 millioner kroner for Vestre Viken HF, forutsatt et resultat i henhold til resultatkrav for 2021.

Investeringer skal budsjetteres innenfor helseforetakets tilgjengelige investeringsmidler i 2021, det vil si likviditetstildelingen for 2021 med tillegg av budsjettert bruk av oppspart likviditet og eventuelle salgs-/gavemidler. I tråd med forutsetningene fra økonomisk langtidsplan skal egenkapitaltilskudd til pensjonsinnretningene og netto likviditet fra lokale IKT-investeringer gjennomført av Sykehuspartner HF, salderes innenfor helseforetakets tilgjengelig investeringsmidler.

#### Annen oppgave 2021

- Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.
- Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2021 skal ikke benyttes til investeringer i 2021 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.

- Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.

- **Annet**

Utbetalingene skjer innen den syvende arbeidsdag i hver måned. Månedlig overføring utgjør normalt 1/12 av samlet likviditetsoverføring. Enkelte tilskudd mv vil bli utbetalt i sin helhet i januar 2021.

Helse Sør-Øst RHF skal forespørres i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon for dette behovet.

Regionale retningslinjer for estimering av driftsøkonomiske effekter skal brukes for beregning av effekter av investeringsprosjekter.

## 5.2 Aktivitetskrav

Aktivitet i 2021	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Total
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til sørge-for-ansvaret	125 653	20 790	31 604	7 336	
<b>Pasientbehandling</b>					
Antall utskrivninger døgnbehandling	72 376	2 914	155	773	
Antall liggedøgn døgnbehandling	240 071	58 520	3 538	13 385	
Antall oppholdsdager dagbehandling	35 984	0	0	0	
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	451 711	135 523	87 150	40 155	714 539
Andel telefon- og videokonsultasjoner på 15 %					107 181

### Annen oppgave 2021

- Vestre Viken HF skal i 2021 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med aktivitetskravene fra Helse Sør-Øst RHF. En oversikt over de detaljerte kravene er tatt inn i vedlegg.
- Aktiviteten innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn for somatikk. Aktivitetsutviklingen skal ta utgangspunkt i nivået i 2019, konf. vedtak i styresak 008-2021 i Helse Sør-Øst RHF.

## 6. Oppfølging og rapportering

Helse Sør-Øst RHF vil i oppfølgingsmøtene med helseforetaket følge opp mål og oppgaver gitt i 2021, samt ved behov relevante kvalitetsindikatorer.

Helse Sør-Øst RHF utarbeider hvert år en mal for årlig melding fra helseforetak og private ideelle sykehus. Denne malen skal sikre at de årlige meldingene er sammenlignbare og inneholder de nødvendige rapporteringene. I årlig melding 2021 skal det rapporteres på styringsbudskap under overskriftene *Mål 2021* og *Annen oppgave 2021*. Frist for innsendelse av styrets årlig melding er 1. mars 2022.

I henhold til helseforetaksloven § 34 skal årlig melding fra regionale helseforetak også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier. Dette gjelder også for de private ideelle sykehusene som mottar oppdrag og bestilling. For å ivareta denne rapporteringsplikten skal Vestre Viken HF oversende en egen rapportering som gir Helse Sør-Øst RHF de nødvendige opplysninger om arbeidet med de styringsbudskapene som inngår i Del II Rapportering i den årlige malen for årlig melding.

Frist for innsendelse av denne rapporteringen er 20. januar 2022.

## Vedlegg 1. Detaljert økonomitabell

VESTRE VIKEN HF	2021
<b>Basisramme 2020 inkl. KBF</b>	<b>6 053 720</b>
<i>Nye forhold inn mot 2021</i>	
KBF 2020 tilbakelegging av uttrekk basis	38 257
KBF 2020 uttrekk av KBF- bevilgning	-40 833
Inntektsmodell 2021, fra ØLP 2021-2024	-22 097
RNB 2020- pensjon	-156 900
Økt trekk for pensjon RNB 2020	-16 520
Oppdatering avregning PHV modell 2020 helse og arbeid	-324
Oppdatering avregning TSB modell 2020	150
<b>Basisramme 2021 før statsbudsjettet</b>	<b>5 855 453</b>
<i>Endringer som følge av Prop 1S (2020-2021)</i>	
Prisomregning	135 084
Økt aktivitet, alle tjenesteområder	70 178
Økt aktivitet, ettårig	40 786
<i>Avbyråkratiseringsreformen ABE</i>	
# uttrekk basisramme ABE	-39 301
# ABE lagt tilbake	38 696
<i>Kvalitetsbasert finansiering, KBF</i>	
# uttrekk basisramme KBF	-39 341
# bevilget sfa score på kvalitetsparametere	39 367
<i>Andre forhold fra Prop. 1</i>	
Komp. for manglende prisjustering av egenandeler	5 539
Nasjonal inntektsmodell	663
Pensjon fra Prop 1S (2020-2021)	226 599
Flytting diff arbeidsgiveravgift fra kap. 732.70	1 380
<i>Nye forhold fra Helse Sør-Øst RHF</i>	
Reversering av avregning for LHL Gardermoen i inntektsmodellen 2021	12 378
Dyre legemidler-aktivitetsavhengig del private ideelle	591
<b>Basisramme 2021 inkl. KBF</b>	<b>6 348 072</b>
Strategiske forskningsmidler, fra post 72	11 088
Øremerkede midler, fra post 78	1 154
<b>Statlige tilskudd, post 70</b>	<b>85 180</b>
Kompensasjon for smittevern- og beredskap Covid-19	82 718
Tilskudd til turnustjeneste, foreløpig som i 2020	2 462
<b>Sum faste inntekter</b>	<b>6 445 494</b>
<i>ISF- refusjoner</i>	
herav somatikk	2 935 191
herav psykisk helsevern og TSB	192 510
<b>Sum ISF- refusjoner</b>	<b>3 127 701</b>
<b>Sum inntekter</b>	<b>9 573 195</b>



## Vedlegg 2. Detaljert aktivitetstabell

### SOMATIKK

#### Antall pasientbehandlinger

TOTAL AKTIVITET	2021
Antall utskrivninger døgntilbeholdning (Total)	72 376
Antall liggedøgn døgntilbeholdning (Total)	240 071
Antall oppholdsdager dagbeholdning (Total)	35 984
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner (Total)	451 711

#### Fordeling av antall ISF-poeng

DØGNBEHANDLING	2021
Fordeling av antall ISF-poeng	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Døgntilbeholdning)	85 442
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Døgntilbeholdning)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Døgntilbeholdning)	994
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Døgntilbeholdning)	1 450
Pasienter bosatt i egen region behandlet innen Fritt behandlingsvalg (Døgntilbeholdning)	0
Sum ISF-poeng (Døgntilbeholdning)	87 887
Andel ISF-poeng (Døgntilbeholdning) i % av totalen	72,9 %

DAGBEHANDLING	2021
Fordeling av antall ISF-poeng	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Dagbeholdning)	9 618
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Dagbeholdning)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Dagbeholdning)	0
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Dagbeholdning)	34
Pasienter bosatt i egen region behandlet innen Fritt behandlingsvalg (Dagbeholdning)	0
Sum ISF-poeng (Dagbeholdning)	9 652
Andel ISF-poeng (Dagbeholdning) i % av totalen	8,0 %
Sum ISF-poeng (Døgntilbeholdning og dagbeholdning) for pasienter bosatt i egen region (iht. sørge-for-ansvaret)	96 054
Sum ISF-poeng (Døgntilbeholdning og dagbeholdning) for pasienter bosatt i egen og andre regioner	97 539

POLIKLINISK VIRKSOMHET	2021
Fordeling av antall ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet)	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	22 903
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Poliklinisk virksomhet)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Poliklinisk virksomhet)	0
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	100
Pasienter bosatt i egen region behandlet innen Fritt behandlingsvalg (Poliklinisk virksomhet)	0
Sum ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet)	23 004
Andel ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet) i % av totalen	19,1 %

Sum ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet) for pasienter bosatt i egen region (iht. sørge-for-ansvaret)	22 903
Sum ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet) for pasienter bosatt i egen og andre regioner	23 004

<b>PASIENTADMINISTRERTE LEGEMIDLER (H-RESEPTER)</b>	<b>2021</b>
<b>Fordeling av ISF-poeng knyttet til pasientadministrerte legemidler</b>	
Sum ISF-poeng pasientadministrerte legemidler, som inngår i ISF-ordningen tidligere år, for pasienter bosatt i eget opptaksområde, uavhengig av hvem som har utstedt resept (iht. sørge-for-ansvaret)	6 696
Sum ISF-poeng pasientadministrerte legemidler, som inngår i ISF-ordningen fra og med inneværende år, for pasienter bosatt i eget opptaksområde, uavhengig av hvem som har utstedt resept (iht. sørge-for-ansvaret)	0
Sum ISF-poeng pasientadministrerte legemidler (H-resepter)	6 696

<b>TOTALT ANTALL ISF-POENG</b>	<b>2021</b>
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. sørge-for-ansvaret (Pasienter bosatt i egen region)	118 957
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. sørge-for-ansvaret for aktivitet utført i eget helseforetak	117 963
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (pasienter bosatt i egen og andre regioner)	120 542
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) for aktivitet utført i eget helseforetak	119 548
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk, pasientadministrerte legemidler) iht. sørge-for-ansvaret (pasienter bosatt i egen region/opptaksområde)	125 653
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk for pasienter bosatt i egen og andre regioner og pasientadministrerte legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde)	127 239

## PSYKISK HELSEVERN

<b>PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE (VOP)</b>	<b>2021</b>
<b>Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus</b>	
Antall utskrivninger døgnbehandling(VOP)	2 914
Antall liggedøgn døgnbehandling (VOP)	58 520
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)	135 523
<b>Kjøp fra private institusjoner (VOP)</b>	
Antall utskrivninger døgnbehandling(VOP Private)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (VOP Private)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP Private)	0
Antall polikliniske konsultasjoner private (VOP Private)	6 818
<b>PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE (BUP)</b>	<b>2021</b>
Antall utskrivninger døgnbehandling(BUP)	155
Antall liggedøgn døgnbehandling (BUP)	3 538
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)	87 150
<b>Kjøp fra private institusjoner</b>	
Antall utskrivninger døgnbehandling(BUP Private)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (BUP Private)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP Private)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP Private)	0

TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB)	2021
Antall utskrivninger døgnbehandling(TSB)	773
Antall liggedøgn døgnbehandling (TSB)	13 385
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)	40 155
Kjøp fra private institusjoner	
Antall utskrivninger døgnbehandling(TSB Private)	0
Antall liggedøgn døgnbehandling (TSB Private)	0
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB Private)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB Private)	0

**PROTOKOLL  
FRA  
FORETAKSMØTE I VESTRE VIKEN HF**

Fredag 19. februar 2021 klokken 09:30 ble det avholdt foretaksmøte i Vestre Viken HF. Møtet ble gjennomført digitalt, som et felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Sør-Øst.

**Dagsorden:**

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Oppdrag og bestilling 2021

**Til stede var:**

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved styreleder Svein Gjedrem, som også ledet møtet.

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus

Eierdirektør Tore Robertsen, som også førte protokollen

Fra styret i Vestre Viken HF møtte:

Styreleder Siri Hatlen

I tillegg møtte fra administrasjonen i Vestre Viken HF:

Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.

### **Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres**

Som øverste eiermyndighet og møteleder ønsket styreleder i Helse Sør-Øst RHF Svein Gjedrem velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder i Vestre Viken HF Siri Hatlen ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

#### ***Foretaksmøtet vedtok:***

*Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.*

### **Sak 2: Dagsorden**

Styreleder i Helse Sør-Øst RHF Svein Gjedrem spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

#### ***Foretaksmøtet vedtok:***

*Dagsorden godkjennes.*

### **Sak 3: Oppdrag og bestilling 2021**

Det ble gitt en kort generell gjennomgang av oppdrag og bestilling 2021.

Oppdrag og bestilling 2021 er utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF med utgangspunkt i styringsbudskapene som er gitt til det regionale helseforetaket fra Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokument 2021 og foretaksmøteprotokoll datert 14. januar 2021. Det er også innarbeidet styringsbudskap med forankring i vedtak i det regionale helseforetaket, regionale strategier og lignende.

Mange av styringsbudskapene fra tidligere års oppdrag og bestilling vil kreve fortsatt oppfølging uten at de er spesielt nevnt i årets dokument. Dette gjelder styringsbudskap som må betraktes som systemkrav og som forventes å inngå i virksomhetsstyringen, og krav/oppdrag som ikke er gjennomført som forutsatt. Selv om det ikke stilles krav om rapportering for disse områdene vil status for arbeidet kunne etterspørres av Helse Sør-Øst RHF i den faste oppfølgingen av helseforetaket.

I oppdrag og bestilling 2021 er det lagt vekt på at styringsbudskapene skal fremstilles samlet, slik at oppfølging og rapportering blir så oversiktlig som mulig. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp styringsbudskap under *Mål 2021* i de faste oppfølgingsmøtene med Vestre Viken HF. Styringsbudskap under *Annen oppgave 2021* vil bli fulgt opp dersom det er behov. Vestre Viken HF skal rapportere avvik i oppgaveløsningen.

Pandemisituasjonen vil fortsatt være uforutsigbar i 2021. Nye smitteutbrudd kan oppstå lokalt. Samtidig vil vaksinerings av befolkningen forbedre situasjonen utover i 2021. Vestre Viken HF må derfor også i 2021 være forberedt på smitte og sykdom i befolkningen, med mulig behov for økning i sengekapasitet og spesielt intensivkapasitet. Det er imidlertid også viktig at helseforetakene opprettholder en mest mulig normal drift gjennom 2021. Budsjettet er særlig styrket i 2021 for å kompensere for økte kostnader som følge av pandemien. Helse Sør-Øst RHF vil følge med på hvordan hensynene nevnt over samlet sett påvirker måloppnåelsen og eventuelt justere mål, oppdrag og krav i tråd med utviklingen gjennom året.

Grunnlaget for utviklingen av tjenestene i Helse Sør-Øst finnes blant annet i *Regional utviklingsplan 2035* som ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF den 13. desember 2018. Denne har som mål å fremme:

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet

Vestre Viken HF skal, innenfor de ressurser som blir stilt til rådighet, igangsette utviklingsprosjekter og tiltak som understøtter satsingsområdene i regional utviklingsplan:

1. Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
2. Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
3. Redusere uønsket variasjon
4. Mer tid til pasientrettet arbeid
5. Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide revidert regional utviklingsplan innen utgangen av 2022. Arbeidet med helseforetakets lokale utviklingsplan må tilpasses dette. Det vises til veileder for arbeidet med utviklingsplaner vedtatt i RHF-styret 17. desember 2020 (sak 148-2020). Helse Sør-Øst RHF vil i tråd med denne veilederen utarbeide føringer og premisser for arbeidet med utviklingsplan for Vestre Viken HF.

Styret i Vestre Viken HF er ansvarlig for at det iverksettes nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdrag og bestilling 2021 innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder.

Styret i Vestre Viken HF er også ansvarlig for at gjeldende fullmaktsstruktur følges. I henhold til dagens fullmaktsstruktur, må styret i Helse Sør-Øst RHF behandle investeringsprosjekter over en viss størrelse før arbeidet med disse kan igangsettes. Dette gjelder også for første fase i prosjekteringen.

Oppdrag og bestilling 2021 er vedlegg til protokollen.

***Foretaksmøtet vedtok:***

*Oppdrag og bestilling 2021 gjøres gjeldende for Vestre Viken HF.*

Møtet ble hevet klokken 10:15.

Oslo, 19. februar 2021.

---

styreleder Svein Gjedrem  
Helse Sør-Øst RHF

---

styreleder Siri Hatlen  
Vestre Viken HF

*Protokollen er elektronisk godkjent og inneholder derfor ikke håndskrevne signaturer*

Dato: 15.02.2021  
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

## Saksfremlegg

### Virksomhetsrapportering pr. januar 2021

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	13/2021	22.02.2021

### Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. januar 2021 til orientering.

Drammen 15. februar 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør



**Bakgrunn**

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. januar i tråd med styrets årshjul.

**Saksutredning**

De viktigste resultatene knyttet til økonomi, aktivitet, kvalitet og bemanning pr. januar 2021 er oppsummert i måltavlen under:

Vestre Viken HF		Denne måned		Prognose		
1	<b>ØKONOMI</b> Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	20 308	[Green]	244 000	[Green]
		Mål	20 334		244 000	
		Avvik	-26			
		I fjor	33 763		272 939	
2	<b>AKTIVITET Somatikk</b> ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	8 852	[Red]	118 957	[Green]
		Mål	10 423		118 957	
		Avvik	-1 571		0	
		I fjor	10 565		105 223	
3	<b>AKTIVITET Voksenspsykiatri og rusbehandling</b> Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	14 884	[Red]	175 678	[Green]
		Mål	15 618		175 678	
		Avvik	-734		0	
		I fjor	16 008		167 124	
4	<b>AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri</b> Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	8 030	[Green]	87 150	[Green]
		Mål	7 994		87 150	
		Avvik	36		0	
		I fjor	7 128		84 324	
5	<b>KVALITET</b> Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk DAGER	Virkelig	61	[Red]	54	[Green]
		Mål	54		54	
		Avvik	7		0	
		I fjor	58		59	
6	<b>KVALITET</b> Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	46	[Red]	36	[Green]
		Mål	36		36	
		Avvik	10		0	
		I fjor	46		40	
8	<b>KVALITET</b> Korridorpasienter ANDEL	Virkelig	0,3 %	[Green]	0,0 %	[Green]
		Mål	0,0 %		0,0 %	
		Avvik	0,3 %		0,0 %	
		I fjor	2,8 %		0,6 %	
10	<b>KVALITET</b> Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	57 %	[Red]	70 %	[Green]
		Mål	70 %		70 %	
		Avvik	-13 %		0 %	
		I fjor	54 %		72 %	
11	<b>HR</b> Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 580	[Green]	7 705	[Green]
		Mål	7 639		7 705	
		Avvik	-60		0	
		I fjor	7 366		7 637	
13	<b>HR</b> AML brudd ANDEL	Virkelig	2,2 %	[Yellow]	0,0 %	[Green]
		Mål	0,0 %		0,0 %	
		Avvik	2,2 %		0,0 %	
		I fjor	1,9 %		2,4 %	

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

### Økonomi

Totalresultat pr 31. januar viser et overskudd på 12,7 MNOK. Dette er 7,6 MNOK lavere enn budsjett for måneden. Avvik mot budsjett skyldes økte pensjonskostnader som følge av ny aktuarberegning i januar 2021. Den nye aktuarberegningen, foretatt i januar 2021, gir en økning i pensjonskostnader på 91,3 MNOK for året, med en månedlig effekt på 7,6 MNOK.

Pensjonsøkningen vises på egen linje, og holdes utenfor resultat fra ordinær drift i tråd med instruks fra Helse Sør Øst. Det rapporteres følgelig et resultat korrigert for pensjon som er helt på linje med budsjettet. Den underliggende virksomheten har en betydelig inntektssvikt i januar som følge av koronasituasjonen. Siden foretaket er tildelt midler i budsjett 2021 til dette formål, er derfor dette særskilte tilskuddet resultatført tilsvarende den økonomiske effekten av korona i januar. Dette i samsvar med retningslinjer gitt fra Helse Sør-Øst.

Kostnader eks. økning i pensjon er 7,6 MNOK lavere enn budsjett. Det er lavere varekostnader og gjestepasientkostnader som følge av lavere aktivitet på grunn av pandemien. Lønnskostnader er 1,9 MNOK lavere enn budsjett, hovedsakelig som følge av høye sykerefusjoner. Det er overforbruk på innleie som følge av rekrutteringsutfordringer og personellmangel ved enkelte avdelinger.

### *Koronaeffekter*

I januar er netto negative koronaeffekter beregnet til 48 MNOK før inntektsføring av tilskudd omtalt overfor.

Koronapandemien har gitt et fall i driftsinntekter på 41,3 MNOK. Det har vært redusert aktivitet på grunn av koronautbrudd ved flere av sykehusene og strenge koronatiltak i samfunnet. Dette gir lavere ISF-inntekter, gjestepasient- og andre pasientrelaterte inntekter. Det er i tillegg negativt avvik på øvrige driftsinntekter, også som følge av koronapandemien.

Netto økning i kostnader knyttet til korona er beregnet til 7,3 MNOK. Varekostnader er redusert som følge av redusert aktivitet, og gjestepasientkostnader er redusert.

### *Koronamidler*

Budsjett 2021 inkluderer 82,7 MNOK i øremerkede midler til å dekke merkostnader knyttet til pandemien. Midlene ble bevilget i forbindelse med rammetildeling for 2021, og skal inntektsføres i takt med faktiske koronaeffekter. I januar er det derfor inntektsført 48 MNOK for å utligne de negative effektene av pandemien i resultatet. De resterende 34,7 MNOK vil inntektsføres fortløpende i tråd med koronakostnadsutvikling i kommende måneder. I tillegg har foretaket en merinntekt fra koronabevilgningene i 2020 som vil benyttes til utligning av eventuelle negative resultateffekter av korona de kommende månedene.

### Aktivitet

#### *Somatikk*

Samlet aktivitet pr. januar i antall "sørge-for" ISF-poeng er 1571 poeng lavere enn budsjett. Dette forklares av lavere aktivitet på grunn av koronapandemien.

#### *Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus*

Aktivitet i januar målt i antall polikliniske konsultasjoner er lavere enn budsjett for psykisk helse og rus samlet. Fagområdet VOP/TSB ligger bak budsjett, mens BUP ligger foran budsjett.

### Kvalitet

#### *Ventetid somatikk*

Ventetiden innen somatikk er 61 dager i januar og dermed syv dager lenger enn i desember 2020. Økningen i ventetiden skyldes først og fremst at pasientavtaler ble utsatt grunnet smitteutbrudd på Drammen sykehus.

### *Ventetid psykisk helse og rus*

Innen PHR er ventetiden i januar på 46 dager og dermed ni dager lenger enn i desember 2020. Økt ventetid har sammenheng med redusert aktivitet knyttet til jule- og nyttårshelgen. Noen pasienter ønsker også å vente med time i denne tiden.

### *Korridorpasienter*

Andel korridorpasienter er fortsatt lav (0,3 %).

### *Pakkeforløp for kreft*

Vestre Viken oppnår ikke målkravet for pakkeforløp for kreft i januar som tilsier at 70 % skal få behandling innenfor standard forløpstid. Det forventes at dette er forbigående, og området følges tett opp på de ulike fagområdene.

### HR

#### *Brutto månedsverk*

Brutto månedsverk pr. februar er 36 lavere enn budsjettert. Det er pr. februar registrert 154 månedsverk knyttet til korona. Det bemerkes at registreringen av koronarelatert bemanning er manuell, og det kan være ulik praksis for registrering. Det er dermed noe avvik mellom koronaregistrert bemanning i GAT og vurderingen av den reelle andelen årsverk tilknyttet korona.

#### *Sykefravær*

Sykefravær i 2020 var 8,1 %, som var betydelig over målet på 7 %. Sykefraværet i 2020 har vært påvirket av koronapandemien.

#### *AML-brudd*

I januar var det 2614 AML-brudd. Dette tilsvarer brudd på 2,2 % av alle vakter i foretaket.

### **Administrerende direktørs vurderinger**

Koronapandemien påvirker aktivitet, økonomi og kvalitetsindikatorer også i starten av 2021. Vestre Viken er for tiden i grønn beredskap. Smitte i samfunnet og koronautbrudd ved flere sykehus den siste tiden påvirker foretaket både hva gjelder aktivitet og bemanning. Det er utfordrende å parallelt hente inn etterslep i pasientbehandling og redusere ventetider i denne situasjonen. Trenden med redusert øyeblikkelig hjelp fortsetter i de somatiske sykehus og gir stort inntektstap.

Det er igangsatt vaksinasjon av medarbeiderne i Vestre Viken. Dette vil fortsette i ukene fremover, og økning i andel vaksinerte forventes å lette situasjonen for de ansatte.

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

Vedlegg:

Virksomhetsrapportering pr. januar 2021









**Sak 13/2021**  
**Virksomhetsrapportering**  
**pr januar 2021**



# Måltavle pr januar – Økonomi og aktivitet

Vestre Viken HF		Hittil i år		Prognose		
1	<b>ØKONOMI</b> Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	20 308	█	244 000	█
		Mål	20 334		244 000	
		Avvik	-26			
		I fjor	33 763		272 939	
2	<b>AKTIVITET Somatikk</b> ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	8 852	█	118 957	█
		Mål	10 423		118 957	
		Avvik	-1 571		0	
		I fjor	10 565		105 223	
3	<b>AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling</b> Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	14 884	█	175 678	█
		Mål	15 618		175 678	
		Avvik	-734		0	
		I fjor	16 008		167 124	
4	<b>AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri</b> Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	8 030	█	87 150	█
		Mål	7 994		87 150	
		Avvik	36		0	
		I fjor	7 128		84 324	

# Måltavle pr januar – Kvalitet

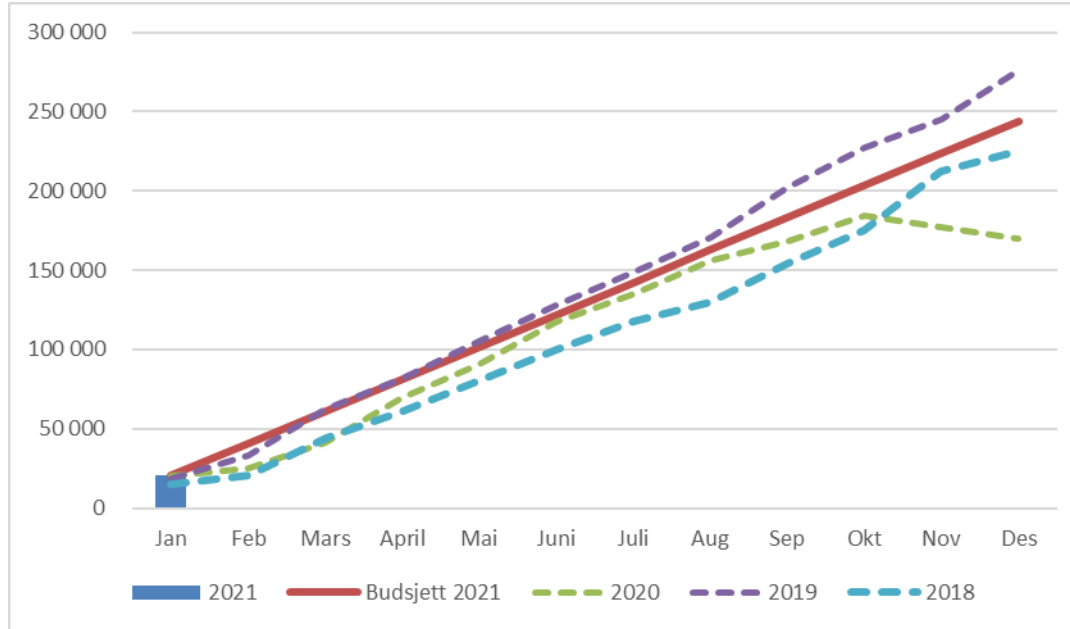
Vestre Viken HF		Hittil i år		Prognose		
5	<b>KVALITET</b> Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk DAGER	Virkelig	61		54	
		Mål	54		54	
		Avvik	7		0	
		I fjor	58		59	
6	<b>KVALITET</b> Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	46		36	
		Mål	36		36	
		Avvik	10		0	
		I fjor	46		40	
8	<b>KVALITET</b> Korridorpasienter ANDEL	Virkelig	0,3 %		0,0 %	
		Mål	0,0 %		0,0 %	
		Avvik	0,3 %		0,0 %	
		I fjor	2,8 %		0,6 %	
10	<b>KVALITET</b> Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	57 %		70 %	
		Mål	70 %		70 %	
		Avvik	-13 %		0 %	
		I fjor	54 %		72 %	

# Måltavle pr januar – HR

Vestre Viken HF			Denne måned		Hittil i år		Prognose	
11	<b>HR</b> Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 580	█	7 612	█	7 705	█
		Mål	7 639		7 648		7 705	
		Avvik	-60		-36		0	
		I fjor	7 366		7 378		7 637	
13	<b>HR</b> AML brudd ANDEL	Virkelig	2,2 %	█	2,2 %	█	0,0 %	█
		Mål	0,0 %		0,0 %		0,0 %	
		Avvik	2,2 %		2,2 %		0,0 %	
		I fjor	1,9 %		1,9 %		2,4 %	

\* Sykefravær rapporteres etterskuddsvis og er ikke tilgjengelig for januar

# Resultatutvikling - akkumulert







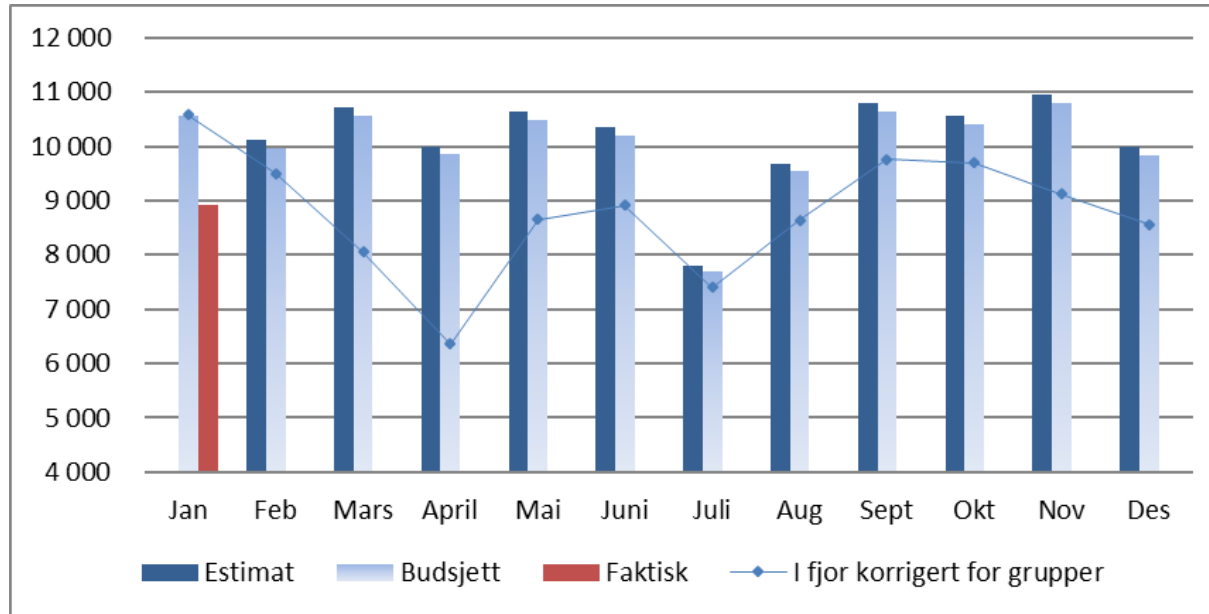
# VESTRE VIKEN

## Budsjettavvik per klinikk

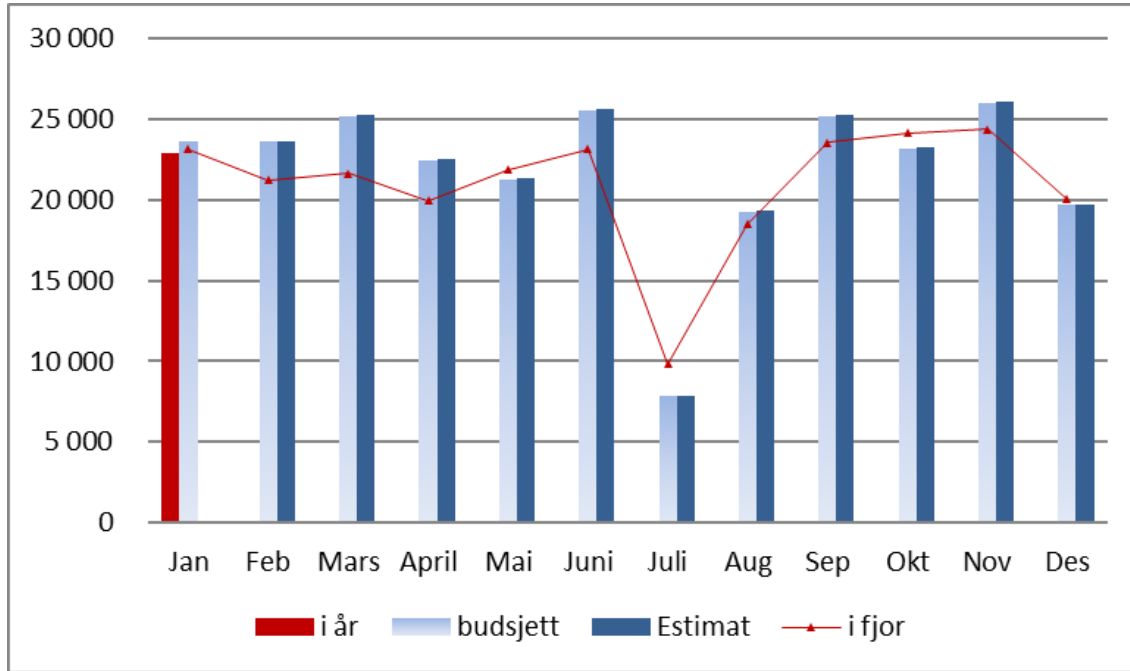
Avvik mot budsjett pr januar	Inntekter		Kostnader		RESULTAT		
	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	Avvik som % av total budsjett	
<b>Drammen sykehus</b>	- 26 388	-14,9 %	1 472	0,8 %	- 24 916	-14,1 %	
<b>Bærum sykehus</b>	- 8 546	-8,1 %	2 806	2,6 %	- 5 740	-5,4 %	
<b>Ringerike sykehus</b>	- 6 010	-10,5 %	1 736	3,0 %	- 4 274	-7,5 %	
<b>Kongsberg sykehus</b>	- 3 114	-10,5 %	- 168	-0,6 %	- 3 282	-11,1 %	
<b>Intern Service</b>	- 1 480	-2,5 %	759	1,3 %	- 721	-1,2 %	
<b>Psykisk Helse og Rus</b>	- 1 532	-1,0 %	- 1 039	-0,7 %	- 2 571	-1,7 %	
<b>Prehospitaltjenester</b>	- 523	-1,9 %	1 068	3,8 %	545	1,9 %	
<b>Medisinsk Diagnostikk</b>	- 1 616	-2,4 %	2 403	3,5 %	787	1,1 %	
<b>Stabene</b>	270	0,3 %	5 591	0,0 %	5 861	11,4 %	
<b>Byggvedlikehold</b>	- 733		- 9 699	-355,9 %	- 10 432	-382,8 %	
<b>Varekost BHM</b>			884	8,7 %	884	8,7 %	
<b>SP IKT</b>			1 833	5,1 %	1 833	5,1 %	
<b>Pasientreiser</b>	- 27		894	2,1 %	867	12,5 %	
<b>Overordnet VVHF</b>	42 105	-41,3 %	- 973	2,1 %	41 133	50,3 %	
<b>Avvik i forhold til budsjett</b>	- 7 594	0,9 %	7 568	0,9 %	- 26	0,0 %	
<b>Endret pensjonskostnader</b>			- 7 612	-0,9 %	- 7 612	0,9 %	
<b>Total budsjett avvik</b>	- 7 594	0,9 %	- 45	0,0 %	- 7 639	-0,9 %	

\*Overordnet VVHF: overskudd, gjestepasienter, H-resepter, pensjoner, avskrivninger og engangseffekter mm.

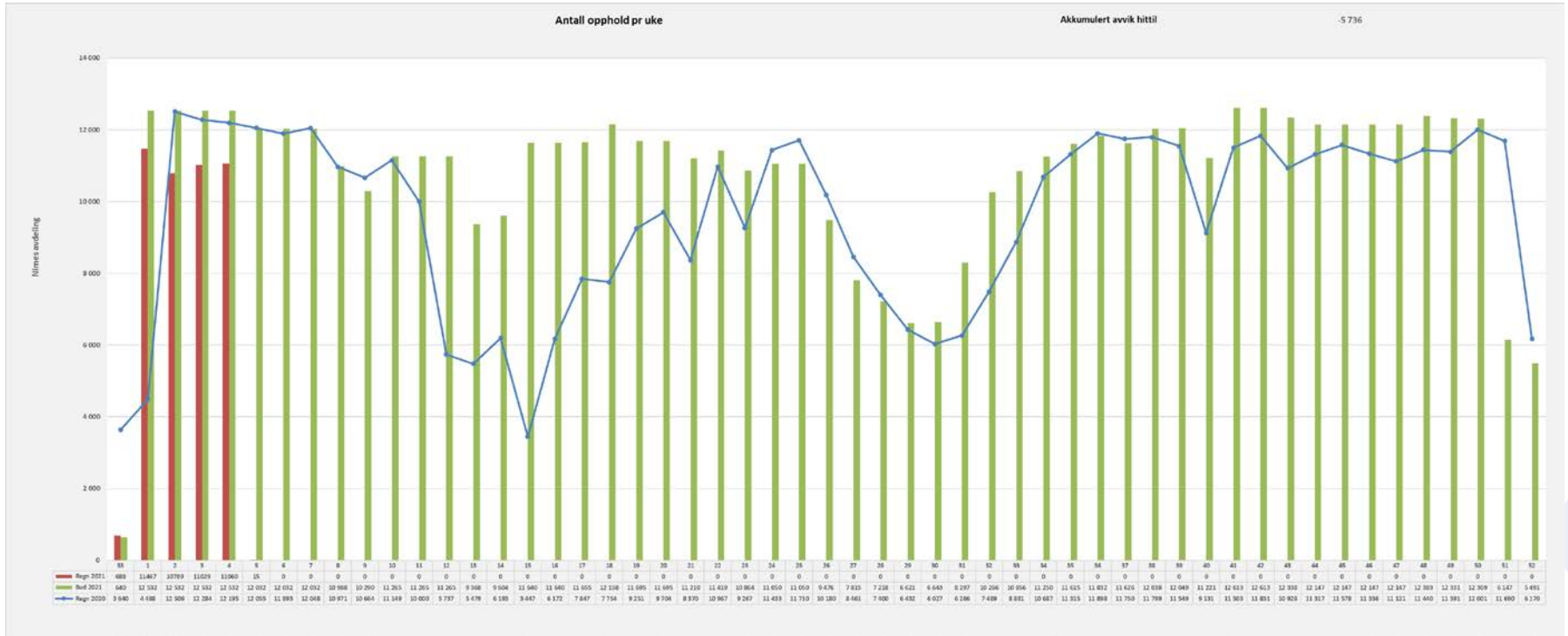
# VVHF totale antall DRG-poeng døgn, dag og poliklinikk, fra egen og andre regioner



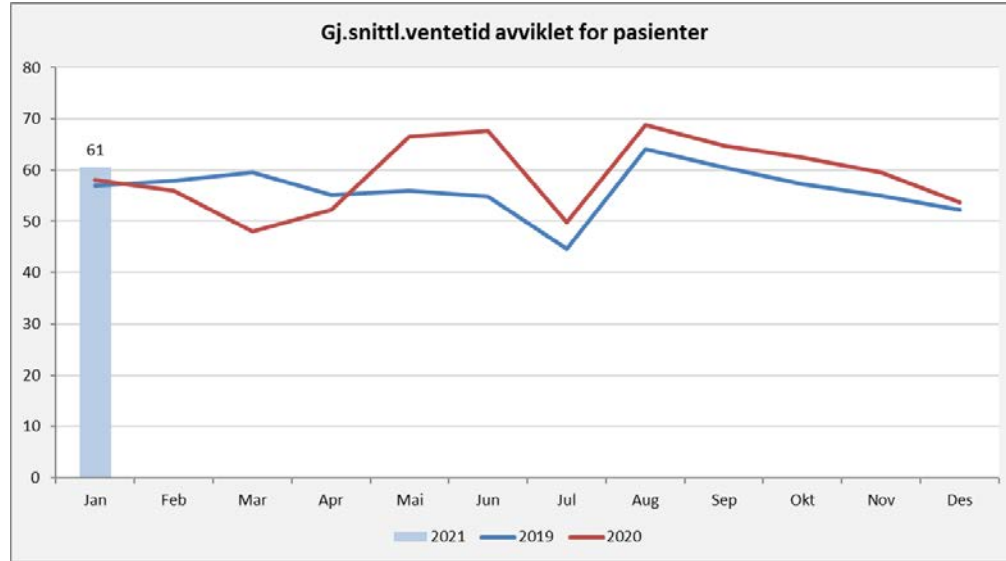
# Poliklinikk PHR totalt

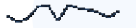











# Utvikling pr uke somatikk- antall opphold total

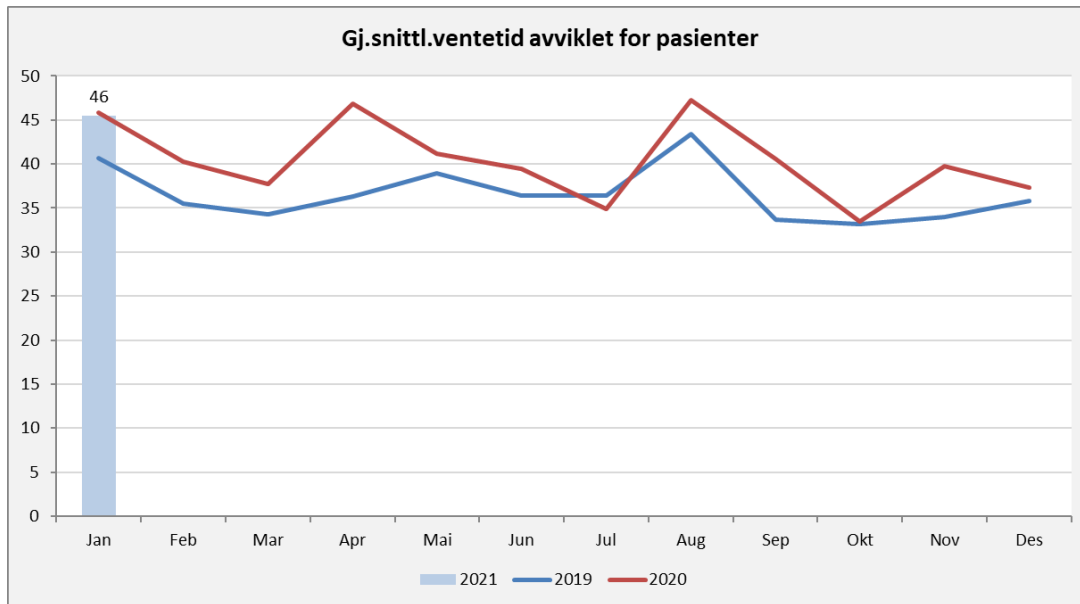










# Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp somatikk



	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mai 2020	Jun 2020	Jul 2020	Aug 2020	Sep 2020	Okt 2020	Nov 2020	Des 2020	Jan 2021	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Gj.snittl.ventetid avviklet for pasienter	58	56	48	52	67	68	50	69	65	62	60	54	61		
10 - Klinikk Drammen sykehus	60	61	50	55	66	70	55	73	68	62	59	55	66		
20 - Klinikk Bærum sykehus	63	54	50	49	75	75	45	65	64	71	71	56	57		
30 - Klinikk Ringerike sykehus	51	53	48	53	67	63	59	70	67	64	56	57	57		
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	41	36	36	46	49	40	24	48	44	40	34	32	50		

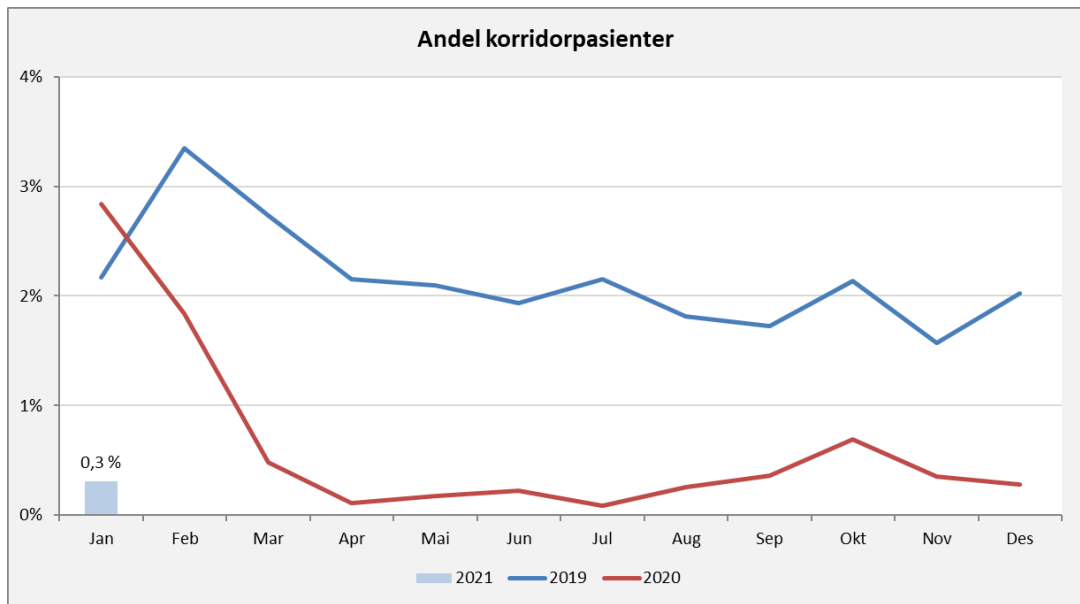
# Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR



Gj.snittlig ventetid avviklet for pasienter	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Siste 12 mnd	Siste 3 år
	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2021		
60 - Psykisk helse og rus (PHR)	46	40	38	47	41	39	35	47	41	33	40	37	46		
Herav VOP	47	41	36	42	36	40	37	48	40	33	41	38	44		
Herav BUP	46	41	44	57	58	40	33	52	48	36	40	39	50		
Herav TSB	33	30	32	42	41	35	24	31	25	30	29	28	33		

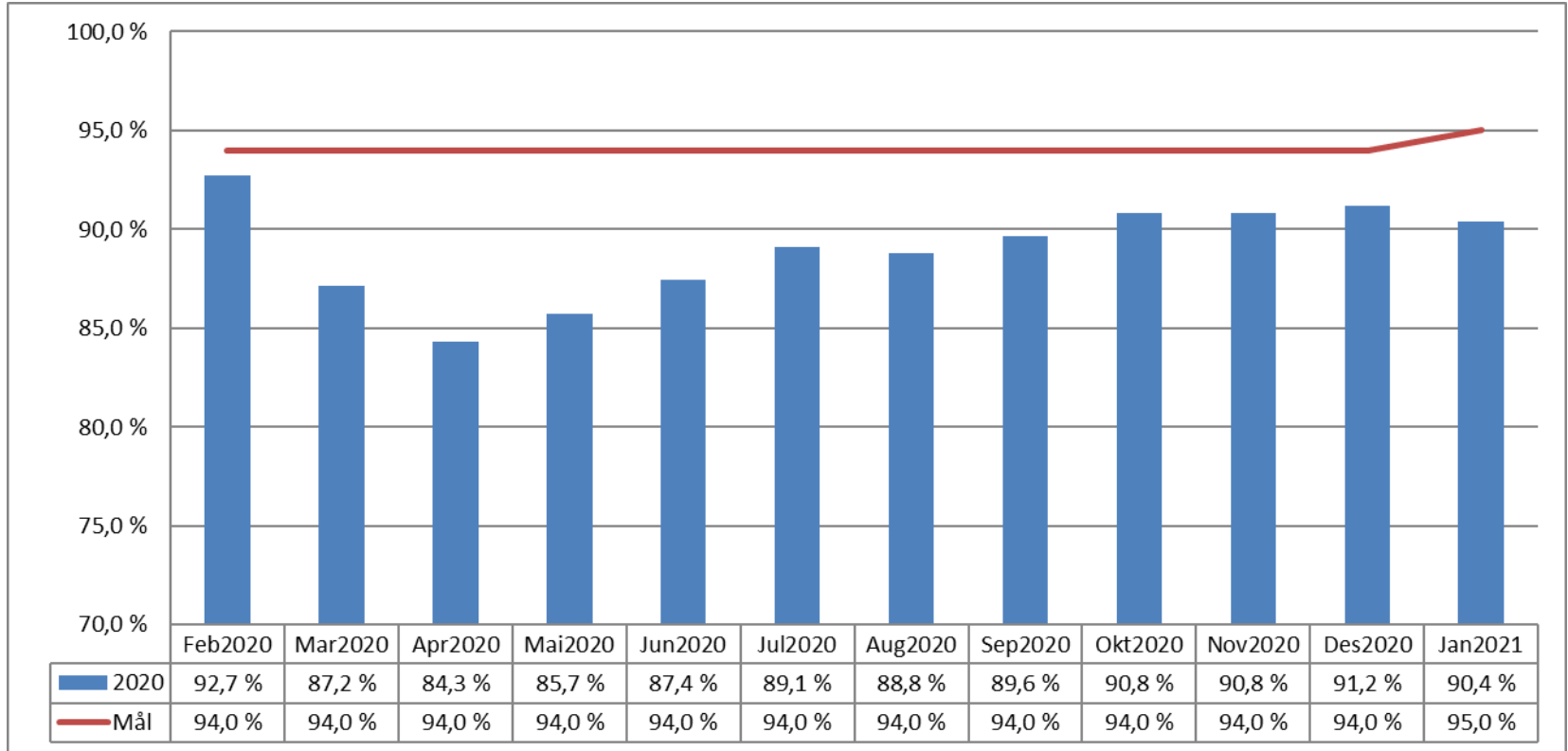
# VESTRE VIKEN

## Andel korridorpasienter somatikk



	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mai 2020	Jun 2020	Jul 2020	Aug 2020	Sep 2020	Okt 2020	Nov 2020	Des 2020	Jan 2021	Siste 12 mnd	Siste 3 år
☐ Andel korridorpasienter	2,8%	1,8%	0,5%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,3%	0,4%	0,7%	0,4%	0,3%	0,3%		
10- Klinikk Drammen sykehus	4,1%	2,4%	0,5%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,4%	0,5%	0,3%	0,3%	0,2%		
20- Klinikk Bærum sykehus	0,9%	0,9%	0,1%	0,2%	0,5%	0,3%	0,0%	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,4%		
30- Klinikk Ringerike sykehus	3,9%	2,7%	1,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,3%	1,6%	0,4%	0,2%	0,5%		
40- Klinikk Kongsberg sykehus					0,1%	0,3%		0,2%	0,3%	0,7%	1,0%	0,3%	0,1%		

# Andel pasientavtaler overholdt





# Prioriteringsregel

pr januar	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor	Estimat i år	Året i fjor
<b>Polikliniske konsultasjoner</b>					
<b>Somatikk</b>	<b>36 740</b>	<b>41 792</b>	<b>-12,1 %</b>	<b>451 711</b>	<b>406 689</b>
VOP	11 676	12 591	-7,3 %	136 323	<b>130 036</b>
BUP	498	7 128	-93,0 %	87 150	<b>84 324</b>
TSB	695	3 417	-79,7 %	39 355	<b>37 088</b>
<b>SUM PHR</b>	<b>12 869</b>	<b>23 136</b>	<b>-44,4 %</b>	<b>262 828</b>	<b>251 448</b>
<b>Ventetid</b>					
<b>Somatikk</b>	<b>61</b>	<b>57</b>	<b>7 %</b>	<b>54</b>	<b>56</b>
VOP	44	40	10 %	40	35
BUP	50	43	16 %	35	43
TSB	33	36	-8 %	30	31
<b>SUM PHR</b>	<b>46</b>	<b>41</b>	<b>12 %</b>	<b>38</b>	<b>36</b>

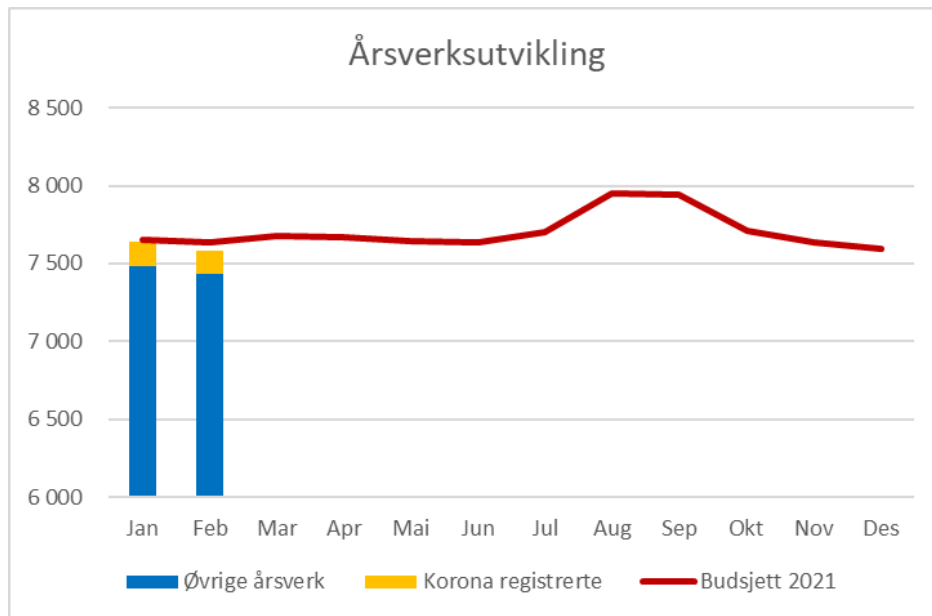


## Brutto månedsverk



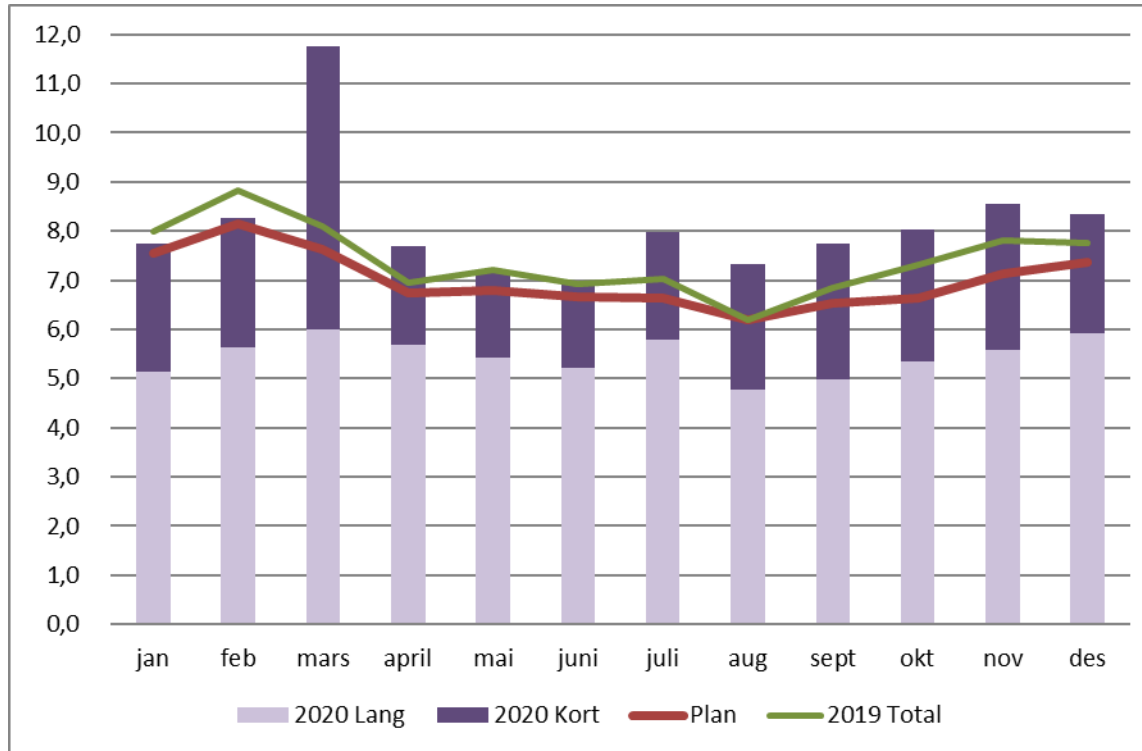
# VESTRE VIKEN

## Brutto månedsverk fordelt



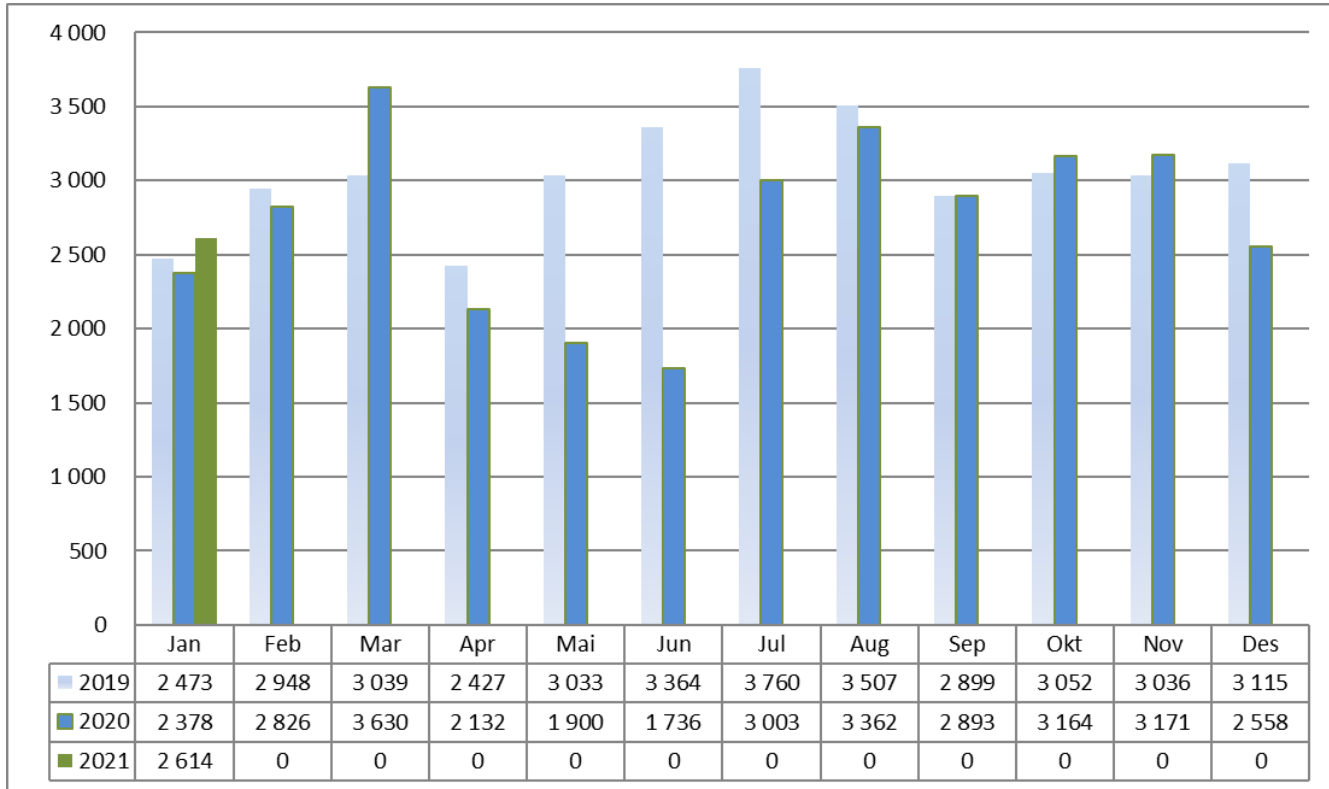
Brutto månedsverk prosjektført korona vises gult

# Sykefravær totalt VVHF 2020





# AML-brudd – antall



Dato: 15. februar 2021  
Saksbehandler: Cecilie B. Løken

## Saksfremlegg

### Nytt Sykehus i Drammen, IKT Fase 1, Statusrapport 3. tertial 2020

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	14/2021	22. 02. 2021

#### Forslag til vedtak

Styret tar tertialrapport for Nytt Sykehus i Drammen, IKT fase 1 pr. 3. tertial 2020 til orientering.

Sted, 15. februar 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

### **Bakgrunn**

I styremøte for Vestre Viken HF (VVHF) 14.12.2020, sak 81/2020, ble det gjort en gjennomgang av viktige IKT-prosjekter frem mot innflytting i Nytt Sykehus Drammen (NSD). Det var enighet om at det skulle arbeides videre med en samlet oversikt over viktige IKT-prosjekter og milepæler, som grunnlag for rapportering. Det utarbeides tertialvise statusrapporter på området som legges fram for prosjektstyret for nytt sykehus (PNSD). Tertialrapportene legges også fram for styret i VVHF. Således ble tertialrapport for 2. tertial 2020 lagt fram som del av tertialvis virksomhetsrapportering i møte 26. oktober 2020, sak 56/2020. Statusrapport for 3. tertial 2020 er ferdigstilt og legges denne gang fram som egen orienteringssak.

### **Saksutredning**

Tertialrapport 03-2020, «Nytt Sykehus i Drammen, IKT Fase 1, Statusrapport 3. tertial 2020», er utarbeidet av stab teknologi i Vestre Viken, i tett samarbeid med Vestre Vikens prosjektorganisasjon for Nytt Sykehus i Drammen (VV-NSD). Rapporteringsomfanget er basert på gjennomgang i NSD IKT koordineringsmøte, med deltakere fra Helse Sør-Øst, Sykehuspartner og Vestre Viken, i desember 2020. Det er også kommet innspill fra Helse Sør-Øst sin prosjektorganisasjon for NSD (PNSD). Rapporteringen bygger på rapporteringsformatet fra tidligere tertialrapporter, og blir løpende videreutviklet i tråd med rapporteringsmetodikk benyttet i Helse Sør-Øst og Sykehuspartner i porteføljeværktøyet Clarity.

Status er innhentet i dialog med prosjektledere/kontaktpersoner, via rapportering i eksisterende styringslinjer og på etablert rapporteringsmal tilsvarende den som benyttes i Clarity. Innen et enkelt prosjektområde kan det forekomme flere unike prosjekter. VVHF sin totale IKT prosjektportefølje inneholder flere prosjekter som kan vurderes tatt med i rapporteringen etter behov.

Tertialrapport 03-2020 ble gjennomgått i prosjektstyret for NSD 21. januar 2021 og i Vestre Vikens styringsgruppe for mottaksprosjektet for NSD 26. januar 2021.

### **Administrerende direktørs vurderinger**

Det pågår mange IKT-prosjekter både regionalt og lokalt som berører Nytt Sykehus i Drammen på ulike måter. Tertialrapporten gir en oversikt over de viktigste IKT-prosjektene og Vestre Vikens vurdering av status for disse. Rapporten viser at det er stor kompleksitet og mange aktører på dette området. Vestre Viken vil følge dette tett fremover. Arbeidet vil ses i sammenheng med den pågående prosessen for utvikling av prosjekt- og porteføljestyring i foretaket, med særlig fokus på prosjekter av strategisk betydning for foretaket.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar tertialrapport for Nytt Sykehus i Drammen, IKT fase 1 pr 3. tertial 2020 til orientering.

Vedlegg: Nytt sykehus i Drammen – NSD IKT fase 1 – statusrapport 3. tertial 2020

# Nytt Sykehus i Drammen

## NSD IKT Fase 1

### Statusrapport 3. tertial 2020

Status reflekterer informasjon mottatt fra prosjektledere pr 27.12.2020

Teksten er oppdatert med status frem til godkjenningstidspunktet.

*Versjon 1.1 er oppdatert 15.02.2021 med noen språklige rettelser.*

**GODKJENT AV:**

Navn	Stilling	Dato	Versjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør	18.01.2021	1.0



## INNHOOLD

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>OVERORDNET STATUS FASE 1</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>VIKTIGE FUNKSJONELLE LEVERANSER</b> .....	<b>5</b>
3.1	Helselogistikk.....	5
3.2	Laboratoriedataløsning .....	6
3.3	Sterilsystem styringssystem (T-Doc).....	6
3.4	EPJ modernisering (innføring av DIPS Arena) .....	7
3.5	Lukket legemiddelsløyfe .....	7
3.6	Sporing og lokalisering .....	7
3.7	MTU/BTU-oppkoblinger (medisinskteknisk/byggt teknisk utstyr) .....	8
<b>4</b>	<b>VIKTIGE INFRASTRUKTURLEVERANSER</b> .....	<b>10</b>
4.1	Datanettverk.....	10
4.2	Telefoni (IP & mobil/5G) .....	11
4.3	Felles regional plattform, inkl. migrering .....	12
4.4	Regional testplattform .....	12
4.5	Mobilitet .....	13
<b>5</b>	<b>VIKTIGE REGIONALE GRUNNMURSLEVERANSER</b> .....	<b>14</b>
5.1	Entydig strekkoding (GS1) .....	14
5.2	Multimediaarkiv .....	15
5.3	Regional data- og analyseplattform .....	16
5.4	Digitalisering av bygg (BIM) .....	16
<b>6</b>	<b>RISIKO</b> .....	<b>17</b>
	<b>VEDLEGG – OVERSIKT OVER UNIKE PROSJEKTER</b> .....	<b>18</b>

## 1 Innledning

I henhold til vedtak i prosjektstyret NSD i oktober 2019 har Vestre Viken HF (VVHF) ansvar for rapportering tertialvis til prosjektstyret NSD på IKT Fase 1. Omfang, prosess og tidsfrister for rapporteringen ble fastlagt i beslutningsmøte IKT for NSD 17.04.2020.

I VVHFs styremøte 14.12.2020 ble det gjort en gjennomgang av viktige IKT-prosjekter frem mot innflytting i Nytt Sykehus Drammen (NSD). Det var enighet om at det skulle arbeides videre med en samlet oversikt over viktige IKT-prosjekter og milepæler, som grunnlag for rapportering. Styret i VVHF ba om at tertialrapporten til prosjektstyret også sendes til styret.

Tertialrapport 03-2020 har cut-off 27.12.2020. Rapporteringsomfanget er basert på gjennomgang i NSD IKT koordineringsmøte og innspill fra prosjektorganisasjonen for NSD (PNSD). Innen et enkelt prosjektområde kan det forekomme flere unike prosjekter, jf prosjektoversikt i vedlegg. VVHF sin totale IKT prosjektportefølje inneholder flere prosjekter som kan vurderes tatt med i rapporteringen etter behov.

Rapporteringen bygger på rapporteringsformatet fra tidligere tertialrapporter, og blir løpende videreutviklet i tråd med rapporteringsmetodikk benyttet i Helse Sør-Øst og Sykehuspartner i porteføljeværktøyet Clarity. Status er innhentet i dialog med prosjektledere/kontaktpersoner, via rapportering i eksisterende styringslinjer og på etablert rapporteringsmal tilsvarende den som benyttes i Clarity.

VVHF er i prosess for utvikling av prosjekt- og porteføljestyring med særlig fokus på prosjekter av strategisk betydning for foretaket. Det vil arbeides med å etablere relevante funksjoner og roller i prosjekt- og porteføljarbeidet, samt å utvikle foretakets kompetanse på fagområdet.

## 2 Overordnet status Fase 1

Det rapporteres på 16 overordnede IKT-prosjekter/prosjektområder som er viktige for NSD innen tre hovedområder:

- 7 funksjonelle leveranser
- 5 infrastrukturleveranser
- 4 regionale grunnmursleveranser

De 16 overordnede IKT-prosjektene/prosjektområdene er kategorisert i følgende kategorier for å illustrere hvor sterk avhengighet NSD har til det enkelte prosjekt:

1. 8 IKT-løsninger som NSD trenger (merket ①)
2. 3 IKT-løsninger som prosjekter i kategori 1 er avhengige av (merket ②)
3. 5 IKT-løsninger som er ønskelig (merket ③), blant annet for å
  - forbedre arbeidsprosesser
  - forenkle teknisk arkitektur
  - redusere kostnader/unngå dobbeltarbeid

Prosjektrapporteringen fremhever sentrale milepæler pr prosjekt/prosjektområde. Valg av milepæler er gjort basert på sentrale risikoelementer som typisk gjelder for IKT-prosjekter:

- Finansieringsbeslutninger
- Anskaffelsesprosesser
- Leveranser (ressurser, kompetanse mm.)

	Planlagt	Estimert/antatt
Finansiering		
Kontrakt		
Leveranse til VVHF		
Leveranse til andre		

I tillegg til prosjektene som allerede er i gjennomføring, forbereder og planlegger VVHF flere prosjekter i Fase 1. For samtlige prosjekter er det stor avhengighet mot Sykehuspartner HF (SPHF), både for tekniske leveranser/infrastruktur og for arbeid med den funksjonelle delen av løsningene.

Innen de enkelte prosjektområdene kan det være ett eller flere unike prosjekter. Totalt er det identifisert 28 unike prosjekter som berører de utvalgte prosjektområdene, Oversikt over de unike prosjektene er gitt i vedlegg, og der fremkommer det også hvilken organisasjon som eier hvert enkelt unike prosjekt (HSØ, Sykehuspartner, PNSD eller VVHF).

VVHF har vurdert status oppimot 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). Tabellen gir en oppsummering, mer detaljert informasjon gis i etterfølgende kapitler og vedlegg.

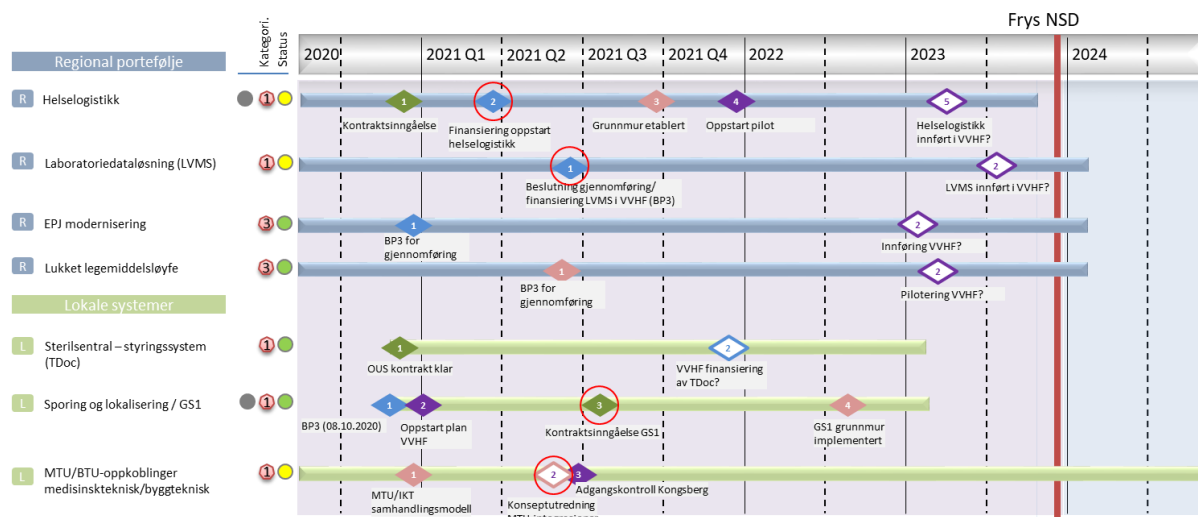
	<u>Status</u> Grønn: lav risiko Gul: middels risiko Rød: høy risiko	<u>Kategori</u> 1: NSD trenger 2: Avhengighet 3: Ønskelig
<b>FUNKSJONELLE LEVERANSER</b>		
Helselogistikk	GUL	1
Laboratoriedataløsning	GUL	1
Sterilsystem styringssystem (T-Doc)	GRØNN	1
Sporing og lokalisering (GS1)	GRØNN	1
MTU/BTU-oppkoblinger	GUL	1
EPJ modernisering (DIPS Arena)	GRØNN	3
Lukket legemiddelsøyfe	GRØNN	3
<b>INFRASTRUKTURLEVERANSER</b>		
Datanettverk	GUL	1
Telefoni (IP & mobil/5G)	GRØNN	1
Felles regional plattform, inkl. migrering	GUL	2
Regional testplattform	GUL	2
Mobilitet	GUL	1
<b>REGIONALE GRUNNMURSLEVERANSER</b>		
Entydig strekkoding (GS1)	GRØNN	2
Multimediaarkiv	GUL	3
Regional data- og analyseplattform	GRØNN	3
Digitalisering av bygg (BIM)	GUL	3

For å sikre nødvendige fagressurser til prosjektene, er det etablert en arbeidsgruppe for «Aktivitets- og ressurskartlegging» som jobber med underlag for dette. I det videre arbeidet vil prosjektenes estimerer kvalitetssikres og oppdateres i estimeringsmodellen for et mer presist underlag for Sykehuspartners kundeplan og økonomisk langtidsplan fremover. Arbeidet følges opp i IKT koordineringsmøte.

VVHF jobber sammen med SPHF for etablering av leveransemetodikk (gjennom bl.a SMIL2 - leveransefabrikken i SPHF) og for synliggjøring av hvilke leveranser som er kritiske for NSD, slik at disse merkes spesielt for å sikre prioritet.

### 3 Viktige funksjonelle leveranser

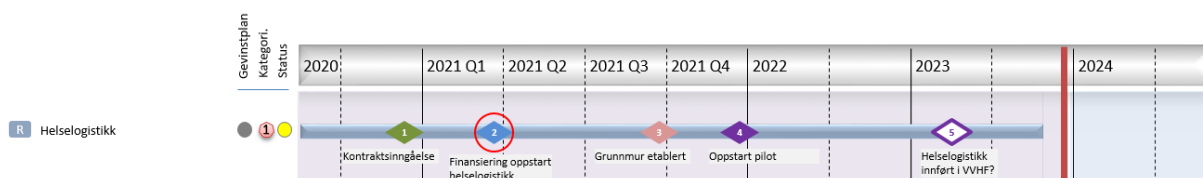
Prosjektrapporteringen trekker frem 7 overordnede prosjekter/prosjektområder med viktige funksjonelle IKT-leveranser som berører NSD. Sentrale milepæler for disse er illustrert i figuren under, og status for hvert enkelt prosjekt/prosjektområde gis i de etterfølgende kapitlene.



For funksjonelle leveranser er følgende fire milepæler vurdert som spesielt viktige for NSD:

- Beslutning om finansiering og oppstart innføring helselogistikk, planlagt i Q1'2021
- Beslutning om finansiering og oppstart innføring labdatasystem (LVMS), planlagt i Q2'2021
- Kontraktsinngåelse for regional anskaffelse av grunnmurskomponenter for strekkoding GS1, planlagt i Q3'2021
- Leveranse av konseptutredning for MTU-integrasjoner, planlagt i Q2'2021

#### 3.1 Helselogistikk



Det regionale helselogistikkprosjektet har inngått rammeavtaler med leverandører og planlegger neste fase. Viktige milepæler:

- 1: Innstilling til valg av leverandører ble godkjent av porteføljestyret i HSØ 10. november 2020. For område A og B er Imatis valgt som leverandør, og for område C er Ascom valgt.
- 2: Det er usikkert når beslutning om innføringsstrategi og finansiering vil foreligge. Planlagt behandling i HSØ porteføljestyret 28.01.2021 ble nylig foreslått utsatt til 25.03.2021.
- 3, 4 og 5: Det er foreløpig uklart hvordan innføring av helselogistikk vil organiseres, hvilke milepæler som vil komme underveis og når helselogistikk vil være innført i VVHF.

VVHF har startet interne forberedelser for mottak av helselogistikk og har etablert intern styringsgruppe, arbeidsgruppe og referansegruppe. Arbeidsgruppen arbeider med gjennomgang av prioritert funksjonalitet, gevinstrealisering og tekniske avhengigheter. Utfallet av planleggingsfasen til det regionale prosjektet vil påvirke hvordan VVHF skal tilnærme seg

testing og innføring av helselogistikk. VVHF har i budsjett 2021 avsatt midler til lokale prosjektkostnader og lokale investeringer tilknyttet helselogistikk.

Helselogistikkprosjektet er viktig for NSD, blant annet mtp funksjonalitet knyttet til innsjekk/utsjekk, og for å ta ut planlagte gevinster i tråd med VVHFs gevinstplan.

VVHFs vurdering av status for helselogistikk er **GUL** da det er stor usikkerhet knyttet til finansiering og innføringsstrategi. Dersom dette fortsatt er uklart ved neste rapporteringstidspunkt vil det vurderes å endre status til **RØD**.

### 3.2 Laboratoriedataløsning

To prosjekter adresserer laboratoriedataløsning:

- Innføring av regionalt laboratoriedatasystem (LVMS) for patologi (besluttet)
- Innføring av regionalt laboratoriedatasystem (LVMS) for mikrobiologi og biokjemi (i planleggingsfasen, ikke besluttet)

Den viktigste milepælen er beslutning om VVHF skal innføre LVMS for mikrobiologi og biokjemi. Fremdrift i prosjektet er ihht. plan og det jobbes bl.a. med kartlegging av arbeidsprosesser og vurderinger av tekniske installasjoner. Det legges opp til beslutning om oppstart gjennomføringsfase (BP3) før sommeren 2021. Det forventes at innføringen vil ha et finansieringsbehov som fordrer at beslutningen må tas i styret i HSØ.

Det er gjennomført en kartlegging av om innføring av LVMS på fagområde patologi i VVHF burde inngå i samme prosjekt som innføring av LVMS på øvrige labområder, eller om det er bedre å beholde dagens ordning med innføring av LVMS for patologi som et separat prosjekt felles for alle HF. Styringsgruppen besluttet 5. januar 2021 å beholde dagens inndeling, dvs at LVMS patologi og LVMS mikrobiologi og biokjemi planlegges som separate prosjekter.

Prosjektene er kritisk for NSD, da resultatene fra dette prosjektet vil påvirke anskaffelser NSD ifm. nytt medisinsk teknisk utstyr på både Laboratorieavdelingen og i felles prøvemottak. I tillegg må teknisk infrastruktur som integreres mot labsystemet tilpasses den valgte løsningen.

VVHFs vurdering av status for laboratoriedataløsning er **GUL** på bakgrunn av prosjektenes kompleksitet, finansieringsbehov og stramme tidsramme for gjennomføring før frys NSD.

### 3.3 Sterilsystem styringssystem (T-Doc)

Det foreligger ikke et regionalt system eller et regionalt prosjekt for styringssystem for sterilsentral. OUS har anskaffet styringssystemet T-Doc fra leverandør Getinge, og Vestre Viken kan benytte denne avtalen. OUS har startet prosjektet for innføring av løsningen.

Vestre Viken har opprettet et prosjekt for å utarbeide en rapport på behov, muligheter, kostnader og gevinster for etablering et nytt styringssystem for sterilforsyning i nytt sykehus Drammen. Prosjektet vil ha et nært samarbeid med OUS og etableringsprosjektet med de erfaringer de får under innføring av T-Doc. Dialog med leverandør og Sykehuspartner blir også etablert. Når rapporten knyttet til NSD foreligger, vil VVHF vurdere strategi for evt bruk av T-Doc i hele foretaket. T-Doc brukes allerede ved Bærum sykehus og dels ved Kongsberg sykehus.

VVHFs vurdering av status for styringssystem sterilsentral er **GRØNN** på bakgrunn av avtalen mellom OUS og Getinge om T-Doc og tilgjengelig tid for gjennomføring før frys NSD.

### 3.4 EPJ modernisering (innføring av DIPS Arena)

Helseforetakene i Helse Sør-Øst må skifte fra journalsystemet DIPS Classic til et moderne EPJ (elektronisk pasientjournalsystem) – DIPS Arena. Et skifte til DIPS Arena planlegges trinnvis gjennom flere faser. Beslutning om gjennomføring av neste fase planlegges i månedsskiftet januar/februar 2021. Neste fase vil etter planen omfatte konsolidering av databaser for SIV og STHF, og innføring av Arena ved OUS (psykisk helse og rus). Deretter legges det opp til innføring av Arena ved Sykehuset Østfold (psykisk helse og rus).

VVHF inngår ikke i HSØ sine planer for neste fase, men VVHF er i dialog med Regional EPJ moderniseringsprosjektet for å avklare kriterier og rekkefølge for innføring. Innføring av DIPS Arena før frys NSD vil kreve at planlegging av innføring i VVHF starter i løpet av kort tid. Dersom innføring av DIPS Arena må vente etter innflytting i NSD, risikerer foretaket å gå glipp av muligheter for forbedring av arbeidsprosesser som DIPS Arena legger til rette for.

VVHFs vurdering av status for EPJ modernisering er **GRØNN**, basert på status i det regionale prosjektet og vurdering av behov i NSD.

### 3.5 Lukket legemiddelsløyfe

Regionalt prosjekt for lukket legemiddelsløyfe er i planleggingsfase, og beslutning om gjennomføring (BP3) planlegges før sommeren 2021. Pilotering av løsning skjer sannsynligvis ikke før i 2023, pga. avhengighet til andre leveranser som eksempelvis innføring av ny ERP-løsning hos Sykehusapotekene. Fremtidig behov for endringer i IKT-systemer omfatter bl.a. behov for oppgradering av elektronisk kurve (Metavision). Innføring av Metavision pågår i VVHF og er planlagt ferdigstilt i løpet av 2021.

VVHF behandlet konsept for legemiddelforsyning i desember 2020 og konkluderte at det ved innflytting i NSD legges opp til en kombinasjon av:

- Elektronisk identifiserbare endoser levert som en basisløsning
- Automatisert pakking av pasientmerkede endoser for de enheter i sykehuset hvor dette er aktuelt
- «Ready to use», halvfabrikata og «standard behandlingspakker» innføres

Pilotering av fremtidige løsninger i dagens sykehus og økt bruk av endoser og halvfabrikata vurderes igjen når regionalt prosjekt om lukket legemiddelsløyfe er ferdig med planfasen for gjennomføring. Mottaksprosjekt for løsning i Vestre Viken blir ikke etablert før utrulling er aktuelt, men tas hensyn til ved planleggingen av nytt sykehus.

VVHFs vurdering av status er **GRØNN**, basert på status i det regionale prosjektet for lukket legemiddelsløyfe og tilgjengelig tid for gjennomføring før frys NSD.

### 3.6 Spring og lokalisering



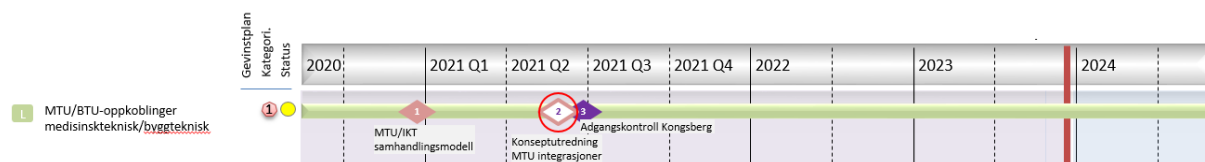
Prosjekt for spring og lokalisering er under etablering i VVHF. Prosjektet er avhengig av det regionale prosjektet for etablering av grunnmur for entydig strekkoding ihht GS1-standarden.

En viktig milepæl er kontraktsinngåelse for anskaffelse av grunnmurskomponenter GS1, som etter planen skal skje i Q3'2021. Det er regionale GS1-prosjektet rapporterer at prosjektets fremdrift er ihht plan. Se egen status for det regionale GS1 prosjektet i kapittel 5.1 .

Vestre Viken etablerer et prosjekt for å utarbeide en rapport for å avklare hvilke funksjonsområder innenfor sykehuset som har behov for sporing og lokalisering for å oppnå effektiv drift. Videre avklare innenfor hvilke forretningsområder det er lønnsomt å etablere støtte for sporing og lokalisering og prioritering og kartlegging av prosesser og systemer som vil bruke løsningen. Prosjektet fokuserer på de løsningene som er prioritert iht. gevinstrealiseringsrapporten. Det legges opp til at mandat for prosjektet skal godkjennes i NSD kontaktmøte 5. februar 2021.

VVHF's vurdering av status for sporing og lokalisering er **GRØNN**, basert på status i det regionale prosjektet og tilgjengelig tid for gjennomføring før fryns NSD.

### 3.7 MTU/BTU-oppkoblinger (medisinskteknisk/byggteknisk utstyr)



Det pågår aktiviteter og prosjekter på flere områder under BTU/MTU, både organisatoriske og tekniske. Særlig MTU-området vurderes som svært viktig for det videre arbeid med NSD. MTU-oppkoblinger er et område hvor VVHF opplever utfordringer i daglig drift knyttet til leveranser fra Sykehuspartner, og dette er adressert til ledelsen i Sykehuspartner i kundemøte i desember.

Det trekkes frem tre viktige prosjekter som ligger under denne prosjektparaplyen:

- HSØs prosjekt for MTU/IKT samhandlingsmodell
- HSØs prosjekt for konseptutredning MTU Integrasjoner
- Adgangskontroll ved Kongsberg sykehus

VVHF's vurdering av status for MTU/BTU-oppkoblinger er **GUL**, basert på status i regional konseptutredning og at VVHF opplever at Sykehuspartner mangler ressurser på MTU-området.

#### *MTU/IKT samhandlingsmodell*

VVHF er godt representert i prosjektet som skal ta frem en samhandlingsmodell for MTU/IKT for å sikre en klar rollefordeling mellom Sykehuspartner og helseforetakene på MTU-området. Samhandlingsmodellen MTU-IKT består av tre hovedelementer

1. 9 tjenestemodeller med tilhørende HUKI-matrise som definerer roller og ansvar
2. Prosess for innplassering i tjenestemodellen
3. Styringsprinsipper og føringer for valg av tjenestemodell

Høsten 2020 ble utkast til samhandlingsmodell pilotert ved Ahus og VVHF. Styringsgruppen vil behandle erfaringene fra pilotene og videre fremdrift på neste styringsgruppemøte i februar.

#### *Konseptutredning MTU integrasjoner*

Den viktigste milepælen er leveranse av konseptutredning MTU-integrasjoner som etter planen skulle ferdigstilles i mars 2021. Prosjektet skal skissere standarder for å forenkle og sikre integrasjoner mellom MTU og fagsystemer, samt sikre felles strategisk tilnærming til integrasjon med MTU gjennom bruk av standardiserte integrasjonsprofiler. Prosjektet startet 25.11 og

konseptrapport skal leveres i slutten av mars 2021. HSØ har i porteføljerapportene rapportert manglende fremdrift pga ressursmangel. VVHF er ikke involvert i utredningen, og har etterlyst status og involvering.

#### *Adgangskontroll Kongsberg*

PNSD har i entreprise 5401 inngått kontrakt med Bravida for anskaffelse av Integra løsning for sikkerhet/adgangskontroll til PNSD. Det er en opsjon på kontrakten for etablering av løsningen på de andre sykehusene i VVHF (BRK). VVHF har gjort avrop på denne avtalen og Kongsberg Sykehus (KS) er valgt som pilotprosjekt.

Prosjektet er påbegynt, og ressurser fra byggherre (PNSD), Bravida, VVHF og SPHF jobber med å avklare omfang i tidligfase, herunder funksjonskrav for NSD og funksjonskrav for pilot installasjonen (Fase 1), integrasjoner mot andre systemer, krav til IKT infrastruktur, mm. Endelig design fra Bravida er forventet levert 01.05.21, men Fase 1 vil påbegynne sitt arbeid (LD & ROS) basert på det foreløpige systemdesign som skal være klart 15.03.2021.

Formelt organiseres arbeidet i to ulike prosjekter som samarbeider tett:

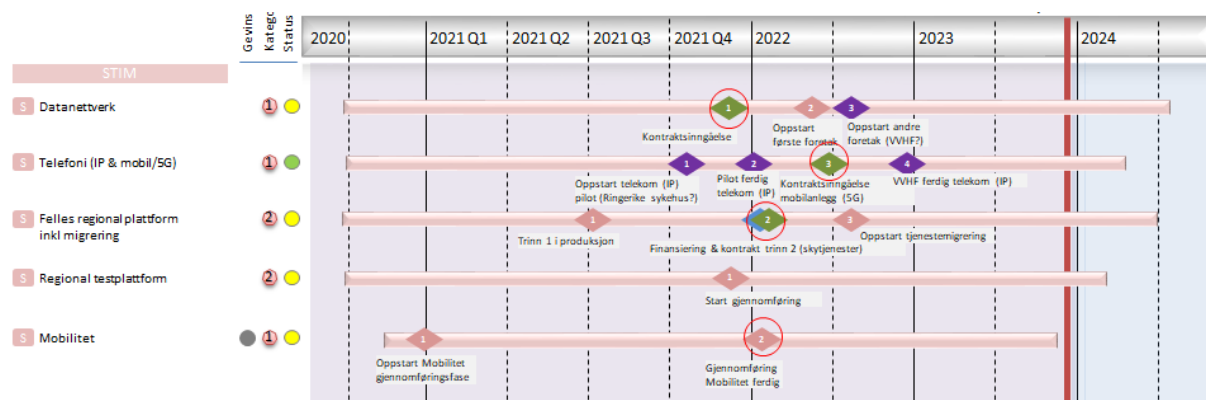
- PNSD har ansvar for å sikre en helhetlig systemdesign for adgangskontrollsystem inkludert en felles serverløsning som skal benyttes for NSD
- VVHF har ansvar for å sikre lokale tilpasninger ved Kongsberg sykehus og bekoste lokale kostnader knyttet til avropet for Kongsberg sykehus

Sykehuspartner bidrar med ressurser til begge prosjekter. Ressurser til PNSD-prosjektet bestilles av PNSD over avtalen inngått mellom PNSD og Sykehuspartner. Ressurser til VVHF-prosjektet bestilles av VVHF gjennom kundeplan.



## 4 Viktige infrastrukturleveranser

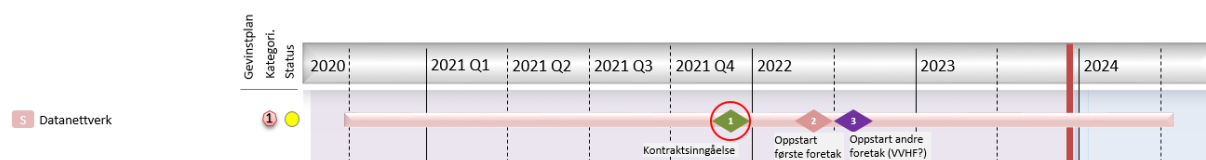
Det er spesielt 5 overordnede prosjekter/prosjektområder med viktige infrastrukturleveranser som berører NSD. Alle disse inngår i Sykehuspartners infrastrukturmoderniseringsprogram STIM. Sentrale milepæler er illustrert i figuren under, og status for hvert enkelt prosjekt/prosjektområde gis i de etterfølgende kapitlene.



For infrastrukturleveranser er følgende fire milepæler vurdert som spesielt viktige for NSD:

- Kontraktsinngåelse og finansieringsbeslutning for modernisering av nettverk, planlagt i Q4'2021
- Kontraktsinngåelse for innendørs mobilanlegg, planlagt i midten av 2022
- Kontraktsinngåelse og finansieringsbeslutning for felles plattform, trinn 2 (skyløsning), planlagt i Q1'2022
- Leveranse av sentrale tjenester for mobilitet, planlagt i Q1'2022

### 4.1 Datannettverk



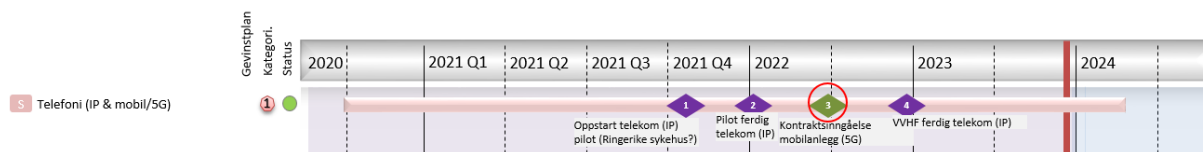
STIM-prosjektet «Modernisering av nett» vil modernisere og standardisere nettverkene ved sykehusene og skifte alle nettverkskomponenter (rutere, svitsjer, brannmurer, mm.) som ikke passer i en modernisert nettverksløsning. Prosjektet planlegger å starte med det første foretaket i løpet av 2022, og det andre foretaket i 2023. Sunnaas HF og VVHF er foreslått som henholdsvis første og andre foretak, og prosjektets styringsgruppe besluttet i desember 2020 at prosjektet kan fortsette å legge dette til grunn.

VVHF startet i 2020 et prosjekt for å gjennomføre bygningsmessige forbedringer til lokale datarom, basert på anbefalinger fra Sykehuspartner. Sykehuspartner vil i Q1'2021 avklare om prosjekt modernisering av nett gir behov for ytterligere utbedringer og eventuelle øvrige konsekvenser for foretakene.

En viktig milepæl blir beslutning om finansiering og kontraktsinngåelse for gjennomføring av arbeidet, planlagt i Q4'2021. Sykehuspartner planlegger å fremsende finansieringsanmodning for moderniseringen til HSØ i Q2'2021.

VVHFs vurdering av status for modernisering av nett er **GUL** på bakgrunn av prosjektets omfang, kompleksitet, finansieringsbehov og stramme tidsramme for gjennomføring før fryns NSD.

## 4.2 Telefoni (IP & mobil/5G)



To viktige prosjekter pågår på telefoniområdet:

- Utrulling av regional telekomplattform (IP-telefoni)
- Forberedelser til fremtidige avtaler om innendørs mobilanlegg i sykehus (5G)

VVHFs vurdering av status for telefoni er **GRØNN**, basert på status i de to prosjektene og tilgjengelig tid for gjennomføring før frys NSD.

### Telekomplattform (IP-telefoni)

Hovedformål med prosjektet er å bytte fra eksisterende lokale telefonsentraler med egne ISDN linjer til digital telefonsentraler for IP-telefoni som står i sentrale datasentre. Dette vil kunne medføre endringer for brukerne i form av nye telefonterminaler og nummerrutiner. Man ønsker også å benytte anledningen til å se på økt bruk av mobiltelefon for å øke mobiliteten, ref. prosjekt Mobilitet. Bruk av mobiltelefoner kontra tradisjonelle terminaler vil bli pilotert i VVHF.

Status:

- Utrulling av regional telekomplattform pågår i OUS
- Det er besluttet at VVHF v/Ringerike sykehus skal være pilot for regional telekomplattform på SIKT-plattformen
- Vestre Viken er planlagt som neste foretak for full utrulling etter OUS når pilot på Ringerike sykehus er gjennomført.

Lokalt mottaksprosjekt i VVHF er under etablering med Stig Stornes fra avdelingen IKT og arkitektur (stab teknologi) som prosjektleder.

### Innendørs mobildekning/5G

Prosjekt «Innendørs mobildekning/5G» ledes av Sykehuspartner og skal, basert på konseptstudien «Innendørs mobildekning i sykehusbygg» fra desember 2019, videreføre utredningen av hvordan 5G kan tas i bruk i Helse Sør-Øst. Arbeidet videreføres i en Proof of Concept (POC) fase av utvalgte teknologiske løsninger ved hjelp av piloter. Formålet er å validere anbefalingene for å redusere risiko for feil beslutning angående hvilken infrastruktur som skal bygges for innendørs mobildekning i HSØ for nye og eksisterende sykehusbygg.

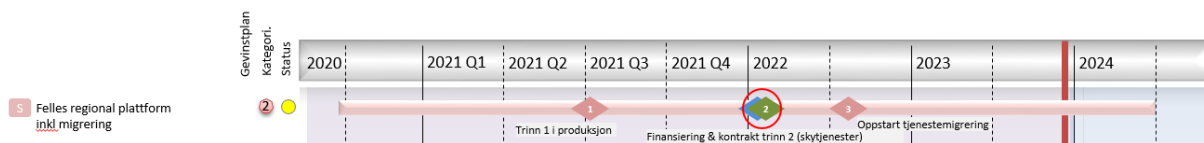
Aktiviteter og leveranser i fasen:

- Identifisere og gjennomføre relevante piloter/Proof of Concept (PoC)
- Anbefale finansierings- og forretningsmodell(er) og anskaffelsesstrategi
- Drift og forvaltningsmodell – samarbeid med mobiloperatør/3. part

Prosjektet utredes sammen med operatørene på blant annet Kongsberg sykehus hvor det ble installert et testanlegg fra leverandøren Nokia og operatøren Ice i begynnelsen av januar 2021. Det legges opp til å gjennomføres tester i januar og februar 2021.

Prosjektet er viktig for NSD fordi en evt regional avtale for innendørs mobildekning skal brukes av PNSD for å etablere innendørs mobildekning i NSD.

### 4.3 Felles regional plattform, inkl. migrering



Felles regional plattform består av flere prosjekter:

- Felles plattform trinn 1
- Felles plattform trinn 2
- Sikkerhetszone og Regional sonemodell og Katalogtjenester (AD-struktur)
- Tjenestemigrering

En viktig milepæl er beslutning om finansiering og kontraktsinngåelse for trinn 2 (ny skybasert plattform). Fremdrift i prosjekter som tjenestemigrering og testplattform avhenger av dette.

Pågående arbeid:

- Sikkerhetsmekanismer for ny plattform er definert
- Trinn 1 (oppgradert SIKT) leverer test- og produksjonsmiljø til enkelte regionale løsninger (CMS, RAD m.fl.)
- Trinn 2 (ny skybasert plattform) er avhengig av anskaffelse ifm. skyløsning

Fremtidig arbeid:

- Migrering av eksisterende tjenester vil skje gradvis når trinn 2 er i produksjon
- Det er usikkert når migrering av Vestre Vikens tjenester vil skje til ny plattform
- Det er usikkert når migrering til ny plattform kan skje for nyanskaffelser

Status er at Felles regional plattform trinn 2 er forsinket i forhold til godkjent plan for planleggingsfasen

Prosjektet har utarbeidet et underlag til KPA2 (kontrollpunkt 2) basert på prosjektets anbefalte forslag «Leie IaaS, leie/bygge plattformtjenester» for etablering av felles regional plattform. Det er vesentlig for anskaffelsens omfang og utforming at avklaringer knyttet til bruk av markedet blir gjort. Dette er i arbeid og anbefaling vil bli presentert så snart det er forankret.

VVHF's vurdering av status for felles plattform og migrering er **GUL** på bakgrunn av prosjektens status, omfang, kompleksitet og stramme tidsramme for gjennomføring før frys NSD.

### 4.4 Regional testplattform

Regional testplattform er et STIM-prosjekt som er i planleggingsfasen. Prosjektet har hovedsakelig jobbet med planlegging, dialog med interessenter for å få økt forståelse for prosjektets tilnærming og leveranser, og kartlegging av avhengigheter og forutsetninger for gjennomføring. Prosjektet rapporterer at det er klart for oppstart av planleggingsfasen for Basisløsning (trinn 1), og at aktivitetene innenfor leveranseområder Fundamentet har kommet godt i gang. Business case for planleggingsfase trinn 1 er fremlagt.

Regional testplattform er viktig for NSD i forbindelse med testing av nye IKT-løsninger som skal implementeres i nytt sykehus.

VVHF's vurdering av status for regional testplattform er **GUL**, på bakgrunn av prosjektets status omfang, og avhengighet til felles plattform.

## 4.5 Mobilitet

Prosjekt mobilitet består av flere prosjekter:

- Mobilitet
- Mobilitetsplattform (gjennomført: EMM løsning innført via prosjektet sikker e-post)

Pågående arbeid:

- Arkitektur: Beskrivelse av arkitektur for Mobile enheter
- Informasjonssikkerhet og personvern: Oppstarts-aktiviteter
- Mobil autentisering: etablering av testmiljø og utført tester av pålogging med sikkerhetsnøkler på mobiltelefon i samarbeid med prosjekt Styrket autentisering og SØ.
- Tjenesteorientering:
  - Avklare fremgangsmåte for etablering av forretningstjeneste
    - Forankre behov for ny forretningstjeneste
    - Utarbeide tjenestebeskrivelse for forretningstjenesten
- Profiler: Overbyggende oppstarts oppgaver
  - Utarbeidelse av designprinsipper
  - Avstemme profiler inn mot mobilitetsplattformen

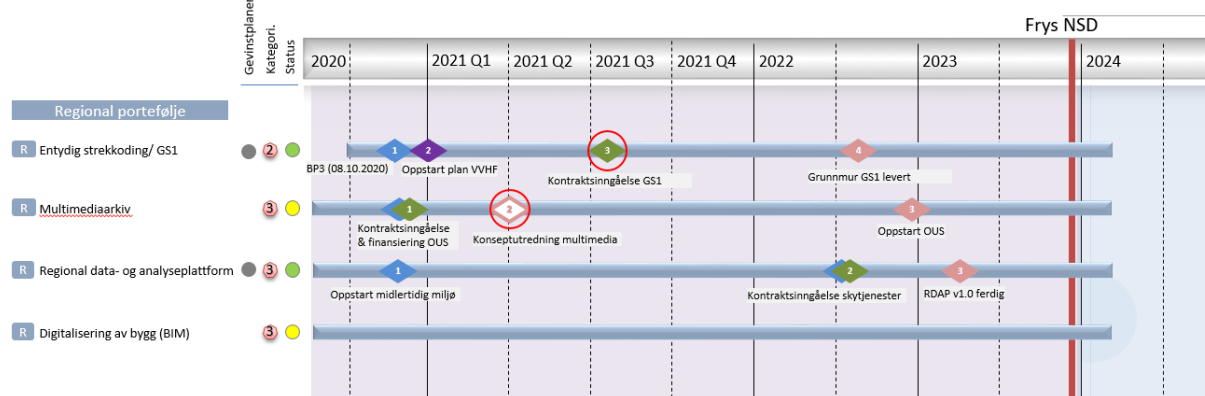
VVHF venter på en rekke mobile løsninger som inntil videre avventer leveranser fra prosjekt «Mobilitet». Dette gjelder blant annet mobile løsninger for Lydia (fagsystem eiendom) og Medusa (fagsystem MTU).

Prosjekt mobilitet er viktig for NSD i forbindelse med bruk av mobile løsninger i nytt sykehus, eksempelvis ifm bruk av ny løsning for Helselogistikk.

VVHFs vurdering av status for mobilitet er **GUL**, på bakgrunn av status, omfang og tidsramme for gjennomføring før frys NSD.

## 5 Viktige regionale grunnmursleveranser

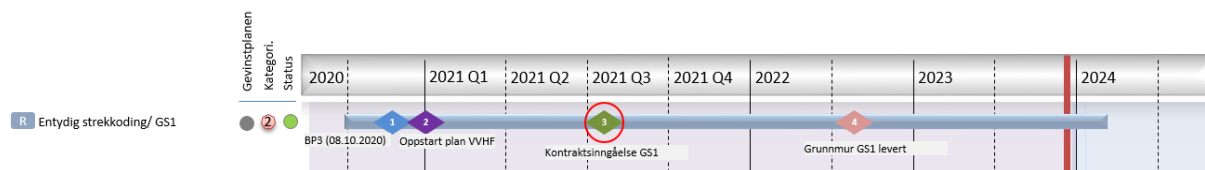
Det er spesielt 4 overordnede prosjekter/prosjektområder med viktige grunnmursleveranser som berører NSD. Alle disse leveres av regionale prosjekter ledet fra HSØ. Sentrale milepæler er illustrert i figuren under, og status for hvert enkelt prosjekt/prosjektområde gis i de etterfølgende kapitlene.



For infrastrukturleveranser er følgende to milepæler vurdert som spesielt viktige for NSD:

- Kontraktsinngåelse for anskaffelse av GS1 grunnkomponenter, planlagt i Q3'2021
- Konseptutredning multimediaarkiv, planlagt i Q2'2021

### 5.1 Entydig strekkoding (GS1)



En viktig milepæl er kontraktsinngåelse for anskaffelse av grunnmurskomponenter GS1, som etter planen skal skje i Q3'2021. Anskaffelsen skal bidra til å bygge en regional infrastruktur for automatisk identifikasjon og datafangst, lokalisering og hendelsesbasert sporing gjennom anskaffelse av IKT-systemer og infrastrukturkomponenter for:

- Lokasjonsregister
- RFID datafangst
- Hendelsesbasert sporing.

Beslutning om oppstart av gjennomføringsfasen ble tatt i oktober 2020 (BP3). Kunngjøring av anskaffelsen for ble sendt ut den 24. november, og konkurransen har fått stor interesse i markedet. Prosjektet har aktiviteter på ulike områder:

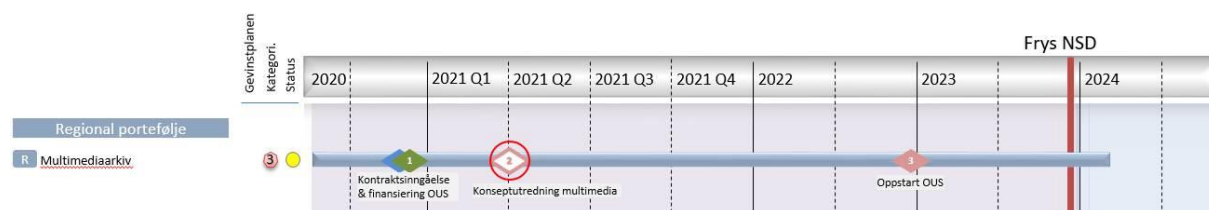
- Arbeidsgruppe for PoC (Proof of Concept) er etablert. Gruppen jobber med å kartlegge behov og test cases samt å få testlokaler klare for bruk. VVHF deltar i arbeidsgruppen.
- Arbeidsgruppe for anskaffelsen av GS1 komponenter etablert. Gruppen jobber med kravspesifikasjon og vurdering av arkitektur (sky vs. on-premise). VVHF deltar i arbeidsgruppen.
- Beslutningsprosess for målbylde GS1 innkjøp og logistikk er avklart med HSØ.
- Koordineringsmøter gjennomført med RDAP, byggeprosjektene, SP integrasjon, helselogistikk.

Prosjektet vurderer ikke at det er avhengigheter med RDAP-prosjektet som påvirker dette prosjektets leveranser.

VVHF sitt prosjekt for sporing og lokalisering, som er under etablering i VVHF, er avhengig det regionale prosjektet for etablering av grunnmur for entydig strekkoding ihht GS1-standard. Se omtale i kapittel 3.6.

VVHFs vurdering av status for entydig strekkoding/GS1 er **GRØNN**, basert på status i de to prosjektene og tilgjengelig tid for gjennomføring før frys NSD.

## 5.2 Multimediaarkiv



På multimediaarkivområdet pågår det to viktige prosjekter

- Innføring av regionalt RIS/PACS og multimediaarkiv i OUS
- Konseptutredning strategi for multimediaarkiv i regi av HSØ

Prosjekt OUS 40 Anskaffelse av radiologiløsning og multimediaarkiv for helseforetak i HSØ (PRJ10531) ble avsluttet desember 2020. Leverandør er valgt og kunngjort (Sectra). Det settes opp et prosjekt i Q1 2021 for innføring av RIS/PACS og den grunnleggende multimedia-komponenten, for OUS. Prosjektet er forventet å pågå ut 2022. VVHF er representert i styringsgruppen.

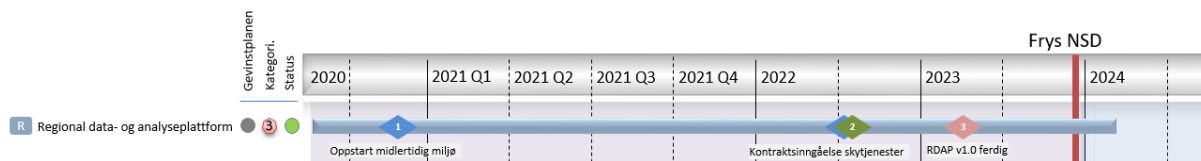
HSØ har startet konseptutredning for å kartlegge og foreslå en strategi og standard for bruk av multimedia i HSØ. Utredningen skal bl.a. foreslå plan for innføring av multimediaarkiv i foretak utover OUS. Utredningen er berammet planlagt ut mars/april 2021. VVHF er ikke involvert i utredningen, og har etterlyst status og involvering.

VVHF har startet en behovskartlegging for multimediaarkiv i foretaket.

Multimediaarkiv er viktig for NSD, spesielt i forbindelse med anskaffelse og oppkobling av MTU. Dersom det ikke foreligger et multimediaarkiv vil bildefiler fra billeddannende MTU lagres i ulike løsninger, noe som vil være kompliserende og potensielt fordyrende for NSD.

VVHFs vurdering av status for multimediaarkiv er **GUL** da det ikke foreligger planer for innføring av multimediaarkiv i VVHF, og det er pt usikkert om multimediaarkiv vil kunne innføres i tide før frys NSD. Dersom innføring av multimediaarkiv må vente etter innflytting i NSD, risikerer foretaket å gå glipp av muligheter for forbedring av arbeidsprosesser og forenkling av teknisk arkitektur som multimediaarkiv legger til rette for. Det er positivt at konseptutredningen for vurdering av innføringsstrategi pågår. Dersom innføringsstrategi fortsatt er uklart ved neste rapporteringstidspunkt vil det vurderes å endre status til **RØD**.

### 5.3 Regional data- og analyseplattform



Prosjekt for etablering av regional data- og analyseplattform (RDAP) skal sikre en strategisk og strukturert tilnærming til datafangst og datautnyttelse i HSØ. RDAP vil fungere som en «motorvei» for uthenting, behandling, lagring og utlevering av data for en rekke bruksområder. Beslutning om oppstart av første fase, etablering av et midlertidig miljø, ble tatt i desember 2020. Prosjektet fikk sin BP3 beslutning 2. desember 2020 og er klar for gjennomføringsfase med oppstart januar 2021. Gjennomføringsfasen, som starter i januar 2021, deles inn i sekvensielle deler med separate beslutningspunkter for gjennomføring. Det legges opp til kontraktsinngåelse skytjenester 2 halvår 2022.

VVHF har over lengre tid jobbet med en oppgradering av foretakets lokale analyseløsning. Det er avklart med Sykehuspartner at RDAP ikke innen rimelig tid kommer til å kunne dekke VVHF sine behov, og det er enighet om at oppgradering av VVHFs analyseløsning må gjennomføres. Oppgraderingen er prioritert på kundeplan for første halvår 2021.

Mange IKT-løsninger vil hente data fra RDAP på lengre sikt. Det vil være en fordel for NSD om RDAP er tilgjengelig så tidlig som mulig, slik at nye løsninger som anskaffes for NSD kan kobles til RDAP. Det er avklart at GS1-prosjektet ikke er avhengig av RDAP for sine leveranser.

VVHFs vurdering av status for RDAP er **GRØNN**, basert på status i det regionale prosjektet.

### 5.4 Digitalisering av bygg (BIM)

Det er pt ikke startet noe prosjekt for etablering av IKT-løsning for Digitalisering av bygg (BIM) i HSØ eller nasjonalt. HSØ la i juni 2020 frem forslag om oppstart av en konseptfase for digitalisering av BIM som del av den regionale IKT-porteføljen. Dette ble ikke prioritert av porteføljestyret.

Det benyttes i dag til sammen flere hundre applikasjoner på eiendomsområdet. Mangel på standardiserte plattformer og regionale gjennomgripende løsninger hindrer konsolidering av systemer. Dette er svært ressurskrevende og gir dårlige løsninger for brukerne.

VVHF er kjent med at HSØ jobber med et revidert forslag som kan bli lagt frem på nytt for porteføljestyret i Q1'2021. Det signaliseres at HSØ forbereder seg til digital transformasjon av hele livsløpet for område Bygg og Eiendom, fra planlegging og prosjektering, i byggefase, drift, vedlikehold og frem til avhending.

VVHFs vurdering av status for BIM er **GUL** da det ikke foreligger besluttede planer for anskaffelse av regional eller nasjonal IKT-løsning for digitalisering av bygningsinformasjon (BIM). Det er positivt at HSØ signaliseres at det jobbes med et nytt forslag til oppstart konseptutredning BIM. Dersom status er uendret ved neste rapporteringstidspunkt vil det vurderes å endre status til **RØD**.

## 6 Risiko

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

Risikobildet er uforandret siden forrige rapportering, men det er gjort ytterligere arbeid på tiltakssiden for å håndtere risikobildet. Dette er beskrevet i risikologgen og visualisert i matrisen under.

ID	Risikobeskrivelse (Bruk formatet: <i>Hendelse/tilstand kan føre til virkning</i> )	Sannsynlighet	Konsekvens (nåsituasjo)	Totalskår (nåsituasjo)	Tiltaksbeskrivelse (Presis beskrivelse, gjerne punktliste)
1	Forsinkelser i innføring av regionale løsninger kan få konsekvenser for arbeidsprosesser og løsninger som er forutsatt i NSD	2	-4	-8	VVHF følger prosjektene tett og deltar med ressurser i kritiske prosjekter
2	Manglende kapasitet/økonomiske rammer i Sykehuspartner kan gi manglende leveranser og/eller fremdrift	4	-4	-16	Tett oppfølging av kundeplan. VVHF har foreslått en tettere dialog på direktørnivå. *) Etablert en arbeidsgruppe med deltakelse fra SP, VV og RHF for å fremskaffe ressursbehov som underlag til bl.a Kundeplan og ØLP. *) Det pågår etablering av SP SMIL2-leveransefabrikk for å sikre økt fokus på leveranser som er knyttet til byggeprosjektets behov.
3	Manglende kapasitet i VVHF kan gi forsinkelser eller mangler for leveranser i fase 1.	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 VVHF sine spesifikke situasjon og planer. VVHF har bestilt arkitektressurs fra SP og rekruttering pågår. *) Arkitekt fra SP er koblet på ressurs- og avhengighetsarbeidet som beskrevet i punktene over. Prosjektene i IKT-planen for fase 1 tegnes ut, og samarbeider med arkitekt for PNSD. Tegninger legges i felles SPARX database som er tilgjengelig for både Fase1 og PNSD.
5	Uklare ansvarsforhold og uavklart finansiering mellom HSØ, SP og VVHF kan medføre forsinkelser	2	-3	-6	Beslutningsmøte NSD IKT er en arena hvor slike saker kan adresseres.

### Risikomatrix for trusler mot prosjektet

		Konsekvens				
		Marginal	Liten	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
Sannsynlighet	Har intruffet					
	Svært stor > 90 %					5
	Stor 65 - 90 %				2	4
	Moderat 35 - 65 %			4	3	3
	Liten 10 - 35 %			5	1	2



## Vedlegg – Oversikt over unike prosjekter

Funksjonelle leveranser	Eier	ProsjektID	Organisering/roller utenfor Vestre Viken	Organisering/roller i Vestre Viken
RHF - RKL Regional løsning for helselogistikk	Helse Sør-Øst	PRJ11251	Prosjekteier: Rune Simensen Prosjektleder: Eldrid Schei	Vestre Viken er i styringsgruppen (C Løken) og bidrar med ressurser i prosjektet.
VVHF - mottaksprosjekt Helselogistikk	Vestre Viken			Prosjekteier: Cecilie B Løken Prosjektleder: Jan Terje Henriksen
RHF - RKL Innføring LVMS for alle fagområder ved Vestre Viken	Helse Sør-Øst	PRJ15873	Prosjekteier: Lars Eikvar Prosjektleder: Karina Prados Vik	Vestre Viken leder styringsgruppen (H Aass) og har mange representanter i styringsgruppen og i prosjektet.
RHF - RKL Innføring LVMS for patologi	Helse Sør-Øst		Prosjekteier: Inger Nina Farstad/ Giermund Bjordal	Følges opp av avdelingsleder patologi (B Casati) gjennom fagråd patologi.
VVHF Sterilsentral - styringssystem (Tdoc)	Vestre Viken		Tett samarbeid med tilsvarende prosjekt i OUS.	Prosjekteier: Rune Abrahamsen Prosjektleder: Mehmet Øzdemir
VVHF Lokalisering og sporing	Vestre Viken		Tett samarbeid med HSØs prosjekt for GS1, PRJ11794.	Prosjekteier: Rune Abrahamsen Prosjektleder: Mehmet Øzdemir
Regionalt MTU/IKT samhandlingsmodell	Helse Sør-Øst		Prosjekteier: Rune Simensen	Vestre Viken er i styringsgruppen (C Løken) og i arbeidsgruppen (R Fredriksen). Ifm pilot ble det etablert intern referansegruppe.
RHF - Regionale standarder for integrasjon av medisinsk-teknisk utstyr	Helse Sør-Øst	PRJ14606	Prosjekteier: Ulf E W Sigurdson Prosjektleder: Egil Utheim	Vestre Viken er ikke involvert i konseptstudien. HSØ har indikert at det vil komme invitasjon til deltakelse i styringsgruppen.
VVHF Adgangskontroll Kongberg	Vestre Viken	52B377 BRK K12	Tett samarbeid med PNSDs prosjekt for Adgangskontroll	Prosjekteier: Narve Furnes Prosjektleder: Solveig Kleivstad / Sigmar Karason
PNSD Adgangskontroll	PNSD	Entrepriise 5401 - Sikkerhet	Prosjekteier: Bjørn Løkken Prosjektleder: Lars Oma	Følges opp av VV-NSD og er i tett dialog med Vestre Vikens prosjekt for adgangskontroll v/Kongberg.
RHF - RKL Regional EPJ modernisering	Helse Sør-Øst	PRJ11244	Prosjekteier: Eli Stokke Rondeel Prosjektleder: Mariann Seland	Vestre Viken er ikke involvert i selve prosjektet. Følges opp av systemeier DIPS (H Aass), systemansvarlig DIPS og avd Klinisk IKT.
RHF - RKL Lukket legemiddelsøyfe	Helse Sør-Øst	PRJ15527	Prosjekteier: Ulf E W Sigurdson Prosjektleder: Arve Melum	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (H Aass)
RHF - RKL Regional kurve- og medikasjonsløsning fase 3	Helse Sør-Øst	PRJ11228	Prosjekteier: Bente Tømta Larsson Prosjektleder: Jan Frich	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (H Aass)
RKM MetaVision innføringsprosjekt i VVHF	Vestre Viken			Prosjekteier: Halfdan Aass Prosjektleder: Vibecke Storhaug
Infrastrukturleveranser	Eier	ProsjektID	Organisering/roller utenfor Vestre Viken	Organisering/roller i Vestre Viken
SP-STIM Program	Sykehuspartner		Programmeier: Gro Jære	STIM-programmet følges opp av avdeling IKT-A i stab teknologi, (avdelingsleder T Lyngstad) og SPOC (Single Point of Contact) for STIM i Vestre Viken (M Sauthon).
SP-STIM Nettverk - Modernisering av nett	Sykehuspartner	PRJ09653	Prosjekteier: Terje Takle Johnsen Prosjektleder: Geir Scott Nilsen	Følges opp som linjeaktivitet i avd IKT-A
SP-STIM Regional telekomplattform (P)	Sykehuspartner	PRJ09212	Prosjekteier: Ståle Sivertsen Prosjektleder: Harald Vassal	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (M Sauthon).
VVHF - mottaksprosjekt reg telekomplattform	Vestre Viken			Prosjekteier: Cecilie B. Løken Prosjektleder: Stig Stormes
SP-STIM 5G innendørs mobildekning - Konseptbevis	Sykehuspartner	PRJ14932	Prosjekteier: Kenneth Iversen Prosjektleder: Bjørn Møllerbråten	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (C Løken) og i arbeidsgruppen (innkjøp og teknologi).
SP-STIM Felles plattform - Skytjenester (P) (trinn 2)	Sykehuspartner	PRJ10743	Prosjekteier: Olav Ulvund Prosjektleder: Jan Henrik Stubberud	Følges opp som linjeaktivitet i avd IKT-A
SP-STIM Tverrgående tjenester - Tjenestemigrering (P)	Sykehuspartner	PRJ13669	Prosjekteier: Marianne Østvand Prosjektleder: Eli Sødem	Følges opp som linjeaktivitet i avd IKT-A
SP-STIM Modernisering - Regional testplattform (P)	Sykehuspartner	PRJ13478	Prosjekteier: Marianne Østvand Prosjektleder: Robyn Lisa Köhlberg	Følges opp som linjeaktivitet i avd IKT-A
SP-STIM Arbeidsflate - Mobilitet (P)	Sykehuspartner	PRJ13760	Prosjekteier: Erling Wold Prosjektleder: Marion Løbak	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (M Sauthon).
VVHF - Lokale datarom	Vestre Viken			Prosjekteier: Cecilie B Løken Prosjektleder: Stig Stormes
Regionale grunnmursleveranser	Eier	ProsjektID	Organisering/roller utenfor Vestre Viken	Organisering/roller i Vestre Viken
RHF - Entydig strekkoding (GS1)	Helse Sør-Øst	PRJ11794	Prosjekteier: Rune Simensen Prosjektleder: Atle Petter Freng, Jørgen Corneliusen overtar	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (C Løken), i referansegruppen (mange deltakere), i arbeidsgruppe anskaffelse og arbeidsgruppe PoC.
RHF - RKL Regional radiologiløsning og multimediaarkiv ved OUS	Helse Sør-Øst	PRJ15875	Prosjekteier: Eli Stokke Rondeel Prosjektleder (OUS): Hilde Myhren	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (C Løken) og har etablert en intern referansegruppe.
RHF - Strategi og standard for bruk av multimedia	Helse Sør-Øst	PRJ13987	Prosjekteier: Ulf E W Sigurdson Prosjektleder: Airen Willassen	Vestre Viken er ikke involvert i konseptstudien. HSØ har indikert at det vil komme invitasjon til deltakelse i styringsgruppen.
RHF - VIS Regional data- og analyseplattform	Helse Sør-Øst	PRJ11512	Prosjekteier: Rune Simensen Prosjektleder: Finn Holm	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (ML Lindblad)

Dato: 15. februar 2021  
Saksbehandler: Elisabeth Kaasa  
Christine  
Furuholmen

## Saksfremlegg

### Revisjon av Utviklingsplan 2035 for Vestre Viken – plan for arbeidet

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	16/2021	22.02.2021

#### Forslag til vedtak

Styret tar plan for revisjon av utviklingsplanen for Vestre Viken til orientering

Sted, 15. februar 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

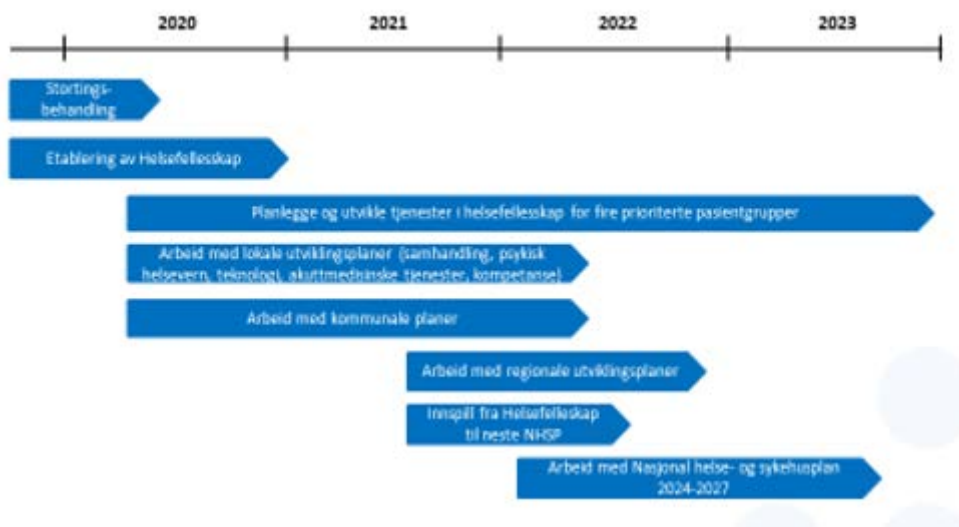
## Bakgrunn

Utviklingsplan 2035 for Vestre Viken ble vedtatt av styret i møte 3. mai 2018, sak 25/2018. Styret i Helse Sør-Øst RHF (HSØ) vedtok Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst i møte 13. desember 2018, sak 114-2018. Utviklingsplanene er førende for utvikling av tjenestene i foretakene.

Helse Sør Øst RHF fikk i foretaksmøtet 14. januar 2020 oppdrag om å utarbeide ny regional utviklingsplan innen utgangen av 2022. Videre fikk de regionale helseforetakene sammen oppdrag om å revidere veileder for arbeidet med utviklingsplaner i tråd med mål og føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. I Oppdrag og bestilling 2020 fikk Vestre Viken i oppdrag å arbeide med lokal utviklingsplan når nærmere retningslinjer fra HSØ forelå.

På grunn av koronapandemien er arbeidet med utviklingsplaner blitt forsinket. Revidert veileder for arbeidet ble vedtatt av styret i HSØ i møte 17. desember 2020, sak 148-2020. Helseforetakene er bedt om å starte arbeidet med lokale utviklingsplaner. Det er ikke gitt noen tidsfrist for de lokale arbeidsplanene, men det antas slutføring i løpet av våren 2022.

Arbeidet inngår i en syklus frem til ny Nasjonal helse- og sykehusplan 2024-2027. Tidslinjen fremgår av figuren under:



Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Veileder for arbeidet med utviklingsplaner og oppdrag- og bestillingsdokumenter samt protokoller fra foretaksmøter gir føringer for arbeidet. Utviklingsplanen skal:

- beskrive dagens situasjon, utfordringer og muligheter
- ta opp føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 og Regional utviklingsplan 2035
- gi innspill til ny regional utviklingsplan

## Saksutredning

Arbeidet med revisjon av utviklingsplanen skal baseres på åpenhet. Veilederen for arbeidet legger til grunn at brukere, kommuner, ansatte og andre samarbeidsparter skal involveres i arbeidet.

Utviklingsplanen skal beskrive dagens situasjon, utfordringer og muligheter. Det skal benyttes felles metodikk for framskrivning og kapasitets- og bemanningsbehov.

Utviklingsplan 2035 er langsiktig, og hovedtrekkene ligger fast.

### *Sammenheng med økonomisk langtidsplan*

Utviklingsplanen rulleres hvert 4. år og har en kort planhorisont på 4 år og en lang planhorisont på 15 år. Økonomisk langtidsplan (ØLP) angir økonomisk utvikling i foretaket. Økonomisk langtidsplan skal bygge på utviklingsplanen, hvilket innebærer at utviklingsplanen må forholde seg til en bærekraftig økonomisk utvikling.

I ØLP vil økonomiske konsekvenser av tiltak og prioriteringer fra utviklingsplanen innarbeides. Samtidig må nødvendige tilpasninger i årlig behandling av ØLP gjøres ut fra nye oppdragsdokument og løpende økonomisk utvikling for å sikre at planen angir en økonomisk bærekraftig utvikling.

### *Forslag til organisering av arbeidet, involvering, arbeidsform og ambisjonsnivå*

Ved utarbeidelsen av Utviklingsplan 2035 i perioden 2017 til 2018 ble arbeidet organisert som et prosjekt med en styringsgruppe med ledere i helseforetaket og representanter fra kommunehelsesamarbeidet, brukere, tillitsvalgte og vernetjenesten. Samarbeidsstyret for kommunehelsesamarbeidet fungerte som referansegruppe for kommunene, i tillegg til at kommunene hadde representasjon i styringsgruppen og deltok i undergrupper. Styret ble involvert i arbeidet med innspill underveis. Kommunene har gitt tilbakemelding om at de var veldig fornøyde med involvering i prosessen og i høringen etterpå. I det forestående arbeidet med utviklingsplanen anbefales at det i tillegg legges til rette for god deltakelse fra klinikkene og kjernevirksomheten og bred deltakelse fra brukerne.

Revidert utviklingsplan skal omtale det som er nytt, herunder det utadvendte sykehuset, helseforetakets helsefremmende og forebyggende ansvar og samarbeid med kommunene i helsefelleskapet. Reduksjon av uønsket variasjon og fremtidig håndtering av kritisk kompetanse bør få særskilt plass.

I veileder for arbeidet med utviklingsplanen omtales en rekke områder som skal beskrives:

- Tjenester til pasienter som både trenger spesialisthelsetjeneste og den kommunale helse- og omsorgstjenesten:
  - Barn og unge
  - Voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblem
  - Skrøpelig eldre
  - Personer med flere kroniske lidelser
- Avklare kapasitetsbehov og organisering av psykiske helsevern
- Gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus sammen med kommunene
- Gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene
- Sette egne mål i utviklingsplanene for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi
- Vestre Vikens bidrag til det felles ansvaret for å fremme folkehelse og forebygge sykdom og skade

Ut over dette vil vi anbefale i hovedsak å bygge videre på dagens utviklingsplan.

### *Fremdriftsplan – styrets involvering*

Styret orienteres om status for arbeidet i denne saken. Arbeidet med utviklingsplan planlegges som tema i partnerskapsmøtet i Vest-Viken helsefelleskap 26, mars 2021. Styret vil bli orientert og invitert til innspill i videre arbeid. Veilederen forutsetter en høringsprosess før endelig behandling i helseforetaket. Partnerskapsmøtet i februar 2022 kan egne seg for en høringskonferanse.

Styret skal vedta utviklingsplanen som deretter skal oversendes Helse Sør-Øst RHF. Det er ikke gitt noen endelig tidsplan fra HSØ, men det forventes at styrebehandling vil skje i april/mai 2022.

**Administrerende direktørs vurderinger**

Vestre Viken er godt i gang med å planlegge arbeidet med utviklingsplan, herunder involverende prosesser med aktører utenfor helseforetaket. Styret vil bli orientert og involvert i arbeidet underveis..

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar plan for arbeidet til orientering.

Vedlegg:

Veileder for arbeidet med utviklingsplaner



# Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

Versjon 1.0

*Veilederen er utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og i et samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene. Veilederen er behandlet av styrene i de fire regionale helseforetakene.*

*Veilederen skal være til hjelp for arbeidet med utviklingsplaner og gir føringer for prosessen og til innholdet i utviklingsplanene i helseforetakene.*

# Innholdsfortegnelse

<b><u>1. Om arbeidet med utviklingsplan</u></b>	<b>3</b>
<u>Hva er en utviklingsplan?</u> .....	3
<u>Om «sørge for» ansvar og lovmessig forankring</u> .....	3
<u>Sentrale tema i planen</u> .....	3
<b><u>2. Prinsipper som legges til grunn i arbeidet med utviklingsplan</u></b>	<b>4</b>
<u>Om åpenhet</u> .....	4
<u>Om interessenter og involvering</u> .....	4
<u>Om forutsigbarhet</u> .....	5
<b><u>3. Føringer for arbeidet med nye utviklingsplaner</u></b>	<b>5</b>
<u>Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023</u> .....	5
<u>Framskrivning</u> .....	7
<b><u>4. Om planprosessen og kvalitetssikring</u></b>	<b>7</b>
<u>Dialog og rammer for planarbeidet</u> .....	7
<u>Forholdet til andre planer</u> .....	8
<u>Sammenheng med økonomisk langtidsplan</u> .....	8
<u>Risiko- og mulighetsanalyser</u> .....	9
<b><u>5. Veiledende format for utviklingsplan</u></b>	<b>9</b>
<u>Sammendrag</u> .....	10
1. <u>Bakgrunn og historikk</u> .....	10
2. <u>Nåsituasjon</u> .....	10
3. <u>Overordnede strategier og føringer</u> .....	10
4. <u>Utviklingstrekk og framskriving ?</u> .....	11
5. <u>Analyse og veivalg</u> .....	11

## Om arbeidet med utviklingsplan

### Hva er en utviklingsplan?

En utviklingsplan er en plan for hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for spesialisthelsetjenester.

En utviklingsplan skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene (virksomheten) i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer.

Helseforetakenes utviklingsplaner må ses i sammenheng med Nasjonal helse- og sykehusplan og den regionale utviklingsplanen. Helseforetakenes utviklingsplaner er foretakenes øverste strategiske dokument, og må understøttes av mer detaljerte planer innen ulike fagområder.

Planen må understøtte realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte.

### Om «sørge for» ansvar og lovmessig forankring

Alle regionale helseforetak og helseforetak som driver med pasientbehandling skal ha utviklingsplaner. Utviklingsplanene er en del av de regionale helseforetakenes samlede planansvar. De regionale helseforetakene skal i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a sørge for at personer med bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. Ansvarer innebærer bl.a. en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Helseforetakene er de regionale helseforetakenes viktigste virkemidler for å oppfylle «sørge for»-ansvaret, og står for hoveddelen av helsetjenestene.

Utviklingsplanene i helseforetakene skal avspeile de regionale helseforetakenes samlede ansvar for spesialisthelsetjenester i regionen, inkludert private helsetjenesteleverandører og forholdet til primærhelsetjenesten, og understøtte «sørge for»-ansvaret.

Arbeidet med utviklingsplanene i helseforetakene må ta utgangspunkt i de regionale helseforetakenes lovpålagte ansvar, nasjonale og regionale føringer og understøtte en tjenesteutvikling i regionene i tråd med framtidig behov for helsetjenester, god kvalitet og effektiv utnyttelse av samlede ressurser.

### Sentrale tema i planen

Utviklingsplanen skal beskrive dagens situasjon, utfordringer og muligheter som virksomheten står overfor. Basert på analyse og vurdering av utfordringer og muligheter velges utviklingsretning for virksomheten, sentrale strategiske valg og prioriterte tiltak.

Planene skal bygge på og ta utgangspunkt i felles metodikk for framskrivning, med nødvendig tilpasning til lokale forhold.



Planene må også ta opp i seg konsekvensene for spesialisthelsetjenesten av planarbeidet i helsefellesskapene.

## Prinsipper som legges til grunn i arbeidet med utviklingsplan

Arbeidet med utviklingsplanen må være basert på åpenhet, involvering og forutsigbarhet. Helsefellesskapene, brukere, ansatte og andre samarbeidsparter skal involveres i arbeidet.

Det må bl.a. lages en egen kommunikasjonsplan for arbeidet med utviklingsplanen.

Administrerende direktør i helseforetaket vil være (prosjekt)eier av utviklingsplanen.

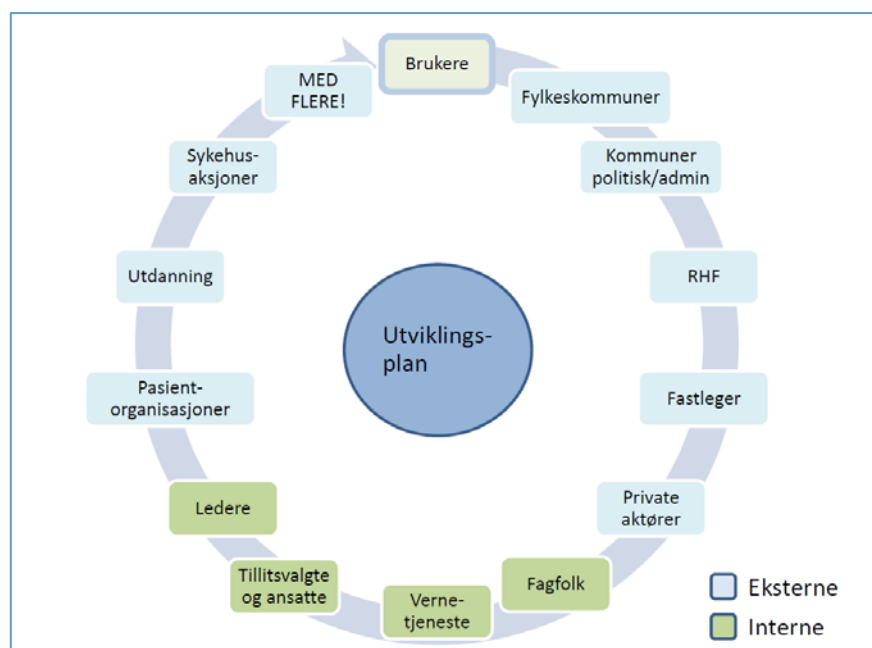
### Om åpenhet

Arbeidet skal foregå i åpenhet. Det skal være mulig å følge prosessen for alle som ønsker innsyn.

Dette innebærer at mandat, prosjektsammensetning, delutredninger, utkast til utviklingsplan, tidslinje og milepæler med mer skal være tilgjengelig for alle. I praksis forutsetter dette en åpen og oppdatert nettside som er tilgjengelig for alle.

### Om interessenter og involvering

Ved arbeidets oppstart skal det gjøres en interessentanalyse som omfatter både interne og eksterne interessenter.



Figur 1. En utviklingsplan vil ha både interne og eksterne interessenter

Som hovedregel skal interessentene selv avgjøre om de vil involveres eller informeres.

Kommunene skal alltid involveres, ikke bare informeres. Gjennom samarbeidet i helsefellesskapene skal kommunene og helseforetakene drive felles planlegging og gjensidig bidra til å styrke behandlingstilbudet til prioriterte grupper.

Det må legges godt til rette for brukermedvirkning og medvirkning fra tillitsvalgte/vernetjeneste. Arbeidets omfang tilsier at man bør vurdere å oppnevne to brukerrepresentanter. Involvering betyr for eksempel deltagelse i prosjekt- og/eller styringsgrupper.

Det skal vurderes hvordan hver enkelt gruppe av interessenter informeres. Det kan eksempelvis skje gjennom aktive tiltak som informasjonsbrev eller lignende, eller bare passivt via tilgang til nettside. Dette skal beskrives i kommunikasjonsplanen.

### Om forutsigbarhet

Alle interessenter skal kunne forstå hva som skjer, når det skjer og hvor beslutningene fattes.

## Føringer for arbeidet med nye utviklingsplaner

### Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

Nasjonal helse- og sykehusplan og oppdragsdokument/foretaksmøteprotokoller gir føringer for arbeidet med utviklingsplanen. Disse er oppsummert her:

### Områder som særskilt må vurderes i utviklingsplanene

- Prioritere utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette arbeidet skal være basert på felles planlegging og utvikling i helsefellesskapene. Barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblem, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser skal prioriteres i dette arbeidet (se også nedenfor under helsefellesskap og utviklingsplaner)
- Avklare kapasitetsbehov og organisering av psykiske helsevern
- Gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus sammen med kommunene
- Gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene
- Sette egne mål i utviklingsplanene for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi

- Lage en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Det skal legges til rette for livslang læring og en heltidskultur. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal ha prioritet i dette planarbeidet

Korona-pandemien har gitt helseforetakene godt grunnlag for å vurdere hvilken beredskapskapasitet de har, og innen hvilke områder det er behov for å styrke kompetanse og kapasitet. Disse erfaringene og vurdering fra evalueringer bør beskrives kort i utviklingsplanen, sammen med tiltak for å styrke beredskap for å håndtere større hendelser som en pandemi.

### Bedre bruk av ressursene

Tiltak og utvikling av spesialisthelsetjenester som gjør at vi kan få mer helse ut av ressursene er stadig viktigere. I utviklingsplanene bør det synliggjøres hvordan tjenestetilbudet skal utvikles for å:

- Være i tråd med overordnede prioriteringer
- Redusere uønsket variasjon
- Yte tjenester mer effektivt
- Redusere pasientskader

Et sentral tema er hvordan bedre og mer systematisk bruk av teknologi kan bedre kvalitet og pasientsikkerhet eller gi redusert ressursbruk.

Digitalisering vil være en grunnleggende forutsetning for realisering av målbildet som presenteres i Nasjonal helse- og sykehusplan.

### Helsefelleskapene og utviklingsplaner

Helsefelleskapene skal bidra til at helseforetak og kommuner sammen planlegger og utvikler mer sammenhengende, helhetlige og bærekraftig helse- og omsorgstjenester for pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Både utviklingsplanene og den kommunale planleggingen må avspeile forventninger til gjensidig, felles planlegging innen aktuelle områder. Det gjelder særlig utvikling av helhetlige, koordinerte tjenester til:

- Barn og unge
- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- Skrøpelige eldre og
- Personer med flere kroniske lidelser

Helseforetakene og kommunene har også felles ansvar for forebygging, og utviklingsplanen bør omtale helseforetakenes bidrag til det felles ansvaret for å fremme folkehelse og forebygge sykdom og skade. Dette ansvaret bør gjenspeiles i de kommunale planene, for å sikre at helheten ivaretas i tråd med nasjonale føringer.

## Framskrivning

Helse- og omsorgsdepartementet stiller følgende krav til de regionale helseforetakenes bruk og samordning av framskrivninger:

*Planlegging av framtidige tjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester. Framskrivningene skal gjennomføres med felles framskrivningsmodell.*

*Anslag på sentrale forutsetninger skal samordnes på tvers av de regionale helseforetakene og innrettes i tråd med overordnede prioriteringer. Dette vil blant annet være forutsetninger knyttet til demografi, sykdomsbyrde, nye arbeidsformer, ny diagnostikk og behandling, oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, teknologisk utvikling etc. Det skal gjøres lokale tilpasninger i forutsetningene der det enkelte regionale helseforetak mener dette er relevant og nødvendig.*

Utviklingsplanene skal ta utgangspunkt i en felles nasjonal metodikk for framskrivning av kapasitets- og bemanningsbehov. Den felles framskrivningen skal legge til rette for å gjøre nødvendig tilpasninger til lokale forhold.

## Om planprosessen og kvalitetssikring

### Dialog og rammer for planarbeidet

Arbeidet med utviklingsplan starter med en forberedende fase der man har en formalisert avklaring med det regionale helseforetaket knyttet til premisser og føringer for utviklingsplanen. Videre skal det være dialog med det regionale helseforetaket underveis i prosessen. Styret i det regionale helseforetaket kan legge overordnede føringer for utviklingsplanene.

En interessentanalyse skal gjøres før arbeidet starter, og revurderes etter at arbeidet har startet slik at man sørger for at alle interessenter er involvert på riktig måte. Helseforetakene og kommunene skal samarbeide i helsefellesskapene om en felles strategi for helsetjenesten, som skal munne ut i en utviklingsplan for helseforetakene og føringer for aktuelle kommunedelplaner.

Risiko- og mulighetsanalyse gjøres sammen med dem som endringene involverer og analysen skal dekke både foretakets og kommunenes perspektiv.

Det skal videre være en høringsprosess før endelig behandling i helseforetaket.

Utviklingsplanen vedtas av helseforetakets styre og legges frem for det regionale helseforetaket.

## Forholdet til andre planer

Utviklingsplanen skal bygge på en helhetlig analyse av virksomheten, utfordringer og muligheter, samt anvisning og tiltak på kort og lang sikt. I dette arbeidet må det bygges videre på eksisterende strategier, planer og øvrigt arbeid for å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Regionale løsninger må beskrives i de regionale helseforetakenes utviklingsplaner, slik at helseforetakene får et tilfredsstillende utgangspunkt for sitt planarbeid.

Utviklingsplanen skal ikke være for omfattende, og kan henvise til delstrategier og handlingsplaner (eksisterende eller under arbeid).

I arbeidet med utviklingsplanen bør det gjennomgås hvilke andre overordnede planer helseforetaket har. Utviklingsplanen bør ta opp i seg føringer av en overordnet og langsiktig karakter i eksisterende planer, og angi behovet for nye planer, eller revidering av eksisterende planer som kan utfylle utviklingsplanen innenfor de ulike områdene som behandles. På denne måten kan helseforetaket etablere et planhierarki med en indre sammenheng og konsistens, der utviklingsplanen tjener som en overbygning og som utfylles av andre planer innen områder der det er behov for det.

Behovet for utfyllende planer bør særlig vurderes innenfor følgende områder:

- Organisasjon og ledelse
- Samhandling og oppgavedeling
- Kompetanse
- Teknologi og utstyr
- Bygg

Innen en rekke områder vil det videre være utarbeidet eller behov for avgrensede og mer detaljerte fagplaner. Utviklingsplanen kan gi føringer for utarbeidelse av slik fagplaner men også ta opp i seg veivalg av strategisk karakter i slike planer.

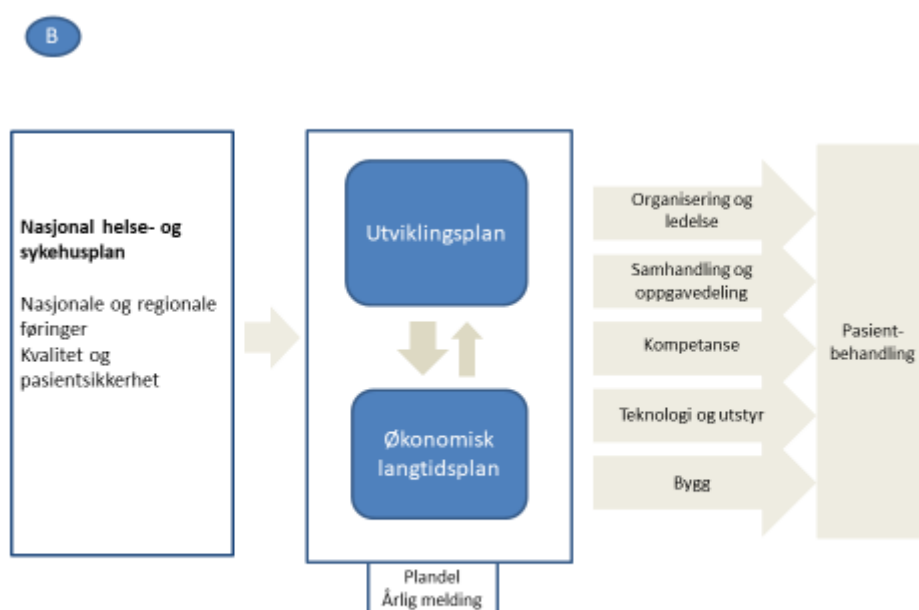
Vedrørende bygg, skal det utvikles arealbruksplaner. Videre bør ulike typer tiltak som blant annet vedlikehold, ombygging, nybygging og avhending settes sammen i koordinerte tiltakspakker. Gjennomføringen av større enkeltprosjekter skal følge *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* som før. Tidspunkt for igangsetting av større prosjekter skal fremgå ved rullering av økonomisk langtidsplan.

## Sammenheng med økonomisk langtidsplan

Utviklingsplanen rulleres hvert 4. år og har en kort planhorisont på 4 år og en lang planhorisont på 15 år. Økonomisk langtidsplan (ØLP) angir økonomisk utvikling i foretaket, normalt i en rullerende fireårsperiode med et åtteårs perspektiv for investeringer. Økonomisk langtidsplan skal bygge på utviklingsplanen, hvilket innebærer at utviklingsplanen må forholde seg til en bærekraftig økonomisk utvikling

I ØLP vil økonomiske konsekvenser av tiltak og prioriteringer fra utviklingsplanen innarbeides. Samtidig må nødvendige tilpasninger i årlig behandling av ØLP gjøres ut fra nye oppdragsdokument og løpende økonomisk utvikling for å sikre at planen angir en økonomisk bærekraftig utvikling.

Langsiktige satsninger som krever investeringer vil innarbeides og årlig prioriteres gjennom økonomisk langtidsplan.



Figur 2. Utviklingsplanen baserer seg på nasjonale og regionale føringer og overordnet strategi. Den virker sammen med økonomisk langtidsplan og skal gi samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene. Målet er god og framtidsrettet pasientbehandling

### Risiko- og mulighetsanalyser

Det skal gjøres risiko- og mulighetsanalyser av alle vesentlige endringer i oppgaver. Vesentlig kan bety at endringene har betydning for flere enn dem som er direkte involverte.

Risikoanalysen må som minimum inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det inntreffer og hvilke konsekvenser det kan medføre.

Analysen må involvere alle som omfattes av tiltaket. For eksempel kan ikke risikoanalysen av endring i akuttfunksjoner gjøres internt i foretaket uten at kommunene med flere er involvert.

Mulighetsanalysen skal beskrive muligheter for endring og hvordan disse kan brukes til å understøtte en utvikling i tråd med overordnede mål.

### Veiledende format for utviklingsplan

Helseforetakenes utviklingsplaner bør gradvis gis en likere form og felles planhorisont. Under vises et veiledende format for utviklingsplaner med stikkord til de ulike kapitlene. Dette er veiledende, ikke obligatorisk eller nødvendigvis komplett. Det er ment å gi navigasjonshjelp i det praktiske arbeidet med utviklingsplanen.

Veiledende format:

## Sammendrag

1. Bakgrunn og historikk (hvordan kom vi hit?)
2. Nåsituasjon (hvem er vi i dag?)
3. Overordnede strategier og føringer (hva må vi ta hensyn til?)
4. Utviklingstrekk og framskriving (hvordan vil trender påvirke oss?)
5. Analyse og veivalg (hvilke muligheter har vi, hva og hvordan velger vi og hva skal vi gjøre?)

Om kapitlene:

## Sammendrag

Sammendraget bør være kort (maks to sider), skal kunne leses for seg selv og med hovedtyngde på kapittel 5 - analyse og veivalg.

### 1. Bakgrunn og historikk

Her beskrives kort tidligere vesentlige endringer (flytting, nedlegging, funksjonsendringer).

### 2. Nåsituasjon

Her beskrives nå-situasjonen for helseforetaket, inkludert hvor langt helseforetaket har kommet i gjennomføring av siste utviklingsplan. Her beskrives for eksempel hvordan sykehusene i helseforetaket har organisert sin aktivitet, virksomhetsprofil (helseatlas og forbruksrater) samarbeid med kommunene og andre deler av helsetjenesten og fag- og forskningsprofil. Særlige utfordringer knyttet til personell og kompetanse, IKT og teknologi, bygg og utstyr og organisering beskrives.

### 3. Overordnede strategier og føringer

De viktigste føringene kommer fra nasjonale helse- og sykehusplaner, krav fra foretaksmøtene og regionale prioriteringer/føringer – herunder en beskrivelse av regionale løsninger som har betydning for helseforetakenes planarbeid. Det samme kan gjelde faglig utviklingsretning og regionale kapasitetsberegninger. Her kan det også legges forutsetninger for pasientstrømmer, opptaksområder, kvantifisering av endringsfaktorer (effektivisering, forventet endring i oppgaveoverføring mm) og oppdrag til enkelte foretak (for eksempel om endring i akuttfunksjoner eller andre former for oppgavedeling). Forventninger til samarbeid med, og bruk av, private kommersielle og ideelle aktører og avtalespesialister bør også inngå i utviklingsplanene. Føringene bør foreligge tidlig i helseforetakenes planprosess.

#### 4. Utviklingstrekk og framskriving

Hvilke faktorer vil påvirke framtidig aktivitet i spesialisthelsetjenesten? Hvordan vil nye arbeidsformer, økt brukerstyring, digitalisering og bruk av teknologi, bedre samarbeid med andre deler av helsetjenesten med mere påvirke kapasitetsbehov?

Datagrunnlaget skal i størst mulig grad være nasjonalt

- Befolkningsutvikling hentes fra Statistisk sentralbyrås prognoser
- Sykdomsutvikling baseres på Folkehelseinstituttets analyser

Aktuelle endringsfaktorer er for eksempel

- Effekt av primær og sekundær forebygging, effekt av nye behandlingsmetoder, nye legemidler, ny teknologi i behandling, nye screeningprogram mm
- Endring i oppgavedeling (internt i helseforetak, mellom helseforetak, mellom offentlige og private sykehus/avtalespesialister og samhandling mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste, innspill fra helsefelleskapene)
- Endring i organisering av tjenestetilbudet (f.eks. fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske konsultasjoner, bruk av observasjonsenheter, pasienthotell, hjemmesykehus etc.)
- Økt digitalisering, arbeidssparende teknologiske løsninger og endret bruk av kompetanse
- Generell effektivisering, tiltak for å redusere uønsket variasjon, bedre prioritering, reduksjon i interne ventetider (bedre logistikk)
- Pasienten som aktiv deltaker, helsekompetanse og befolkningens etterspørsel etter tjenester
- Krav til beredskap – mangelsituasjoner og mulige trusler/pandemi
- Endringer i bemanningsbehov ut fra sammensetning av ansatte, forventet aktivitetsendring, oppgavedeling, teknologisk utvikling og andre modifierende faktorer

Det gjøres felles nasjonal framskriving av aktivitet som brytes ned på region og helseforetak.

Det benyttes endringsfaktorer i tråd med overordnede prioriteringer (jf. oppdragsdokument juni 2019). Regionene kan justere effekten av endringsfaktorene basert på lokale forhold. Arbeidet koordineres av den interregionale arbeidsgruppen for framskrivinger som ledes av Helse Sør-Øst RHF. Helse Vest RHF har ansvar for bemanningsmodellen, og Sykehusbygg HF ivaretar kapasitetsberegning knyttet til bygg på oppdrag fra regionene.

#### 5. Analyse og veivalg

Her beskrives hva som er ønsket utviklingsretning og hvilke tiltak helseforetaket vil iverksette for å utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for helsetjenester, gjerne som skisser til prosjektprogrammer eller prosjekter. Er det behov for endring knyttet til sykehusstruktur og overordnet oppgavedeling? Er det behov for endringer i organisering og samarbeid med andre foretak og primær-helsetjenesten? Konsekvensene av ulike valg/tiltak skal beskrives. Alternative veivalg vurderes både med tanke på risiko og mulighet.

Tiltak innen alle innsatsområdene skal støtte utviklingen av pasientens helsetjeneste med god og bærekraftig pasientbehandling. Effekten av tiltak og endringer skal tallfestes selv om



estimatene alltid vil være usikre, og bør ha både en mellomlang (4 år) og lang tidshorisont (15 år).

# Møteprotokoll

---

**Styre:** Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Digitalt møte  
**Dato:** Torsdag 4. februar 2021  
**Tidspunkt:** Kl 0900 – 1400

---

## Følgende styremedlemmer møtte:

---

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Olaf Qvale Dobloug	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Lasse Sølvsberg	
Sigrun E. Vångeng	

---

## Fra brukerutvalget møtte:

---

Nina Roland
Lilli-Ann Stendal

---

## Fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Eierdirektør Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og konserndirektør Atle Brynestad

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>005-2021</b>	<b>Godkjenning av innkalling og sakliste</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 4. februar 2021.

<b>006-2021</b>	<b>Godkjenning av protokoll fra styremøte 17. desember 2020 og ekstraordinært styremøte 15. januar 2021</b>
-----------------	---

Styremedlem Vibeke Limi viste til sak 149-2000 *Sykehusinnkjøp HF – strategi 2020–2023*. Dette styremedlemmet kunne ikke godkjenne strategien, da denne ikke tydelig adresserer at uheldige monopoldannelser som følge av innkjøpsprosesser skal unngås. Vedtaket ble dermed gjort mot en stemme. Dette rettes opp i den godkjente protokollen.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 17. desember 2020 og ekstraordinært styremøte 15. januar 2021 godkjennes.

<b>007-2021</b>	<b>Foreløpig virksomhetsrapport per desember 2020</b>
-----------------	---

**Oppsummering**

Saken presenterer virksomhetsrapport for desember 2020.

**Kommentarer i møtet**

Styret tok virksomhetsrapporten for desember til etterretning. Styret støtter at administrasjonen særskilt følger opp utviklingen innen barne- og ungdomspsykiatrien og har oppmerksomhet på spiseforstyrrelser blant ungdom.

Styret viste til de positive gjennomsnittstallene for utviklingen innen pakkeforløp kreft og understreket at det er viktig å se nærmere på de enkeltforløpene hvor måltall ikke nås, slik at dette kan danne grunnlag for kontinuerlig forbedring.

Styret har oppmerksomhet på bemanningsutviklingen og ba om nærmere analyser av bemanningsutfordringene, herunder bruk av innleie og deltid i sykehusene.

Styret er fornøyd med den positive utviklingen i driften av Sykehuspartner HF og med administrasjonens oppfølging av foretaket. Det ble pekt på at det er forsinkelser i IKT-investeringene, og dette må følges opp.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret tar foreløpig virksomhetsrapport per desember 2020 til etterretning.

<b>008-2021</b>	<b>Oppdragsdokument 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 14. januar 2021 - oppdrag og bestilling 2021 til helseforetakene i Helse Sør-Øst</b>
-----------------	--

### Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementets styring av de regionale helseforetakene gjøres i form av styringsbudskap gjennom:

- Oppdragsdokumentet som omhandler «sørge for»-ansvaret og supplerer den styring som skjer gjennom foretaksmøter, lover, forskrifter og øvrige myndighetstiltak. I oppdragsdokumentet fastslås spesialisthelsetjenestens overordnede mål og det bevilges midler til å gjennomføre oppgavene som er lagt til det regionale helseforetaket.
- Vedtak i foretaksmøter, der det stilles krav i kraft av at Helse- og omsorgsdepartementet er eier. Foretaksmøtet omhandler overordnede styringsbudskap, styringskrav og rammer.

For enkelte oppgaver og krav legger Helse- og omsorgsdepartementet opp til rapportering ved fastsatte indikatorer slik at styringsdialogen kan baseres på felles kunnskap.

I oppdrag og bestilling til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i regionen, samordner Helse Sør-Øst RHF oppgaver og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet med vedtak i det regionale helseforetakets styre som helseforetakene/sykehusene skal følge opp.

Administrerende direktør kom i møtet med forslag til tillegg i oppdrag og bestilling 2021 til Sykehuspartner HF på bakgrunn av innspill fra styremedlem Grimsgaard. Forslagene adresserer Sykehuspartner HFs ansvar for at nye IKT-løsninger understøtter de kliniske arbeidsprosessene, at innføring av nye løsninger skjer i nært samarbeid med brukerne av løsningene og at foretaket legger til rette for effektivisering i pasientbehandlingen.

Videre innledet administrerende direktør med en redegjørelse for aktivitetsbudsjettene i helseforetakene og manglende innfrielse av prioriteringsregelen som tilsier at det skal være større aktivitetsvekst i psykisk helsevern og rusbehandling enn innen somatikk. Det ble også redegjort for ulike målemetoder for dette i 2021.

### Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til administrerende direktørs forslag til tillegg i oppdrag og bestilling til Sykehuspartner HF.

Styret er opptatt av at helseforetakene innfrir prioriteringsregelen både for kostnader og aktivitet og ber administrerende direktør følge opp dette. Styret pekte på at det i oppdragsdokumentet for Helse Sør-Øst RHF er angitt at nominell kostnadsvekst i 2019 skal sammenlignes med det samme i 2021. Styret mener at det blir mer riktig om man sammenligner reell kostnadsvekst i begge disse årene. For aktivitetsvekst ber styret om at aktivitetsutviklingen skal ta utgangspunkt i nivået i 2019.

Styret ba om at innledningen i oppdragsdokumentet adresserer at etniske minoriteter skal ivaretas, herunder behovet for økt kulturell kompetanse for helsepersonell. Målet om likeverdige helsetjenester for alle skal vektlegges.

Styret drøftet kravet om heltidskultur og økning av utdanningsstillinger. Det ble vist til kommende styresak om regional plan for utdanning og kompetanse, og temasak om utvikling innen bemanningsområdet.

### Styrets enstemmige

#### VEDTAK

1. Styret tar oppdragsdokument 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF av 14. januar 2021 til etterretning.
2. Styringsbudskapene følges opp gjennom å integreres i oppdrag og bestilling 2021 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst.
3. Styret slutter seg til at målet for gjennomsnittlig ventetid for somatiske tjenester settes til 54 dager for 2021 i Helse Sør-Øst.
4. Styret stadfester at resultatkravet for Vestre Viken HF i 2021 settes til 244 millioner kroner.
5. Oppdrag og bestilling 2021 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst godkjennes med de merknader som fremkom i møtet. Styret presiserer følgende:
  - I innledningen skal det presiseres nærmere at helseforetakene skal styrke helsepersonellens kulturelle kompetanse, slik at dette understøtter målet om likeverdige helsetjenester for alle.
  - For prioriteringsregelen bes administrerende direktør følge opp helseforetakene slik at veksten innen psykisk helsevern og rusbehandling blir større enn for somatikk, både for kostnader og aktivitet. Aktivitetsutviklingen skal ta utgangspunkt i nivået i 2019.
  - Oppdrag og bestilling 2021 til Sykehuspartner HF suppleres med de endringene som administrerende direktør refererte i møtet.

Administrerende direktør gis fullmakt til å slutføre dokumentet.

6. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppdraget i den ordinære rapporteringen og i årlig melding.

<b>009-2021</b>	<b>Regional delstrategi pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring</b>
-----------------	---

### Oppsummering

Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring skal bidra til å realisere Helse Sør-Østs visjon og mål i Regional utviklingsplan 2035. Strategien legges i denne saken fram for behandling i styret.

### Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til forslaget til vedtak.

Styret ba om at det ble presisert at målgruppen for strategien inkluderer alle medarbeidere og at det også presiseres at det skal arbeides for en åpen meldekultur.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

1. Styret slutter seg til regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.
2. Delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring gjøres gjeldende for helseforetakene i *Oppdrag og bestilling 2021* og legges til grunn for utviklingen av spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst.

<b>010-2021</b>	<b>Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer</b>
-----------------	--

### Oppsummering

Foreliggende sak redegjør for Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer og Helse Sør-Øst RHF's oppfølging av denne.

Styret er tidligere orientert om Riksrevisjonens undersøkelser i styremøtet 22. oktober 2020 og i styremøtet 17. desember 2020.

### Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til forslaget til vedtak. Styret viste til at dette er et tema som også vil følges opp gjennom konsernrevisjonen.

Riksrevisjonens rapport oppleves som verdifull og konkret. Den gir et godt grunnlag for den videre oppfølgingen i Helse Sør-Øst. Styret pekte også på at det må arbeides videre med årsakene til de avvik som er påpekt i rapporten.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

1. Styret tar redegjørelsen til orientering.
2. Styret legger til grunn at Riksrevisjonens rapport brukes aktivt i det videre arbeidet med å forbedre informasjonssikkerheten.
3. Styret ber om å bli holdt løpende orientert om arbeidet med å forbedre informasjonssikkerheten.

<b>011-2021</b>	<b>Revisjonsplan 2021 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst</b>
-----------------	---

**Oppsummering**

Saken gjelder fremleggelse av forslag til revisjonsplan 2021 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Revisjonsutvalget skal i henhold til instruks for styrets revisjonsutvalg utforme forslag til revisjonsplan og fremlegge denne for styret for godkjenning. I henhold til helseforetakslovens § 21 a skal styret godkjenne planen.

**Kommentarer i møtet**

Styret ga sin tilslutning til det fremlagte forslaget til vedtak.

Styret ba om at det i et senere styremøte ble gitt orientering om varslingsinstituttet slik revisjonsutvalget fikk i sitt siste møte.

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret slutter seg til forslag til revisjonsplan for 2021.

<b>012-2021</b>	<b>Årsplan styresaker</b>
-----------------	---------------------------

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Årsplan styresaker tas til orientering.

013-2021

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

### Kommentarer i møtet

Administrerende direktør ga i møtet en nærmere orientering om koronapandemien og sykehusenes kapasitet for analyser av SARS-CoV-2, inkludert både PCR-analyser og helgenomsekvensering. I tillegg ble det orientert om vaksiner og planer for vaksinerings av helsepersonell.

I neste møte vil styreleder orientere nærmere om rentebetingelsene på lån Helse Sør-Øst RHF har.

I lukket møte, jfm. helseforetakslovens § 26 a, annet ledd, ble det gitt utfyllende informasjon om punkt 2 *Nytt sykehus i Drammen – skjønnsavgjørelse for fastsettelse av erstatning for tomteerverv*.

### Styrets enstemmige

## VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

### Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 19. januar 2021
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 10. desember 2020
4. Brev fra Birgit Finstad
5. Brev fra Elverum kommune
6. Brev fra Geir Kristiansen
7. Brev fra Ottar Korsnes
8. Rapport fra Gjøvik kommune
9. Brev fra Jørgen Erik Galtestad
10. Invitasjon fra Helse- og omsorgsminister Bent Høie til ordførere i Innlandet sykehusområde og fylkesordførere i Innlandet fylkeskommune til videomøte om framtidig sykehusstruktur i Innlandet
11. Uttalelse fra Gjøvik kommune
12. Uttalelse fra kommunestyret i Våler
13. Uttalelse fra NTNU, Sintef Manufacturing og NCE Manufacturing
14. Brev fra Moelv Ide og næringsforum
15. Brev fra Elverum kommune
16. Brev fra Høgskolen i Innlandet

### Temasak

- Personvern og forskning

*Møtet hevet kl 14:05*



Hamar, 4. februar 2021

---

Svein I. Gjedrem  
Styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
Nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Olaf Qvale Dobloug

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Vibeke Limi

---

Einar Lunde

---

Lasse Sølvberg

---

Sigrun E. Vågeng

---

Tore Robertsen  
styresekretær

**Referat**

<b>Møte:</b>	<b>Sentralt kvalitetsutvalg</b>	<b>Tilstede:</b> Lisbeth Sommervoll, Ulrich Johannes Spreng, Halfdan Aass, Britt Elin Eidsvoll, Eli Årnot, Elisabeth Kaasa, Hanne Juritzen, Kirsten Hørthe, May Janne Botha Pedersen, Jon Haakon Malmer-Høvik, Trine Olsen, Anita Haugland Gomnæs, Tor-Arne Engebretsen, Bente C. Monsen, Rune Kløvtveit, Mette Myrhaug, Narve Furnes, Tove Svensli, Inger Lise Hallgren, Mette Walberg, Ylva Sandness; Marianne Thorrud Gjesteforelesere: Tor-Arne Engebretsen, Frode Olufsen, Marius Myrstad; Jørn Ivar Hellesnes
<b>Møtedato:</b>	02.02.2021	
<b>Tidspunkt:</b>	09.00-11.00	
<b>Sted:</b>	Skype- møte	
<b>Møteleder:</b>	Lisbeth Sommervoll	
<b>Referent:</b>	Hanne Juritzen	<b>Forfall:</b>

<b>Saksnr.</b>	<b>Beskrivelse/oppfølging/vedtak</b>
01/21	<b>Godkjenning av innkalling og referat</b>
02/21	<p><b>Læringsnotater Synergi</b> v/Spesialrådgiver team Pasientsikkerhet Tor-Arne Engebretsen</p> <p><b>Konklusjon:</b> Løsning for å sende læringsnotater mellom avdelinger og klinikker, samt til sykehus utenfor VV, ble presentert og vist i test versjon. Når gjenstående arbeid er utført vil forslaget bli lagt frem for ledermøtet. Vestre Viken blir det første helseforetaket nasjonalt som får på plass ordningen med å dele læringsnotater internt i foretaket og mellom andre foretak.</p>
03/21	<p><b>Rapportering smittevern</b> Insidens av infeksjoner i operasjonsområdet postoperativt (NOIS) og Prevalens av helsetjeneste-assosierte infeksjoner v/ smittevernoverlege Mette Walberg</p> <p><b>Konklusjon:</b> Gjennomgangen viser at Vestre Viken ligger godt under landsgjennomsnitt i forekomst av infeksjoner registrert i NOIS. På Drammen og Bærum har man begynt å jobbe risikostatifisering på noen risikogrupper. Det oppleves som nyttig og det bør vi ha mer fokus på i flere fagområder. Risikostatifisering er systematisk å bruke verktøy for å identifisere pasienter med større risiko, fks. diabetes, gravide, overvekt etc. og være ekstra oppmerksomme på disse pasientene i tiltak for å forhindre infeksjoner.</p>

	<p>Pr. nå er det ikke definerte mål for postoperative infeksjoner (NOIS), men det støttes i SKU at det bør innføres måloppnåelse for resultater for fagområdene som inngår i NOIS.</p> <p>Selv om vi er gode i Vestre Viken, skal vi jobbe for å bli enda bedre – for nullvisjon for skader.</p>
04/21	<p><b>Læring og deling v/Prehospitale tjenester</b>  Tema: «Prehospital undersøkelse av psykisk syke pasienter»  v/Rådgiver ambulanse Frode Olufsen</p> <p>PHT/ambulanse delte et flott forbedringsarbeid som er gjort for å øke kompetansen hos ansatte i ambulansetjenesten på håndtering av psykisk sykepasienter ved somatisk sykdom. De så at det var stor variasjon i hvordan disse pasientene ble håndtert usikkerhet blant de ansatte for hvordan best mulig ivareta denne sårbare pasientgruppen. Systematisk opplæring og informasjon har ført til redusert variasjon og varig forbedring. Det jobbes videre i PHT da det er ønskelig å oppnå høyere resultater.</p>
05/21	<p><b>Pandemien – Læringspunkter under covid-19</b></p> <p><b>Pandemiregister - Hva har vi lært i denne tiden? v/ medisinsk rådgiver Asgeir Kvam</b>  Pandemiregisteret har registrert alle pasienter fom mars 2020. Registratorene i klinikkene har sikret umiddelbar registrering av data. Klinikerne har bidratt med å legge inn informasjon gjennom DIPS-fraser. Det lokale registret har bidratt med å:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikre gode data til nasjonale myndigheter</li> </ul> <p>«Dashbordet» som sendes ut 1-2 ganger i uken bidrar til å:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sikre datakvalitet</li> <li>• motivere medarbeidere</li> <li>• skaffe kunnskap om sykdommen</li> <li>• gi styringsinformasjon for VV</li> </ul> <p><b>Konklusjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi er ikke ferdig med Koronaen</li> <li>• NEWS er viktig for å oppdage forverring <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sykehus</li> <li>– Kommuner à Pulsoksymeter til de syke hjemme!</li> </ul> </li> <li>• Øving og simulering er viktig for <ul style="list-style-type: none"> <li>– mestring og resultater (eks snuing av int.pas)</li> <li>– Å unngå smitte</li> </ul> </li> <li>• Erfaringer for læring til fremtidige pandemier</li> </ul> <p><b>Læringspunkter av beredskapsarbeid i pandemien v/beredskapsrådgiver Jørn Ivar Hellesnes</b>  <b>Konklusjon:</b>  Vestre Viken har et bra grunnlag, men det er identifisert en del forbedringsmuligheter knyttet til informasjonsflyt, samhandling, samordning og integrasjon.</p>

	<p><b>Kvalitetsstudien COBRA ved Bærum sykehus – Forskning på Covid-19 i sanntid og læringspunkter</b> v/overlege og forsker med.avd. BS Marius Myrstad</p> <p><b>Konklusjon:</b> NEWS2 (første måling i akuttmottaket) identifiserer pasienter med Covid-19 og høy risiko for å utvikle alvorlig sykdom med høy sensitivitet, og er signifikant bedre egnet enn andre kliniske skåringsverktøy som qSOFA og CRB-65 til dette formålet. Kvalitetsstudien COBRA har inkludert pasienter innlagt på Bærum sykehus forløpende, og bidratt med ny kunnskap om bruk av kliniske skåringsverktøy, sykdomsforløp, komplikasjoner og dødelighet i pasientgruppen. I mangel av effektiv behandling, er det særlig viktig å identifisere, forebygge og behandle komplikasjoner som kan påvirke forløp og dødelighet i denne pasientgruppen.</p>
	<b>Referater og oversikter</b>

**Referat**

<b>Møte:</b>	<b>HAMU</b>	<b>Tilstede:</b>	Lisbeth Sommervoll, Eli Årnot, Ulrich Spreng, Trine Olsen, Kirsten Hørthe, Narve Furnes, Joan Nygard, John Egil Kvamsøe, Tom Frost, Gry L Christoffersen, Toril Morken, Anita H Gommæs, Roald Brekkhus (Synergi Helse), Tove Svensli, Sine Kari Braanaas, Hanne Juritzen.
<b>Møtedato:</b>	9.februar 2021		
<b>Tidspunkt:</b>	0830 - 1100		
<b>Sted:</b>	Skype		
<b>Møteleder:</b>	Tom Frost		
<b>Referent:</b>	Cecilie Søfting Monsen	<b>Forfall:</b>	Ingen

<b>Saksnr.</b>	<b>Beskrivelse/oppfølging/vedtak</b>
	<p><b>Konstituering av HAMU</b> Leder av HAMU 2020, Lisbeth Sommervoll, åpnet møte og ønsket nye medlemmer velkommen. HAMU ble konstituert med ny leder og nestleder fra arbeidstaker-siden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leder: Tom Frost</li> <li>- Nestleder: Anita H Gommæs</li> </ul>
	<p><b>Godkjenning av innkalling og agenda</b> Godkjent uten kommentar.</p>
	<p><b>Godkjenning av referat fra 8.desember 2020</b> Godkjent uten kommentar.</p>
01/2021	<p><b>Prosess rammesøknad for PHR-byggene NSD</b> Rune Abrahamsen og Stine Vangstein tilstede på saken. Kort gjennomgang av søknadsprosess og samarbeid med Arbeidstilsynet ved Rune Abrahamsen. Innspill i møtet: Det har vært godt samarbeid og god involvering av tillitsvalgte og vernetjeneste underveis. Bred involvering. Vernetjenesten er fornøyd med valg av tiltak rundt brann og brannforebygging, som for eksempel bruk av flammehemmende tekstiler. Prosjektet har hatt god gjennomgang av sikring forøvrig; materialvalg utomhus vurdert i forhold til risiko for vold. Arbeidstilsynet har vært opptatt av at det hentes inn erfaringer fra Østfold; dette er gjort. Det bes om at prosjektet gjør en ytterligere presisering rundt biologisk smittefare i kontor og møterom under kap. 2.6.1, Kjemisk og biologisk smittefare, i notatet om arbeidsmiljøfaktorer.</p> <p><b>Vedtak:</b> <b>HAMU tar saken til orientering og tilslutter seg administrerende direktørs vurdering.</b></p>
TEMA	<p><b>Legenes klimaaksjon</b> (se vedlagt presentasjon) Knut Mork Skagen, styremedlem i Legenes klimaaksjon og lege på St.Olav, presenterte arbeidet til organisasjonen. Ytterligere informasjon finnes på <a href="https://www.legenesklimaaksjon.no/">https://www.legenesklimaaksjon.no/</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Global oppvarming ses på som en trussel mot folkehelsen</li> <li>- Det er direkte og indirekte konsekvenser, som vil påvirke for eksempel for høye temperaturer, naturkatastrofer, vannkvalitet, matproduksjon, migrasjon etc</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva kan helsesektoren bidra med for å begrense klimafotavtrykket?</li> <li>- 4,5% av dagens globale utslipp er fra helsesektoren mot luftfartens 2,5%</li> </ul> <p>HAMU takker for et interessant og godt innlegg.</p>
02/2021	<p><b>Årsrapport 2020 - Bedriftshelsetjenesten</b> v/ Roald Brekkhus (Synergi Helse). Det påpekes betydelige forskjeller mellom 2019 og 2020.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dobling av sykefraværsoppfølging. Mer individbistand, i stor grad fra psykolog/sosionom.</li> <li>- Psykososialt arbeidsmiljø (interne forhold) – har gått ned, mindre behov for bistand; gjelder også de fleste andre bransjer.</li> <li>- Noe økning i forhold til bistand innen trusler/vold, mest innen PHR.</li> <li>- Nye trender i samfunnet i forhold til den nye generasjonen – andre krav til oppfølging er ønsket fra leder. Et arbeid som er meningsfylt og at den ansatte forstår hva som forventes etc.</li> </ul> <p><b>Vedtak:</b> <b>Hovedarbeidsmiljøutvalget godkjenner årsrapporten 2020 for bedriftshelsetjenesten.</b></p>
03/2021	<p><b>Årsrapport 2020 - Varslingsutvalget</b> Kort gjennomgang ved Mette Lindblad, leder av varslingsutvalget.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utvalgets medlemmer utpekes for 2 år av gangen, ny utvelgelse fra 2021. Dagens utvalg blir sittende frem til arbeidsgruppen som ser på konsernrevisjonens krav er ferdige med sitt arbeid.</li> <li>- Feil dato på styremøtet april (ikke 13/4) – rettes opp.</li> </ul> <p><b>Vedtak:</b> <b>HAMU tar årsrapport 2020 for varslingsutvalget til etterretning.</b></p>
04/2021	<p><b>Årsrapport 2020 - HMS</b> Kort gjennomgang ved Tove Svensli, konst. HMS-sjef. Det har vært et annet utfordringsbilde innen HMS enn det erfaringsmessig har vært tidligere år. Tema som smittevern, personlig verneutstyr og psykososialt arbeidsmiljø har vært viktigere.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vold og trusler er dominerende, men fortsatt jevn nedgang.</li> <li>- Blant registrerte avvik har smittevern hatt den største økningen.</li> <li>- Psykososialt har økt i HMS – spesielt siste halvdel av 2020.</li> <li>- Avvikshåndtering er underrapport også i 2020. Meldte saker tas ikke alltid tak i – det må på plass gode prosedyrer for videre oppfølging.</li> <li>- Team pasientsikkerhet etablert. Skal se på sammenhengen mellom HMS og pasientsikkerhet.</li> <li>- Handlingsplanarbeidet er fulgt i klinikkene og det er en bedring på det dokumenterte arbeidet. Det er en økning i antall handlingsplaner og det jobbes godt med tiltak og oppfølging av handlingsplanene. Dette følges opp videre i oppfølgingsmøtene med klinikkene.</li> </ul> <p><b>Vedtak:</b> <b>HAMU tar årsrapporten HMS 2020 til etterretning og støtter at HMS-arbeidet blir fulgt tettere opp i lederlinjen.</b></p>
05/2021	<p><b>Årsrapport 2020 - HAMU</b> <b>Vedtak:</b> <b>Hovedarbeidsmiljøutvalget godkjenner årsrapporten for 2020.</b></p>
06/2021	<p><b>Ny prosedyre for Arbeidsmiljøutvalgene i VVHF v/Tove Svensli.</b></p>

	<p>Ny prosedyre erstatter 2 tidligere prosedyrer; En prosedyre som beskriver saksgang og en prosedyre som beskriver hvilke saker som skal behandles.</p> <p>Innspill i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskusjon rundt forslaget om at leder av (H)AMU skal stå som avsender av saker.</li> <li>- Rådgivende funksjon skal ses nærmere på.</li> <li>- Vedtaksfunksjonen må vurderes.</li> <li>- Vitalisering av alle AMU nødvendig. Skape bevissthet rundt hva et AMU står for.</li> <li>- Manglende opplæring av AMU medlemmer.</li> </ul> <p>Saken sendes ut på ny høring – via eHåndbok - og legges frem på nytt i neste HAMU.</p> <p><b>Vedtak:</b>  <b>HAMU tar utkast til ny prosedyre til foreløpig orientering. Endelig utkast kommer til ny behandling i neste HAMU 9.mars.</b></p>
07/2021	<p><b>Oppdatert risikovurdering PHR v/klinikkdirektør Kirsten Hørthe.</b></p> <p>To områder vurdert til høy risiko (rødt) ved forrige risikovurdering knyttet til budsjett:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Budsjettet har negativ påvirkning på arbeidsmiljøet / ansatte.</li> <li>2. Risiko for manglende oppnåelse av budsjetterte tiltak / økonomisk resultat</li> </ol> <p>Etter ny ROS-analyse er begge områdene vurdert til gult nivå. Det henvises til saksfremlegg for beskrivelse av tiltak.</p> <p>Arbeidstakersiden påpekte i møtet at tillitsvalgte og vernetjeneste skal delta i revidering av ROS-analyser. Det bes om at dette hensyntas i neste runde etter første kvartal.</p> <p><b>Vedtak:</b>  <b>HAMU tar oppdatert risikovurdering for PHR til etterretning.</b></p>
INFO	<p><b>Status korona v/Ulrich J Spreng (se vedlagte presentasjon)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dagens status på smittesituasjonen i Vestre Viken</li> <li>• Beredskapsnivå</li> <li>• Forventet utvikling</li> <li>• Tiltak - Vaksinasjon ansatte</li> </ul> <p>Gensekvensering; Alle positive prøver blir nå gensekvensert; enten av FHI eller andre laboratorier. Foreløpig har ikke VVHF mulighet til å gjøre dette selv.</p> <p>Problemstillinger som ble løftet i møtet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansatte som ikke kan bruke munnbind pga egen helsesituasjon</li> <li>- Ansatte som ikke ønsker å ta vaksine – hva hvis de blir smittet på jobb?</li> </ul>
INFO	<p><b>Orientering fra FHVO</b></p> <p>Påpeker at ARP må ha større fokus på at arbeidet også dreier seg om HMS og pasientsikkerhet, ikke kun økonomi.</p>
08/2021	<p><b>Faste skriftlige orienteringer</b></p> <p><b>Vedtak: HAMU tar de fremlagte orienteringene til etterretning.</b></p>

## Årsrapport 2020 Varslingsutvalget

Vestre Viken har siden etablering i 2009 hatt varslingsutvalg hvor ansatte skal kunne varsle om kritikkverdige forhold. Det er et mål for Vestre Viken at kritikkverdige forhold avdekkes og følges opp.

Videre er det en målsetting for Vestre Viken å tilrettelegge for et trygt og åpent arbeidsmiljø. I dette ligger også at kritikkverdige forhold skal kunne tas opp åpent på arbeidsplassen ved dialog, gjennom ordinære tilbakemeldingsverktøy i foretaket og ved bruk av varslingsordningen.

I Arbeidsmiljølovens § 2A som omhandler varslingsordning, har virksomheter som sysselsetter minst 5 arbeidstakere plikt til å utarbeide rutiner for intern varslingsordning. Rutinene skal utarbeides i tilknytning til virksomhetens systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid og i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte. All informasjon om varslingsordning inkludert rutiner ligger tilgjengelig på foretakets intranettside med lenke fra forsiden.

Konsernrevisjonen i HSØ har høsten 2020 gjennomgått varslingsordningen i Vestre Viken. Rapporten ble oversendt foretaket 16.10.2020. Rapporten ble også oversendt styret til orientering i styremøte 26.10.2020, og konsernrevisjonen orienterte om rapportens funn i styremøte 16.11.2020.

Konsernrevisjonen har gitt 3 overordnede anbefalinger som kan bidra til at varslingsordningen blir et verktøy for å avdekke og rette opp i kritikkverdige forhold så tidlig som mulig:

1. Styrke varslingsutvalgets rolle og kompetanse
2. Oppdatere varslingsrutinen slik at den omfatter gjeldende krav og grunnleggende prinsipper
3. Styrke opplæring og kommunikasjon

En arbeidsgruppe er nedsatt og gitt ansvar for å utarbeide en tiltaksplan for å iverksette forbedringer og etterkomme konsernrevisjonens anbefalinger. Tiltaksplanen er planlagt presentert i styremøte 26. april 2021.

Varslingsutvalget har seks faste medlemmer som oppnevnes for en periode på 2 år. Utvalget har i 2020 bestått av følgende medlemmer:

- Mette Lise Lindblad (leder), stabsdirektør
- Janne Hjelm-Gabrielsen, foretaksjurist
- Ellen Kulvik Lysholm, spesialrådgiver OU-avdelingen
- Henning Brueland, avdelingssjef HMS
- Joan Sigrun Nygard, foretakstillitsvalgt
- Anita Haugland Gornæs, foretaksverneombud

I tillegg har varslingsutvalget sekretær fra nærstab.



I 2020 har varslingsutvalget jobbet med sine interne rutiner for håndtering av varsler. Dette omfatter rutiner for tilbakemelding til varsler og omvarslede, tidsfrister og saksbehandling. Arbeidet er ikke endelig slutført og overføres til den interne arbeidsgruppen som utarbeider tiltaksplanen for forbedringer i ordningen. På grunn av pågående utviklingsprosess har utvalget begrenset sitt arbeid til å saksbehandle mottatte saker.

I løpet av 2020 er det innmeldt tre varslings saker internt til varslingsutvalget. Det eksterne mottaket (BDO) mottok ingen varsler.

Utvalget har avholdt fem arbeidsmøter i løpet av 2020.

Varslingsutvalget ser frem til å motta resultatene av det arbeidet den interne arbeidsgruppen fremlegger i løpet av våren 2021. Dette skal bidra til å sikre at varslingsordningen i foretaket blir et verktøy for å avdekke og rette opp i kritikkverdige forhold så tidlig som mulig, og bidrar til å understøtte den åpenhetskultur som er ønsket i foretaket.

Mette Lise Lindblad  
Leder varslingsutvalget

## Årsplan for styret 2020 -2021

Ajourført pr. 15. februar 2020/EO

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
<b>Mandag</b> <b>25. januar 2021</b> Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styringsdokumenter PNSD</li> <li>• Foretaksprotokoll 17. desember</li> </ul>	<b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>• Foreløpig årsresultat 2020</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 17. desember</li> <li>• SKU 15. desember</li> <li>• Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ 15. januar</li> <li>• Brukerutvalg 20. januar</li> <li>• Styrets årsplan pr januar</li> </ul>	
<b>19. februar – foretaksmøte i regi av HSØ</b> Seminar for styrene i HSØ utgår			Eieroppnevnte styremedlemmer OBD 2021
<b>Mandag</b> <b>22. februar 2021</b> Sted: Bærum eller digitalt møte?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Årlig melding 2020</li> <li>• Foretaksprotokoller 19. februar 2021 – inkl. OBD 2021</li> <li>• Revisjon utviklingsplan 2035</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2021</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bærum sykehus</li> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 4. februar</li> </ul>	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• SKU 2. februar</li> <li>• HAMU 9. februar</li> <li>• Brukerutvalg 17. februar</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	
<b>Mandag</b> <b>22. mars 2021</b> Sted: Drammen eller digitalt møte?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Årsberetning/årsregnskap 2020</li> <li>• Risikovurdering 3. tertial</li> <li>• Styrende dokumenter for Vestre Viken i 2021</li> <li>• Instruks for styret i Vestre Viken</li> <li>• Instruks for AD i Vestre Viken</li> <li>• Ledelsens gjennomgang</li> <li>• Reviderte styringsdokumenter PNSD</li> <li>• Eiendomsplan PHR?</li> <li>• </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2021</li> </ul> <p><b>Andre orienteringer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>• ØLP 2022 -2025</li> <li>• Pasientombudenes årsmelding 2020</li> <li>• Presentasjon av oppdaterte beredskapsplaner pandemi</li> <li>• Beredskapsorganisasjonen i VVHF</li> </ul> <p><b>Referatsaker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 11. mars</li> <li>• SKU 2. mars</li> <li>• HAMU 9. mars</li> <li>• Brukerutvalg 17. februar</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul> <p><b>Eget møte mellom styret og revisor.</b></p>	Samhandling/helsefellesskap
<b>26. mars</b> <b>Partnerskapsmøte med kommunene</b>			Helsefellesskap Utviklingsplan

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
<b>Mandag</b> <b>26. april 2021</b> Sted: Ringerike eller digitalt møte?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ØLP 2022 -2025</li> <li>• Revisjonsrapport 8/2020 – varslingsystemet. Status på oppfølgingstiltak.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 31. mars 2021</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ringerike sykehus</li> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>•</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SKU 6. april</li> <li>• HAMU 13. april</li> <li>• Brukerutvalg 21. april</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	Informasjonssikkerhet og personvern
<b>Mandag</b> <b>31. mai 2021</b> Sted: Drammen eller digitalt møte?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tertialrapport 1. tertial 2021</li> <li>• Risikovurdering pr. 1. tertial 2021</li> <li>• Styrets møteplan 2022</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr 30. april</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>• Klinikk for medisinsk diagnostikk</li> <li>• Drammen sykehus - status på prosjektet i akuttinntak og helseløstikk</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 21.-22. april</li> <li>• SKU 11. mai</li> <li>• Brukerutvalg 26. mai</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	Styreseminar Styreevaluering
<b>Mandag</b> <b>21. juni 2021</b> Dagsseminar Sted: Drammen eller digitalt møte?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasjonale kvalitetsindikatorer</li> <li>• Revisjon utviklingsplan 2035</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2021</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prehospitaler tjenester</li> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b>	Forskning

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 17. juni</li> <li>• HAMU 8. juni</li> <li>• SKU 15. juni</li> <li>• Brukerutvalg 16. juni</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	
<b>Mandag</b> <b>30. august 2021</b> Sted:		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 31. juli</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinikk for psykisk helse og rus</li> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2021 Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 19. august</li> <li>• Brukerutvalg 25. august</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	
<b>Mandag</b> <b>27. september</b> <b>2021</b> Styreseminar 27.-28. september Sted:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tertialrapport 2. tertial 2021</li> <li>• Risikovurdering pr. 2. tertial 2021</li> <li>• Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2022</li> </ul>	<b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Drammen sykehus</li> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 23. september</li> <li>• HAMU 7. september</li> <li>• SKU 14. september</li> <li>• Brukerutvalg 22. september</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	Styreseminar
<b>Mandag</b> <b>25. oktober 2021</b> Sted: Kongsberg		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr 30. september 2021</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>• Budsjett 2022</li> </ul>	Dialogmøte med Brukerutvalget

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kongsberg sykehus</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra HSØ 21. oktober</li> <li>• SKU 12. oktober</li> <li>• Brukerutvalg 20. oktober</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	
<b>Mandag</b> <b>29. november</b> <b>2021</b> Sted:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasjonale kvalitetsindikatorer</li> <li>• Lønnsvilkår for ledende ansatte 2021</li> <li>• Styrets årsplan 2022</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2021</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>• Budsjet 2022</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 24.-25. november</li> <li>• HAMU</li> <li>• SKU</li> <li>• Brukerutvalg 24. november</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	Styreevaluering 2021
<b>Mandag</b> <b>20. desember 2021</b> Sted:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Budsjet og mål 2022</li> <li>• Oppnevning av representanter og leder av Brukerutvalget</li> <li>• Reevaluering NSD- erfaringer fra nytt sykehus i Østfold</li> <li>• Reevalueringer NSD -erfaringer etter korona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 30. november 2021</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 16. desember</li> <li>• HAMU</li> <li>• SKU</li> <li>• Brukerutvalg 15. desember</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	

**Kjente saker som kommer til behandling hvor møtetidspunkt ikke er fastsatt:**

- Virksomhetsstyring (oppfølging av sak i styret for HSØ 22. oktober 2020) – settes opp til behandling når en får saken i foretaksmøte
- Revisjonsrapport – tilsyn høst 2020 bruk av tvang i PHR – behandles når rapport foreligger
- Eiendomsplan Prehospitale tjenester
- Parkering nytt sykehus Drammen.

**2022:**

- Rapportering 3. tertial 2021 – behandles i styremøte i februar 2022

## Møtereferat

Innkalling til	Styreutvalg – 12. februar 2021 kl. 12- 14 Digitalt møte
Møteleder	Siri Hatlen
Deltakere fra styret	Robert Bjerknæs Tom Frost
Deltakere fra administrasjonen	Lisbeth Sommervoll Halfdan Aass Rune A. Abrahamsen Mette Lindblad Cecilie B. Løken Elin Onsøyen

	Saker
1	Referat fra møte i styreutvalget 27. november 2020 ble godkjent
2	<p><b>Tertialrapporteringer:</b></p> <p><b>1. Gevinstplan</b> Bilde 1 og 2 i presentasjonen: Figuren gir god oversikt. Lilla dott på gevinstområde fungerer godt og gir oversikt. I de samme boksene kan små «smilefjes» i grønn, gul og rød illustrere status risiko. Det hadde vært fint om en kunne fått inn en tidslinje i illustrasjonen.</p> <p>Rapportene på hovedområdene fungerer godt.</p> <p>I neste møte i styreutvalget er det ønskelig å få presentert hva som er gjort med forløpsykehuset og organisasjonsutviklingsprosjektet. Det er planlagt at mottaksprosjektet blir tema i orienteringen om NSD i neste styremøte.</p> <p><b>2. Risikovurderinger</b> Styret skal ha tertialvis rapportering på overordnede risikoområder. Foreslås at endringene fra ett tertial til et annet fremkommer. Det viktig å synliggjøre risiko før og etter tiltak.</p> <p>Det forventes at de kritiske prosjektene synliggjøres i risikovurderingene når det er relevant.</p> <p>Styret skal i mars bruke tid på gjennomgang av risikovurderingen. De røde områdene og tiltak knyttet til disse blir viktig for styret.</p> <p><b>3. IKT - tertialrapport 3. tertial 2020</b> God rapportering fra VVHF - gir god oversikt som en håper at andre aktører i NSD også kan nyttiggjøre seg.</p> <p>Det er viktig at HSØ ser at det er forskjellige vurderinger av risiko hos Sykehuspartner og VVHF på enkeltprosjekter. Manglende kapasitet/prioritering hos Sykehuspartner kan lett bli kritisk for prioriterte prosjekter i VVHF.</p>



	I oppfølgingsmøtet VVHF har med HSØ 5. mars vil VVHF løfte fram denne problemstillingen, og vise faktabaserte avhengigheter. Rapporten skal etter plan legges fram for styret i mars-møtet.
3	<b>Styrende dokumenter PNSD</b> Dokumentene er under revisjon. Når dette arbeidet er ferdigstilt skal dokumentene legges fram for styret til orientering/etterretning.  Det nye styret bør så fremt mulig få en befaring på Brakerøya før sommeren.
4	Eventuelt – Ingen saker