

Til: Styret ved Vestre Viken HF

Dato utsendt: 12. mars

Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 19. mars 2024
Møtetid: Kl. 10.00 – 15.00

Møtested: Bærum sykehus, møterom Styrerommet

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, bes melde fra om dette til styresekretær innen mandag 18. mars (hilde.enget@vestreviken.no).

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

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

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Hilde Enget

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
	Lukket møte	
	10.00 15 min	Styrets møte med revisjonen Styret har eget møte med PWC revisjon
	Ordinært møte	
22/2024	10.15 5 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 19. mars
23/2024	10.20 5 min	Godkjenning av møteprotokoll 19. februar 2024 Vedlegg: Foreløpig protokoll 19. februar 2024
24/2024	10.25 20 min	Styrets årsberetning og årsregnskap for VVHF 2023 Vedlegg: 1. Styrets årsberetning 2023 2. Lederlønsrapport 2023 for VVHF - ettersendes
25/2024	10.45 45 min	Virksomhetsrapportering pr 29. februar 2024 Vedlegg: 1. Virksomhetsrapport pr. 29. februar 2024 2. Bærekraftsplan - rapport mars 2024
	11.30 30 min	Lunsj
26/2024	12.00 45 min	Status for oppfølging av bærekraftsplanen på Bærum sykehus v/ klinikkdirektør
27/2024	12.45 10 min	Protokoll fra foretaksmøte 26. februar og Oppdrag og bestilling 2024 for VVHF Vedlegg: 1. Protokoll fra foretaksmøte 26.02.24 2. Oppdrag og bestilling 2024 for VVHF 3. Vedtekter for VVHF 4. Retningslinje for kommunisering, oppfølging og rapportering på OBD i VVHF
28/2024	12.55 15 min	Ledelsens gjennomgang i VVHF 2023 Vedlegg: Rapport LGG 2023
29/2024	13.10 15 min	Forebygging av vold og trusler mot helsepersonell Vedlegg: 1. Styresak HSØ 138-2023 2. Rapport Forebygging av vold og trusler mot helsepersonell
	13.25 10 min	Pause
30/2024	13.35 5 min	Status nytt sykehus Drammen
31/2024	13.40 15 min	Status IKT-utstyr for nytt sykehus Drammen Presentasjon i møtet
32/2024	13.55	Klinisk ibrukstakelse nytt sykehus i Drammen Vedlegg: 1. Slutfase beskrivelse områder som omfattes av KIB 1 og KIB 2+3

	15 min	2. Intern risiko og sårbarhetsanalyse
33/2024	14.10 5 min	Styrende dokumenter for VVHF
34/2024	14.15 5 min	Instruks for styret i VVHF Vedlegg: Instruks for styret i VVHF
35/2024	14.20 5 min	Instruks for administrerende direktør i VVHF Vedlegg: Instruks for administrerende direktør
36/2024	14.25 15 min	Nytt sykehus Drammen – parkeringsløsning Ettersendes
37/2024	14.40 0 min	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Protokoll fra styremøte i HSØ 7. mars 2. Revisjonsplan 2024 konsernrevisjonen HSØ 3. Brukerutvalg 20. februar 4. SKU 12. mars ettersendes 5. HAMU 8. mars 6. Styrets årsplan 2024 inkl. pendingliste mars 7. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 – 2027
38/2024	14.40 5 min	Eventuelt
39/2024	14.45 15 min	Driftsorientering fra administrerende direktør
	15.00	Møteslutt

Dato: 11. mars 2024
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	22/2024	19.03.24

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 12. mars 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Innkalling og saksliste til styremøte 19. mars 2024

Dato: 11. mars 2024
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	23/2024	19.03.24

Forslag til vedtak

Styret godkjenner møteprotokoll datert 19. februar 2024

Drammen, 12. mars 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 19. februar 2024

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Digitalt, teams
Dato: 19. februar 2024
Tidspunkt: Kl. 09.00 – 11.00

Følgende medlemmer deltok:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Hans Tore Frydnes	Nestleder
Kari Fjelldal	Styremedlem
Robert Bjercknes	Styremedlem
Hans Kristian Glesne	Styremedlem
Kristin Vinje	Styremedlem
Hege Mørk	styremedlem
Gry Lillås Christoffersen	Styremedlem - forfall
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
Maria Josefsen Gundersen	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem

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

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

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

Styreleder Siri Hatlen ledet styremøtet og administrerende direktør la fram sakene.

Protokollfører: Hilde Enget.

Styreleder ønsket Kristin Vinje og Hege Mørk velkommen som nye styremedlemmer i VVHF.

Sak 8/2024 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 9/2024 Godkjenning av styreprotokoll fra 29. januar 2024

Styrets enstemmige

Vedtak:

Møteprotokoller fra styremøtet 29. januar 2024 godkjennes.

Sak 10/ 2024 Driftsorientering fra administrerende direktør

Oppsummering av innhold

Administrerende direktør introduserte de to nye styremedlemmene Kristin Vinje og Hege Mørk. Det vil iverksettes tiltak som følge av avdekking av manglende vedlikehold og renhold på Drammen sykehus. Det vil også bli gjennomført befaringer i etterkant. Administrerende direktør har vært på hospitering ved Bærum sykehus og planlegger hospitering ved Drammen sykehus. Avdelingssykepleier Aslaug Henneseid på akuttmottaket på Drammen sykehus er kåret til Årets sykepleieleder 2023 av Norsk Sykepleierforbund i Viken og Jon Haakon Malmer-Høvik er tildelt Nors sykehus- og helsetjenesteforenings Helselederpris. Alle helseforetak i landet blir bedt om å se til Vestre Viken i årets OBD når det gjelder utprøving av økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger, og helseforetaket inviteres på ulike arenaer for å holde innlegg om dette.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en fin gjennomgang og gir tilbakemelding på det gode arbeidet som pågår i helseforetaket.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

Sak 11/2024 Virksomhetsrapportering pr. 3. tertial 2023

Oppsummering av innhold

Tertialrapporten for 3. tertial oppsummerer resultat og status på våre aktiviteter for å sikre måloppnåelse. Samlet sett leverer foretaket helsetjenester av god kvalitet, selv om ventetiden har blitt noe lengre innenfor både somatikk og psykisk helsevern. Det økonomiske resultatet er ikke i tråd med plan, og det svekker den fremtidige investeringsevnen. Flere ulike typer tiltak er nødvendig, og dette arbeidet er systematisert gjennom Handlingsplan for bærekraftig utvikling. Styret vil få en grundigere gjennomgang av status i arbeidet med bærekraftsplanen i styremøtet i mars.

Kommentarer i møtet

Styret uttrykker bekymring for at viktige IKT-systemer ikke er implementert før innflytting i NSD. Styret ser derfor frem til styremøtet i mars for en grundigere redegjørelse for foretakets

alternativer om leveranser forsinkes, herunder beskrivelse av eventuelle økonomiske konsekvenser av forsinkelser.

Styret bemerker at innføring av DIPS Arena krever mye fleksibilitet fra ansatte, men at det er et godt verktøy når det er implementert.

Det bemerkes videre at det er positivt at det arbeides med å få frem et sett KPI-er som er egnet til å følge effekter av tiltakene i bærekraftsplanen. Dette er viktig både med tanke på den interne oppfølgingen, men også for rapporteringen til styret.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar virksomhetsrapport og risikovurdering pr. 3. tertial 2023 til etterretning.

Sak 12/ 2024 Årlig melding

Oppsummering av innhold

Ifølge § 14 i vedtektene for foretaket skal styret i Vestre Viken HF hvert år sende en årlig melding til Helse Sør-Øst RHF. Meldingen omfatter virksomhetens rapport for foregående år og styrets plandokument for virksomheten. Den utarbeides etter mal gitt av Helse Sør-Øst RHF, og er en rapportering på oppfølging av *Oppdrag og bestilling 2023 for Vestre Viken HF*.

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

Kommentarer i møtet

Styret kommenterer at Årlig melding synliggjør mye av det gode arbeidet som pågår i helseforetaket. Styret gir ros til Brukerutvalgets presise uttalelse til sentrale temaer i meldingen. Styret gir innspill om at i kapitlet om tvangsbruk innen psykisk helsevern kan det være hensiktsmessig å informere om data for tvangsbruk i andre helseforetak, for å sette Vestre Vikens tall i en større kontekst.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. På grunnlag av rapportering for 2023 anser styret i Vestre Viken HF at:
 - Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har vært ivarett i tråd med de føringer eier har gitt i oppdrags-dokumentet og i foretaksmøter.
 - Styret påpeker samtidig at måloppnåelsen innen enkelte områder ikke er god nok, og at det fortsatt må arbeides aktivt for en bedring.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å slutføre Årlig melding 2023 med de innspill som fremkom i møtet. Årlig melding 2023 oversendes Helse Sør-Øst RHF innen fristen 1. mars 2024.

Sak 13/ 2024 Utkast styrets årsberetning 2023 – 1. gangs behandling

Oppsummering av innhold

Styret skal behandle foretakets årsrapport i styremøtet 27. mars 2023. For at styret skal gis mulighet til å påvirke innholdet i styrets årsberetning som følger årsrapporten er det lagt til rette for en første gangs behandling av denne en måned tidligere.

Kommentarer i møtet

Styret opplever dette som et godt dokument som gir en god beskrivelse og informasjon om virksomheten. Særlig gir meldingen god informasjon om helseforetaket til nye styremedlemmer.

Styret bes om å sende eventuelle innspill til endringer i årsberetningen til styresekretær innen 1. mars.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar det fremlagte utkast til Styrets årsberetning for 2022 til orientering med de innspill som ble gitt i møtet.

Sak 14/ 2024 Årsrapport 2023 for Varslingsutvalget

Oppsummering av innhold

Årsrapporten beskriver aktiviteten til Varslingsutvalget i 2023, herunder utvalgets mandat, saker til behandling og utvalgets evaluering.

Kommentarer i møtet

På spørsmål fra styret, kan administrerende direktør bekrefte at Konsernrevisjonen har avsluttet revisjonen av Vestre Vikens forbedringsarbeid innen området varsling av kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljøloven.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar Årsrapport 2023 for Varslingsutvalget til orientering.

Sak 15/2024 Virksomhetsrapportering pr. 31. januar 2024 (ettersendt)

Oppsummering av innhold

Resultatavviket i januar ligger på samme nivå som tidligere måneder målt mot budsjett for den underliggende drift. Resultatet påvirkes av et omfattende virusutbrudd og værforhold som har medført avlyste opphold/konsultasjoner. Det er likevel flere indikasjoner på at pågående tiltak har effekt. Enkelte av klinikkene viser en bemanning helt på linje med budsjett.

Det er tett oppfølging av klinikkene på fremdrift i henhold til planen. Klinikkene er bedt om å konkretisere alternative tiltak som kan iverksettes for å sikre resultatoppnåelse.

Kommentarer i møtet

Styret kommenterer at resultatet er relativt uforandret sammenliknet med tidligere og ser frem til en statusoppdatering av tiltak i bærekraftsplanen og pågående prosesser for omstilling i klinikkene i marsmøtet. Virksomhetsrapporten viser en økning i ventetider i januar og dette forklares til dels med at pasienter med lang ventetid prioriteres i fbm. lavaktivitetsperioder som følge av ferieavvikling i julen. Styret reflekterer over at dette er driftstilpasninger i en situasjon der pasientene er syke 24/7 hele året. Lav andel avslag innen BUP kommenteres som positivt.

Styret bemerker paradokset ved økning i brutto månedsverk samtidig som det er mangel på kvalifisert helsepersonell, og ønsker å få nærmere informasjon i marsmøtet om hvilke områder som har vekst og hvilke områder som mangler ressurser.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar virksomhetsrapportering pr januar 2024 til orientering.

Sak 16/ 2024 Status nytt sykehus Drammen

Oppsummering av innhold

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

Kommentarer i møtet

Styret kommenterer at det er kjente utfordringer knyttet til IKT tilpasningsprosjektene, samtidig som det er viktig å peke på at det pågår mye godt arbeid og gode prosesser for å forberede innflyttingen til NSD.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Sak 17/2024 Referatsaker

Ingen kommentarer.

Sak 18/2024 Eventuelt

Ingen saker.

Sak 19/2024 Parkeringsløsning NSD - finansiering

Saken er unntatt offentlighet jf. Offentlighetsloven § 23 første ledd. Egen protokoll fra behandlingen.

131/2023 Styret alene med AD

Saken ble behandlet for lukkede dører ihht Helseforetaksloven § 26a punkt 2.

Styret hadde en uformell samtale med AD tilstede vedr gjennomføring av møtet og hadde et par oppklarende spørsmål til pågående saker.

132/2023 Styret alene

Saken ble behandlet for lukkede dører ihht Helseforetaksloven § 26a punkt 2.

Intet å referatføre.

Drammen 19. februar 2024

Siri Hatlen
styreleder

Hans Kristian Glesne

Hans Tore Frydnes
nestleder

Robert Bjerknes

Kristin Vinje

Kari Fjelldal

Hege Mørk

Tom Roger H Frost

Toril A K Morken

Maria Josefsen Gundersen

Gry L Christoffersen (sett)

Saksfremlegg

Styrets årsberetning og årsregnskap for VVHF 2022

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	24/2024	19.03.2023

Forslag til vedtak

1. Styret for Vestre Viken HF anbefaler at den fremlagte årsrapport for 2023, bestående av styrets årsberetning, resultat- og balanseoppstilling, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger vedtas.
2. Styret tar den vedlagte lederlønnrapport for 2023 til orientering
3. Styret foreslår at resultatet for 2023, et overskudd på 59 MNOK, føres slik: Overføring til annen egenkapital: 59MNOK.
4. Styret ber administrerende direktør om å oversende vedtaket med nødvendige vedlegg for videre behandling i foretaksmøte og sende årsrapporten til det nasjonale regnskapsregisteret i Brønnøysund.
5. Styret gir administrerende direktør fullmakt til eventuelt å gjøre mindre tekstredigeringer dersom det er påkrevd fra ekstern revisor eller lignende.

Drammen, 12. mars 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I denne saken fremlegges den endelige årsregnskapsrapporteringen pr. 31. desember 2023. Årsrapport, bestående av styrets årsberetning, resultat, balanse, noter og kontantstrømpoppstilling, legges frem for styret med forslag om at det anbefales fastsatt som resultat for 2023 i foretaksmøte. Det regnskapsmessige årsresultatet viser et overskudd på 59 MNOK. Det er ikke kommet innspill fra styret til årsberetningen etter den foreløpige behandlingen i styremøte 19. februar 2024. I eget vedlegg fremlegges også lederlønsrapport for 2023.

Saksutredning

Styret skal behandle årsregnskap og styrets årsberetning før endelig behandling skjer i foretaksmøte. Deretter oversendes årsregnskap og årsberetning til det nasjonale regnskapsregisteret i Brønnøysund. Det vises til årsberetning og årsregnskap for en oppsummering av året og ytterligere spesifisering og forklaring til regnskapet. Det økonomiske styringsmålet for 2023 var på 178 MNOK. Endelig resultat for 2023 er et overskudd fra driften på 59 MNOK. Resultatavviket inkluderer 29 MNOK i høyere kostnader til vedlikehold over drift, som møtes av tilsvarende lavere investeringer. Korrigert for dette utgjør resultatavviket 90 MNOK. Det negative resultatavviket er i stor grad relatert til inntektstap og kostnadsøkninger i tillegg til høyere pris- og lønnsvekst enn budsjettet. Oppbygging av EBITDA oppnås ikke som forutsatt i budsjett 2023. Som følge av lavere resultat i 2023 er det 90 MNOK mindre til framtidige investeringer. Investeringsrammen for 2024 er redusert med 62 MNOK sammenlignet med ØLP 2024 - 2027.

Med bakgrunn i regler om lederlønn i allmennaksjeloven og retningslinje for lederlønn i selskaper med statlig eierandel av 30.4.2021, ble vedtektene endret i Foretaksmøtet januar 2022 hvor bestemmelsene i allmennaksjelovens § 6-16 b og tilhørende forskrift ble gjort gjeldende for Helse Sør-Øst RHF og dets helseforetak. Dette pålegger foretaket å utarbeide retningslinjer for godtgjørelse for ledende personer som skal behandles i Foretaksmøte. Foretaksmøtet behandlet de nye retningslinjene i 2022. Retningslinjene skal revideres og godkjennes av Foretaksmøte ved vesentlige endringer, og minst hvert fjerde år.

Vedlagte lederlønsrapport er utformet i henhold til retningslinjene for lederlønn behandlet i Foretaksmøtet 2022. For hvert regnskapsår skal helseforetaket utarbeide en rapport som gir en samlet oversikt over utbetalt og innestående lønn (opptjent) og øvrig godtgjørelse til ledende personer som omfattes av disse retningslinjene. Ledende personer er i denne sammenhengen definert som Vestre Vikens styremedlemmer, administrerende direktør og dens ledergruppe.

Lederlønsrapporten oppfylder de krav som fremgår av «Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer». Rapporten tilfredsstiller også krav til noteopplysninger i årsregnskapet etter regnskapsloven § 7-31b og 7-32.

Administrerende direktørs vurderinger

Det endelige resultatet for 2023 er lavere enn det som var forutsatt i budsjettet. Sykefraværet har vært høyere enn før pandemien. Dette har påvirket aktiviteten. Det har vært en vekst i brutto bemanning utover det som skyldes et høyere sykefravær. Produktiviteten er fortsatt ikke på samme nivå som før pandemien. Sammen med en sterk pris- og lønnsvekst har dette medført et lavere økonomisk resultat. Tilleggsbevilgninger greier ikke å kompensere for dette fullt ut. Konsekvensen av et lavere resultat er lavere investeringsrammer i 2024.

Administrerende direktør legger resultatet frem for styret med en anbefaling om at dette tilrås fastsatt som det endelige resultatet i foretaksmøtet. Det legges også frem forslag til hvordan

overskuddet føres. Etter behandling i foretaksmøtet skal saken følges opp med innsending til det nasjonale regnskapsregisteret i Brønnøysund.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret vedtar det fremlagt årsregnskap og styrets årsberetning for 2023, og tar lederlønsrapporten til orientering.

- Vedlegg:
1. Styrets årsberetning og årsregnskap VVHF for 2023
 2. Lederlønsrapport 2023 for VVHF



Vestre Viken HF

Styrets Årsberetning

2023

OM HELSEFORETAKET

Vestre Viken er et av de største helseforetakene i Norge, og er eid av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst. Vestre Viken ble stiftet 30. mars 2009, og leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til om lag 500 000 mennesker i 22 kommuner, fordelt på fylkene Buskerud, Akershus og Vestfold og Telemark.

Helseforetakets hovedoppgaver er pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell, samt opplæring av pasienter og pårørende.



Innen somatisk virksomhet består helseforetaket av Bærum sykehus, Drammen sykehus, Kongsberg sykehus og Ringerike sykehus med Hallingdal sjukestugu. Foretaket har en psykiatrisk sykehusavdeling ved Blakstad, fem distriktpsikiatriske sentre, tilbud innen barne- og ungdomspsykiatri samt tverrfaglig spesialisert rus- og avhengighetsbehandling.

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.

Administrerende direktør i foretaket er Lisbeth Sommervoll.

VIRKSOMHETSSTYRING OG INTERN KONTROLL

Foretaket har lagt opp virksomhetsstyring og internkontroll i samsvar med bestemmelser i lov- og regelverk, samt krav og føringer fra Helse Sør-Øst RHF.

Ledelsens gjennomgang (LGG) er den overordnede styrende og kontrollerende delen av virksomhetsstyringen i foretaket, og skal sikre at styringssystemet fungerer etter sin hensikt og bidrar til forbedring.

Vestre Viken bruker fullmakter i delegering av ansvar og myndighet i organisasjonen. Fullmaktene tar utgangspunkt i relevant lov- og regelverk som regulerer foretakets rolle som helseforetak, sykehus, forskning/utdanningsinstitusjon, arbeidsgiver, offentlig myndighetsorgan og forretningspart. Ansatte med fullmakter (fullmektiger) forplikter seg til å anvende disse i overensstemmelse med grensene som er fastsatt i fullmaktene. Fullmaktsystemet gjennomgår årlig oppdatering og styrebehandling.

Foretaket bruker avvikssystemet Synergi for å melde, behandle og følge opp uønskede hendelser/avvik. Meldinger om uønskede hendelser er en viktig kilde til forbedring, og det arbeides systematisk med å bevisstgjøre og fremme en god meldekultur.

I 2023 ble det gjennomført 19 eksterne tilsyn fra i alt seks ulike tilsynsmyndigheter innenfor HMS-området. 13 av tilsynene ble gjennomført av Arbeidstilsynet, 3 fra El-tilsynet, ett fra Luftfartstilsynet og 3 fra kommunale brannvesen. Pålegg og avvik blir fulgt opp i Synergi. Handlingsplaner etableres og følges opp i henhold til foretakets prosedyrer. I tillegg ble det gjennomført en internrevisjon innenfor HMS lovgivningen som omhandlet kjemikaliestyling. Fra helselovgivningen er det gjennomført eksterne tilsyn innenfor legemiddelberedskap fra Konsernrevisjonen. Resultat foreligger ikke ennå. I tillegg er det gjennomført egenrevisjonstilsyn fra statsforvalteren i Psykisk helse og rus.

Hensikten med interne revisjoner er å avdekke om foretaket følger lover, forskrifter og interne retningslinjer og prosedyrer. Eventuelle avvik følges opp gjennom forbedringsarbeid. Revisjonsteamet på foretaksnivå gjennomfører kliniske fagrevisjoner og støtter klinikkene i klinikkovergripende revisjoner. Klinikken utarbeider egne årlige revisjonsplaner og det er til sammen gjennomført ca. 50 revisjoner på seksjons-/avdelingsnivå. Det er også gjennomført en klinisk fagrevisjon innenfor området strålevern. I tillegg pågår en fagrevisjon på: *kirurgisk inngrep av degenerative meniskrupturer* som ferdigstilles mars 2024.

Risikovurderinger brukes aktivt i styring av virksomheten. Foretaket gjør en vurdering av risiko knyttet til oppnåelse av mål for kommende år, og for foretakets utvikling og økonomiske bærekraft på lengre sikt. Risikovurderingene oppdateres tertialvis og fremlegges for styret. Risikovurderingene er viktige for virksomhetsstyringen gjennom å identifisere hvilke tiltak som skal tillegges vekt, og hva styret og ledelsen må ha særskilt oppmerksomhet på.

Kontinuerlig forbedring som kultur og arbeidsform er et viktig mål i virksomheten. Det er i 10 år satset på opplæring i forbedringskunnskap, Forbedringsmodellen og ulike forbedringsverktøy for systematisk endrings- og implementeringsarbeid i hele foretaket. Totalt 1000 ansatte og ledere har fått teoretisk og praktisk opplæring i endringsarbeid. Dette er viktig kompetanse som brukes for å lykkes med endringer, eksempelvis inn mot nytt sykehus i Drammen, ved implementering av ny teknologi og realisering av planlagte tiltak.

Det er i 2023 videreutviklet systemer og strukturer i organisasjonen for å understøtte kontinuerlig forbedring, ytterligere bredde kompetanse i praktisk endringsarbeid, øke bruken av kompetansen og øke effekter av kompetansen. Det er et potensiale for i enda større grad ta i

bruk kunnskap, metode og verktøy i alt endrings- og utviklingsarbeid i foretaket. Da blir kvalitetsforbedring en mer integrert del av virksomhetsstyringen, som igjen kan bidra til vellykket implementering av planer for bærekraftig utvikling.

PASIENTBEHANDLING

Samfunnsoppdraget til Vestre Viken er å gi trygge og likeverdige helsetjenester til pasienter og brukere, basert på faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.

Aktiviteten har i 2023 vært noe lavere enn forutsatt i budsjett. Som følge av etterslep etter pandemien og fortsatt høyt sykefravær er ventelistene ikke tilstrekkelig redusert. Foretaket bestreber imidlertid å prioritere til enhver tid de pasienter som trenger behandling mest. Dette omfatter behandling av kreftsykdommer, barn og andre pasienter som kunne ha fått dårligere prognose om behandlingen ble utsatt.

Innen psykisk helsevern og rusbehandling har antall nye henviste pasienter fortsatt å øke siden pandemien, spesielt innen barne- og ungdomspsykiatrien. Behandlingskapasiteten er utvidet, og Klinikk for psykisk helse og rus har etablert et godt tilbud for telefon- og videokonsultasjoner.

Det er i 2023 oppnådd 129 200 ISF- poeng innen somatikk, ca. 4,7 prosent mer enn fjoråret. Det er også innsatsstyrt finansiering (ISF) av poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette utgjorde om lag 65 100 ISF-poeng i 2023, en økning på 11,6 prosent fra året før.

Det var ca. 67 800 døgnopphold på de somatiske sykehusene, og om lag 4 300 døgnopphold innen psykisk helse og rus/avhengighetsbehandling. Det var til sammen 794 980 polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger innenfor somatikk og psykisk helsevern/rus- og avhengighetsbehandling.

Innen somatikk har det vært en økning i antall døgnopphold på 1,1 prosent, dagopphold har økt med 1,8 prosent og polikliniske konsultasjoner har økt med 6,4 prosent fra året før. Innen psykisk helsevern/rus- og avhengighetsbehandling har det vært en økning i antall døgnopphold på 4,1 prosent, mens antall polikliniske konsultasjoner er redusert med 2,4 prosent sammenliknet med 2022 samlet. Innen barne- og ungdomspsykiatrien har det vært en økning på 1,6 %.

Foretaket har som mål at aktivitetsøkning hovedsakelig skal skje innen dagbehandling og poliklinisk behandling, blant annet ved at flere av akuttpatientene behandles poliklinisk ved de somatiske sykehusene.

Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har antall pasienter som får tilbud fra FACT-team økt i løpet av året. Mer av behandlingen skal skje poliklinisk/ambulant.

Det er en målsetning å øke andelen hjemmebehandling ved hjelp av digitale løsninger som video- og telefonkonsultasjoner og bruk av egenregistreringer. Foretaket har høy prioritet på tilbud om egenregistrering som bidrar til en mer brukertilpasset helsetjeneste. Åtte prosent av konsultasjonene innen somatikk og 18 prosent innenfor psykisk helsevern/rusbehandling ble gjennomført digitalt. Samlet foregikk 12 prosent av polikliniske konsultasjoner over video eller telefon, en liten økning fra 2022. Program for digital hjemmeoppfølging er etablert for å utvikle dette området videre.

I 2022 ble Vestre Vikens virtuelle sykehus lansert. Det virtuelle sykehuset samler alle eksisterende digitale hjemmeoppfølgingstilbud på en felles side. Tilbudet er nå gjort synlig og lettere tilgjengelig, noe som også gjør det enklere for brukerne å etterspørre digitale tjenester.

Kvalitet i pasientbehandlingen

Kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger, forskningsbasert kunnskap og pasienterfaringer brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid. Lite effektive metoder skal fases ut. Klinikken bruker nasjonale kvalitetsindikatorer i sitt forbedringsarbeid.

Helseatlas for 24 kvalitetsindikatorer viser at våre pasienter får behandling av høy kvalitet på de fleste områder. Det arbeides kontinuerlig for å forbedre pasientforløp og forbedre logistikk og flyt.

Foretaket har etablert et system som identifiserer risikoområder og trender innen pasientsikkerhet og arbeidsmiljø for å redusere antall utilsiktede hendelser. Ved alvorlige hendelser årsaksanalyseres hendelsen gjennom enten fullverdige hendelsesanalyser eller noe forenklete hendelsesgjennomganger. Erfaringene fra utilsiktede hendelser blir brukt til læring i hele virksomheten. Det er etablert et system for å utarbeide og dele læringsnotater og risikovarsler på tvers i foretaket både når det gjelder pasientsikkerhet og innen HMS. I 2023 ble det utarbeidet to risikovarsler og tre læringsnotater. Det er fortsatt et potensiale for å spre erfaringer og læring etter hendelser. Som et ledd i å lære og dele av det gode arbeidet som gjøres er det besluttet å innføre verktøyet #Råbra.

Det er etablert gode systemer for endrings- og implementeringsarbeid i foretaket. Det gjennomføres årlig utdanning av forbedringsagenter og forbedringsveiledere. Spesielt kan nevnes forbedringsarbeider ledet av leger i spesialisering som et ledd i deres utdanningsprogram. Det holdes ukentlige "forbedringspoliklinikker" og det er etablert et endringsteam og modulbasert e-Læring, workshops og sjekkliste for endringsledelse og endringsarbeid for ansatte som skal inn i Nytt Sykehus Drammen. Life QI er en plattform for dokumentasjon, gjennomføring og porteføljestyling av endringsarbeider. Denne er videreutviklet i foretaket og vi har bidratt til at lisensavtaler og praktisk håndtering er overtatt av Sykehuspartner, slik at den nå er tilgjengeliggjort for hele HSØ. I Life QI er det nå registrert 437 aktive forbedringsarbeider.

Håndtering av uønskede hendelser

I 2023 var det totalt 12.878 saker registrert i Synergi, fordelt på følgende sakstyper:

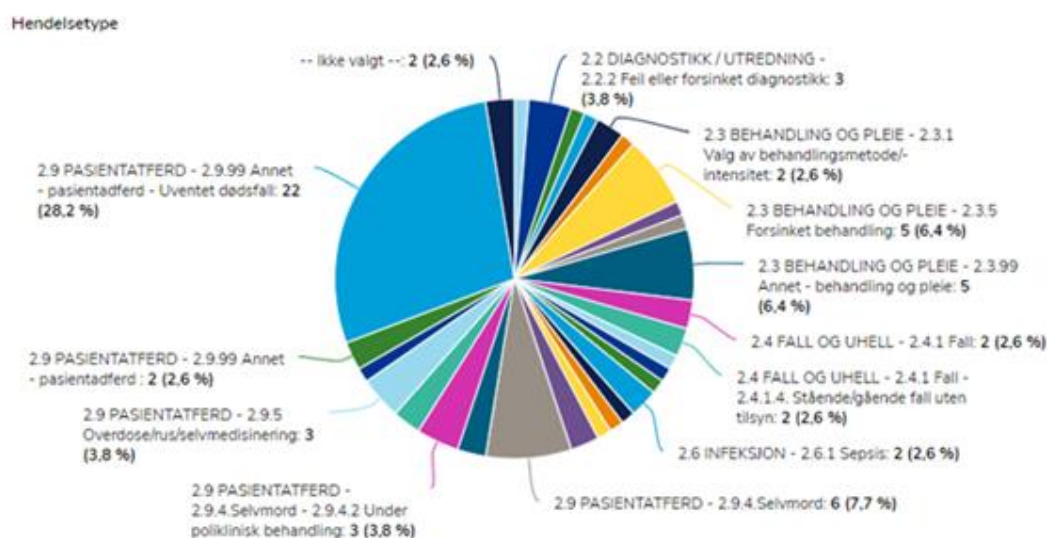
■ Faktisk hendelse	8 317
▼ Nesten-uhell	1 917
■ Forbedringsforslag	1 429
■ Andre saker	695
🔍 Revisjoner og eksterne tilsyn	520
Sum 12 878	

Antall meldte hendelser ligger ganske likt med tidligere år, men når vi ser meldte hendelser opp mot årlig DRG produksjon fra 2019 - 2023, ser vi en nedadgående trend i de fleste klinikker både i antall meldte hendelser og meldte hendelser med alvorlig pasientskade og død.

Antall betydelig skade og død registrert i Synergi i 2023:

2023	Pasientskade - Betydelig	106
	Pasientskade - Død	78
		Sum 351

Dette fordeler seg over følgende sakstyper:



Vi ser i 2023 et økende fokus på håndtering av meldte hendelser med årsaksanalyse og tiltak, men det er fortsatt en vei å gå i forhold til læring etter utilsiktede hendelser både innad i klinikker og mellom klinikker.

Ventetid

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som fikk avvirket time innen somatikk var 73 dager i 2023. Dette er en økning på 8 dager sammenliknet med 2022, og lengre enn det langsiktige målet på 50 dager. Fagområder med lang ventetid har vært øyesykdommer, plastikk-kirurgi og endokrinologi (hormonsykdommer). Stor økning i antall henvisninger kombinert med etterslep etter pandemien er hovedårsaken.

Ventetid innen psykisk helsevern for voksne (PHV) og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) var henholdsvis 46 og 39 dager, noe høyere enn året før. Det langsiktige målet på 40 dager for PHV og på 30 dager for TSB ble dermed ikke oppnådd og skyldes i første rekke den store pasientpågangen, men også rekrutteringsutfordringer.

I psykisk helsevern for barn og unge var gjennomsnittlig ventetid for hele året 46 dager. Dette er noe lavere enn året før, men 11 dager lengre enn målet på 35 dager. Antall henvisninger har økt med 5 prosent innen barne- og ungdomspsykiatri sammenliknet med 2022. Det har vært en betydelig vekst på dette området de siste par årene og dette har vært utfordrende kapasitetsmessig, men veksten har avtatt noe i løpet av 2023. Antall konsultasjoner for året er godt over plan.

Pasienter er prioritert på en slik måte at den økte ventetiden har vært forsvarlig. Reduksjon av ventetider vil være et prioritert innsatsområde også i 2024.

Pakkeforløp kreft

Av alle pasienter inkludert i pakkeforløp for kreft, fikk 70 % gjennomført sitt pakkeforløp innen anbefalt forløpstid. Dette er samlet sett i overensstemmelse med måltallet. Det er fortsatt variasjon i måloppnåelse innen de ulike pakkeforløpene, og tallet er ønsket så høyt som mulig. Det har i 2023 særlig vært oppmerksomhet mot forbedring innen lunge-, bukspyttkjertel- og prostatakreft, samt for pasienter med lymfom.

Det er satt i gang læringsnettverk for å gi forløpseiere og forløpskoordinatorer kompetanse i forbedringsarbeid. PET-CT ble etablert i foretaket i 2020 og tilbudet ble utvidet i 2022. Dette er et viktig bidrag til å bedre forløpstiden for noen av pakkeforløpene. Målet er at enda flere kreftpasienter skal få behandling i pakkeforløpene innenfor standard forløpstid.

FORSKNING OG INNOVASJON

Forskningsaktivitet er viktig for å sikre at pasientene får kunnskapsbasert behandling som er trygg og av høy kvalitet. Det er også viktig å stimulere til å utvikle eller å ta i bruk nye, innovative løsninger for å skape tjenester og produkter som kan komme pasientene til gode.

Forskning

Helseforetaket er ansvarlig for 224 pågående forskningsprosjekter. I tillegg bidrar forskere i mange nasjonale og internasjonale samarbeidsprosjekter. Forskning innen hjerte, infeksjon, kreft og alvorlige psykiske lidelser er de mest omfattende.

Vestre Viken har for tiden ni vitenskapelige stillinger; fire professorer og to førsteamanuenser ved Universitetet i Oslo (UiO), en professor ved Universitetet i Bergen, en førsteamanuensis ved Oslo Met og en førsteamanuensis ved Lovisenberg diakonale høgskole.

Av foretakets totale driftsbudsjett ble 0,95% prosent brukt på forskning mot 0,88 prosent året før. Det er lagt en plan for opptrapping for å nå 1% av samlet driftsbudsjett. Seks doktorgrader utgikk fra Vestre Viken i 2023. Tre av disse var innen kreft (lunge-, bryst- og blærekreft), to innen hjerte og en innen infeksjon.

Forskningsproduksjonen måles nasjonalt med forskningspoeng, og inkluderer publiserte vitenskapelige artikler, doktorgrader, finansieringspoeng og poeng for kliniske behandlingsstudier. I 2022 publiserte Vestre Viken 197 vitenskapelige publikasjoner og fikk 259 forskningspoeng. Dette er en økning på 140% fra året før. (Tallene for 2023 er ikke klare før i juni 2024.)

Foretaket hadde 20 eksternt finansierte prosjekter; tolv doktorgradsprosjekt, fire postdokprosjekter, ett forskerstipend, samt driftsmidler til tre prosjekter. Til sammen utgjør dette ca. 15,2 millioner kroner i ekstern finansiering.

Satsing på kliniske studier

Det er satsing på å legge til rette for kliniske studier. Den nasjonale rapporteringen for kliniske studier foregår på våren. Tallene for 2023 er derfor ikke klare. Vestre Viken inkluderte 966 pasienter i 48 klinisk behandlingsstudier i 2022. Dette er en økning på 139 % i antall pasienter og 45% økning i antall studier sammenlignet med året før.

Infrastruktur for næringslivssamarbeid

Vestre Viken ønsker å bidra til utvikling av fremtidens helsetjenester i samarbeid med næringslivet. For dette formålet er det opprettet en testbed, det vil si en infrastruktur for

næringslivssamarbeid innen forskning og innovasjon. Det ble inngått 13 avtaler på innovasjon og ti på oppdragsforskning med industri i 2023. Dette er en økning på 155 % fra året før. Ved årsslutt i 2023 hadde foretaket 18 pågående kliniske studier i samarbeid med industrien.

Innovasjon

Innovasjonsaktiviteten måles gjennom nasjonale indikatorer. I 2023 hadde foretaket 293 poeng, noe som er en økning på 162 % fra 2022. Vestre Viken var blant de foretakene i landet som hadde høyest innovasjonsaktivitet i 2023.

Ved utgangen av året var det 50 pågående prosjekter, de fleste innenfor brukerdrevet innovasjon registrert i Ideportalen. Av disse var 26 prosjekter innen digital hjemmeoppfølging, som er organisert som et program. I tillegg er 18 forløp innen digital hjemmeoppfølging i drift i Vestre Vikens virtuelle sykehus. Vestre Viken tok i bruk kunstig intelligens innen bildediagnostikk i 2023, som det første helseforetaket i Norge. Innovasjonsprosjektet vant også en nasjonal EHIN pris for 2023.

Seks innovasjonsprosjekter har fått tildelt til sammen 280 000 kroner i interne innovasjonsmidler.

Tre innovasjonsprosjekter fikk til sammen 2,8 millioner kroner i eksterne innovasjonsmidler fra Helse Sør-Øst:

- Integreerte helsetjenester til skrøpelige eldre med høyt bruke av helsetjenester og sammensatte behov (IHT)
- Muskelskjelettplager – en ny sømløs behandlingkjede på tvers av sykehus og kommune
- Min jordmor

I tillegg til disse fikk Vestre Viken tildelt 3,6 millioner kroner i strategiske innovasjonsmidler, 1,6 millioner til brukerstyrt oppfølging og 2 millioner til kunstig intelligens.

UTDANNING

Høsten 2023 var det 102 utdanningsstillinger i Vestre Viken HF. Det var en økning på 43 i forhold til høsten 2022. Årsaken er stor rekruttering både høsten-22 og høsten -23.

De 102 utdanningsstillingene fordelte seg slik: anestesisykepleie 22, barnesykepleie 6, intensivsykepleie 32, operasjonssykepleie 23, jordmor 19.

I desember 2023 var 47 spesialsykepleiere ferdig utdannet og startet sin bindingstid i helseforetaket.

Høsten 2023 har helseforetaket 36 lærlinger i helsearbeiderfaget etter tilsetting av 18 nye lærlinger i august 2023, en økning på 2 fra 2022. I tillegg var det ved årets slutt 12 lærlinger i ambulansefaget, samt 2 lærlinger i portørfaget og 1 lærling i dataelektronikk.

Leger i spesialisering (LIS)

Helseforetaket har totalt 32 spesialiteter, og er godkjent utdanningsvirksomhet for 21 av disse. De resterende 11 spesialitetene har midlertidig godkjenning til søknadene er ferdig behandlet. I tillegg er det søkt om godkjenning for en ny spesialitet i Fysikalsk medisin og rehabilitering.

Det ble gjennomført 6 kurs i veiledning og supervisjon for LIS og overleger i 2023. Kursene har normalt ca. 20 deltakere. Det er gjennomført 4 kurs for LIS i kommunikasjonskurset «4 gode vaner».

Det er avholdt to felles introduksjonsdager for nye LIS1, våren 2023 på Bærum sykehus og høsten 2023 på Ringerike sykehus. Regionalt utdanningscenter for LIS-utdanningen inviterte seg selv til informasjonsmøter på alle våre sykehus i løpet av 2023.

I samarbeid med Villa Sana er det igangsatt et pilotprosjekt med gruppeveiledning for LIS i mestring av legerollen som en del av LIS-utdanningen. Foretakets Instagramkonto for informasjon rundt LIS-utdanningen ble startet opp i 2021 og har nå over 2600 følgere. Teams er implementert som primær samhandlingsplattform for LIS-utdanningen internt, og flere spesialiteter har startet felles internundervisning på tvers av lokasjoner/klinikker.

Foretaket er representert i Utdanningsrådet i Helse Sør-Øst og i UKO-nettverk nasjonalt.

Kompetanseportalen

Det er opprettet et Kompetanseportalen-team i Teams for brukere som har en utvidet rolle for å lage kompetanseplaner i foretaket. Teams har erstattet tidligere delingsarena som samhandlingsplattform. Det er avholdt 8 kurs og workshops, både etter forespørsel fra klinikker, og kurs som er åpne for alle. I tillegg til kurs og informasjon på Teams, er det fortløpende support til alle brukere av Kompetanseportalen for alle yrkesgrupper.

Opplæring Nytt sykehus

Det har vært gjennomført to dagers erfaringsutveksling med opplæringsprosjekter fra andre sykehus med pågående byggeprosjekter fra hele landet.

Kompetanseportalen skal benyttes for å dokumentere opplæring til nytt sykehus, og prosjektet er i god gang med å kartlegge behov for opplæring.

Nye sentrale kompetanseplaner

Det er utarbeidet nye sentrale planer og samtalskjemaer, blant annet tildeles opplæringsplan for brannvern automatisk til alle ansatte. Det er laget planer for opplæring pr. faggruppe i DIPS Arena, og plan for nyansattprogrammet er revidert. Planer tilknyttet det sentrale nyansattprogrammet tildeles nå automatisk til alle nye medarbeidere.

Vestre Viken er representert i nettverket for Digital læring og kompetanse i HSØ.

SAMHANDLING

Vestre Viken har ansvaret for spesialisthelsetjenester til 21 kommuner, samt en del av befolkningen i Holmestrand kommune (tidligere Sande kommune).

Samarbeidet med kommunene er formalisert i Helsefelleskapet Vest-Viken.

Partnerskapsmøte i mars 2023 samlet den politiske og administrative toppledelsen i kommunene og helseforetaket, samt representanter for brukere, fastleger og ansatte. Tema var vår felles helsetjeneste, og partene diskuterte felles utfordringer for sikre kvalifisert personell og behovet for nye digitale arbeidsformer. Tilbudet til barn og unge og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblem er satsingsområder i helsefelleskapet, og det ble presentert modeller for samskaping av tjenester og tverrfaglige team i vårt område.

Vestre Viken ledet Strategisk samarbeidsutvalg SSU i 2022 og 2023. Digital transformasjon og ansvaret for pasientgrupper med behov for felles innsats er sentrale tema i SSU. I 2023 har det vært gjennomført en samordning av Vestre Viken og kommunenes beredskapsavtaler som også innebærer at partene har tatt med erfaringer fra hendelser de siste årene. Det er etablert et faglige samarbeidsutvalg for barn og unge og et faglig samarbeidsutvalg for voksne med alvorlig psykisk lidelse og rusproblem.

Samhandlingslegene (tidligere praksiskonsulentene) i helseforetaket har et særlig ansvar for faglige møter og kurs for fastleger. Samhandlingslegene er et viktig bindeledd mot kommunehelsetjenesten og deltar i utviklingsarbeid både sentralt og lokalt.

BRUKERMEDVIRKNING

Brukerutvalget har månedlige møter. I tillegg deltar medlemmene i et stort antall prosjekt, råd og utvalg. Mange av disse i forbindelse med Nytt sykehus i Drammen. Utvalgets leder og nestleder deltar på styremøter og leder sitter i det sentrale kvalitetsutvalget og andre sentrale styringsgrupper i foretaket. Tre av foretakets kliniske etikkomiteer har brukerrepresentant. Administrerende direktør og fagdirektør deltar på brukerutvalgsmøtene og har dialog om aktuelle saker. Leder og nestleder i Brukerutvalget og avdelingssjef for brukerstyring og brukermidvirkning har dialogmøte med administrerende direktør fire ganger i året.

Tre av brukerutvalgets medlemmer har deltatt i foretakets forbedringsutdanning, og to er blitt forbedringsagenter. Deres felles forbedringsarbeid viste at det er mangel på brukermidvirkning i helseforetakets mange forbedringsprosjekter og dokumenterer at lokal rekruttering av brukere har potensial til å videreutvikles.

Ungdomsrådet har hatt månedlige møter. I 2023 har ungdomsrådet fortsatt sin innsats inn mot BUPA og arbeidet med barn på sykehus mer generelt. Særlig overgangen fra barneavdelingene og inn på voksenavdelingene har rådets oppmerksomhet.

To av utvalgets medlemmer har deltatt i styringsgruppe og arbeidsgrupper i forbindelse med oppstart av FACT Ung. Ungdomsrådet bidrar i stadig større grad i utviklingsprosjekter i Vestre Viken, og spesielt tar BUPA Ungdomsrådet med i utvikling og planlegging av tiltak.

Brukerutvalget og Ungdomsrådet har to felles møter i året. I 2023 er det også prioritert et seminar over to dager for å styrke samarbeidet mellom Ungdomsrådet og Brukerutvalget ytterligere.

Ungdomsrådet møter styret en gang i året og orienterer om sitt arbeid.

SIKKERHET OG BEREDSKAP

Informasjonssikkerhet

Informasjonssikkerhetstilstanden i Vestre Viken er god. Meldte avvik knyttet til informasjonssikkerhet har økt med 28 prosent fra 2022. Det vurderes ut fra meldte hendelser at styringsystem for informasjonssikkerhet etterlevs i høy grad, i tillegg er meldekulturen for området bedret. Avvik og uønskede hendelser legges til grunn for innsatsområder for å styrke informasjonssikkerheten.

Sikkerhet og sikkerhetskultur er kontinuerlige dynamiske prosesser hvor det utenrikspolitiske situasjonsbildet, cybertrusler- og hendelser legges til grunn i risikovurderinger og risikoreducerende tiltak. God internkontroll i de digitale verdikjedene er viktig for å sikre stabil og robust drift av informasjonssystemene. Trusselbildet som Vestre Viken står ovenfor, er primært cyber trusler og målrettet phishing (svindelforsøk) mot våre ansatte. Sykehuspartner har godt etablerte mekanismer, både organisatoriske og tekniske, for å være rustet til å stå imot ondsinnede angrep eller forsøk på å utnytte sårbarheter fra trusselaktører. For leverandører av eksterne informasjonstjenester som ikke inngår som ordinær drift fra Sykehuspartner, skal det

gjennomføres en overordnet revisjon i 2024, slik at helseforetaket sikrer at også disse tjenestene er underlagt tilsvarende sikkerhetsregime hos den enkelte leverandør for å sikre konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet. Bevisstgjøring og opplæring av våre ansatte for å gjenkjenne forsøk på snoking er en viktig og kontinuerlig aktivitet. Dette gjøres i dag via nyansattprogrammer, e-læring, fagdager og informasjon via infoskjermer.

God informasjonssikkerhet er en forutsetning for ivaretagelse av ansattes og pasienters personvern, samt å sikre konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet av informasjonssystemene.

Beredskap

Vestre Viken har gjennom 2023 håndtert et betydelig antall større og mindre hendelser. Håndtering av ekstremværet Hans har vist at grunnberedskapen er god og at foretaket har stor evne til å omstille seg og utnytte ressursene på en god måte under til dels svært uforutsigbare omstendigheter. Håndteringen har imidlertid også vist at det fortsatt er potensial for forbedring på flere områder - både internt og i samhandlingen med eksterne samhandlingsparter.

Vestre Viken har videreført arbeidet med handlingsplanen for beredskapsutvikling som ble etablert i 2020. Det overordnede målet med handlingsplanen er å forbedre foretakets håndteringsevne og sikre en robust beredskap som setter oss i stand til å møte et bredt spekter av uønskede hendelser på en planmessig, effektiv og hensiktsmessig måte. Handlingsplanen omhandler hovedområdene organisasjon, planverk, støtteverktøy og kompetanse. I 2023 er mandatet til foretakets sentrale beredskapsutvalg oppdatert, sentrale planer revidert og det er definert en enhetlig struktur for planer på underliggende nivåer. Det er etablert systemer for å forenkle og forbedre intern og eksternt kommunikasjon ved beredskapshendelser, og foretaket har bidratt i arbeidet med å forberede implementering av nytt beredskaps- og krisestøtteverktøy. Det er utarbeidet kompetanseplaner for beredskapsområdet. Arbeidet vil bli videreført i 2024, med særlig fokus på å etablere og vedlikeholde en hensiktsmessig sikkerhets- og beredskapskultur, og på å gi de operative beredskapslederne bedre forutsetninger for å fylle sin funksjon. Det er inngått avtaler om samordning av beredskapsplaner med 14 av kommunene i foretakets opptaksområde. Det forventes at avtaler med gjenstående kommuner vil komme på plass i løpet av første kvartal 2024.

Drammen sykehus og Bærum sykehus har gjennomført fullskalaøvelser for å trene håndtering av store, akutte hendelser som gir massetilstrømning til sykehusene. Kongsberg sykehus har gjennomført en mindre øvelse for å trene sitt akuttmottak og stabiliseringsteam. Prehospitaltjenester har gjennomført PLIVO og CBRNE øvelser i samarbeid med de andre nødetatene. I tillegg er det gjennomført diskusjonsøvelser med fokus på svikt i informasjonsteknologi og svikt i vannforsyning på flere nivåer i foretaket.

PERSONALET

Per 31.12.2023 hadde Vestre Viken 10 172 ansatte som til sammen utførte 8 186 årsverk. Året før utførte 10 114 ansatte 7 981 årsverk. Andelen fast ansatte var 85 %.

Foretaksledelsen består av 15 personer, hvorav 66 prosent kvinner og 33 prosent menn.

Ledernivå 3 – 5 består av:

- 70 avdelingsledere
- 233 seksjonsledere
- 65 ledere med budsjettdelegert myndighet

Lederne har det overordnede og helhetlige ansvaret for å drifte egen enhet, og for å sørge for at målene som er satt blir nådd innenfor gitte tidsfrister og økonomiske rammer. Foretaket har en helhetlig modell for lederutvikling. Gode ledere bidrar til pasientsikkerhet, HMS, ansattes trivsel og skaper utvikling. «Introduksjonskurs for nye ledere» er obligatorisk, også for erfarne ledere som er nye i Vestre Viken. Dette bygger felles lederkultur og sikrer kjennskap til systemer og prosedyrer.

Det er krav til praktiske lederferdigheter på en rekke områder, blant annet innen ressurs- og aktivitetsplanlegging, arbeidsplaner, GAT-analyse, lov- og avtaleverk knyttet til arbeidstid og lønn. Lederne tilbys en rekke kurs på disse områdene gjennom året. I 2023 er det også iverksatt e-læringskurs for ledere knyttet til arbeidstid, arbeidstidslovgivning og forsvarlig arbeidsmiljø.

Helseforetaket forholder seg til gjeldende lov- og avtaleverk, både når det gjelder ansatte og involvering og medvirkning av tillitsvalgte og vernetjeneste.

Vestre Viken har en Velferdsforening som er et spleiselag mellom de ansatte og helseforetaket. Gjennom Velferdsforeningen tilbys ansatte en rekke aktiviteter i fritiden som kan bidra til både god helse og godt samhold mellom kollegaer. Velferdsforeningen har i 2023 gitt et tidsavgrenset tilbud med inntil 24 massasjestoler med tilhørende pausekonsept som er plassert ut i ulike klinikker. Pausekonseptet knytter seg til mindfulness, mental trening og restitusjon, kombinert med massasje i snaut 20 minutter. Dette tilbudet vil omfatte perioden 2023 – 2026.

Arbeidsmiljø

Foretaket skal ha en kultur som er preget av et utviklingsorientert, godt og helsefremmende arbeidsmiljø med motiverte og engasjerte medarbeidere. Vestre Viken skal være en trygg arbeidsplass med et godt arbeidsmiljø. Medarbeiderne skal oppleve at sosiale forhold og samspill vektlegges, og at det er fokus på deres helse og trivsel. I tillegg skal helseforetaket legge til rette for at ansatte får en faglig god utvikling.

For å lykkes i dette arbeidet må foretaket blant annet gjennomføre opplæring, ha tydelige rutiner og sørge for ansattes medvirkning. Foretaket arbeider systematisk for å oppnå et skadefritt og helsefremmende arbeidsmiljø.

Psykososialt og helsefremmende arbeidsmiljø er en del av grunnleggende lederopplæring og kurs for verneombud. Bedriftshelsetjenesten (BHT) er involvert i flere av de forebyggende og konsekvensreducerende tiltakene. Det er i 2023 gjort en innsats for å øke involveringen av BHT i det forebyggende arbeidet med bla. mer konkrete forebyggende aktiviteter i aktivitetsplanene for BHT, herunder mer involvering av BHT i risikovurderinger. Det er også gitt tilbud til alle ledere om webinar fra BHT om hvordan støtte medarbeidere etter krevende hendelser.

Det er i 2023 gjennomført flere risikovurderinger innen psykososialt arbeidsmiljø med konkrete tiltak knyttet til identifiserte risikoer og årsaker. Blant annet har dette i noen enheter resultert i tiltak knyttet til bedre systematikk for oppfølging av medarbeidere som står i emosjonelt krevende situasjoner, bedre dialog mellom yrkesgrupper, organisering av arbeidstidsordninger etc.

Piloter med langvakter på 12,5 timer ble gjennomført sommeren 2023 i tre seksjoner ved sykehusene i Drammen, Kongsberg og Ringerike. Bakgrunnen var gjentakende utfordringer med å dekke vakter i hovedferieperioden uten omfattende bruk av innleie, overtid og/eller at egne medarbeidere må arbeide mange ekstravakter. Bruk av langvakter på 12,5 timer krever færre ansatte på vakt i helger, og gir ansatte mulighet til færre oppmøter på vakt og ha lengre

friperioder. Dette kan være et godt virkemiddel for bedre arbeidsdager for medarbeidere, samtidig som man kan oppnå bedre balanse mellom oppgaveløsning og ressurser.

Det ble lagt vekt på en god og åpen prosess med høy grad av involvering av tillitsvalgte og vernetjenesten. Pilotene er grundig evaluert, og evalueringsrapporten er publisert på intranett. Evalueringen viste at det overordnet sett er positiv respons på flere områder. Pasientsikkerheten var uendret eller forbedret, det var en generell opplevelse av økt kontinuitet i pasientpleien, og det var konsensus om ansattssikkerhet ikke ble påvirket negativt av 12,5 timers vakter. Når det gjelder team og oppgavedeling viser evalueringen en utpreget positiv holdning blant alle respondentene, samt at dette bidrar til økt forutsigbarhet og trygghet i arbeidsdagen. Høy grad av fleksibilitet i personalgruppen og at ansatte hjalp hverandre på tvers fremheves som positivt.

Dagens helsearbeidere etterspør i økende grad fleksibilitet og balanse mellom jobb og fritid i ulike livsfaser. Det gjelder også medarbeidere i Vestre Viken. Økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger er et virkemiddel for å oppnå balanse mellom oppgaver og ressurser. Det er en viktig del av det helhetlige helse, miljø – og sikkerhetsarbeidet, og kan bidra til å beholde og rekruttere medarbeidere. Vestre Viken ønsker derfor å legge til rette for dette, herunder langvakter. I slutten av 2023 ble det inngått en avtale med Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet om rammeverk for videre utprøving av langvakter med 12,5 timers varighet i 2024.

ForBedringsundersøkelsen

Medarbeiderundersøkelsen ForBedring er en nasjonal årlig spørreundersøkelse som grovkartlegger HMS, inkludert arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskulturen. Oppfølging i form av handlingsplaner og gode tiltak er viktig, og er et kontinuerlig arbeid som følges opp i linjen. Opplevelsen av arbeidsbelastning, leders engasjement og sikkerhetsklima må følges opp særskilt ved de enhetene som utmerker seg i uheldig retning. Det er viktig å opprettholde arbeidet med kontinuerlig forbedring for å ivareta pasientsikkerheten. Resultatene fra medarbeiderundersøkelsen indikerer mange gode tilbakemeldinger. Det er imidlertid stor spredning mellom avdelinger og seksjoner i ansattes opplevelse av arbeidsmiljøet.

Resultatene på totalnivå viser en liten, men positiv økning i den ansattes opplevelse av oppfølgingsarbeidet etter fjorårets undersøkelse. Spesielt gledelig er det høye nivået på skåren på spørsmålet «det arbeides systematisk for å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten».

Tiltak etter ForBedring skal følges gjennom hele lederlinjen. Sammen med tiltak etter HMS-runden, risikovurderinger og «Snakk om forbedring» skal alle enheter etablere en handlingsplan med tiltak. Det lokale forbedringsarbeidet, med tiltak og handlingsplaner følges opp i klinikkens AMU og administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikkene.

Arbeidstidsbestemmelser

Det var ca. 40 000 brudd på arbeidstidsbestemmelsene, mens det året før ble registrert ca. 39 800 brudd. AML-brudd i forhold til antall vakter utgjør i snitt 2,8 prosent i 2023. Andelen AML-brudd var høyest i november og desember. Omfang av brudd er høyest knyttet til samlet arbeidstid per dag, arbeidsfri før vakt og ukentlig arbeidsfri. AML-brudd følges opp i ledermøter og i Arbeidsmiljøutvalget (AMU) på klinikk- og foretaksnivå.

Sykefravær

Sykefraværet måles i antall sykefraværsdager delt på antall mulige arbeidsdager. Sykefraværet inkluderer ikke fravær på grunn av barns sykdom. Totalt var sykefraværet på 8,5 prosent i 2023, mens det i 2022 var på 8,9 prosent. Korttidsfraværet i 2023 (1-16 dager) var 2,9 prosent (3,6 prosent i 2022). Langtidsfraværet endte på 5,6 prosent (5,3 prosent 2022).

Samarbeidet med NAV Arbeidslivssenter Vest-Viken ble evaluert og ny samarbeidsavtale for perioden 2023 – 2024 ble inngått i januar 2023. Målene i samarbeidsavtalen er knyttet til reduksjon av sykefravær og hindre frafall, herunder redusere turnover. Tiltak iverksettes i klinikker og de lokale Arbeidsmiljøutvalgene (AMU) er involvert.

Arbeidet i bransjeprogram IA i sykehus retter oppmerksomheten mot to hovedområder; langvarig og/eller gjentakende, hyppige fravær, («Tidlig og tett på») og forebyggende arbeidsmiljøarbeid («Der skoen trykker»). Sistnevnte er en grundig metodikk for å kartlegge arbeidsmiljøet, samt utvikle tiltak og prioritere i en handlingsplan. Arbeidet ble videreført i 2023, med bruk av hele eller deler av metodikken ut fra enhetens behov. I «Tidlig og tett på» er målsettingen å avklare, redusere og forebygge fravær, spesielt rettet mot ansatte som har minimum 25 dager sykefravær det siste året. Vestre Viken, ved Blakstad sykehus, er pilotforetak i «Tidlig og tett på». Gjennom piloten i 2023 har både ledere og tillitsvalgte fått del i webinarer i regi av Spekter på områder som partssamarbeid, psykologisk trygghet, samtalemotodikk, juridiske tema mv. Piloten evalueres, og det er gjort følgeforskning fra Agenda Kaupang som vil bli publisert tidlig i 2024.

Ulykker, vold og trusler

Blant de registrerte HMS-avvikene er det avvik som gjelder psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø det er flest av. En stor del av disse avvikene handler om arbeidspress og bemanning. Det er registrert 1064 slike avvik i 2023. En økning fra 2022 på 205. Etterfulgt av rapporter om vold/trusler/utagerende adferd og smittevern. Noen av de registrerte hendelsene innen psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø har ført til konsekvenser også for pasienter.

Det er meldt 101 hendelser som yrkesskade til NAV i 2023. Av disse er 52 hendelser knyttet til vold og trusler, som er en betraktelig økning fra tidligere år. Det har både i 2022 og 2023 vært gjort en innsats for å bedre registrering av slike hendelser, og det antas at økningen i antall delvis kan forklares med det. Av andre sakstyper er 28 knyttet til fysisk arbeidsmiljø, herunder fall, støt, klemskader og løft og forflytningsskader. En del av disse var knyttet til en vinter med flere perioder med mye is og glatt føre.

Det er i 2023 registrert 772 hendelser i Synergi som gjelder vold, trusler om vold, utagerende atferd og trakassering, en økning på 162 saker fra 2022. Av disse er 574 fra Klinikk for psykisk helse og rus (PHR). Det har vært jobbet for å få bedre registrering av hendelser, noe som delvis forklarer økningen. Ansatte i PHR får systematisk opplæring når det gjelder å forebygge og håndtere vold og trusler. PHR bruker opplæringsmodellen «Møte med aggresjonsproblematikk» (MAP). Det er også utviklet tilpasset MAP-opplæring for somatikken, og instruktører fra PHR bistår i opplæringen. Oppfølging av anbefalinger i rapport fra Helse Sør-Øst/fra regionalt innsatsteam for vold og trusler er påbegynt. Blant annet er prosedyre for forebygging av vold og trusler oppdatert for å tydeliggjøre systematikken i det forebyggende arbeidet. Antallet risikovurderinger og tiltak for forebygging av vold og trusler har økt, spesielt i PHR. Helseforetaket har politianmeldt 25 vold- og trusselforhold i 2023.

Likestilling og diskriminering

Ansattes rettigheter har vært sikret ved at man over lang tid har arbeidet med, og hatt en kultur for, å sikre likestillings- og diskrimineringslovens formål. Forbudet mot diskriminering følges

opp i aktiviteter knyttet til rekrutteringsprosesser, inkluderende arbeidsliv, lønns- og arbeidsvilkår, kompetanse- og utviklingsmuligheter og beskyttelse mot trakassering.

I 2023 er den planmessige oppfølgingen av aktivitets- og redegjørelsesplikten videreført jf. likestillings- og diskrimineringsloven.

Gjennom kurs og seminarer i 2023 har det vært fokus på å øke kunnskapen rundt seksuell legning, kjønnsidentitet og kjønnsmangfold. Organisasjonen FRI har avholdt tre fysiske kurs, samt et webinar om temaet. Temaene er relevante både i de ansattes arbeidsmiljø, men også i forhold til pasienter og pårørende.

Vestre Viken skal hindre diskriminering av gravide. Temaet har stått på agendaen i møter med tillitsvalgte og i Vestre Vikens hovedarbeidsmiljøutvalg (HAMU). Ringerike sykehus startet i samarbeid med Bedriftshelsetjenesten (BHT) tiltak hvor gravide fikk tilbud om samtale med BHT ifht. graviditet og mulige behov for tilrettelegging. Tiltaket ble i løpet av 2023 videreført til øvrige klinikker som del av BHT sine faste møtepunkter i klinikkene.

For gravide arbeidstakere er tilbudet "Frisk graviditet" opprettet i samarbeid med Bedriftshelsetjenesten. Tilbudet omhandler tiltak for å ivareta egen helse under svangerskapet, med mål om å stå i arbeid lengst mulig.

Det blir gitt føringer for arbeid mot mobbing og trakassering i «Prosedyre for HMS» og «Ansvar, roller og myndighet i systematisk HMS-arbeid». Både diskriminering, likestilling, mobbing og trakassering inngår i den årlige medarbeiderundersøkelsen «Forbedring», hvor resultatene skal følges opp og defineres i handlingsplaner.

Mangfold

Foretakets rekrutteringspolicy fremmer at ansatte skal gjenspeile mangfoldet i samfunnet - også når det gjelder etnisk bakgrunn, nedsatt funksjonsevne og alder. Rekrutteringspolitikken skal være åpen og inkluderende. Rutinene for rekruttering vektlegger likestilling gjennom åpenhet fra stillinger blir lyst ut, til tilsetning. Det er tidligere utarbeidet en mangfolderklæring som fremgår i alle utlysninger for ledige stillinger. Denne er revidert og bildebruken er gjennomgått med tanke på å synliggjøre at Vestre Viken ønsker mangfold både med hensyn til kjønn, etnisitet, religion, seksuell legning mv. Det er i 2023 ansatt ca. 5 % av de søkere som oppgir "Nedsatt funksjonsevne" og "Hull i CV" i sin søknad. Blant søkere som oppgir "Innvandrerbakgrunn" er 16 % innkalt til intervju og ca. 8 % ble ansatt. I disse tallene er det ikke vurdert om alle søkerne faktisk var kvalifisert for stillingen.

«Springbrett»-samarbeidet med NAV Vest-Viken er et godt virkemiddel for økt mangfold gjennom arbeidstrening, og eventuelt rekruttering av personer som står utenfor arbeidslivet. Vestre Viken tok inn 12 kandidater i Springbrett høsten 2023. I tillegg er det til enhver tid flere kandidater i arbeidstrening i klinikkene.

Vestre Viken ønsker å beholde eldre arbeidstakere for å bevare og videreføre deres kompetanse. Seniorsamlinger har vært et satsingsområde som det gis gode tilbakemeldinger på fra de ansatte. To digitale seniorsamlinger er gjennomført i 2023 med totalt ca. 150 deltakere.

Foretaket etterstreber kjønnsbalanse i alle typer stillinger. I henhold til likestillings- og diskrimineringsloven § 26 skal det blant annet redegjøres for faktiske forhold knyttet til kjønnsbalanse. Per desember var 78 prosent av de ansatte i Vestre Viken kvinner og 22 prosent menn. Kvinner utgjør 72 prosent av de som er midlertidig ansatt og 86 prosent av de som er ansatt i deltidsstillinger. Deltidsansatte blir oppfordret til å registrere om de har ønsket eller uønsket deltid i personalportalen. 30 prosent oppgir å ha uønsket deltid, mens 50 prosent har ønsket deltid. De resterende 20 prosentene oppgir ulike årsaker til deltid, blant annet

turnusbelastning, familieforhold, helse, reisevei og studier. Ledere er informert om lovfestet heltidsnorm, som er en ny bestemmelse i arbeidsmiljøloven § 14-1b fra 01.01.23. Formålet med den nye bestemmelsen er å unngå unødvendige deltidsansettelser ved at arbeidsgiver forpliktes til å vurdere om det faktisk er behov for å ansette på deltid.

MILJØ OG SAMFUNNSANSVAR

Spesialisthelsetjenesten forvalter store ressurser på vegne av fellesskapet, og har en plikt overfor samfunnet å forvalte disse ressursene på en bærekraftig måte. Statens krav og forventninger er nedfelt i Eierskapsmeldingen: Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap, St.6 (2022-2023). Eierskapsmeldingen beskriver ambisjoner, mål og strategier innen «sosiale forhold», «miljøforhold» og «økonomiske forhold». For alle områdene skal spesialisthelsetjenesten styres etter prinsipp om å opptre ansvarlig.

Bærekraft og sosial ulikhet

Det er vist at det er helseforskjeller i befolkningen, og at dette gir særskilt utslag for noen pasientgrupper, for eksempel personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer. Det er også vist at befolkningens helsekompetanse varierer mye, og at rundt en tredjedel av befolkningen ikke har klarer å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å ta kunnskapsbaserte beslutninger om egen helse. Vestre Vikens opptaksområde har en stor innvandrerbefolkning med både varierende språkkunnskaper og helseforståelse. I tillegg gir utenforskap i seg selv eller som følge av sykdom, økt risiko for helsetap og sykdom.

For å møte disse utfordringene har foretaket i flere år arbeidet systematisk med likeverdige helsetjenester til befolkningen. I dette arbeidet fokuseres det på ansattes holdninger og kunnskap om diskriminering, kultur og helseutfordringer hos sårbare grupper. Satsning på kommunikasjonsverktøy som «4 gode vaner» og «samvalg» bidrar til god og likeverdig kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell. Opplæring i flerkulturell forståelse og systematisk bruk av tolk er andre virkemidler som motvirker diskriminering og forskjellsbehandling.

Åpenhetsloven

Vestre Viken HF er forpliktet av åpenhetsloven og skal årlig redegjøre for sine aktsomhetsvurderinger. Foretaket utfører aktsomhetsvurderinger i tråd med OECDs retningslinjer og systematikk. Vi legger stor vekt på overholdelse av menneskerettigheter, sikring av anstendige arbeidsforhold, klima og miljø både internt og i foretakets avtaler samt jobber med forebygging av økonomisk kriminalitet. Risiko på området samfunnsansvar ses i sammenheng med annen risikostyring som beskrevet i «Rammeverk for virksomhetsstyring» i Helse Sør-Øst. Sentrale tiltak i 2023 har vært:

- Kommunikasjonsplan for å gjøre regelverket, plikter og rettigheter bedre kjent, blant annet på foretakets nettsider.
- Arbeid med rutine for årlig oppdatering av kravene til risikovurdering og avdekking av misligheter.
- Ved inngåelse av avtaler: Tydeliggjøre behovet for å avklare forventninger og fastsette krav i våre leverandørers rutiner om gjennomgang av menneskerettigheter, etikk og bruk av konsulenter.
- Dilemmatrening for forebygging av misligheter. Foretaksledelsen har hatt besøk av Transparency international. Interne kontrolltiltak er gjort for å avdekke eventuelle avvik. Treningen planlegges videreutviklet. Utfordringer og krav rundt forebygging av misligheter og korrupsjon tas opp i foretakets eHåndbok - VV Etsiske retningslinjer.
- Etsiske retningslinjer skal være utgangspunkt for all daglig kontakt med pasienter, brukere, pårørende, kolleger og medarbeidere, arbeidsgiver og andre

samarbeidspartnere. Kurset Etikk for alle er obligatorisk for alle ansatte i Vestre Viken, uavhengig av nivå, rolle, funksjon og klinikktilhørighet og er per 7. februar 2024 gjennomført av 7312 medarbeidere. Kurset skal også gjennomføres av studenter, lærlinger, vikarer, konsulenter og andre som har engasjement og oppgaver i foretaket, herunder styreverv og tillitsverv.

Vestre Viken samhandler og har god dialog med både felleseide helseforetak og øvrige helseforetak i foretaksgruppen, som gjør egne aktsomhetsvurderinger for å forebygge risiko for brudd på menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold, inkludert i leverandørkjeden. Foretaket har dialog med felleseide helseforetak og tjenesteleverandører blant annet for å ivareta det medansvaret Vestre Viken har for disse tjenestenes lovlighet. For mer informasjon se nettsidene: Sykehusinnkjøp HF, Sykehusbygg HF, Pasientreiser HF, Luftambulansetjenesten HF, HDO HF og hos helseforetak i foretaksgruppen som leverer fellestjenester Sykehuspartner HF og Sykehusapotekene HF.

Klima og miljø

Klimaendringene er ifølge Verdens helseorganisasjon den største helsetrusselen vi står ovenfor. Sykehusdrift bidrar til betydelige klimagassutslipp og belaster miljø og klima gjennom forbruk av varer og utstyr, transport av varer, ansatte og pasienter, byggeaktiviteter og drift av bygg, bruk og håndtering av legemidler, kjemikalier og avfall.

Vestre Viken er sertifisert etter NS-EN ISO14001, miljøledelse, og arbeider systematisk med miljø- og klimatiltak for å redusere miljøfotavtrykket. Helseforetaket ble resertifisert for tredje gang i desember 2023.

Felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030 inngår i foretakets miljødeltmål. Hovedmålsettingen er å redusere direkte utslipp med 40% innen 2030, målt fra 2019. Gjennom lederavtaler forplikter lederne seg til å utarbeide handlingsplaner med konkrete tiltak for å bidra til at foretaket når miljødeltmålene. Administrerende direktør rapporterte årlig status på de nasjonale klima- og miljømålene i forbindelse med oppfølgingsmøte med Helse Sør-Øst.

Vestre Viken rapporterer også årlig inn tall til *Spesialisthelsetjenestens klimaregnskap*. I perioden 2019-2022 har foretaket hatt en reduksjon i direkte utslipp på ca.10% (oppdaterte tall for 2023 foreligger i slutten av feb.-24). Status for spesialisthelsetjenestens miljø- og klimamål for alle helseforetakene i Norge publiseres på Helsedirektoratets Klima Dashboard.

Vannforbruk i 2023 ble 222 595 m³, 1,6% eller 6 945 m³ opp fra 2022.

Energiforbruk i 2023 ble 79,3 GWh, 2,4 % eller 1,9 GWh opp fra 2022. Korrigert for utetemperatur (graddagskorrigert energiforbruk=gr.k), har forbruket gått ned med 1,9 GWh i forhold til forbruk 2022.

Klimarisiko

Klimaendringene vi står overfor skaper utfordringer og dette krever tiltak og tilpasset vedlikehold som hindrer alvorlige klimarelaterte skader. Eiendomsmassen i Vestre Viken er kartlagt, og tiltak, samt tilpasset vedlikehold, er satt i verk for å hindre alvorlige klimarelaterte skader.

Naturmangfold og økosystemer

Naturmangfoldet gir grunnlaget for menneskenes liv på jorda. FN's naturpanel har dokumentert at menneskelig aktivitet har endret naturen betydelig over hele kloden, og at en rekke økosystemer er truet som en følge av dette. For å minimere påvirkningen på naturmangfoldet, skal spesialisthelsetjenesten ta hensyn til miljøet og implementere tiltak som reduserer utslipp

av farlige kjemikalier og medisiner, og sørge for at de ikke ødelegger vegeterte og naturlige områder.

Vestre Viken har i prosjektet Nytt sykehus i Drammen fulgt opp «Standard for klima og miljø i sykehusprosjekt», utarbeidet av Sykehusbygg HF, og det er lagt vekt på plassering som er gunstig for klima- og miljø. Det er i tillegg skapt et godt uterom for lokalmiljøet.

Det er ikke registrert utslipp til jord, luft eller vann som er i strid med gjeldende lovverk.

ÅRSREGNSKAPET

Driften i foretaket er betydelig effektivisert over en årrekke, og foretaket har vært et av de mest kostnadseffektive i hele landet. Tilpasningen har i stor grad omfattet økt pasientbehandling uten at det har vært tilsvarende vekst i bemanningen. Det har også vært en dreining fra døgnbehandling til dagbehandling og polikliniske konsultasjoner.

Det økonomiske målet for 2023 var et resultat på 178 millioner kroner. Det regnskapsmessige resultatet ble 59 millioner kroner, som er 119 millioner kroner lavere enn resultatmålet.

Avviket skyldes noe lavere aktivitet enn forutsatt, samtidig som lønnskostnadene fortsatt er på et høyere nivå enn planlagt. Det har gjennom hele 2023 vært et høyt sykefravær som har bidratt til fortsatt høyt forbruk av innleie og overtid. I tillegg påvirker sykefraværet aktiviteten. På noen områder er det også rekrutteringsvansker. Prisveksten er i stor grad kompensert gjennom økte tilskudd over statsbudsjettet, men dette har ikke dekket kostnadsveksten på alle områder. En del av resultatavviket skyldes en høyere andel vedlikehold av bygg ført over drift - 29 millioner kroner høyere enn budsjettert. Merkostnadene for vedlikehold var avsatt i investeringsbudsjettet, og det innebærer at investeringene har blitt tilsvarende lavere slik at likviditeten ikke er negativt berørt.

Likviditet, finansiering og investeringer

Likviditetsbeholdningen var 270 millioner kroner pr. 31. desember 2023. Dette er en økning på 21 millioner kroner fra året før.

Samlet kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter var 478 millioner kroner. De samlede investeringene utgjorde 228 millioner kroner, inkludert finansiell leasing for 20 millioner kroner.

Foretaket har rentebærende gjeld, og endringer i rentenivået får dermed konsekvenser for resultatet. Netto reduksjon i rentebærende gjeld er 29 millioner kroner.

Ved utgangen av året utgjorde langsiktig lån totalt 838 millioner kroner. Lån knyttet til ervervelse av tomten på Brakerøya tilsvarer 634 millioner kroner og har flytende rente. Den resterende låneporteføljen har fastrente som løper frem til 2026. Det er lagt opp til at 70 prosent av investeringen knyttet til nytt sykehus i Drammen skal lånefinansieres. Sykehuset skal stå ferdig i 2025.

I juni 2017 vedtok styret i Vestre Viken et oppgraderings- og vedlikeholdsprogram for sykehusene i Bærum, Ringerike og Kongsberg (BRK-prosjektet) med en total kostnadsramme på 1,6 milliarder kroner. Planen er at det innen utgangen av 2028 skal investeres for om lag 800 millioner kroner på Bærum sykehus, 400 millioner kroner på Ringerike sykehus og 400 millioner kroner på Kongsberg sykehus. Prosjektet ligger etter den oppsatte planen.

Forsinkelsene har medført forverring i tilstandsgradene og det er flere områder ved sykehusene som ikke var omfattet av den opprinnelige planen som nå krever vedlikehold.

Vedlikeholdsprogrammet har høy prioritet, men finansiering avhenger av at vi klarer å levere de planlagte resultater for de kommende årene.

Egenkapital

Vestre Viken har betydelig egenkapital. Egenkapitalen var 4 722 millioner kroner ved utgangen av året, tilsvarende 51 prosent av totalkapitalen.

Styret vurderer egenkapitalsituasjonen i selskapet per 31.12.2023 som tilfredsstillende.

Forslag til føring av årets resultat

Årsresultatet viser et overskudd på 59,2 millioner kroner. Styret foreslår at årsresultatet overføres til annen egenkapital.

Foretakets innskutte egenkapital er 3 511 millioner kroner. Den totale egenkapitalen, inkludert akkumulert resultat, er 4 722 millioner kroner.

Forutsetninger for fortsatt drift

Fra 01.01.2002 ble det inngått avtale med Helse Sør-Øst RHF om leveranse av spesialisthelsetjenester, og avtalen revideres årlig. I samsvar med regnskapsloven § 3-3 bekreftes det at forutsetning om fortsatt drift er til stede og er lagt til grunn ved avleggelsen av årsregnskapet. Statens ansvar for helseforetakene er regulert i Lov om helseforetak. Konkurs og gjeldsforhandling etter konkursloven kan ikke åpnes i helseforetak, jf. lovens § 5.

FREMTIDSUTSIKTER OG UTFORDRINGER

I mars 2022 vedtok styret en revidert Utviklingsplan 2035. Utviklingsplanen er en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, og danner grunnlaget for den videre utviklingen av foretaket.

Foretakets evne til å finansiere, sikre fremdrift og ta i bruk ny teknologi er særdeles viktig. Den finansielle situasjonen medfører vesentlig risiko for foretakets evne til å gjøre nødvendige investeringer i fremtiden. Investeringsevne, tilgang på nødvendig kompetanse og digitalisering av tjenestene vil ha høyeste prioritet fremover.

Stortinget vedtok i 2017 finansiering av nytt sykehus på Brakerøya i Drammen. Sykehuset skal være lokalsykehus for de nåværende og tidligere kommunene Lier, Drammen, Nedre Eiker, Røyken, Hurum, Sande og Svelvik. Dagens områdefunksjoner innen somatikk ved Drammen sykehus, videreføres i nytt sykehus og dekker hele Vestre Viken. Stråleterapi etableres som ny funksjon. Psykisk helsevern på sykehusnivå for hele foretaket skal inn i det nye sykehuset. Nye Drammen sykehus vil erstatte dagens Drammen sykehus og Blakstad sykehus.

Byggeprosjektet har hatt fremdriftsutfordringer og merkostnader, blant annet på grunn av komplekse grunnforhold. Markedsutviklingen under pandemien og krigen i Ukraina har dessuten ført til ekstraordinære kostnadsøkninger, både som følge av økte råvarepriser og leveranseutfordringer. Dette har resultert i en høyere kostnadsramme enn forutsatt. Foretaket har ikke en endelig avklaring på finansieringen av den økte kostnadsrammen. Det er imidlertid vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF at økt ramme for byggeprosjektet ikke skal være til hinder for foretakets videre utvikling. Styret er av den oppfatning at for å sikre Vestre Viken økonomisk forutsigbarhet og bærekraft må de mulige fremtidige likviditetsbelastningene som følger av vedtaket om å utvide styringsrammen for NSD håndteres gjennom mer langsiktige og

forpliktende ordninger enn de som så langt er skissert. Styret ser det som avgjørende å avklare hvordan Helse Sør-Øst over tid vil sikre at foretaket kan opprettholde sin økonomiske bærekraft gitt de betydelige krav til effektivisering og omstilling som foretaket allerede er pålagt, og samtidig sikre at det kan tilbys forsvarlige, gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen i foretakets opptaksområde.

Det nye sykehuset planlegges ferdigstilt i 2025, med første del av innflytting i august og full drift fra november.

Prosjektstyret for byggeprosjektet, oppnevnt av Helse Sør-Øst, har ansvar for å følge opp byggeprosjektet og påse at det gjennomføres i tråd med rammer og forutsetninger.

Vestre Vikens Mottaksprosjekt for nytt sykehus har pågående aktiviteter for å ta imot leveranser fra byggeprosjektet (bygg, teknikk, IKT og utstyr), samt koordinere og forberede klinikkene i forbindelse med innflytting og at nytt sykehus i Drammen skal tas i bruk.

Perioden frem til innflytting i nytt sykehus er økonomisk krevende. Det forutsettes vesentlige effektiviseringer, omstillinger og innovasjon i hele organisasjonen både før sykehuset er innflyttingsklart og i årene etterpå. Koronapandemien gjennom årene 2020 til 2022 ga en svekket resultatutvikling. Året 2023 har også vært preget av lavere aktivitet og høye personalkostnader. Utfordringer knyttet til tilgang på helsepersonell innen flere fagområder medfører også behov for omstilling av virksomheten de kommende årene. Investeringsnivået er redusert betydelig i 2023 som følge av det lavere resultatet i 2022, og tilsvarende er investeringsnivået for 2024 redusert som følge av resultatet i 2023. Denne utviklingen er ikke bærekraftig på sikt. I september 2023 vedtok styret en revidert plan for videre utvikling av foretaket. Planen omfatter tiltak innenfor overskriftene standardisering, teamarbeid og oppgavedeling, digital transformasjon og organisering og struktur. Planen innebærer betydelige resultatforbedringer og skal sikre at økonomien kommer på rett kjøll. Samtidig omhandler planen tiltak som forventes å bidra til bedre kvalitet i pasientbehandlingen og et bedret arbeidsmiljø for medarbeiderne.

Det er avgjørende at planlagte resultater oppnås, både for å bygge et nytt sykehus i Drammen og for å oppgradere og utvikle Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus. I tillegg utredes oppgraderingsbehovene for bygningsmassen i Klinikk for psykisk helse og rus, Prehospitale tjenester.

STYRET

Styret har gjennom største delen av 2023 bestått av seks kvinner og fire menn. Fire av styremedlemmene (tre kvinner og en mann) er valgt av og blant de ansatte. Styret ledes av Siri Hatlen.



Styret har hatt 11 møter og behandlet 132 saker. Den økonomiske situasjonen har preget styrets møter. Styret har hatt tett oppfølging av tiltaksarbeidet i foretaket i sine møter og det har blitt rapportert om utvikling i aktiviteten, personalsituasjonen, de økte kostnadene og reduserte inntektene hver måned.

Styret følger arbeidet med Nytt sykehus i Drammen (NSD) ved faste statusrapporter i møtene. Handlingsplanen for bærekraftig utvikling av foretaket vil i det kommende året være styrets høyeste prioritet.

Fire av styrets medlemmer utgjør et styreutvalg (underutvalg). Styreutvalget er et rådgivende og forberedende organ for styrets behandling av særskilte saker. I 2023 har styreutvalget fulgt prosessen med forberedelse av salget av eiendommen Blakstad sykehus. Dette forventes lagt ut for salg i 1. kvartal 2025.

Helse Sør-Øst RHF har tegnet en masteravtale på styreansvarsforsikring i Gjensidige Forsikring ASA som gjelder alle foretak under Helse Sør-Øst RHF, inklusiv Vestre Viken HF. Forsikringssummen er NOK 25 000 000. Det er ikke egenandel på forsikringen. Forsikringen gjelder for ethvert nåværende, tidligere og fremtidig styremedlem eller ledende ansatt inkl. daglig leder. Forsikringen omfatter sikredes rettslige erstatningsansvar for formueskade som sikrede kan pådra seg i egenskap av sin rolle.

Styret er fornøyd med foretakets utviklings- og kvalitetsarbeid og trekker særlig frem det gode planverket som nå er etablert med bærekraftsplan og ibruktakelse av kunstig intelligens i billeddiagnostikk.

Styret takker ledere og medarbeidere for innsatsen i året som ligger bak oss.

Drammen, 19. mars 2024.

Siri Hatlen
Styreleder

Hans Tore Frydnes
Nestleder

Kari Fjelldal
Styremedlem

Robert Bjerknæs
Styremedlem

Hans Kristian Glesne
Styremedlem

Kristin Vinje
Styremedlem

Hege Mørk
Styremedlem

Tom Roger Frost
Ansattes representant

Gry L. Christoffersen
Ansattes representant

Maria Josefsen Gundersen
Ansattes representant

Toril A. K. Morken
Ansattes representant

Lisbeth Sommervoll
Administrerende direktør

ÅRSREGNSKAP

(Alle tall i NOK 1000)

Resultatregnskap 01.01 - 31.12		Note	2023	2022
DRIFTSINTEKTER OG DRIFTSKOSTNADER				
Basisramme	2		8 085 158	6 863 461
Aktivitetsbasert inntekt	2		3 654 743	3 875 698
Annen driftsinntekt	2		591 368	909 461
Sum driftsinntekter			12 331 269	11 648 621
Kjøp av helsetjenester	3		1 128 736	986 644
Varekostnad	4		1 609 370	1 535 886
Lønn og annen personalkostnad	5		7 693 441	7 309 388
Ordinære avskrivninger	9,10		326 160	317 567
Annen driftskostnad	6		1 448 587	1 366 166
Sum driftskostnader			12 206 293	11 515 651
Driftsresultat			124 976	132 969
FINANSINTEKTER OG FINANSKOSTNADER				
Finansinntekt	7,12		12 486	6 677
Finanskostnad	7		78 267	18 959
Netto finansposter			-65 781	-12 283
Resultat før skattekostnad			59 195	120 686
ÅRSRESULTAT			59 195	120 686
OVERFØRINGER				
Overføringer til/fra annen egenkapital			-59 195	-120 686
Sum overføringer			-59 195	-120 686

(Alle tall i NOK 1000)

Balanse per 31.12	Note	2023	2022
BEDELER			
Anleggsmidler			
Immatrielle eiendeler			
Immaterielle eiendeler	9	0	0
Sum immaterielle eiendeler		0	0
Varige driftsmidler			
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	10	3 177 559	3 158 859
Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	10	653 173	648 957
Anlegg under utførelse	10	189 548	327 521
Sum varige driftsmidler		4 020 280	4 135 337
Finansielle anleggsmidler			
Investeringer i andre aksjer og andeler	11	445 588	416 688
Andre finansielle anleggsmidler	12	1 701 103	1 450 450
Pensjonsmidler	17	2 542 564	2 040 328
Sum finansielle anleggsmidler		4 689 255	3 907 466
Sum anleggsmidler		8 709 535	8 042 803
Omløpsmidler			
Varer	13	26 939	26 350
Fordringer			
Fordringer	14	307 838	391 563
Sum fordringer		307 838	391 563
Bankinnskudd, kontanter o.l.	15	269 563	249 092
Sum omløpsmidler		604 339	667 006
SUM BEDELER		9 313 875	8 709 808

Balanse per 31.12 forts.	Note	2023	2022
EGENKAPITAL OG GJELD			
Egenkapital			
Innskutt egenkapital			
Foretakskapital		100	100
Annen innskutt egenkapital		3 510 642	3 510 642
Sum innskutt egenkapital	16	3 510 742	3 510 742
Opptjent egenkapital			
Annen egenkapital		1 211 360	1 152 165
Sum opptjent egenkapital	16	1 211 360	1 152 165
Sum egenkapital		4 722 102	4 662 906
Gjeld			
Avsetning for forpliktelser			
Pensjonsforpliktelser	17	5 441	6 423
Andre avsetninger for forpliktelser	18	210 333	207 780
Sum avsetninger for forpliktelser		215 774	214 202
Annen langsiktig gjeld			
Øvrig langsiktig gjeld	12	837 540	866 708
Sum annen langsiktig gjeld		837 540	866 708
Kortsiktig gjeld			
Skyldige offentlige avgifter		552 881	472 009
Annen kortsiktig gjeld	19	2 985 578	2 493 983
Sum kortsiktig gjeld		3 538 459	2 965 992
Sum gjeld		4 591 773	4 046 902
SUM EGENKAPITAL OG GJELD		9 313 875	8 709 808

Drammen, 19. mars 2024.

Siri Hatlen
Styreleder

Hans Tore Frydnes
Nestleder

Kari Fjelldal
Styremedlem

Robert Bjerknæs
Styremedlem

Hans Kristian Glesne
Styremedlem

Kristin Vinje
Styremedlem

Hege Mørk
Styremedlem

Tom Roger Frost
Ansattes representant

Gry L. Christoffersen
Ansattes representant

Maria Josefsen Gundersen
Ansattes representant

Toril A. K. Morken
Ansattes representant

Lisbeth Sommervoll
Administrerende direktør

Note 0 – Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet

Årsregnskapet er avlagt i samsvar med regnskapsloven og god regnskapsskikk.

De regionale helseforetakene ble stiftet med basis i helseforetaksloven i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Staten overførte formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregionene øst og sør til nåværende Helse Sør-Øst 1. januar 2002. Virksomheten er regulert av lov om helseforetak m.m. Virksomhetsoverføringene skjedde som tings innskudd og transaksjonsprinsippet ble lagt til grunn.

Helse Sør og Helse Øst fusjonerte til Helse Sør-Øst med regnskapsmessig virkning 1. januar 2007.

I forbindelse med sykehusreformen utarbeidet uavhengige tekniske miljøer høsten 2001 takster for bygg og tomter basert på gjenanskaffelsesverdi. I gjenanskaffelsesverdien ble det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler ble gjenanskaffelseskost beregnet. Tilsvarende ble gjennomført i 2003/2004 i tilknytning til overføringen av rusomsorgen.

I forbindelse med avleggelsen av regnskapet for 2002 ble det diskutert om foreliggende takster burde nedjusteres i forhold til forventninger om nivået på fremtidige kontantstrømmer (bevilgninger). Basert på verdier fastsatt av daværende Helsedepartementet ble regnskapet for 2002 avlagt med foreløpig åpningsbalanse der verdiene på bygg var lavere enn takstverdiene. Ved regnskapsavleggelsen for 2003 ble åpningsbalansen verdsatt til gjenanskaffelsesverdi, dvs. tilsvarende takstene utarbeidet høsten 2001. Dette ble basert på at helseforetakene er non-profit-virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, og at bruksverdi dermed representerer virkelig verdi for anleggsmidler. Det ble samtidig gjort fradrag for overførte anleggsmidler der det per 1. januar 2002 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i fremtiden.

Det følger av Helseforetakslovens § 31- 33 at det er restriksjoner med hensyn til foretakets muligheter til å avhende faste eiendommer, avhende sykehusvirksomhet samt mulighet for opptak av lån, garantier og pantstillelser.

Vurderings- og klassifiseringsprinsipper

Generelt om inntektsførings- og kostnadsføringsprinsipper

Inntektsførings- og kostnadsføringsprinsippene bygger på de grunnleggende regnskapsprinsippene om transaksjon, opptjening, sammenstilling og forsiktighet. I den grad regnskapet inneholder usikre poster bygger disse på beste estimat, basert på tilgjengelig informasjon på balansedagen

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene til helseforetakene kan deles i tre: Fast grunnfinansiering (basis) fra eier, aktivitetsbaserte inntekter og andre driftsinntekter. Inntekter fra Helse- og omsorgsdepartementet som går via det regionale helseforetaket er bruttoført i Helse Sør-Øst.

Grunnfinansiering

Grunnfinansieringen består av basisramme drift. Grunnfinansieringen tildeles foretakene fra Helse Sør-Øst RHF som fast bevilgning til drift og investering i foretaket. Grunnfinansieringen er normalt et driftstilskudd uten bestemte vilkår som gis nærmest uavhengig av aktivitet for å

oppretholde en kapasitet som er tilstrekkelig for det sykehusområde et helseforetak er ansvarlig for. Dette tilsier normalt sett at grunnfinansieringen inntektsføres i sin helhet innenfor det året bevilgningen gis.

Aktivitetsbaserte inntekter

Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-inntekter (ISF = innsatsstyrt finansiering), polikliniske inntekter (refusjoner fra HELFO og egenandeler), gjestepasientinntekter, inntekter fra selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgentjenester. Oppførte ISF-inntekter er basert på koding i Norsk Pasient Register (NPR). Det er noe usikkerhet med hensyn til kvaliteten på kodingen. Dette gjelder alle regioner og ikke spesielt Helse Sør-Øst. Gjennomganger har vist at det forekommer både positive og negative avvik. Det er fokus i helseforetakene på betydningen av riktig koding for å få vist korrekte inntektstall. Gjestepasientoppgjør føres brutto, dvs. kostnadsføring for kjøp av helsetjenester med tilhørende ISF-refusjon innen somatisk virksomhet, og inntektsføring for salg av helsetjenester. ISF-inntekter og poliklinikkinntekter inntektsføres i den perioden aktiviteten er utført.

Andre inntekter

Andre inntekter vil blant annet være salgsinntekter fra kantine, leieinntekter fra eiendom/boliger og gevinst ved salg av anleggsmidler. Andre inntekter inntektsføres i den perioden varen/tjenesten er levert.

I tillegg gis det øremerkede statstilskudd. Øremerkede tilskudd inntektsføres når aktivitetene gjennomføres og i takt med kostnadene som er knyttet til gjennomføringen av de aktiviteter som tilskuddet er knyttet til. Disse tilskuddene kan overføres til fremtidige år.

Prinsipper for kostnadsføring

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntekter, kostnadsføres når de påløper.

Klassifisering og vurdering av balanseposter

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet. Øvrige poster er klassifisert som anleggsmidler/langsiktig gjeld. Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet. Anleggsmidler vurderes til anskaffelseskost på anskaffelsestidspunktet og avskrives lineært over forventet brukstid. Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet. Første års avdrag på langsiktig gjeld vises sammen med øvrig langsiktig gjeld.

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler balanseføres til anskaffelseskost og avskrives over driftsmidlets forventede levetid. Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en økonomisk levetid på over tre år samt en kostpris på over 100 000 kroner. Driftsmidler avskrives fra det tidspunkt de tas i bruk. Dersom gjenvinnbart beløp av driftsmidlet er lavere enn balanseført verdi foretas en nedskrivning til gjenvinnbart beløp. Gjenvinnbart beløp er det høyeste av netto salgsverdi og verdi i bruk. Eiendeler som har varig verdifall nedskrives til gjenvinnbart beløp. Dersom grunnlag for tidligere foretatt nedskrivning bortfaller, vurderes denne reversert.

Utgifter forbundet med periodisk vedlikehold og reparasjoner på produksjonsutstyr, periodiseres. Utgifter forbundet med normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført. Utgifter ved større utskiftninger og fornyelser som øker driftsmidlenes levetid vesentlig, balanseføres. Driftsmidler som erstattes, kostnadsføres.

Immaterielle eiendeler, herunder forskning og utvikling

Utgifter til utvikling balanseføres i den grad det kan identifiseres en fremtidig økonomisk fordel knyttet til utvikling av identifiserbare immaterielle eiendeler. I motsatt fall kostnadsføres slike

utgifter løpende. Balanseført utvikling avskrives lineært over den økonomiske levetiden. Utgifter til forskning kostnadsføres løpende. Andre immaterielle eiendeler som forventes å gi fremtidige inntekter, balanseføres og avskrives over økonomisk levetid.

Usikre forpliktelser

Dersom det etter selskapets oppfatning er sannsynlig at en usikker forpliktelse vil komme til oppgjør, og verdien av oppgjøret kan estimeres pålitelig, kostnadsføres forpliktelsen i resultatregnskapet og tas inn som en avsetning for forpliktelser i balansen.

Egenkapitalinnskudd pensjonskasser

Egenkapitalinnskudd i KLP og andre pensjonskasser er verdsatt til kost.

Pensjoner

Regnskapsføring av pensjonskostnader skjer i samsvar med Norsk Regnskapsstandard, NRS 6 Pensjonskostnader. Selskapets pensjonsforpliktelser, både sikret og usikret, beregnes som den diskonterte verdi av de fremtidige pensjonsytelser som anses påløpt på balansedagen. Det forutsettes at arbeidstakerne opparbeider sine pensjonsrettigheter lineært over den yrkesaktive perioden.

Pensjonsmidlene er vurdert til virkelig verdi og fratrukket i netto pensjonsforpliktelse i balansen. Eventuell overfinansiering balanseføres i den grad overfinansieringen kan utnyttes eller tilbakebetales. Den enkelte pensjonsordning vurderes for seg, men verdi av overfinansiering i en ordning og underfinansiering i andre ordninger nettoføres i balansen såfremt pensjonsmidlene kan overføres mellom ordningene. Netto pensjonsmidler presenteres som andre langsiktige fordringer, mens netto pensjonsforpliktelser presenteres som avsetning for forpliktelser.

Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot beregningsforutsetningene (estimatendringer), fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av avvikene som overstiger 10 prosent av det største av brutto pensjonsforpliktelser eller pensjonsmidler.

Det har er gjort en endring i NRS 6 Pensjonskostnader som påvirker regnskapsføring av planendringer. Det er besluttet at eventuelle planendringsevinster som oppstår i forbindelse med ubetingede planendringer, nå kan benyttes til å redusere uinnregnede estimatavvik. Dette er et likestilt alternativ med resultatføring av slike gevinster, og er et valg av regnskapsprinsipp som må anvendes konsistent for alle ordninger og fra periode til periode. Endringene fremkommer i NRS 6 punkt 56. Endringen trer i kraft for regnskapsår som starter 1. januar 2020 eller senere. Helse Sør-Øst har implementert endringen i NRS 6 med virkning for 2019. Øvrige planendringer innregnes i resultatregnskapet umiddelbart.

Periodens netto pensjonskostnad er inkludert i lønn og sosiale kostnader og består av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på den beregnede pensjonsforpliktelsen, forventet avkastning av pensjonsmidlene, resultatført virkning av endringer i estimater og pensjonsplaner, resultatført virkning av avvik mellom faktisk og forventet avkastning, samt periodisert arbeidsgiveravgift.

Arbeidstakers andel av pensjonspremien er kommet til fradrag i lønnskostnaden.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er oppført i balansen til pålydende etter fradrag for avsetning til forventet tap. Avsetning til tap gjøres på grunnlag av individuelle vurderinger av de enkelte fordringene. I tillegg gjøres det for øvrige kundefordringer en uspesifisert avsetning for å dekke antatt tap.

Varebeholdninger

Lager av innkjøpte varer er verdsatt til gjennomsnitt av anskaffelseskost og virkelig verdi. Varelageret nedskrives dersom virkelig verdi er lavere enn anskaffelseskost.

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter indirekte metode. Trekk på konsernkontoordningen er klassifisert som kortsiktig gjeld, og presentert på egen linje i kontantstrømoppstillingen. Likviditetsbeholdningen består av bundne midler og bankkonti utenfor konsernkontoordningen.

Konsernkontoordning

Innskudd og gjeld på konsernkontoen er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Sør-Øst i det enkelte helseforetak. Renteinntekter-/kostnader er behandlet som konserninterne renter i helseforetaket.

Endringer i regnskapsprinsipp og feil i tidligere perioder

Virkingen av endringer i regnskapsprinsipp og korrigerings av feil i tidligere perioder er ført direkte mot egenkapitalen.

Skatt

Foretakets virksomhet, sykehusdrift, er ikke skattepliktig.

Leieavtaler

Helseforetak har anledning til å inngå finansielle leiekontrakter, jf. Helseforetaksloven § 33 og vedtektene til NN HF § 12. De finansielle leieavtalene er balanseført til verdien av vederlaget i leieavtalen, og avskrives over eiendelens levetid, fordelt på de ulike delkomponentene.

Nøytral merverdiavgift

Gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016-2017) for Helse- og omsorgsdepartementet, ble det fra 1. januar 2017 innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Ordningen innebærer at helseforetakene får kompensert utgifter til merverdi på en rekke varer og tjenester som inngår i driften av virksomheten.

(Alle tall i NOK 1000)

Note 1 - Virksomhetsområder

2023

2022

Driftsinntekter pr virksomhetsområde

Somatiske tjenester	9 090 809	8 535 841
Psykisk helsevern VOP	1 728 440	1 700 119
Psykisk helsevern BUP	594 203	536 585
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	301 629	286 193
Annet	616 188	589 882

Driftsinntekter pr virksomhetsområde **12 331 269** **11 648 621**

Driftskostnader pr virksomhetsområde

Somatiske tjenester	-9 053 302	-8 485 062
Psykisk helsevern VOP	-1 665 643	-1 632 765
Psykisk helsevern BUP	-584 859	-521 103
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	-307 515	-292 486
Annet	-594 974	-584 236

Driftskostnader pr virksomhetsområde **-12 206 293** **-11 515 651**

Driftsinntekter fordelt på geografi

Pasienter hjemmehørende i Helse Sør-Øst RHF sitt opptaksomr	12 238 946	11 566 478
Pasienter hjemmehørende i resten av landet	61 827	56 327
Pasienter hjemmehørende i utlandet	30 496	25 816

Driftsinntekter fordelt på geografi **12 331 269** **11 648 621**

(Alle tall i NOK 1000)

Note 2 - Inntekter	2023	2022
DRIFTSINNEKTER		
Basisramme		
Basisramme	8 085 158	6 863 461
Basisramme	8 085 158	6 863 461
Aktivitetsbasert inntekt		
Behandling av egne pasienter i egen region 1)	2 795 727	3 124 130
Behandling av pasienter internt i egen region	130 983	97 606
Behandling av egne pasienter i andre regioner 2)	26 008	21 076
Behandling av andre pasienter i egen region 3)	61 827	56 327
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	544 970	529 491
Utskrivningsklare pasienter	30 919	16 067
Andre aktivitetsbaserte inntekter	64 310	31 002
Aktivitetsbasert inntekt	3 654 743	3 875 698
Annen driftsinntekt		
Kvalitetsbasert finansiering	39 534	38 050
Øremerkede tilskudd til andre formål	46 744	298 096
Inntektsføring av investeringstilskudd 4)	17 622	17 125
Andre driftsinntekter	487 468	556 190
Annen driftsinntekt	591 368	909 461
Sum driftsinntekter	12 331 269	11 648 621

1) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i egen helseregion av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar

2) ISF inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i andre helseregioner av pasienter innenfor Helse Sør-Øst RHF sitt "sørge for"-ansvar

3) Inntekter for diagnostikk og behandling av pasienter tilhørende andre regionale helseforetak (gjestepasienter)

4) Inntektsføring av del av balanseført investeringstilskudd

Note 2 - Inntekter forts.

2023

2022

Aktivitetstall

Aktivitetstall somatikk

Antall DRG poeng iht. "sørge for" ansvaret	129 211	123 558
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	129 949	125 002
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	497 583	467 709

Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge

Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	200	217
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	95 499	93 993
Antall ISF-poeng iht eieransvar	31 818	26 444

Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne

Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	3 293	3 176
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	134 424	141 562
Antall ISF-poeng iht eieransvar	28 322	28 147

Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere

Antall utskrevne pasienter fra døgntil behandling	789	721
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	25 689	27 059
Antall ISF-poeng iht eieransvar	4 972	4 834

Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilgning og delvis med inntekter koblet til behandlingsaktivitet. Ved sammenligning av foretakenes inntekter over tid må det hensyntas at andelen av inntektene som er koblet til behandlingsaktivitet og basisramme kan variere.

Endring i hva som ligger under tellende ISF opphold. Samarbeidsaktiviteter lå under egne DRG koder i 2022, mens i 2023 ligger det under STG.

Herav samarbeidsaktivitet:

- BUP 10 416
- VOP 7 303
- TSB 2 831

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2023 satt til 40 % av full DRG-pris, det vil si kr 20.061 per DRG poeng.

Aktivitetstallene inkluderer ikke aktivitet finansiert av Raskere tilbake og eventuelt andre øremerkede midler/særskilt finansiering. Aktivitetstallene består også av pasienter behandlet hos private.

Fra og med 2017 er den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinisk psykisk helsevern og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling overført til ISF-ordningen. I antall polikliniske konsultasjoner for TSB og PH for 2017 inngår også de konsultasjonene som er finansiert gjennom ISF (antall DRG-poeng).

Ved innføring av ISF-refusjon er det samtidig endret tellemåte når det gjelder antall konsultasjoner.

(Alle tall i NOK 1000)

Note 3 - Kjøp av helsetjenester		
	2023	2022
KJØP AV HELSETJENESTER		
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk eksternt	78 385	70 836
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk internt i foretaksgruppen	849 083	672 679
Kjøp av private helsetjenester somatikk	27 895	39 657
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri eksternt	18 551	17 429
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri internt i foretaksgruppen	49 790	49 742
Kjøp av private helsetjenester psykiatri	16 680	19 985
Kjøp av offentlige helsetjenester rus eksternt	1 541	1 099
Kjøp av offentlige helsetjenester rus internt i foretaksgruppen	8 368	4 417
Kjøp av private helsetjenester rus	10 446	17 471
Kjøp av helsetjenester utland	7 319	3 725
Sum gjestepasientkostnader	1 068 058	897 042
Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	55 682	86 544
Kjøp fra Luftambulansen ANS		
Kjøp av andre ambulansetjenester	1 007	777
Andre kjøp av helsetjenester	3 989	2 281
Sum kjøp av andre helsetjenester	60 678	89 602
RHF-ets kjøp av helsetjenester fra datterforetakene		
Sum kjøp av helsetjenester	1 128 736	986 644

(Alle tall i NOK 1000)

Note 4 - Varekostnad		
	2023	2022
VAREKOSTNAD		
Legemidler	886 901	870 854
Medisinske forbruksvarer	609 543	566 555
Andre varekostnader til eget forbruk	94 076	81 242
Innkjøpte varer for videresalg	18 850	17 234
Sum varekostnad	1 609 370	1 535 886

(Alle tall i NOK 1000)

Note 5 - Lønnskostn., antall ansatte, godtgjørelser mm.

2023

2022

LØNSSKOSTNADER

Lønnskostnader	5 768 977	5 430 519
Arbeidsgiveravgift	843 751	770 869
Pensjonskostnader inkl arbeidsgiveravgift	975 535	1 009 221
Andre ytelser	105 177	98 779
Sum lønn og andre personalkostnader	7 693 441	7 309 388

Gjennomsnittlig antall ansatte	10 218	10 114
Gjennomsnittlig antall årsverk	8 108	7 981

(Tall i kroner)

Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenestekategorier:

Lovpålagt revisjon	573 750	208 749
Andre tjenester utenfor revisjon*	2 106 527	
Sum godtgjørelse til revisor	2 680 277	208 749

Honorar til revisor i henhold til inngåtte avtale

Spesifikasjon av andre tjenester utenfor revisjon

Spesifikasjon av andre tjenester utenfor revisjon

*Rådgivningstjeneste i forbindelse med prosjekt "Fremtidens kontortjeneste" nytt sykehus Drammen

(Alle tall i NOK 1000)

Note 6 - Andre driftskostnader

2023

2022

Transport av pasienter	126 338	122 919
Bygninger og kontorlokaler inkl energi og forsikring	216 546	209 980
Kjøp og leie av medisinskteknisk utstyr, IKT, inventar mv.	107 751	109 156
Konsulenttjenester	91 918	91 455
Annen ekstern tjeneste	608 515	523 211
Reparasjon vedlikehold og service	144 081	145 771
Kontor og kommunikasjonskostnader	31 803	30 235
Kostnader forbundet med transportmidler	22 451	20 836
Reisekostnader	20 599	16 416
Forsikringskostnader	5 183	6 585
Pasientskadeerstatning	7	100
Øvrige driftskostnader	73 395	89 503
Andre driftskostnader	1 448 587	1 366 166

(Alle tall i NOK 1000)

Note 7 - Finansinntekter- og kostnader		
	2023	2022
Finansinntekter		
Konserninterne renteinntekter	1 910	958
Andre renteinntekter	10 647	5 549
Andre finansinntekter	-71	170
Finansinntekter	12 486	6 677
Finanskostnader		
Konserninterne rentekostnader	71 529	14 204
Andre rentekostnader	45	73
Andre finanskostnader	6 693	4 682
Finanskostnader	78 267	18 959

(Alle tall i NOK 1000)

Note 8 - Forskning og utvikling		
	2023	2022
Øremerket tilskudd fra eier til forskning	13 749	14 623
Andre inntekter til forskning	15 375	12 850
Basisramme til forskning	87 180	74 344
Sum inntekter til forskning	116 304	101 817
Øremerkede tilskudd fra eier til utvikling	899	576
Andre inntekter til utvikling	751	
Basisramme til utvikling	17 572	13 003
Sum inntekter til utvikling	19 223	13 579
Sum inntekter til forskning og utvikling	135 526	115 396
Kostnader til forskning :		
- somatikk	102 716	87 725
- psykisk helsevern	13 569	14 091
- TSB	19	
Sum kostnader til forskning	116 304	101 817
Kostnader til utvikling :		
- somatikk	11 768	8 980
- psykisk helsevern	7 316	4 575
- TSB	139	25
Sum kostnader til utvikling	19 223	13 579
Sumkostnader Forskning og utvikling	135 526	115 396
Ant avlagte doktorgrader	6	7
Ant publiserte artikler	190	180
Ant årsverk forskning	77,8	75,4
Ant årsverk utvikling	13,6	10,4

(Alle tall i NOK 1000)

Note 9 - Immaterielle driftsmidler	Forskning og utvikling	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum Immaterielle eiendeler
Anskaffelseskost 1.1	0	235	0	235
Åpningsbalanse korrigert	0	235	0	235
Akkumulerte avskrivninger 1.1	0	-235	0	-235
Akkumulerte avskrivninger korrigert	0	-235	0	-235
Årets avskrivning				0
Akkumulerte avskrivninger 31.12.23	0	-235	0	-235
Bokført verdi 31.12.23	0	0	0	0

(Alle tall i NOK 1000)

Note 10 - Varige driftsmidler	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl. og annet	Sum varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1	1 086 924	5 488 361	327 521	1 557 355	399 917	8 860 078
Korrigeringer IB						0
Åpningsbalanse korrigert	1 086 924	5 488 361	327 521	1 557 355	399 917	8 860 078
Tilgang ekstern	25 181	3	183 272	-100	19 416	227 773
Tilgang fra anlegg under utførelse	0	185 620	-321 246	112 582	23 044	0
Avgang ved salg, ekstern	-16 275	0	0	-32 554	-10 551	-59 380
Anskaffelseskost 31.12.23	1 095 831	5 673 985	189 548	1 637 282	431 825	9 028 471
Akkumulerte avskrivninger 1.1	0	-3 416 426	0	-1 036 846	-271 469	-4 724 740
Akkumulerte avskrivninger korrigert	0	-3 416 426	0	-1 036 846	-271 469	-4 724 740
Årets avskrivning	0	-175 831	0	-112 630	-37 699	-326 160
Akk. Avskrivning ved avgang ekstern				32 158	10 551	42 709
Akkumulerte avskrivninger 31.12.23	0	-3 592 257	0	-1 117 317	-298 617	-5 008 191
Bokført verdi 31.12.23	1 095 831	2 081 728	189 548	519 965	133 209	4 020 280

1) herav balanseførte lånekostnader

0

Operasjonell leasing/ leieavtaler	Årlig leiebeløp	Varighet (år)
Vestre Viken HF	NDM2023	5 852
		0-5 år
Medisinsk-teknisk utstyr	5 852	
Vestre Viken HF	NDM2024	20 712
		3-5 år
Transportmidler og annet	20 712	

Finansielle leieavtaler	Bokført verdi 31.12	Estmert leiebeløp			Årlige avskrivninger	Varighet kontrakt (år)
		Neste år	2 til 5 år	utover 5 år		Snitt 8 år
Vestre Viken HF	73 573	18 553	51 724	3 295	18 553	
Medisinsk-teknisk utstyr	73 573	18 553	51 724	3 295	18 553	
Vestre Viken HF	41 405	17 417	23 988	0	19 214	4 år
Transportmidler og annet	41 405	17 417	23 988	0	19 214	

Investeringsprosjekter	Akk.verdi	Akk.verdi	Total kostnads-ramme	Plan tidspunkt ferdigstillelse
BRK*	871 574	803 723	1 878 671	
Tomt Brakerøya	883 888	858 707	954 000	2025

* Investeringsprosjekt Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus

(Alle tall i NOK 1000)

Note 11 - Eierandel i datter- og tilkn. foretak	Total 2023	Total 2022
Egenkapitalinnskudd i pensjonskasser/KLP	445 588	416 688
Sum investeringer i andre aksjer og andeler	445 588	416 688

Disposisjonsretten til medlemsinnskudd KLP er begrenset. Verdien av tilskuddet vil først kunne bli utbetalt dersom foretaket går ut av KLP (slik KLP er organisert p.t.). Ved en eventuell omdanning eller annen omorganisering av KLP antas det at medlemmene får tildelt aksjer.

(Alle tall i NOK 1000)

Note 12 - Finansielle anleggsmidler og gjeld	2023	2022
Finansielle anleggsmidler		
Lån og fordringer til foretak i samme foretaksgruppe	1 701 103	1 450 450
Sum finansielle anleggsmidler	1 701 103	1 450 450

Langsiktig gjeld

Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe	722 199	733 848
Annen langsiktig gjeld	115 341	132 860
Sum langsiktig gjeld	837 540	866 708
Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	634 320	609 854

(Alle tall i NOK 1000)

Note 13 - Varebeholdning	2023	2022
VAREBEHOLDNING*		
Øvrige beholdninger	4 141	3 989
Sum lager til videresalg	4 141	3 989
Annet medisinsk forbruksmaterieell (eget bruk)	22 798	22 361
Andre varebeholdninger (eget bruk)		
Sum lager til eget bruk	22 798	22 361
Sum varebeholdning	26 939	26 350
Kontroll mot Balanse (BA1110)	26 939	26 350
Anskaffelseskost	26 939	26 350
Bokført verdi 31.12	26 939	26 350

(Alle tall i NOK 1000)

Note 14 - Kundefordringer og andre fordringer		
	2023	2022
Fordringer		
Kundefordringer	63 035	54 713
Fordringer på foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	192 923	296 225
Opptjente inntekter (inkl pasienter under behandl.)	7 198	4 938
Øvrige kortsiktige fordringer	44 682	35 687
Fordringer	307 838	391 563
Avsetning for tap på fordringer 31.12		
Avsetning for tap på kundefordringer 1.1.	-9 590	-5 400
Årets endring i avsetning til tap på krav	1 140	-4 190
Avsetning for tap på fordringer 31.12	-8 450	-9 590
Årets konstanterte tap		
Årets konstanterte tap	9 788	3 487
Kundefordringer pålydende 31.12		
Ikke forfalte fordringer	38 408	32 638
Forfalte fordringer 1-30 dager	5 314	5 180
Forfalte fordringer 30-60 dager	2 118	2 545
Forfalte fordringer 60-90 dager	3 646	609
Forfalte fordringer over 90 dager	13 550	13 741
Kundefordringer pålydende 31.12	63 035	54 713

(Alle tall i NOK 1000)

Note 15 - Kontanter og bankinnskudd		
	2023	2022
Innestående skattetrekkmidler	265 091	240 563
Andre bundne konti	4 061	8 052
Sum bundne bankinnskudd	269 152	248 615
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	411	477
Sum bankinnskudd og kontanter	269 563	249 092

Vestre Viken HF har en kredittramme på -2625.3 mill. kroner tilknyttet konsernkontoordningen. Av trekkrammen er det benyttet -1289.6 mill. kroner.

Trekk på konsernkontoordning er klassifisert som kortsiktig gjeld i Helse Sør-Øst RHF og i foretaksgruppen.

(Alle tall i NOK 1000)

Note 16 - Egenkapital	Foretaks- kapital	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total Egenkapital
EGENKAPITAL 31.12.22							
Inngående balanse 1.1	100	0	3 510 642	0	0	1 031 478	4 542 220
Korrigeringer IB, spesifiser nedenfor							
Åpningsbalanse korrigert	100	0	3 510 642	0	0	1 031 478	4 542 220
Egenkapitaltransaksjoner, spesifiser nedenfor							
Overføring av strukturfond							0
Minoritetsinteresse							0
Årets resultat						120 686	120 686
Egenkapital 31.12.22	100	0	3 510 642	0	0	1 152 165	4 662 906

	Foretaks- kapital	Strukturfond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Minoritets- interesser	Annen egenkapital	Total Egenkapital
EGENKAPITAL 31.12.23							
Inngående balanse 1.1	100	0	3 510 642	0	0	1 152 165	4 662 906
Åpningsbalanse korrigert	100	0	3 510 642	0	0	1 152 165	4 662 906
Egenkapitaltransaksjoner, spesifiser nedenfor							
Årets resultat						59 195	59 195
Egenkapital 31.12.23	100	0	3 510 642	0	0	1 211 360	4 722 102

(Alle tall i NOK 1000)

Note 17 - Pensjoner

2023

2022

Vestre Viken HF har pensjonsordninger som omfatter i alt 41261 personer, hvorav 9101 er yrkesaktive, 23680 er oppsatte og 8480 er pensjonister. Ordningene gir rett til definerte fremtidige ytelser etter sluttlønnprinsippet. Disse er i hovedsak avhenge av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved nådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakets pensjonsansvar i forhold til den ordinære tariffestede tjenstepensjonsordningen er dekket gjennom pensjonsordningene. Felles kommunal pensjonsordning, pensjonsordningen for sykehusleger og pensjonsordningen for sykepleiere i Kommunal Landspensjonskasse, SPK, Akershus fylkeskommunale pensjonskasse og Oslo pensjonsforsikring AS. I tillegg til den ordinære tjenstepensjonsordningen kommer ytelser i form av Avtalefestet pensjon (AFP) til aldersgruppen 62 til og med 66 år. AFP etter 65 år er dekket med tilskudd og utjevnet på risikofelleskapet i den enkelte "multiemployer plan".

Pensjonsforpliktelse

Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	21 883 176	20 325 119
Pensjonsmidler	-19 576 936	-17 825 276
Netto pensjonsforpliktelse	2 306 239	2 499 843
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	261 533	311 202
Ikke resultatført tap/(gev) av estimat- og planavvik inkl ag	-5 104 896	-4 844 951
Netto balanseførte forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift	-2 537 123	-2 033 905
Herav balanseført netto pensjonsforpliktelse inkl aga	5 441	6 423
Herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	2 542 564	2 040 328

Spesifikasjon av pensjonskostnad

Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	936 870	974 358
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	629 878	397 141
Årets brutto pensjonskostnad	1 566 747	1 371 498
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-940 751	-683 009
Administrasjonskostnad	23 127	21 158
Netto pensjonskostnad inkl adm.kost	649 124	709 647
Aga netto pensjonskostnad inkl adm kost	91 634	100 118
Resultatført aktuarielt tap/(gevinst)	202 545	171 311
Resultatført aga av aktuarielt tap/(gevinst)	32 232	28 145
Årets netto pensjonskostnad	975 535	1 009 221

Pensjonsmidler - premiefond

Brutto pensjonsmidler inkluderer premiefond med følgende beløp og bevegelser i løpet av regnskapsåret:

Premiefond 01.01.23	534 858	445 732
Tilførte premiefond	65 989	212 426
Uttak fra premiefond	-422 100	-123 300
Saldo per 31.12.23	178 747	534 858

Økonomiske forutsetninger

Diskonteringsrente	3,10	3,00
Forventet avkastning på pensjonsmidler	5,20	5,10
Årlig lønnsregulering	3,50	3,50
Årets pensjonsregulering	2,80	2,63
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	3,25	3,25

Pensjonskostnaden for 2023 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2023 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2023. Basert på avkastningen i pensjonskassene for 2023 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2023. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenstepensjon

Demografiske forutsetninger

Med hensyn på dødelighet og uførhet mv. er det i beregningene benyttet forutsetninger som i pensjonskassens forsikringstekniske beregningsgrunnlag.

	2023		2022				
	K2013BE		K2013BE				
Anvendt dødelighetstabell	15-46%		15-46%				
Forventet uttakshyppighet AFP	15-46%		15-46%				
Frivillig avgang for sykepleiere (i %)							
Alder år	<20	20-25	26-30	31-40	41-49	50-55	>55
Sykepleiere	25	15	10	6	4	3	0
Frivillig avgang for sykehusleger og fellesordning (i %)							
Alder år	<24	24-29	30-39	40-49	50-55	>55	
Sykehusleger og fellesordning	25	15	7,5	5	3	0	

(Alle tall i NOK 1000)

Note 18 - Andre avsetninger for forpliktelser		
	2023	2022
Tariffestet utdanningspermisjon	67 127	60 138
Investeringsstilsjudd	143 206	147 641
Sum avsetning for forpliktelser	210 333	207 780

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 929 overlege- og psykologspesialistårsverk. Uttakstilbøyeligheten er satt til 35% for overlegestillingene og 30% for psykologspesialister (snitt siste 5 år). Overordnede leger og spesialister i Vestre Viken HF har avtalefestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år. Under permisjonen mottar overlegene og spesialistene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som en langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Uttakstilbøyeligheten kan variere mellom foretak i Helse Sør-Øst og internt mellom de enkelte avdelinger i foretakene.

(Alle tall i NOK 1000)

Note 19 - Kortsiktig gjeld		
	2023	2022
Annen kortsiktig gjeld		
Leverandørgjeld	260 289	234 009
Kortsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	1 664 828	1 260 432
Påløpte feriepenger	652 563	619 618
Påløpte lønnskostnader	154 410	143 323
Annen kortsiktig gjeld	253 488	236 600
Annen kortsiktig gjeld	2 985 578	2 493 983

(Alle tall i NOK 1000)

Note 20 - Eiers styringsmål			
	2023	2022	2002-2023
Årsresultat	59 195	120 686	2 636 441
Korrigert resultat	59 195	120 686	2 636 441
Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultat			-372 000
Resultat jf økonomiske krav fra HOD	59 195	120 686	2 264 441
Resultatkrav fra HOD	178 000	280 000	2 972 600
Avvik fra resultatkrav	-118 805	-159 314	-708 159

Note 21 – Nærstående parter

Vestre Viken er 100 prosent eid av Helse Sør-Øst RHF.

Transaksjoner

Transaksjoner med andre helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i eget opptaksområde og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i eget foretak får behandling i et annet helseforetak innen regionen, i annen region eller private sykehus som vår eller andre helseregioner har avtale med. Det henvises til tabellen under for ytterligere detaljer.

Utover dette er det ordinære kjøp av medikamenter og avtaler om tilsyn / legemiddelkontroll fra Sykehusapotekene på 472 millioner kroner. Inntekter knyttet opp mot Sykehusapotekene beløper seg til 3,7 millioner kroner og gjelder hovedsakelig leie/lokaler med tilhørende tjenester. Videre er det ordinære kjøp av medisinsk forbruksmateriell fra den regionale leverandøren Forsyningssenteret på 225 millioner kroner og kjøp av IKT- og HR-tjenester av den regionale tjenesteleverandøren Sykehuspartner for 615 millioner kroner. Salg av tjenester til Sykehuspartner beløper seg til 2,6 millioner kroner.

Det er etablert rutiner som skal bidra til å sikre at ansatte som er ansvarlig for, eller har innflytelse på, inngåelse av vesentlige innkjøps- og/eller salgsvtaler ikke sitter med verv eller har andre relasjoner til leverandører eller kunder m.m. som kan tenkes å komme i konflikt med deres rolle i foretakene.

Kartlegging av verv

Det er gjennomført en kartlegging og dokumentasjon av styremedlemmers og ledende ansattes verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører.

- En av foretakets ledende ansatte hadde, inntil fratredelse, ledervervet i styret til Emma Hjorts Boligselskap. To av foretakets ledende ansatte har per årsskiftet styreverv i samme boligselskap.
- En av de ledende ansatte har styreverv i Røde Kors Sentrene AS i tillegg til Lier Everk Holding AS.
- En ledende ansatts ektefelle innehar lederposisjon i Posten Norge.
- En av de ledende ansatte har styreverv i Pensjonskassen for Helseforetak i hovedstadsområdet (PKH).
- En av styrets medlemmer har lederposisjon helseforetak med relasjoner til Vestre Viken HF.

Ingen av relasjonene, som er nevnt over, anses som en utfordring i forbindelse med kartleggingen.

Utover dette er det ingen ledende ansatte eller styremedlemmer i Vestre Viken som har roller, ansvar og/eller verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretaket har til andre aktører.

Helseforetak	Vårt kjøp	Vårt salg
Helse Sør-Øst RHF	57 203	224 876
Akershus universitetssykehus HF	35 485	34 377
Sykehuset Innlandet HF	12 425	20 186
Sykehuset Østfold HF	6 754	12 055
Oslo universitetssykehus HF	792 223	23 755
Sykehuset i Vestfold HF	36 861	30 046
Sykehuset Telemark HF	8 865	14 147
Sørlandet Sykehus HF	6 719	8 130
Helse Sør Øst Forsyningssenteret	224 524	-
Sykehuspartner HF	614 758	2 630
Sykehusapotekene HF	471 914	3 704

(Alle tall i NOK 1000)

Kontantstrømpstilling

2023

2022

KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:

Årsresultat	59 195	120 686
Tap/gevinst ved avgang anleggsmidler	-2 037	-29 198
Ordinære avskrivninger	326 160	317 567
Endring i omløpsmidler	43 392	-245 309
Endring i kortsiktig gjeld	208 461	266 839
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i	-503 218	-114 016
Inntektsført investeringstilskudd	-17 622	-17 125
Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	114 331	299 444

KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:

Innbetalinger ved salg av driftsmidler	18 708	34 023
Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-227 773	-238 357
Utbetalinger ved kjøp av andre finansielle eiendeler	-28 899	-2 517
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-237 965	-206 851

KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:

Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	-186 444	-203 033
Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-36 114	-36 114
Endring driftskreditt	364 006	94 957
Innbetaling av investeringstilskudd	13 187	75 869
Endring øvrige langsiktige forpliktelser	-10 530	-19 027
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	144 104	-87 349

Netto endring i likviditetsbeholdning	20 470	5 244
Likviditetsbeholdning pr 01.01.	249 092	243 848
Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12	269 563	249 092

Ubenyttet trekkramme 31.12	1 335 652	1 193 517
Likviditetsreserve 31.12	1 605 215	1 442 610

Innvilget trekkramme 31.12.	2 625 265	2 119 000
Bankinnskudd, kontanter o.l.	269 563	249 092

Lederlønnsrapport

Vestre Viken HF 2023

19. mars 2024

Lederlønsrapport Vestre Viken HF 2023

Innledning

Helse Sør-Øst RHF er 100 % eid av Helse -og omsorgsdepartementet. Foretaket følger Nærings- og fiskeridepartementets retningslinjer for lønn og andre ytelser til konsernledelsen i statlige selskaper fastsatt 30.4.2021.

Med bakgrunn i endrede regler om lederlønn i allmennaksjeloven og nye retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel 30.4.2021, ble vedtektene endret i Foretaksmøtet januar 2022 hvor bestemmelsene i allmennaksjelovens § 6-16b og tilhørende forskrift ble gjort gjeldende for Helse Sør-Øst RHF og dets helseforetak.

Dette pålegger foretaket å utarbeide retningslinjer for godtgjørelse for ledende personer som skal behandles i Foretaksmøte. Foretaksmøtet behandlet de nye retningslinjene i 2022. Retningslinjene skal revideres og godkjennes av Foretaksmøte ved vesentlige endringer, og minst hvert fjerde år.

Denne lederlønsrapporten er utformet i henhold til retningslinjene for lederlønn behandlet i Foretaksmøtet 2022. For hvert regnskapsår skal styret utarbeide en rapport som gir en samlet oversikt over utbetalt og inntående lønn og øvrig godtgjørelse til ledende personer som omfattes av disse retningslinjene. Ledende personer er i denne sammenhengen definert som Helse Sør-Østs styremedlemmer, administrerende direktør og dens ledergruppe. Det er ingen avvik fra retningslinjene i perioden.

Helse Sør-Øst RHF's formål er å sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen i Helse Sør-Øst, samt å legge til rette for forskning og undervisning med god kvalitet. Virksomheten er rammestyr, og det stilles krav om bærekraftig utvikling over tid. Helseforetakene har et samlet ansvar for drift og investeringer innenfor gitte rammer. Det betyr at positive resultater er sparing til senere investeringer, og at positive økonomiske resultater ikke er et mål i seg selv. Vår lønnspolicy er å tilby konkurransedyktige betingelser, men samtidig vise moderasjon og ikke være lønnsledende.

Godtgjørelsen til våre ledende personer er i all hovedsak fastlønn. Det tilbys ingen variabel lønn som er knyttet opp mot eller er avhengig av foretakets oppnåelse av økonomiske og/eller andre fastsatte mål.

Denne lønsrapporten oppfyller de krav som fremgår av «Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer». Rapporten tilfredsstiller også krav til noteopplysninger i årsregnskapet etter regnskapsloven § 7-31b og 7-32

Godtgjørelse til ledende ansatte

Tabell 1 – Definisjoner og hovedelementer i godtgjørelsesordningen for ledergruppen.

Samlet godtgjørelse er summen av fast lønn, andre ytelser og pensjonsordninger. Definisjoner og hovedelementene i godtgjørelsesordningen er oppsummert i tabellen nedenfor:

Godtgjørelse	Kommentarer
Fastlønn	<p>Fastlønn viser den årlige, opptjente lønnen inneværende år, inkludert opptjente feriepenger og overtid der det er aktuelt.</p> <p>Ved fastsettelse av lønn til ledergruppen legges det vekt på</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lønnsutviklingen i foretaket generelt - Lønnsutviklingen i sammenlignbare stillinger - Resultatutvikling i forhold til de mål og krav styret og eier har satt <p>Lønnsutviklingen i foretaket generelt har som målsetting å tilby lederne konkurransedyktig lønn, men samtidig bidra til moderasjon i lederlønnene.</p> <p>Lønn til administrerende direktør fastsettes av styret. Lønn til ledergruppen for øvrig fastsettes administrativt og følger de samme Foretakets ledergruppe har ingen variable lønns-elementer eller langtidsincentivordninger.</p>
Variabel lønn	
Pensjon	<p>Helse Sør Øst RHF har ytelsesbasert pensjonsordning. En ytelsesbasert pensjonsordning er en tjenstepensjonsordning som gir en avtalt pensjonsutbetaling til de ansatte ved pensjonsalder. Pensjonen fra foretaket fastsettes slik at en beregnet folketrygd og pensjon til sammen utgjør en viss prosent av sluttlønnen.</p> <p>Pensjonsopptjening nedenfor viser opptjent pensjon inneværende år basert på pensjonsgivende inntekt. Denne er beregnet på bakgrunn av ulike parameter for den enkelte ansatte som er utenfor foretakets kontroll, herunder rentenivå, prisstigning, avkastning, den ansattes alder, opptjeningsstid, gjenværende tjenestetid til pensjonsalder m.fl., . Disse beløpene kan derfor fluktuere i utakt med lønnsutviklingen for øvrig.</p>
Andre godtgjørelser	
<i>Forsikringer</i>	<p>Administrerende direktør og øvrige ledende ansatte har samme personal-, helse- og reiseforsikring som øvrige ansatte i foretaket.</p> <p>Helse Sør-Øst RHF har tegnet en masteravtale på styreansvarsforsikring i Gjensidige Forsikring ASA som gjelder alle foretak under Helse Sør-Øst RHF, inklusiv Sunnaas sykehus HF. Forsikringssummen er NOK 25 000 000. Det er ikke egenandel på forsikringen. Forsikringen gjelder for ethvert nåværende, tidligere og fremtidig styremedlem eller ledende ansatt inkl. daglig leder. Forsikringen omfatter sikredes rettslige erstatningsansvar for formueskade som sikrede kan pådra seg i egenskap av sin rolle.</p>
<i>Bilgodtgjørelser</i>	Ingen i ledergruppen har firmabil eller fast bilgodtgjørelse.
<i>Øvrige goder</i>	Øvrige goder inkluderer avis, mobiltelefon og dekning av bredbåndskommunikasjon i samsvar med etablerte standarder.
Avtalefestede permisjoner	Ingen av de ansatte i ledergruppen har inngått avtale om avtalefestet permisjon.
Lån og garantier	Det er ikke gitt lån eller garantier til styreleder, medlemmer av styret, administrerende direktør eller noen andre i ledergruppen.
Sluttvederlag	Hverken adm.dir eller noen i ledergruppa har avtale om sluttvederlag på særskilte vilkår.

Tabell 2 – Lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte
Tall i hele kroner

Navn på ledende ansatt og stilling	Regnskapsår	1. Fast lønn	2. Pensjonsopptjening	3.Variable tillegg	4. Andre godtgjørelser	5.Total godtgjørelse	6. Ytelser fra andre foretak i konsernet	
							6.1 Lønn	6.2 Annen godtgjørelse
Sommervoll, Lisbeth	2023	2 224 205	347 949		8 474	2 580 628		
Administrerende direktør 01.04.2018 -	2022	2 114 301	368 208		7 759	2 490 268		
Debes, Anders Johan	2023	1 142 486	159 613		484	1 302 583		
Direktør Medisin og helsefag 01.05.2023 -	2022	-	-		-	-		
Hochnowski, Krzysztof	2023	849 409	157 353		1 002	1 007 764		
Konstituert Fagdirektør 01.02.2023 - 31.08.2023	2022	-	-		-	-		
Spreng, Ulrich Johannes	2023	211 454	24 966		311	236 731		
Direktør Medisin og helsefag 01.01.2020 - 31.01.2023	2022	1 703 714	327 496		1 141	2 032 351		
Aarset, Henning	2023	1 546 806	344 103		5 295	1 896 204		
Direktør Kommunikasjon og samfunnskontakt 01.08.2021 -	2022	1 470 073	396 011		1 425	1 867 509		
Årnot, Eli	2023	1 568 065	304 091		852	1 873 008		
Direktør Kompetanse 01.02.2019 -	2022	1 490 117	312 523		1 417	1 804 057		
Lindblad, Mette Lise	2023	1 698 652	344 604		816	2 044 072		
Direktør Økonomi 19.02.2018 -	2022	1 614 631	367 288		559	1 982 478		
Løken, Cecilie Bergerav	2023	1 660 184	350 010		6 969	2 017 163		
Direktør Teknologi 07.03.2018 -	2022	1 578 390	375 180		6 845	1 960 415		
Nystuen, Robert	2023	350 000	69 777		1 763	421 540		
Konstituert Direktør Teknologi 01.10.2023 -	2022	-	-		-	-		
Myrvold, Mai Bente	2023	446 621	86 006		1 055	533 682		
Prosjektleder Nytt sykehus i Drammen 01.10.2023 -	2022	-	-		-	-		
Abrahamsen, Rune Aksel	2023	1 029 926	-		4 167	1 034 093		
Prosjektleder Nytt sykehus i Drammen 01.02.2019 - 30.09.2023	2022	1 358 371	-		4 412	1 362 783		
Caple, Wesley Ward	2023	1 643 988	333 691		4 760	1 982 439		
Klinikkdirektør Medisinsk diagnostikk 29.05.2017 -	2022	1 563 205	350 302		2 014	1 915 521		
Fagerhaug, Kristin	2023	1 067 121	272 032		360	1 339 513		
Klinikkdirektør Intern service 15.05.2023 -	2022	-	-		-	-		
Behém, Irene	2023	262 387	42 473		950	305 810		
Konstituert klinikkdirektør Intern service 01.03.2023 - 21.05.2023	2022	-	-		-	-		
Furnes, Narve Henry	2023	271 822	49 049		99	320 970		
Klinikkdirektør Intern service 01.01.2010 - 28.02.2023	2022	1 648 008	314 580		559	1 963 147		
Gundersen, Snorre Birk	2023	883 365	194 747		360	1 078 472		
Klinikkdirektør Prehospitale tjenester 22.05.2023 -	2022	-	-		-	-		
Hallgren, Inger Lise	2023	717 915	137 008		1 195	856 118		
Klinikkdirektør Prehospitale tjenester 01.01.2012 - 21.05.2023	2022	1 534 431	361 677		1 601	1 897 709		
Hørthe, Kirsten	2023	1 710 394	297 621		3 675	2 011 690		
Klinikkdirektør Psykisk helse og rus 12.04.2012 -	2022	1 625 248	324 636		2 913	1 952 797		
Buene, Inger Meland	2023	1 767 331	380 401		994	2 148 726		
Klinikkdirektør Drammen sykehus 01.12.2021 -	2022	1 714 266	500 784		1 005	2 216 055		
Olsen, Trine	2023	1 788 748	360 200		2 452	2 151 400		
Klinikkdirektør Bærum sykehus 01.08.2020 -	2022	1 699 867	393 825		733	2 094 425		
Pedersen, May-Janne Rita Botha	2023	1 614 480	278 534		8 538	1 901 552		
Klinikkdirektør Ringerike sykehus 01.05.2017 -	2022	1 534 431	286 634		2 547	1 823 612		
Månsson, Lukas	2023	1 655 123	286 938		608	1 942 669		
Klinikkdirektør Kongsberg sykehus 14.03.2022 -	2022	1 222 223	262 060		428	1 484 711		
Aass, Halfdan	2023	-	-		-	-		
Direktør medisin og helsefag 30.08.2010 - 30.04.2022	2022	672 055	-		1 482	673 537	94 533	798
Agledal, Stein Are	2023	-	-		-	-		
Klinikkdirektør Kongsberg sykehus 15.08.2016 - 28.02.2022	2022	281 178	-		576	281 754		

Fotnote tabell 2:

Halfdan Aass er styremedlem på Innlandet sykehus fra 15.02.22.

I en offentlig ordning er det ikke pensjonsopptjening etter 67 år for de som er født før 1963 og ikke har påslagsordning. Dette gjelder Rune Aksel Abrahamsen, Halfdan Aass, Stein Are Agledal og Britt Elin Eidsvoll.

Tabell 3a – Sammenligningstabell fastlønn for ledende ansatte de siste 5 år
Tall i hele kroner og prosent

Årlig endring	Måleenhet	2019	2020	2021	2022	2023
Fast lønn for ledende ansatte						
Sommervoll, Lisbeth	lønn i kroner	1 997 493	1 981 448	2 036 741	2 114 301	2 224 205
Administrerende direktør 01.04.2018 -	endring i prosent	3,9 %	-0,8 %	2,8 %	3,8 %	5,2 %
Debes, Anders Johan	lønn i kroner					1 810 033
Direktør Medisin og helsefag 01.05.2023 -	endring i prosent					
Hochnowski, Krzysztof	lønn i kroner					1 549 273
Konstituert Fagdirektør 01.02.2023 - 31.08.2023	endring i prosent					
Spreng, Ulrich Johannes	lønn i kroner		1 593 372	1 637 914	1 703 714	1 703 739
Direktør Medisin og helsefag 01.01.2020 - 31.01.2023	endring i prosent			2,8 %	4,0 %	0,0 %
Aarset, Henning	lønn i kroner			1 417 252	1 470 073	1 546 806
Direktør Kommunikasjon og samfunnskontakt 01.08.2021 -	endring i prosent				3,7 %	5,2 %
Årnot, Eli	lønn i kroner	1 363 008	1 387 874	1 427 354	1 490 117	1 568 065
Direktør Kompetanse 01.02.2019 -	endring i prosent		1,8 %	2,8 %	4,4 %	5,2 %
Lindblad, Mette Lise	lønn i kroner	1 483 031	1 505 301	1 547 819	1 614 631	1 698 652
Direktør økonomi 19.02.2018 -	endring i prosent	2,8 %	1,5 %	2,8 %	4,3 %	5,2 %
Løken, Cecilie Berggrav	lønn i kroner	1 458 042	1 479 994	1 521 498	1 578 390	1 660 184
Direktør Teknologi 07.03.2018 -	endring i prosent	2,4 %	1,5 %	2,8 %	3,7 %	5,2 %
Nystuen, Robert	lønn i kroner					1 265 403
Konstituert Direktør Teknologi 01.10.2023 -	endring i prosent					
Myrvold, Mai Bente	lønn i kroner					1 444 421
Prosjektleder Nytt sykehus i Drammen 01.10.2023 -	endring i prosent					
Abrahamsen, Rune Aksel	lønn i kroner	1 253 748	1 269 085	1 305 655	1 358 371	1 428 903
Prosjektleder Nytt sykehus i Drammen 01.02.2019 - 30.09.2023	endring i prosent		1,2 %	2,9 %	4,0 %	5,2 %
Caple, Wesley Ward	lønn i kroner	1 443 551	1 465 821	1 507 326	1 563 205	1 643 988
Klinikkdirektør Medisinsk diagnostikk 29.05.2017 -	endring i prosent	2,8 %	1,5 %	2,8 %	3,7 %	5,2 %
Fagerhaug, Kristin	lønn i kroner					1 821 710
Klinikkdirektør Intern service 15.05.2023 -	endring i prosent					
Behelm, Irene	lønn i kroner					1 054 049
Konstituert klinikkdirektør Intern service 01.03.2023 - 21.05.2023	endring i prosent					
Furnes, Narve Henry	lønn i kroner	1 508 339	1 531 622	1 575 151	1 648 008	1 645 171
Klinikkdirektør Intern service 01.01.2010 - 28.02.2023	endring i prosent	2,8 %	1,5 %	2,8 %	4,6 %	-0,2 %
Gundersen, Snorre Birk	lønn i kroner					1 536 935
Klinikkdirektør Prehospitale tjenester 22.05.2023 -	endring i prosent					
Hallgren, Inger Lise	lønn i kroner	1 384 703	1 437 516	1 479 040	1 534 431	1 606 502
Klinikkdirektør Prehospitale tjenester 01.01.2012 - 21.05.2023	endring i prosent	5,9 %	3,8 %	2,9 %	3,7 %	4,7 %
Hørthe, Kirsten	lønn i kroner	1 502 199	1 523 713	1 589 100	1 625 248	1 710 394
Klinikkdirektør Psykisk helse og rus 12.04.2012 -	endring i prosent	0,8 %	1,4 %	4,3 %	2,3 %	5,2 %
Buene, Inger Meland	lønn i kroner			1 639 962	1 683 112	1 767 331
Klinikkdirektør Drammen sykehus 01.12.2021 -	endring i prosent				2,6 %	5,0 %
Olsen, Trine	lønn i kroner		1 588 693	1 673 797	1 699 867	1 788 748
Klinikkdirektør Bærum sykehus 01.08.2020 -	endring i prosent			5,4 %	1,6 %	5,2 %
Pedersen, May-Janne Rita Botha	lønn i kroner	1 432 415	1 468 467	1 479 040	1 534 431	1 614 480
Klinikkdirektør Ringerike sykehus 01.05.2017 -	endring i prosent	2,8 %	2,5 %	0,7 %	3,7 %	5,2 %
Månsson, Lukas	lønn i kroner				1 593 212	1 655 123
Klinikkdirektør Kongsberg sykehus 14.03.2022 -	endring i prosent					3,9 %
Aass, Halfdan	lønn i kroner	1 573 831	1 620 116	1 666 417	1 644 004	
Direktør medisin og helsefag 30.08.2010 - 30.04.2022	endring i prosent	0,9 %	2,9 %	2,9 %	-1,3 %	
Agledal, Stein Are	lønn i kroner	1 414 728	1 451 989	1 492 954	1 477 552	
Klinikkdirektør Kongsberg sykehus 15.08.2016 - 28.02.2022	endring i prosent	2,8 %	2,6 %	2,8 %	-1,0 %	
Eidsvoll, Britt Elin	lønn i kroner	1 534 201	1 580 775	1 602 189		
Klinikkdirektør Drammen sykehus 01.09.2009 - 31.12.2021	endring i prosent	2,8 %	3,0 %	1,4 %		
Holm, Finn Egil	lønn i kroner	1 530 609	1 530 632			
Direktør Kommunikasjon og samfunnskontakt 01.05.2016 - 30.09.2020	endring i prosent	2,9 %	0,0 %			
Halv, Jørdar	lønn i kroner	1 500 514	1 501 089			
Klinikkdirektør Bærum sykehus 01.01.2009 - 31.07.2020	endring i prosent	2,8 %	0,0 %			
Lønning, Kari Jussie	lønn i kroner	1 507 348				
Direktør Kompetanse 19.06.2017 - 31.03.2019	endring i prosent	-4,4 %				
Foretakets resultat						
Foretakets resultat	kroner	284 865 901	272 938 578	168 513 513	120 686 356	59 195 156
	endring i prosent	15,3 %	-4,2 %	-38,3 %	-28,4 %	-51,0 %
Gjennomsnittlig godtgjørelse fordelt på antall årsverk						
Gjennomsnittlig godtgjørelse fordelt på antall årsverk	lønn i kroner	650 095	670 967	694 716	722 399	757 252
	endring i prosent	3,6 %	3,2 %	3,5 %	4,0 %	4,8 %

Tabellen viser årlig endring i fast lønn. Når ledende ansatte har vært ansatt deler av året, er lønn annualisert.

Fotnote tabell 3a:

Eli Årnot var konstituert Direktør lommunikasjon og samfunnskontakt fra august 2020 til juli 2021 i tillegg til Direktør Komeptanse.

Tabell 3b – Sammenligningstabell samlet godtgjørelse for ledende ansatte de siste 5 år
Tall i hele kroner og prosent

Årlig endring	Måleenhet	2019	2020	2021	2022	2023
		Godtgjørelse for ledende ansatte				
Sommervoll, Lisbeth Administrerende direktør 01.04.2018 -	lønn i kroner endring i prosent	2 340 644 -0,4 %	2 319 302 -0,9 %	2 400 172 3,5 %	2 490 268 3,8 %	2 580 628 3,6 %
Debes, Anders Johan Direktør Medisin og helsefag 01.05.2023 -	lønn i kroner endring i prosent					2 050 179
Hochnowski, Krzysztof Konstituert Fagdirektør 01.02.2023 - 31.08.2023	lønn i kroner endring i prosent					1 820 739
Spreng, Ulrich Johannes Direktør Medisin og helsefag 01.01.2020 - 31.01.2023	lønn i kroner endring i prosent		1 896 612	1 937 351 2,1 %	2 032 351 4,9 %	2 007 067 -1,2 %
Aarset, Henning Direktør Kommunikasjon og samfunnskontakt 01.08.2021 -	lønn i kroner endring i prosent			1 783 123	1 867 509 4,7 %	1 896 204 1,5 %
Årnot, Eli Direktør Kompetanse 01.02.2019 -	lønn i kroner endring i prosent	1 644 380	1 716 187 4,4 %	1 783 655 3,9 %	1 804 057 1,1 %	1 873 008 3,8 %
Lindblad, Mette Lise Direktør Økonomi 19.02.2018 -	lønn i kroner endring i prosent	1 906 028	1 864 135 -2,2 %	1 918 963 2,9 %	1 982 478 3,3 %	2 044 072 3,1 %
Løken, Cecilie Berggrav Direktør Teknologi 07.03.2018 -	lønn i kroner endring i prosent	1 898 710	1 851 853 -2,5 %	1 906 466 2,9 %	1 960 416 2,8 %	2 017 164 2,9 %
Nystuen, Robert Konstituert Direktør Teknologi 01.10.2023 -	lønn i kroner endring i prosent					1 551 562
Myrvold, Mai Bente Prosjektleder Nytt sykehus i Drammen 01.10.2023 -	lønn i kroner endring i prosent					1 751 156
Abrahamsen, Rune Aksel Prosjektleder Nytt sykehus i Drammen 01.02.2019 - 30.09.2023	lønn i kroner endring i prosent	1 549 511	1 578 985 1,9 %	1 626 544 3,0 %	1 362 783 -16,2 %	1 434 459 5,3 %
Caple, Wesley Ward Klinikkdirektør Medisinsk diagnostikk 29.05.2017 -	lønn i kroner endring i prosent	1 770 583	1 773 558 0,2 %	1 850 764 4,4 %	1 915 521 3,5 %	1 982 438 3,5 %
Fagerhaug, Kristin Klinikkdirektør Intern service 15.05.2023 -	lønn i kroner endring i prosent					2 257 538
Beheim, Irene Konstituert klinikkdirektør Intern service 01.03.2023 - 21.05.2023	lønn i kroner endring i prosent					1 247 037
Furnes, Narve Henry Klinikkdirektør Intern service 01.01.2010 - 28.02.2023	lønn i kroner endring i prosent	1 782 691	1 828 594 2,6 %	1 899 251 3,9 %	1 963 147 3,4 %	1 940 059 -1,2 %
Gundersen, Snorre Birk Klinikkdirektør Prehospitale tjenester 22.05.2023 -	lønn i kroner endring i prosent					1 859 426
Hallgren, Inger Lise Klinikkdirektør Prehospitale tjenester 01.01.2012 - 21.05.2023	lønn i kroner endring i prosent	1 722 982	1 778 562 3,2 %	1 834 233 3,1 %	1 897 709 3,5 %	1 959 361 3,2 %
Hørthe, Kirsten Klinikkdirektør Psykisk helse og rus 12.04.2012 -	lønn i kroner endring i prosent	1 797 431	1 814 697 1,0 %	1 904 175 4,9 %	1 952 797 2,6 %	2 011 689 3,0 %
Buene, Inger Meland Klinikkdirektør Drammen sykehus 01.12.2021 -	lønn i kroner endring i prosent			2 122 846	2 184 901 2,9 %	2 148 727 -1,7 %
Olsen, Trine Klinikkdirektør Bærum sykehus 01.08.2020 -	lønn i kroner endring i prosent		1 961 228	2 041 514 4,1 %	2 094 425 2,6 %	2 151 400 2,7 %
Pedersen, May-Janne Rita Botha Klinikkdirektør Ringerike sykehus 01.05.2017 -	lønn i kroner endring i prosent	1 707 292	1 730 704 1,4 %	1 751 358 1,2 %	1 823 612 4,1 %	1 901 553 4,3 %
Månsson, Lukas Klinikkdirektør Kongsberg sykehus 14.03.2022 -	lønn i kroner endring i prosent				1 926 177	1 942 669 0,9 %
Aass, Halfdan Direktør medisin og helsefag 30.08.2010 - 30.04.2022	lønn i kroner endring i prosent	1 585 266	1 621 894 2,3 %	1 674 359 3,2 %	1 648 449 -1,5 %	
Agledal, Stein Are Klinikkdirektør Kongsberg sykehus 15.08.2016 - 28.02.2022	lønn i kroner endring i prosent	1 751 422	1 768 772 1,0 %	1 820 341 2,9 %	1 481 008 -18,6 %	
Eidsvoll, Britt Elin Klinikkdirektør Drammen sykehus 01.09.2009 - 31.12.2021	lønn i kroner endring i prosent	1 809 803	1 886 156 4,2 %	1 602 711 -15,0 %		
Holm, Finn Egil Direktør Kommunikasjon og samfunnskontakt 01.05.2016 - 30.09.2020	lønn i kroner endring i prosent	1 828 053	1 863 832 2,0 %			
Hals, Jardar Klinikkdirektør Bærum sykehus 01.01.2009 - 31.07.2020	lønn i kroner endring i prosent	1 746 238	1 509 993 -13,5 %			
Lønning, Kari Jussie Direktør Kompetanse 19.06.2017 - 31.03.2019	lønn i kroner endring i prosent	1 846 235				

Tabellen viser årlig endring i samlet godtgjørelse, det vil si fastlønn, variable tillegg, feriepenger, pensjon og annen godtgjørelse. I den grad noen har vært ledende ansatt deler av året, er godtgjørelsen annualisert.

Fotnote tabell 3b:

I en offentlig ordning er det ikke pensjonsopptjening etter 67 år for de som er født før 1963 og ikke har påslagsordning. Dette gjelder Rune Aksel Abrahamsen, Halfdan Aass, Stein Are Agledal og Britt Elin Eidsvoll.

Godtgjørelse til styret

Godtgjørelse til styret blir fastsatt av foretaksmøtet, jfr. lov om helseforetak § 21 tredje ledd og fastsettes for 2 år om gangen.

Det blir fastsatt styregodtgjørelse for styremedlemmer, varamedlemmer og revisjonsutvalg. Styrets medlemmer gis fast honorar for de ulike verv og utvalg. Varamedlemmer godtgjøres per oppmøte.

Tabell 4 – Godtgjørelse til styret for regnskapsårene

Tall i hele (tusen) kroner og prosent

Navn og stilling	Regnskapsår	1. Honorar		2. Annen godtgjørelse	3. Total godtgjørelse
		1.1 Styret	1.2 Revisjonsutvalg		
Hatlen, Siri Beate	2023	278 300	-	730	279 030
Styreleder 26.02.2020 -	2022	276 390	-	325	276 715
Frydnes, Hans Tore	2023	194 700	-	-	194 700
Nestleder 15.02.2022 -	2022	170 363	-	543	170 906
Tjønn, Bovild	2023	141 800	-	-	141 800
Styremedlem 14.02.2018 -	2022	140 825	-	-	140 825
Bjerknes, Robert	2023	141 800	-	-	141 800
Styremedlem 26.02.2020 -	2022	140 825	-	-	140 825
Glesne, Hans Kristian	2023	141 800	-	-	141 800
Styremedlem 01.01.2021 -	2022	140 825	-	-	140 825
Fjellidal, Kari	2023	141 800	-	787	142 587
Styremedlem 23.09.2022 -	2022	38 602	-	-	38 602
Frost, Tom Roger Heggelund	2023	141 800	-	-	141 800
Styremedlem 31.03.2019 -	2022	140 825	-	-	140 825
Morken, Toril Anneli Kiuru	2023	141 800	-	-	141 800
Styremedlem 16.03.2019 -	2022	140 825	-	-	140 825
Christoffersen, Gry Lilleås	2023	141 800	-	-	141 800
Styremedlem 01.01.2021 -	2022	140 825	-	-	140 825
Gundersen, Maria Josefsen	2023	112 450	-	-	112 450
Styremedlem 16.03.2023 -	2022	-	-	-	-
Kvamsøe, John Egil	2023	29 352	-	-	29 352
Styremedlem 01.08.2017 - 16.03.2023	2022	140 825	-	-	140 825
Stødle, Morten	2023	-	-	-	-
Styremedlem 01.01.2021 - 31.12.2022	2022	140 825	-	-	140 825
Breivega, Ane Rongen	2023	-	-	-	-
Styremedlem 03.11.2020 - 31.12.2022	2022	89 747	-	157	89 904
Snekkerbakken, Margrethe	2023	-	-	-	-
Nestleder 01.02.2018 - 15.02.2022	2022	23 549	-	-	23 549

Tabell 5 – Sammenligningstabell godtgjørelse for styret de siste 5 år
Tall i hele (tusen) kroner og prosent

Årlig endring						
	Måleenhet	2019	2020	2021	2022	2023
Godtgjørelse for styret						
Hatlen, Siri Beate Styreleder 26.02.2020 -	Lønn i kroner endring i prosent		263 480	263 477 0,0 %	276 715 5,0 %	279 030 0,8 %
Frydnes, Hans Tore Nestleder 15.02.2022 -	Lønn i kroner endring i prosent				195 320	194 700 -0,3 %
Tjønn, Bovild Styremedlem 14.02.2018 -	Lønn i kroner endring i prosent	119 400 0,0 %	131 737 10,3 %	134 000 1,7 %	140 825 5,1 %	141 800 0,7 %
Bjerknes, Robert Styremedlem 26.02.2020 -	Lønn i kroner endring i prosent		131 737	134 000 1,7 %	140 825 5,1 %	141 800 0,7 %
Glesne, Hans Kristian Styremedlem 01.01.2021 -	Lønn i kroner endring i prosent			139 404	140 825 1,0 %	141 800 0,7 %
Fjelldal, Kari Styremedlem 23.09.2022 -	Lønn i kroner endring i prosent				140 825	142 587 1,3 %
Frost, Tom Roger Heggelund Styremedlem 31.03.2019 -	Lønn i kroner endring i prosent	119 400	131 737 10,3 %	134 000 1,7 %	140 825 5,1 %	141 800 0,7 %
Morken, Toril Anneli Kiuru Styremedlem 16.03.2019 -	Lønn i kroner endring i prosent	119 400	131 737 10,3 %	134 000 1,7 %	140 825 5,1 %	141 800 0,7 %
Christoffersen, Gry Lilleås Styremedlem 01.01.2021 -	Lønn i kroner endring i prosent			139 404	140 825 1,0 %	141 800 0,7 %
Gundersen, Maria Josefsen Styremedlem 16.03.2023 -	Lønn i kroner endring i prosent					141 800
Kvamsøe, John Egil Styremedlem 01.08.2017 -16.03.2023	Lønn i kroner endring i prosent	119 400 0,0 %	131 737 10,3 %	134 000 1,7 %	140 825 5,1 %	141 800 0,7 %
Stødle, Morten Styremedlem 01.01.2021 -31.12.2022	Lønn i kroner endring i prosent			139 404	140 825 1,0 %	
Breivega, Ane Rongen Styremedlem 03.11.2020 -31.12.2022	Lønn i kroner endring i prosent		131 737	134 000 1,7 %	141 060 5,3 %	
Snekkerbakken, Margrethe Nestleder 01.02.2018 -15.02.2022	Lønn i kroner endring i prosent	167 043 0,3 %	181 636 8,7 %	184 000 1,3 %	194 700 5,8 %	
Almlid, Torbjørn Styreleder 01.10.2012 -26.02.2020	Lønn i kroner endring i prosent	240 075 -9,3 %	263 000 9,5 %			
Bjørnson, Torkild Styremedlem 14.02.2018 -06.02.2020	Lønn i kroner endring i prosent	120 021 0,2 %	134 281 11,9 %			
Strømme, Geir Kåre Styremedlem 13.02.2014 -03.11.2020	Lønn i kroner endring i prosent	119 400 -2,4 %	135 415 13,4 %			
Bergan, Harald Styremedlem 01.12.2009 -16.03.2019	Lønn i kroner endring i prosent	119 400 0,0 %				
Lange, Cathrine Winsnes Styremedlem 01.03.2018 -01.03.2019	Lønn i kroner endring i prosent	119 400 0,0 %				

Fotnote tabell 5:

For styremedlemmer som har sittet og mottatt godtgjørelse for deler av et år, har denne godtgjørelsen blitt annualisert.

Styreerklæring

Styret har i dag behandlet og vedtatt rapport for godtgjørelse til ledende personer til (navn på foretak) for regnskapsåret 2023.

Det er påsett at godtgjørelse til ledende personer er i henhold til foretakets vedtekter, Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel, allmennaksjeloven §6-16a og b, samt forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer.

Godtgjørelsesrapporten vil fremlegges for Foretaksmøtet for endelig vedtak.

Dato: 11. mars 2024
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering pr februar 2024

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	25/2024	19.03.2024

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapportering pr februar 2024 til orientering.

Drammen, 12. mars 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram foreløpig rapportering per 29. februar 2024 i tråd med styrets årshjul.

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

Saksutredning

Vestre Viken er et av få helseforetak som har opprettholdt resultatkravene fra tidligere års økonomiske langtidsplaner. Dette har vært nødvendig for å sikre finansiering av nytt sykehus i Drammen, betjening av gjeld og kunne opprettholde et akseptabelt investeringsnivå. Alle helseforetakene har siden pandemien hatt en betydelig vekst i brutto bemanning, et vedvarende høyt sykefravær og lavere arbeidsproduktivitet siden før pandemien startet i 2020. For å møte disse utfordringen vedtok styret i august 2023 Plan for langsiktig bærekraftig utvikling med tiltak for forbedringer både av kvalitet i pasientbehandlingen, medarbeidertilfredshet og bedre økonomiske resultater. En statusrapportering på tiltakene i planen følger som vedlegg 2. Det er variasjon i resultatoppnåelse så langt. PHR, KMD og KS viser god fremdrift, og realiserer i tråd med planen. Dette fremkommer også på resultatutviklingen. Parallelt jobber det sentrale ressursteamet med tiltak som går på tvers av alle klinikkene. Det omfatter blant annet innføring av langvakter som en del av turnusplanleggingen, oppgavedeling mellom personell og organisering poliklinikk. En foreløpig status på innføring av langvakter følger nedenfor.

Resultatutviklingen i februar er bak budsjett og det er gitt en prognose på et resultat for året på 100 MNOK lavere enn budsjett. Det er tidlig å antyde prognose basert på to måneders resultat, men det stilles krav til at det avgis årsestimat i rapporteringen til HSØ. Resultat uten økt pensjon og lavere vedlikehold over drift viser et negativt avvik på 50 MNOK hittil i år, og 26,8 MNOK i februar måned. Innføring av DIPS Arena medfører noe usikkerhet mht. inntekter (DRG) og ventetidsmålinger. Aktiviteten per februar er vesentlig bedret både for somatikk og psykiatri, selv om det fortsatt er noe bak plan. Medikamentkostnadene ligger også høyt både i februar og hittil i år. Det er likevel først og fremst kostnader til bemanning som medfører de største avvikene mot budsjett så langt i år.

Endringsarbeidet i klinikkene er en krevende oppgave som kommer på toppen av løpende drift. Det erkjennes at det oppnås størst effekter der det settes inn ekstra ressurser i endringsarbeidet. Dette ser vi både i arbeidet med poliklinikk ved RS og innføring av langvakter i hele foretaket. Det vil derfor mobiliseres ytterligere ressurser fra stab og støtte til å bistå i endringsarbeidet. Dette vil spesielt rettes inn mot digitalisering av tjenestene for å frigjøre ressurser til pasientbehandling og reduksjon av ventetider, samt i arbeidet med oppgavedeling.

Ventetider er noe redusert sammenlignet med foregående måned både i somatikk og psykiatri. Kravet for 2024 er en reduksjon fra 2023, og vil bli fulgt tett opp.

Status bærekraftsplanen - implementering av langvakter

Sentralt ressursteam har sammen med HR, tillitsvalgte, vernetjenesten, kontrollere og klinikkene jobbet videre med og bredde ut langvakter i tråd med rammeplan for langvakter. Hensikten med å innføre langvakter er hovedsakelig å flytte timer fra ukedager til helg. Dette for å sikre god kompetansesammensetning i helger og dekke helgevakter med kjent personell.

Gjennom sommeren 2024 vil 23 av 47 av større sengeposter/pleieenheter innføre langvakter. Seksjonene melder at ca. 50 % av ansatte er med i ordningen, som medfører at seksjonen vil klare å fylle ledige vakter i helgene med kjent personell og kompetanse. Tilbudet om langvakter er ikke begrenset til sommerferieperioden, men fortsetter så lenge utprøvingstiden gjelder, i første omgang ut 2024.

Seksjoner som av ulike årsaker ikke har innført langvakter er føde/barsel- og anestesivdeling.

Administrerende direktørs vurderinger

Bærekraftsplanens innsatsområder konsentrerer seg om å få kontroll både på inntekter og kostnader. På inntektssiden rettes arbeidet mot poliklinikk, operasjonsaktivitet og korrekt medisinsk koding. På kostnadssiden retter arbeidet seg i hovedsak inn mot å innføre fleksibilitet i arbeidstidsordninger, og spesifikt tilby langvakter til de som ønsker det. Dette for å redusere kostbare og u hensiktsmessige løsninger som innleie og overtid, og påvirke rekruttering, turnover og sykefravær. Oppgavedeling og målrettet arbeid for å redusere plunder og heft i arbeidshverdagen er også prioritert. Vi begynner å se effekt på ventetider og ventelister. Noen klinikker viser også tydelig forbedring på bemanningsutvikling.

Bemanningsutviklingen er allikevel bekymringsfull. Fleksible arbeidstidsordninger vil vi begynne å se effekter av før sommeren, men i hovedsak etter sommerfeieavviklingen. Alle enheter skal gå igjennom sine bemanningsplaner på nytt, uavhengig av om det er planlagt med langvakter eller ikke. Det er behov for å finne ytterligere tiltak sammen med de tillitsvalgte og vernetjeneste.

Resultatutviklingen så langt i 2024 kan indikere at vi ikke vil klare resultatkravet på 238 MNOK for året. Samtidig er det tidlig på året, og flere av tiltakene som er iverksatt vil få full effekt først senere. Vi vil måtte vurdere å redusere investeringsnivået om resultatene ikke raskt viser nødvendig forbedring.

Styret bes om å ta virksomhetsrapporten til orientering.

Vedlegg:

1. Virksomhetsrapportering pr. februar 2024.
2. Bærekraftsplan - rapport mars 2024

Vedlegg

Virksomhetsrapportering pr. 29. februar 2024

Innhold

Sammendrag.....	2
Styrke brukermedvirkning og brukerstyring.....	2
Skape trygge og helhetlige pasientforløp.....	2
Sikre personell med rett kompetanse.....	4
Sikre bærekraftig økonomi.....	5

Sammendrag

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

Styrke brukermedvirkning og brukerstyring

VVHF		Februar	Hittil i år	Prognose
AKTIVITET - Telefon- og videokonsultasjoner - ANDEL	Resultat	10,9	11,8	15,0
	Plan	15,0	15,0	15,0
	Avvik	-4,1	-3,2	0,0
	I fjor	10,9	11,2	11,7

Telefon- og videokonsultasjoner

Andel telefon- og videokonsultasjoner er på 11,8 % per februar, 1,4 prosentpoeng ned fra desember 2023. Målet for 2024 er minimum 15 % for somatikk og 20 % for psykisk helsevern. Andelen sees i sammenheng med øvrige verktøy for digital hjemmeoppfølging som følges opp tertialvis. I 2023 var det en betydelig vekst innen skjemabasert egenregistrering sammenlignet med 2022 og det er forventet en fortsatt økning i takt med at flere digitale pasientforløp etableres og eksisterende tilbud (19 forløp) breddes i Vestre Viken HF. I forbindelse med implementering av DIPS Arena 10. februar får klinikkene også tilgang til et betydelig enklere verktøy for booking og gjennomføring av videokonsultasjoner. I perioden desember 2023 – februar 2024 er det gjennomført en kartlegging av nye muligheter for digitale konsultasjoner i klinikkene. Kartleggingen er sammenstilt og planen for kampanjen «#Digitalt først» fremlegges ledergruppen til beslutning medio mars. Kampanjen er planlagt til uke 17 og vil ha som hovedmål øke etterspørselen for digitale konsultasjoner i Vestre Viken HF fra pasienter og pårørende, samt gjøre kjent de nye mulighetene i DIPS Arena for ansatte. Det er også planlagt organisert opplæring av helsesekretærer og behandlere med behov for å kunne booke og gjennomføre digitale konsultasjoner.

Skape trygge og helhetlige pasientforløp

VVHF		Februar	Hittil i år	Prognose
KVALITET - Kreftbehandling: Pakkeforløp gjennomført innen definert forløpstid - ANDEL	Resultat	0	60	70
	Plan	70	70	70
	Avvik	-70	-10	0
	I fjor	76	73	70
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet Somatikk - DAGER	Resultat	75	76	65
	Plan	65	65	65
	Avvik	10	11	0
	I fjor	69	69	73
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet PHR - DAGER	Resultat	48	48	40
	Plan	40	40	40
	Avvik	8	8	0
	I fjor	45	46	46
KVALITET - Overholdelse av pasientavtaler - ANDEL	Resultat	86	87	95
	Plan	95	95	95
	Avvik	-9	-8	0
	I fjor	88	88	87
AKTIVITET - Avslag BUPA - ANDEL	Resultat	14,1	11,1	10,0
	Plan	10,0	10,0	10,0
	Avvik	-4,1	-1,1	0,0
	I fjor	16,8	17,6	17,5

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

Pakkeforløp for kreft

Vestre Viken ligger med gjennomført 60 % av pakkeforløpene innen anbefalt tid per januar, noe under målkravet på 70 %. Tall per februar er ikke mottatt fra NPR, samt at det i forbindelse med overgangen til DIPS Arena forventes redusert datakvalitet da pakkeforløp som er startet i DIPS Classic må avsluttes der og nye pakkeforløp etableres i DIPS Arena. Slik vil det være i en overgangsfase inntil alle nye forløp følges i DIPS Arena. DIPS Arena har derimot en ny og forbedret modul for oppfølging av pakkeforløp, slik at datakvaliteten og oppfølgingen vil bli bedre. Det utføres forløpsgjennomganger i klinikkene for pakkeforløp med manglende måloppnåelse slik at utfordringsområder/flaskehalses identifiseres og iverksettelse av ytterligere tiltak kan gjøres. Vestre Viken HF har nylig igangsatt en prosess for å sertifisere organisasjonens arbeid på kreftområdet (OECD, Cancer Centre) som ledd i etablering av et virtuelt kreftsentrum i VVHF. Det er forventet at en slik sertifisering, med tilhørende og nødvendige organisatoriske tiltak, vil gi gevinster også i form av økt gjennomføring av pakkeforløp innen anbefalt tidsfrist. Sertifiseringsprosessen anslås å ta 18-24 måneder, men effekter vil kunne komme fortløpende i tråd med at prosessen krever tiltak i organisasjonen for å oppnå krav i henhold til sertifiseringen.

Ventetid somatikk

Ventetiden for avviklede konsultasjoner innen somatikk var 76 dager per februar og innebærer en minimal økning fra desember. Det at ventetidene øker midlertidig i etterkant av ferieperioder er et kjent fenomen, slik at utviklingen vurderes som stabil. Bærekraftsplanen inneholder flere tiltak som samlet skal bidra til å øke kapasiteten både poliklinisk og ved operasjon/dagkirurgi. Innenfor flere fagområder ser man nå reduksjon i ventetider og antall ventende. Innenfor øyesykdommer, der vi har store kapasitetsutfordringer, ser vi nå at ventetiden avtar på fjerde måneden på rad og antallet ventende reduseres samtidig. Det observeres reduksjon i ventetider også for hjertesykdommer og mage-tarmsykdommer hvor vi også har kapasitetsutfordringer. Det er gjennomført spesifikke tiltak som styret er orientert om tidligere. Pågående arbeid med organisering av poliklinikkvirksomheten ved Ringerike sykehus har allerede vist en reduksjon i fristbrudd (gastromedisin) oversendt Helfo. Klinikken gjennomgår og prioriterer pasienter fra ventelisten slik at ventetiden er forsvarlig.

Ventetid psykisk helse og rus

Innen psykisk helsevern og TSB er ventetiden samlet per februar 48 dager. Ventetiden er redusert i forhold til i fjor innen BUP. Antall henviste pasienter er fortsatt høyt, særlig innen VOP. Det er som nevnt kjent at det forekommer mindre økninger i ventetid i etterkant av ferieperioder. I tillegg tilskrives noe av årsaken til økt ventetid innen VOP innføring av felles henvisningsmottak i høst.

BUPA har dialogbasert inntak sammen med kommunene som supplement til vurderingssamtaler. Dette fører til færre avslag, og til at pasienter og familier får behandling på riktig nivå. I tillegg ser det ut til at det er en positiv sammenheng mellom dialogbasert inntak og reduksjon i ventetid.

Det arbeides videre med å identifisere virksomme tiltak for å redusere ventetiden innen VOP.

Overholdelse av pasientavtaler

Andel overholdte pasientavtaler var 87 % per februar – uendret fra desember og noe under mål på 95%. Pågående tiltak for å øke planleggingshorisonten, redusere andel ikke møtt samt et økt tilbud om digitale konsultasjoner forventes å øke overholdelsen av pasientavtalene fremover.

Avslag BUP

Andel avslag innen BUPA er 11,1 % per februar, som er en betydelig reduksjon fra fjoråret. Målet er på 10%, så resultatet er følgelig oppnådd i januar.

Sikre personell med rett kompetanse

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

Sykefravær

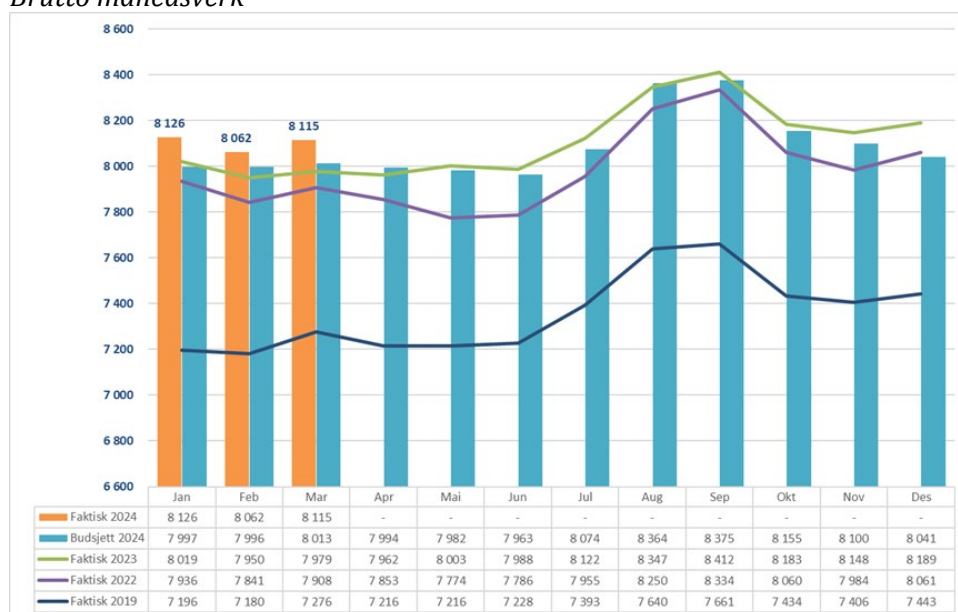
Måltall for sykefravær periodiseres over året basert på historikk fra tidligere år. Nivået på fraværet i februar er i tråd med periodisert måltall. Fraværsprosenten hittil i år (per februar) på 9,2 % fordeler seg med 6,0 % i langtidsfravær og 3,2 % i korttidsfravær. Korttidsfraværet per februar i fjor var 3,3 %. Klinikkerne har laget gode rutiner for å systematisere sykefraværsoppfølging og nærværarbeid. Det samarbeides godt med tillitsvalgte og verneombud. HR bistår ledere med sykefraværsoppfølging, nærværarbeid, tilrettelegging og helsemessig omstilling. Samtidig arbeides det aktivt med oppgavedeling, for å avlaste klinisk personell. Utprøving av langvakter og tilbud om andre typer fleksibilitet i arbeidstidsordning er under utprøving i alle klinikker. Erfaringen fra pilotenhetene sommeren 2023 var at dette bidro til å redusere sykefraværet.

AML-brudd

Per februar var gjennomsnittlig andel AML-brudd 2,8 % av alle vakter i foretaket, som er høyere enn samme periode i fjor. Årsakene til AML-bruddene forklares med redusert tilgang på kvalifisert personell, sykefravær og ubesatte stillinger grunnet turnover og utfordringer med å rekruttere nødvendig kompetanse. Turnover innebærer ofte ledighet i en periode. Innføring av DIPS Arena har medført økte AML-brudd i enkelte avdelinger. Overtid og merarbeid må fordeles på flere, slik at belastningen ikke blir for høy for enkelte. Ved årsskifte er det viktig at ledere oppdaterer dispensasjoner og regelsett i GAT, for å unngå unødvendige AML-brudd. HR tilbyr kurs, opplæring og e-læringskurs i turnus, kalenderplan og arbeidstidsplanlegging.

Sikre bærekraftig økonomi

VVHF		Februar	Hittil i år	Prognose
ØKONOMI - Driftsresultat - TNOK	Resultat	-7 877	-10 098	138 000
	Plan	19 833	39 667	238 000
	Avvik	-27 710	-49 765	-100 000
	I fjor	-17 096	-24 398	23 251
HR - Brutto Månedsværk - ANTALL (Mars)	Resultat	8 115	8 101	8 152
	Plan	8 015	8 005	8 088
	Avvik	-100	-96	-64
	I fjor	7 979	7 983	8 109
AKTIVITET - DRG-Poeng Somatikk - ANTALL	Resultat	10 385	21 272	124 756
	Plan	10 404	21 852	124 756
	Avvik	-19	-580	0
	I fjor	10 165	21 009	120 383
AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	14 190	29 425	170 798
	Plan	15 117	31 773	170 798
	Avvik	-927	-2 348	0
	I fjor	14 288	30 059	166 797
AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	8 025	16 840	102 008
	Plan	8 723	18 600	102 008
	Avvik	-698	-1 760	0
	I fjor	8 394	17 950	95 499

Brutto månedsværk


Det har vært høyt sykefravær de siste månedene som påvirker brutto månedsværk siden dette telles i utbetalingsmåned og ikke fraværsmåned. Gjennomsnittlig brutto månedsværk i mars er 8 115, som er 102 brutto månedsværk mer enn budsjett. Det er en økning på 53 brutto månedsværk fra februar til mars. Det er ikke fullt ut sammenheng mellom periodiserte måltall for sykefravær og budsjettering av bemanningskostnader.

Aktivitet somatikk

Det er noe usikkerhet knyttet til tallene på grunn av innføring av DIPS Arena, spesielt på poliklinikk. Det er samlet sett mindre avvik i aktivitet på døgn og dagkirurgi målt mot budsjett i februar enn i januar. Blant annet viser DS og KS en tydelig forbedring i februar, mens det på BS har vært lavere aktivitet i februar, relatert til ø-hjelp både innenfor medisin og kirurgi.

Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus

Det er en bedring i aktiviteten fra januar til februar. Årsakene til lavere aktivitet forklares med høyt sykefravær, noe avlysninger grunnet vær-situasjon og også noe tidsbruk medgått til nødvendig opplæring i DIPS Arena. Det jobbes med bedring av kodekvalitet for å registrere korrekt, og med organisering av poliklinikkene for å øke kapasiteten.

Driftsresultat

Korrigert for økte pensjonskostnader og et lavere nivå på vedlikehold over drift enn budsjettet, er det et negativt avvik på 50 MNOK hittil i år og 26,8 MNOK i februar måned.

Inntektssiden viser en forbedring fra januar, og i måneden isolert er avviket på 2,2 MNOK. Det er et negativt avvik på 17,3 MNOK på ISF-inntekter og 0,2 MNOK på gjestepasientinntekter. Det var en stor økning i utskrivningsklare pasienter i januar. Dette har blitt fulgt opp i dialog med aktuelle kommuner. I februar er inntektene omtrent på budsjettet nivå. Totale inntekter viser et negativt avvik på 16,5 MNOK per februar.

Gjestepasientkostnader inkl. kjøp av tjenester er på 13,8 MNOK. Gjestepasientkostnadene varierer noe fra måned til måned, og det er for tidlig å si om februarregnskapet gir uttrykk for et økt kostnadsnivå.

Pensjonskostnadene er etter siste beregning økt med ca. 39 MNOK for året, som forventes kompensert ved revidert nasjonalbudsjett. Per februar utgjør dette 6,5 MNOK i økte pensjonskostnader fra budsjett.

Drammen sykehus, Bærum sykehus og Klinikk for Psykisk helse og rus har en forbedring på lønnskostnader i februar måned. Samlet er lønnskostnader uten økt pensjon 7,4 MNOK over budsjett per februar. Det er fortsatt overforbruk på både fast og variabel lønn i flere av klinikkene. Det er noe bruk av innleie som følge av rekrutteringsutfordringer og høyt fravær ved enkelte avdelinger. Innleienivået er imidlertid lavt, jf. tabell nedenfor. RS og DS har et forbruk lavere enn budsjett både i februar og hittil i år.

Per februar er andre driftskostnader 2,6 MNOK lavere enn budsjett. Dette skyldes i hovedsak lavere kostnader til bygg vedlikehold over drift. Det er høyere energikostnader med ca. 1,4 MNOK per februar på grunn av høyere forbruk enn budsjettet. Spesielt januar måned var en kald måned.

Det er 1,9 MNOK i høyere netto finans enn budsjettet. Dette skyldes høyere rentesatser enn forutsatt i budsjettet.

Lønn til fast ansatte

Faktisk pr måned - Fast lønn	feb. 23	mar. 23	apr. 23	mai. 23	jun. 23	jul. 23	aug. 23	sep. 23	okt. 23	nov. 23	des. 23	jan. 24	feb. 24
10 - Klinikk Drammen sykehus	130 382	124 109	123 359	131 540	- 260	131 470	128 952	161 669	138 617	133 719	137 800	133 973	141 948
20 - Klinikk Bærum sykehus	79 757	76 206	75 940	82 741	3 617	81 731	80 193	97 785	86 146	82 173	84 630	82 158	86 022
30 - Klinikk Ringerike sykehus	40 531	37 542	37 674	42 067	1 790	40 853	39 133	47 628	41 010	40 292	41 969	40 606	43 253
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	23 000	21 858	21 397	23 217	1 295	22 954	22 091	26 323	23 580	22 622	22 406	22 675	24 118
50 - Klinikk for Intern service	26 333	25 336	25 116	26 878	- 329	26 345	27 281	32 159	27 307	27 042	28 234	27 325	28 740
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	121 873	118 144	117 513	123 988	88	121 994	119 726	148 102	126 710	125 449	124 606	123 850	127 861
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	22 801	21 159	20 907	23 782	2 818	22 866	21 543	25 022	22 669	22 645	25 435	23 946	26 605
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	44 506	43 537	44 112	45 797	- 3 027	46 436	45 300	56 812	46 724	46 483	47 423	47 585	48 826
Staber og overordnet	6 008	9 452	8 871	15 302	568 248	- 211 600	- 64 700	- 79 925	- 28 925	- 3 662	- 11 320	13 976	7 238
Totalsum	495 191	477 344	474 890	515 311	574 240	283 049	419 518	515 574	483 840	496 764	501 184	516 093	534 613

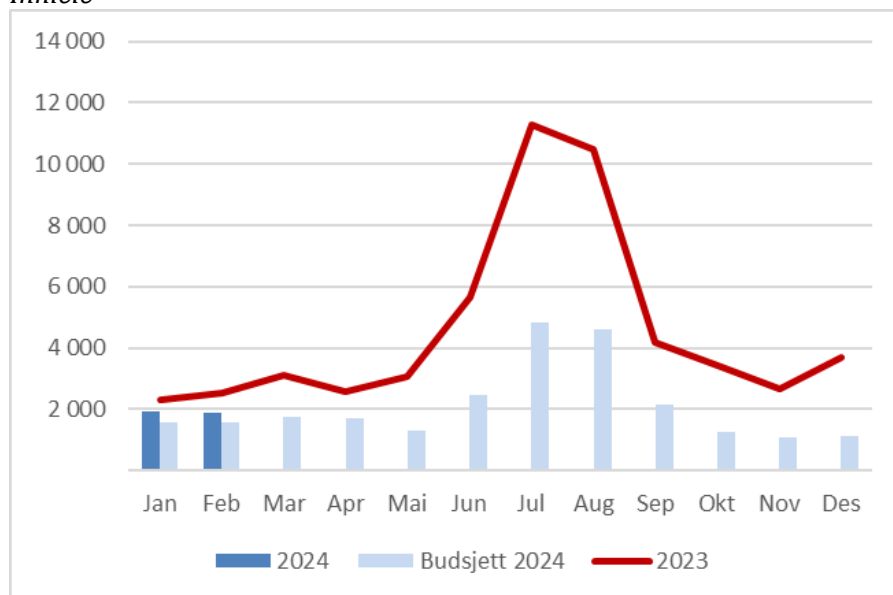
Overtid - utvikling pr. måned

Faktisk pr måned - Overtid og ekstrahjelp	feb. 23	mar. 23	apr. 23	mai. 23	jun. 23	jul. 23	aug. 23	sep. 23	okt. 23	nov. 23	des. 23	jan. 24	feb. 24
10 - Klinikk Drammen sykehus	5 965	8 087	7 659	7 587	5 630	7 378	10 071	11 198	9 218	9 503	11 482	10 259	7 707
20 - Klinikk Bærum sykehus	4 894	6 166	5 685	5 619	4 886	5 876	7 247	7 803	6 949	6 303	9 007	7 048	6 586
30 - Klinikk Ringerike sykehus	2 866	3 421	3 759	3 237	3 438	3 391	3 921	5 719	4 551	4 131	5 612	3 897	4 037
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	1 789	2 008	2 002	2 052	1 469	1 775	1 708	1 861	2 094	2 205	2 795	2 195	2 082
50 - Klinikk for Intern service	553	556	508	612	499	701	650	817	680	633	1 109	832	907
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	5 780	6 305	5 143	6 032	4 777	7 026	6 686	6 419	7 676	7 088	8 371	6 753	6 257
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	1 228	1 052	1 367	1 475	1 126	1 655	1 852	2 405	1 517	1 556	2 467	1 530	1 387
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	2 579	2 536	2 389	2 532	2 454	2 780	2 071	2 100	2 574	2 602	3 267	2 603	2 635
Staber	1 572	1 453	1 302	1 684	- 394	1 715	1 564	2 101	1 609	1 587	1 196	1 101	1 526
Totalsum	27 228	31 585	29 816	30 830	23 884	32 297	35 770	40 424	36 866	35 608	45 306	36 217	33 126

Innleie – utvikling pr. måned

Faktisk pr. måned - Innleie	feb. 23	mar. 23	apr. 23	mai. 23	jun. 23	jul. 23	aug. 23	sep. 23	okt. 23	nov. 23	des. 23	jan. 24	feb. 24
10 - Klinikk Drammen sykehus	653	589	334	900	1 428	2 100	3 946	950	- 46	9	132	278	263
20 - Klinikk Bærum sykehus	258	687	279	302	2 057	3 496	2 030	539	125	203	264	253	155
30 - Klinikk Ringerike sykehus	744	993	872	991	1 220	3 292	2 271	939	1 601	1 056	1 712	412	230
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	76	216	288	163	249	896	769	972	999	380	747	138	371
50 - Klinikk for Intern service													
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	781	466	548	576	755	883	943	540	564	924	734	695	799
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)		186	249	91		621	512	266	178	86	121	150	49
Staber og fellesøkonomi	29	- 29	27	28	- 42	- 8	23	- 10	- 13				
Totalsum	2 542	3 108	2 597	3 051	5 667	11 281	10 494	4 196	3 406	2 657	3 710	1 927	1 866

Innleie



Prognose

Prognosen tilsier et årsresultat på 138 MNOK, som er 100 MNOK bak budsjett. Inntektssiden er noe usikker som følge av DIPS Arena implementering i februar. Det estimeres foreløpig aktivitet i henhold til budsjett. Lønnskostnader ligger over budsjett. Det er kartlagt enheter som vil innføre langvakter utover våren og sommeren. Dette vil påvirke lønnskostnadene.

Beregning av effekter at innføring langvakter er under arbeid. Det vil også bli gjort en gjennomgang av alle bemanningsplaner, sammen med tillitsvalgte og vernetjeneste, for å identifisere flere mulige grep som kan bidra til å bedre den økonomiske situasjonen. Utviklingen

på inntektssiden vil være vesentlig for de endelige resultater. Det er forbundet med usikkerhet å avgi prognose etter kun to måneder.

Statusrapport

Handlingsplan for bærekraftig utvikling

Mars 2024



Bakgrunn og innledning

Formålet med denne rapporten er å gi en samlet status på gjennomføringen av Handlingsplan for bærekraftig utvikling i Vestre Viken («Bærekraftsplan») og tilhørende resultatoppnåelse.



Sammendrag

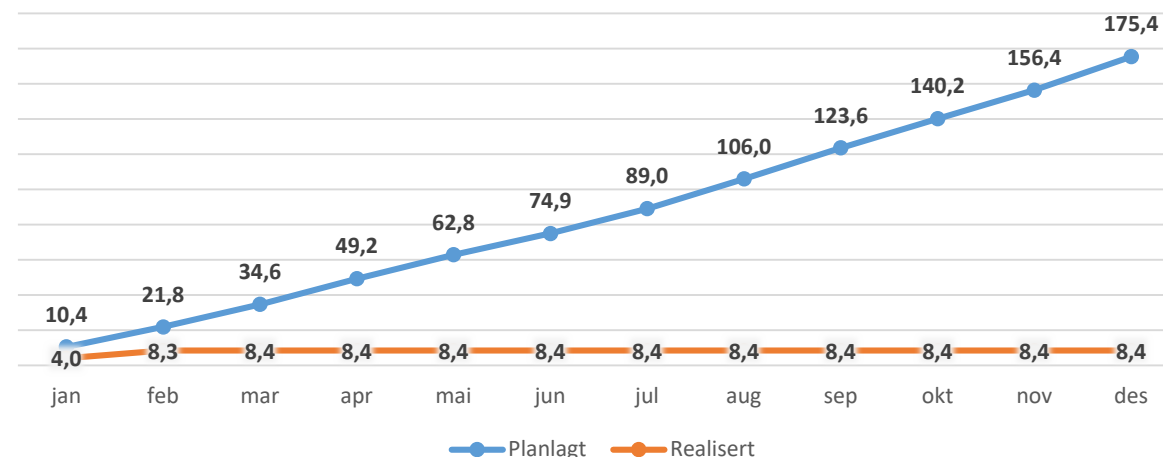
29% av milepæler og aktiviteter rapporteres som fullført, og kun 2% som forsinket.

Resultatmålet hittil i år er imidlertid ikke nådd. **Det rapporteres realisert 8,4 millioner kroner, som tilsvarer 38 % (27 % i februar) av planlagte 21,8 millioner kroner, så langt i år.**

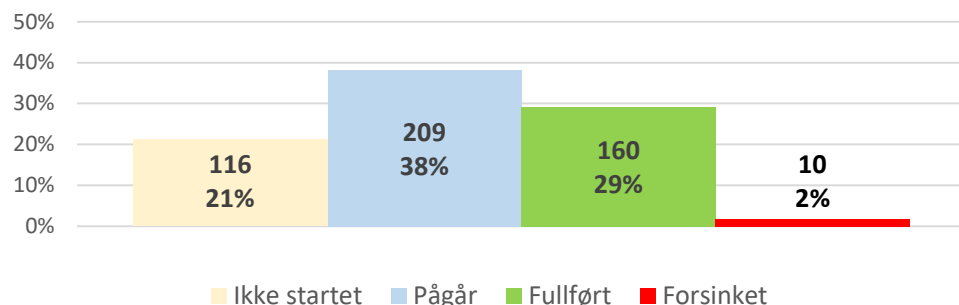
PHR, KMD og Stab teknologi var områdene som realiserte de planlagte resultatene.

Det er fortsatt forbedringspotensial når det gjelder å formulere aktiviteter og milepæler som skal føre til konkrete resultater.

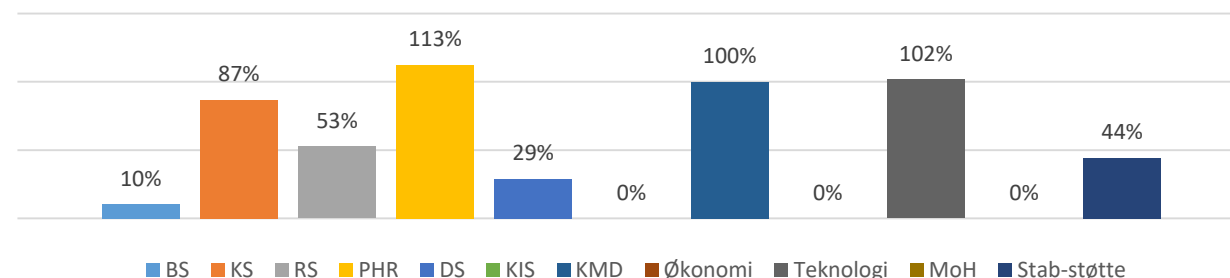
Akkumulert planlagt vs realisert gevinstuttak



Fordeling per statusindikator



Realisert HiÅ - % av planlagt



Risiko

Uendret ift. forrige rapport.

Det rapporteres at 6 (1%) av tiltak, milepæler og aktiviteter er utsatt for vesentlig risiko.

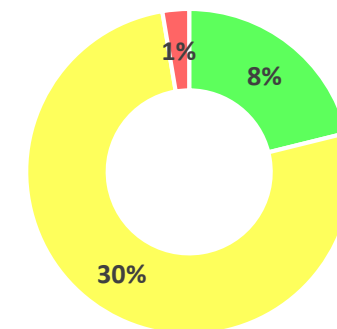
Drammen sykehus melder om risiko for redusert gevinst på grunn av usikkerhet knyttet til tillegg i avtaler for turnusplaner 24/7. De rapporterer også om at prosesser i forbindelse med samarbeid mellom KS og DS tar lang tid, noe som skaper risiko for gevinstrealisering.

Bærum sykehus og Ringerike sykehus indikerer vesentlig risiko ved flere tiltak.

Tiltak, milepæler og aktiviteter beheftet med vesentlig risiko:

Klinikk/Stab	Tiltaksområde	Tiltak/Milepæl/Aktivitet/Oppgave	Risiko	Konsekvens av risiko	Hvis risiko - kort forklaring
DS	Standardisering	Turnusplaner 24/7 - Sommerturnus 2024 med samdrift for Føde i KS/DS er ferdig og godkjent	Vesentlig	Redusert gevinst	Prosess mellom klinikkene tar lenger tid enn antatt
DS	Standardisering	Plan for sambruk av gynekologer KS/DS er ferdig avklart	Vesentlig	Redusert gevinst	Ikke igangsatt i VV
DS	Standardisering	Kodesikring pasientaktivitet	Vesentlig	Redusert gevinst	Allerede avdekket mindre gevinst enn antatt på deler av dette, sett opp mot VV for øvrig.
BS	Organisering og struktur	Redusert variabel lønn - Langvakter (redusert variabel lønn + redusert turnover)	Vesentlig		
BS	Standardisering	Riktig areal bruk - kartlegging og utnyttelse, evt. etablering/ombygging	Vesentlig		
RS	Teamarbeid og oppgavedeling	Rekruttering av fast ansatte til 3. etg for å redusere bruk av vikarbyrå	Vesentlig		

Risiko - fordeling etter alvorlighetsgrad



■ Liten ■ Moderat ■ Vesentlig

		Sannsynlighet				
		1 Meget liten Ingen kjente tilfeller	2 Liten Kjenner tilfeller	3 Moderat Flere enkelttilfeller	4 Stor Periodevis lengre varighet	5 Svært stor Hele tiden
Konsekvens	5 Katastrofal	Moderat	Vesentlig	Vesentlig	Vesentlig	Vesentlig
	4 Betydelig	Moderat	Moderat	Vesentlig	Vesentlig	Vesentlig
	3 Moderat	Liten	Moderat	Moderat	Vesentlig	Vesentlig
	2 Mindre alvorlig	Liten	Liten	Moderat	Moderat	Vesentlig
	1 Ingen	Liten	Liten	Liten	Moderat	Moderat

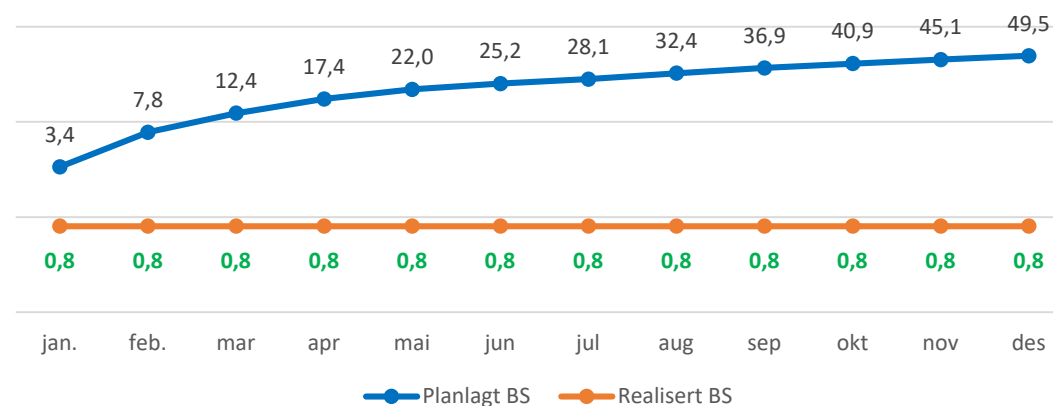
Statusrapport - Handlingsplan for bærekraftig utvikling

Bærum sykehus

Planlagt resultat i hittil 7,8 MNOK, realisert 0,8 MNOK (10%).

Oppfølging av aktivitet FØB (opptrapping Luna) har ført til en realisert gevinst på 0,8 millioner kroner i januar.

Planlagt vs. Realisert (akkumulert)



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet/Oppgave	Startdato	Sluttdato	Status	Risiko	Gevinstmål 2024	Totalt planlagt	Totalt realisert
Teamarbeid og oppgavedeling	Sengeposter	Sikre pasientforløp sengepost inkl. redusert turnover	29.10.2023	27.12.2024	Pågår	Moderat	22,7	22,7	
Teamarbeid og oppgavedeling	Endring ferieavvikling og bemanning i lavdriftsperioder.	Sommerferieavvikling - Ferieavvikling iht. budsjett	31.10.2023	01.03.2024	Pågår	Moderat	4,3	4,3	
Teamarbeid og oppgavedeling	Operasjonsaktivitet	Økt aktivitet dagkirurgi - 7 dagkir. inngrep hver fredag,	18.10.2023	27.12.2024	Pågår	Moderat	1,8	1,8	
Teamarbeid og oppgavedeling	Operasjonsaktivitet	Sikre full utnyttelse av alle operasjonsteam - Forbedring Operasjonsforløpet	04.09.2023	31.12.2024	Pågår	Moderat	11,3	11,3	
Organisering og struktur	Optimalisere ressursbruk	Optimalisering av aktivitet MED Dagpost - Redusere variabel lønn	01.04.2023	27.12.2024	Pågår	Moderat	0,6	0,6	
Digital transformasjon	Digital hjemmeoppfølging	Økt bruk av DHO og telefon- og videokonsultasjoner - Flere pasienter/konsultasjoner innenfor samme bemanning	01.01.2023	27.12.2024	Pågår	Moderat	1,4	1,4	
Organisering og struktur	Optimalisere poliklinikk	Sikre pasientforløp Poliklinikk - Forbedringsarbeid innenfor flere seksjoner	01.01.2023	27.12.2024	Pågår	Moderat	5,0	5,0	
Teamarbeid og oppgavedeling	Aktivitet FØB	Oppfølging av aktivitet FØB	01.09.2023	31.12.2024	Pågår		0,5	0,5	0,8
Standardisering	Engangseffekter	Ekstern finansiering, Endring ADK og kjøp av utstyr, standardisering varekost	01.01.2024	31.12.2024			2,0	2,0	
							49,5	49,5	0,8

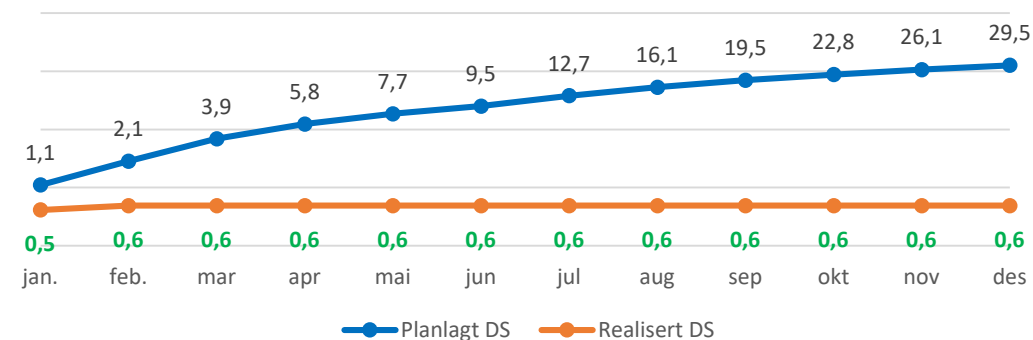
Statusrapport - Handlingsplan for bærekraftig utvikling

Drammen sykehus

Planlagt resultat hittil 2,1 MNOK, realisert 0,61 MNOK (29%).

Effekter som er oppnådd så langt knyttes til økt antall operasjoner, fjerning ambuleringsstillegg leger, og Endret UTA/vaktlønn AMM leger i akuttmottaket DS

Planlagt vs. Realisert (akkumulert)



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

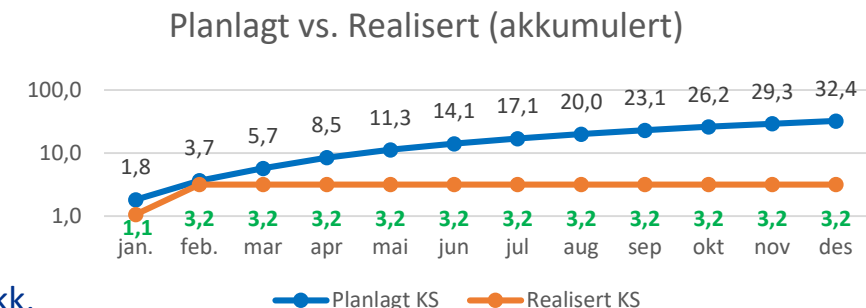
Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet/Oppgave	NSD-relatert	Startdato	Sluttdato	Status	Risiko	Gevinstmål 2024	Totalt planlagt	Totalt realisert
Standardisering	Varekostnader	Varekostnader		01.11.2023	01.09.2024	Pågår	Moderat	3,5		
Teamarbeid og oppgavedeling	Varekostnader	Alt innkjøp overtatt av KIS - kostnadsreduksjon	Ja	01.09.2024	01.09.2024	Ikke startet	Moderat		0,6	
Standardisering	Varekostnader	Iverksatt ny avtale for implanter hofter - kostnadsreduksjon		08.02.2024	08.02.2024	Fullført	Liten		0,56	
Standardisering	Turnusplaner 24/7	Turnusplaner 24/7		01.12.2023	01.05.2024	Pågår	Moderat	7	7	
Standardisering	Polikliniske timer satt opp for alle pasienter	Polikliniske timer satt opp for alle pasienter		02.11.2023	01.05.2024	Pågår	Moderat	3	3	
Standardisering	Polikliniske timer på morgenen	Polikliniske timer på morgenen		31.12.2023	27.12.2024	Pågår	Moderat	1	1	
Standardisering	Kodesikring pasientaktivitet	Kodesikring pasientaktivitet		15.12.2023	01.10.2024	Pågår	Vesentlig	7	1,25	
Standardisering	Sykefraværsoppfølging	Sykefraværsoppfølging		15.01.2024	15.01.2025	Pågår	Moderat	5	4,98	
Teamarbeid og oppgavedeling	Operasjonsplanlegging	Operasjonsplanlegging		01.12.2023	01.03.2024	Pågår	Moderat	4	4	
Teamarbeid og oppgavedeling	Operasjonsplanlegging	Teamorganisering ortopedi sentraloperasjon - Flere operasjoner		-	-	Pågår	Liten		1,85	0,3
Teamarbeid og oppgavedeling	Operasjonsplanlegging	Teamorganisering ortopedi dagkirurgi - Flere operasjoner		-	-	Pågår	Moderat		2,49	
Teamarbeid og oppgavedeling	Operasjonsplanlegging	Teamorganisering gynekologi sentraloperasjon - Flere operasjoner		-	-	Pågår	Liten		0,67	0,2
Organisering og struktur	Samling pediatrik poliklinikk på Drammen	Fjerning ambuleringsstillegg leger - kostnadsreduksjon		02.01.2024	-		Liten		0,52	0,1
Organisering og struktur	Samling pediatrik poliklinikk på Drammen	Økning i antall behandlet på pediatrik poliklinikk - Flere pasienter		02.01.2024	-		Moderat		0,31	
Organisering og struktur	Endring UTA/vaktlønn AMM leger	Endret UTA/vaktlønn AMM leger i akuttmottaket DS - kostnadsreduksjon		02.01.2024	02.01.2024	Fullført			0,36	0,1
Digital transformasjon	DHO	DHO - Flere forløp implementert		01.03.2023	31.12.2024		Moderat		0,9	
								30,5	29,5	0,61

Statusrapport - Handlingsplan for bærekraftig utvikling

Kongsberg sykehus

Planlagt resultat hittil 3,7 MNOK, realisert 3,2 MNOK (87%).

Iverksettelse av ny turnus (Post A, Post B og Intensiv), optimalisering av driften ved medisinsk poliklinikk, igangsettelse av Master survery Scheduling Trinn 1 samt kodesikring førte til resultater i januar og februar.



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet/Oppgave	Startdato	Sluttdato	Status	Risiko	Gevinstmål 2024	Totalt planlagt	Totalt realisert
Teamarbeid og oppgavedeling	Sammenslåing Sengepost A og B	Iverksette ny turnus Post A	01.01.2024	01.01.2024	Fullført	Liten	2	2	0,3
Teamarbeid og oppgavedeling	Sammenslåing Sengepost A og B	Iverksette ny turnus Post B	01.01.2024	01.01.2024	Fullført	Liten	2	2	0,3
Teamarbeid og oppgavedeling	Sammenslåing Sengepost A og B	Iverksette ny turnus Intensiv	01.01.2024	01.01.2024	Fullført	Liten	2	2	0,3
Teamarbeid og oppgavedeling	Innføring 12,5t-Vakter Permanent sengeposter	Iverksette ny turnus	05.02.2024	02.06.2024	Pågår	Moderat	0,6	0,6	
Teamarbeid og oppgavedeling	AKU ned 15% i drifts kost	Iverksette og oppfølging ny turnus	31.12.2024	31.12.2024	Fullført	Moderat	1,0	1	
Standardisering	Med POL	Optimalisering av drift ved medisinsk poliklinikk	01.06.2023	01.06.2023	Fullført		1,5	1,5	0,91
Standardisering	Kir POL, Trinn 1.	Flytte skadepol til AKU	01.01.2024	01.01.2024	Fullført			0,3	
Standardisering	Kir POL, Trinn 1.	Iverksette ny timebok Ort	01.04.2024	01.04.2024	Ikke startet		2	2,1	
Standardisering	Kir POL, Trinn 1.	Iverksette ny timebok Gyn	01.04.2024	01.04.2024	Ikke startet		1	1	
Standardisering	Kir POL, Trinn 2.	Iverksettelsen Økt Lis 1 el pol	01.04.2024	01.04.2024	Ikke startet		0,8	0,8	
Standardisering	Kir POL, Trinn 2.	Iverksette økt sykepleier pol	01.06.2024	01.06.2024	Ikke startet		0,6	0,6	
Standardisering	Kir POL, Trinn 2. Skjemabasert oppfølging DHO	Lande struktur	01.09.2024	01.09.2024	Ikke startet	Moderat	0,5	0,5	
Organisering og struktur	Master survery Scheduling, Trinn 1	Igangsette ny plan	31.11.2023	31.11.2023	Fullført		1,0	1	0,1
Organisering og struktur	Master survery Scheduling, Trinn 1 (Psientflyt, felles timebok VVHF på vakttid for ort Ø.hjelp)	Timebok øhjelp vakttid implementeres med dips arena	01.03.2024	01.03.2024	Ikke startet		2,2	2,2	
Organisering og struktur	Master survery Scheduling, Trinn 1 (Psientflyt, felles timebok VVHF på vakttid for ort Ø.hjelp)	Bredning av timebok resten av vv (Rs og BS)	01.04.2024	01.04.2024	Ikke startet		1,2	1,2	
Organisering og struktur	Master survery Scheduling, Trinn 2 (Iverksette Ny plan ort og Gyn)	Iverksettelse Ort Plan	01.04.2024	01.04.2024	Ikke startet	Liten	0,67	0,7	
Organisering og struktur	Master survery Scheduling, Trinn 2 (Iverksette Ny plan ort og Gyn)	Iverksettelse Gyn Plan	01.04.2024	01.04.2024	Ikke startet	Moderat	0,88	0,7	
Standardisering	Oppgavedeling Logistikk, lager og innkjøp		01.08.2023	31.08.2023	Fullført		2,3	2,3	
Teamarbeid og oppgavedeling	Kodesikring Med avd	Leger utfører egen kodesikring.	01.02.2024	31.12.2024	Fullført			10	1,3
							22,4	32,5	3,2

Statusrapport - Handlingsplan for bærekraftig utvikling

Ringerike sykehus

Planlagt resultat hittil 0,7 MNOK, realisert 0,35 MNOK (53%).

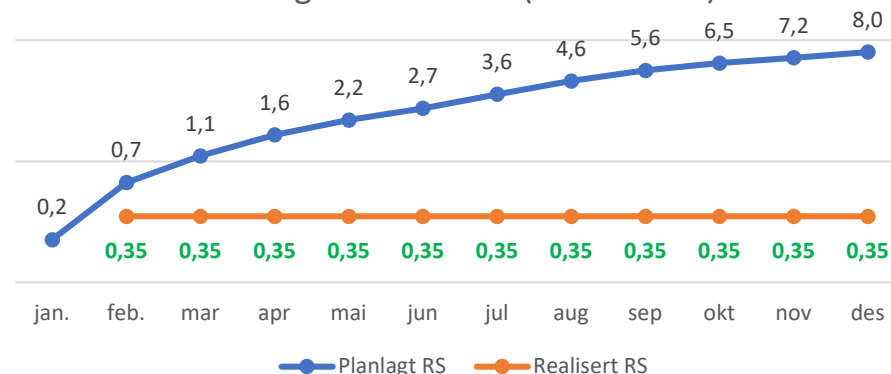
Gastromedisinsk poliklinikk:

Økt aktivitet i jan. og feb. med 4 DRG-poeng ift. 2023. Tilsvarende økt inntekt 85 687 kr. 20 saker i behandling hos Helfo. Men ingen nye fristbrudd har blitt registrert i Helfo siden prosedyren ble tatt i bruk i uke 3/2024.

Kardiologisk poliklinikk:

Økt aktivitet i jan. og feb. med 11 DRG-poeng ift. 2023. Tilsvarende økt inntekt 236 161 kr.

Planlagt vs. Realisert (akkumulert)



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet/Oppgave	Startdato	Sluttdato	Status	Risiko	Gevinstmål 2024	Totalt planlagt	Totalt realisert
Standardisering	Drift/ organisering av poliklinikk i de somatiske klinikkene	Aktiviteten økt med 240 kons./år - optimal ressursutnyttelse basert på langsiktige planer	11.04.2024	11.04.2024	Ikke startet	Liten	0,34	0,34	
Standardisering	Drift/ organisering av poliklinikk i de somatiske klinikkene	Reduksjon i fristbrudd - Implementere og bruke prosedyren - Bruk av eksterne behandlingssteder	04.01.2024	18.01.2024	Fullført	Liten	1,01	1,01	0,09
Standardisering	Drift/ organisering av poliklinikk i de somatiske klinikkene	Aktiviteten økt med 350 kons./år - drift med optimal logistikk og langsiktige planer	15.04.2024	15.04.2024	Ikke startet	Liten	0,59	0,59	
Standardisering	Drift/ organisering av poliklinikk i de somatiske klinikkene	Aktiviteten økt med 170 kons./år - Forbedringstiltak andre poliklinikk L/S/G/N	01.12.2023	27.12.2024	Pågår		0,38	0,38	0,24
Teamarbeid og oppgavedeling	Arbeidstid – rekruttering – sammensetning av Team	Innføring av langvakter: kartlegging blant personale er fullført	01.04.2023	20.01.2024	Pågår		1,17	1,17	
Teamarbeid og oppgavedeling	Arbeidstid – rekruttering – sammensetning av Team	Flexibel oppstart- og avslutningstidspunkt for vakter, for å redusere overtid etter vakt (ses opp mot innføring av kalenderplan)	01.09.2023		Pågår		1,10	1,10	0,03
Teamarbeid og oppgavedeling	Arbeidstid – rekruttering – sammensetning av Team	Rekruttering av fast ansatte til 3. etg for å redusere bruk av vikarbyrå	02.01.2023	15.12.2024	Pågår	Vesentlig	1,80	1,80	
Teamarbeid og oppgavedeling	ARP AIO	Operasjon knivtid start kl 08:45	28.08.2023		Pågår	Moderat	1,60	1,60	
							8,00	8,00	0,35

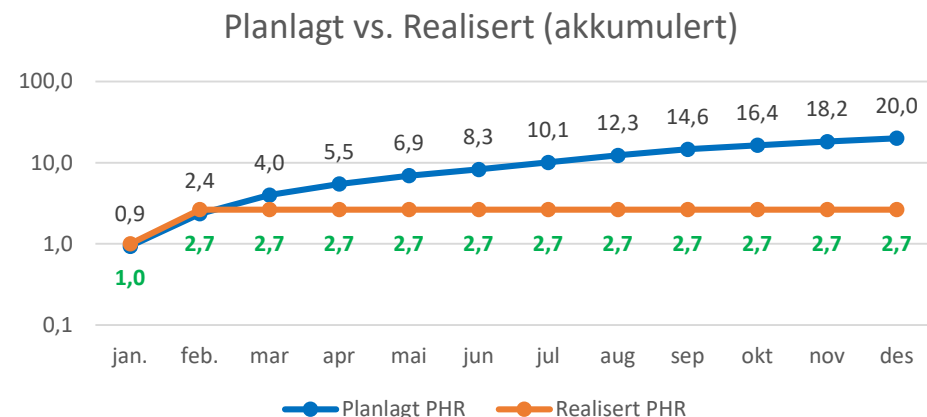
Statusrapport - Handlingsplan for bærekraftig utvikling

Klinikk for psykisk helse og rus

Planlagt resultat hittil 2,4 MNOK, realisert 2,65 MNOK (113%).

PHR realiserte gevinster i januar og februar som effekt av endret døgndrift og opprettelse av spesialpoliklinikk BUPA, ASP tilpasning av bemanning til ramme og avvente ansettelser i vakante stillinger på DPS.

Ang. forsinkede tiltak: Uvisst om tiltakene kan gjennomføres i 2024. Tiltaket *Avvente ansettelser i vakante stillinger ved DPS* iverksettes for å kompensere for eventuelt gevinsttap ved tiltakene som er forsinket.



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

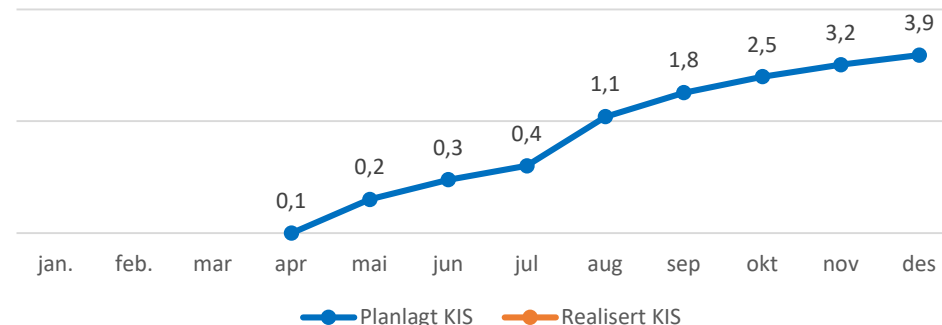
Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet/Oppgave	NSD-relatert	Startdato	Sluttdato	Status	Risiko	Gevinstmål 2024	Totalt planlagt	Totalt realisert
Organisering og struktur	Rokade - bygg	Gjennomføring/flytting		25.09.2023	27.12.2024	Forsinket	Moderat	1,00		
Organisering og struktur	Endret døgndrift og opprettelse av spesialpoliklinikk BUPA	Endret drift døgn og opprettet spesialpoliklinikk, gevinst gjennom færre ansatte i døgndrift	Ja	16.08.2023	31.12.2024	Pågår	Moderat	9,00	9,00	0,5
Standardisering	Pasientforløp VOP/TSB - forløpsstyring forbedres, tilbud etter utskrivning, FACT	Innføring/etablering		16.10.2023	01.03.2024	Forsinket	Moderat	1,00		
Standardisering	Tilpasning til ramme DPS - liggetid, KPP og beste praksis	Tilpasning til ramme DPS - liggetid, KPP og beste praksis - gjennomført		01.04.2023	01.04.2024	Forsinket	Moderat	3,00		
Organisering og struktur	Tilpasning til ramme Blakstad - liggetid. bemanning avd. for spesialpsyk.	ASP tilpasning av bemanning til ramme, spesielt på Sikkerhetsseksjonen		17.09.2023	01.03.2024	Pågår	Moderat	5,00	5,00	0,62
Organisering og struktur	Bemanning - ferieavvikling/sommerstenging	Gjennomføre sommerstenging. Primært elektive Blakstad, noe på BUPA og DPS		17.06.2024	11.08.2024	Ikke startet	Moderat	1,00	0,90	
Organisering og struktur	DPS - tiltak for å klare gevinster i bærekraftsplanen, avvente ansettelser i vakante stillinger	Kongsberg DPS		02.01.2024	27.12.2024	Pågår			1,97	0,24
Organisering og struktur	DPS - tiltak for å klare gevinster i bærekraftsplanen, avvente ansettelser i vakante stillinger	Ringerike DPS		01.04.2024	27.12.2024	Ikke startet			1,32	
Organisering og struktur	DPS - tiltak for å klare gevinster i bærekraftsplanen, avvente ansettelser i vakante stillinger	Asker DPS		02.01.2024	31.05.2024	Pågår			0,83	0,17
Organisering og struktur	DPS - tiltak for å klare gevinster i bærekraftsplanen, avvente ansettelser i vakante stillinger	Bærum DPS		02.01.2024	27.12.2024	Pågår			0,56	
Organisering og struktur	DPS - tiltak for å klare gevinster i bærekraftsplanen, avvente ansettelser i vakante stillinger	Drammen DPS		02.01.2024	31.08.2024	Pågår			0,46	1,12
								20,0	20,0	2,65

Klinikk for intern service

Planlagt resultat hittil 0,0 MNOK.

Det forventes ingen resultat før april.

Planlagt vs. Realisert (akkumulert)



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

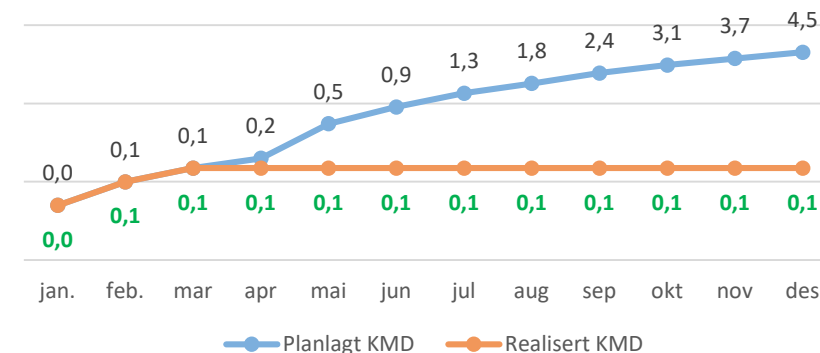
Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet/Oppgave	NSD-relatert	Startdato	Sluttdato	Status	Risiko	Gevinstmål 2024	Totalt planlagt	Totalt realisert
Standardisering	Miljøtiltak	Grønn mobilitet. Hensikt er å redusere CO2-utslipp ved å øke kollektivbruk og sykkel/gange, minke bilbruk til/fra jobb, øke tilgj.het til p-plasser for pasienter, besøkende og ansatte som trenger det. Mer rettferdig fordeling av ansattgoder.		01.10.2023	30.06.2024	Pågår	Moderat	2,00	2,00	
Standardisering	Arealeffektivisering	Gjennomføre tiltak, utskifting av 60% av lyskilder, herunder nød og ledelys, til LED lyskilder, trinnvis 2024 - 2026. EU-krav om utskifting av alle lyskilder som ikke er LED lyskilder (lysstoffrør og halogen) Produksjon av lysstoffrør og halogen er stoppet.		02.01.2024	31.12.2026	Pågår	Moderat	1,00	1,00	
Standardisering	Beste praksis	Iverksatt nødvendige endringer for oppnåelse av beste praksis (antall rene senger og antall smittevask)		01.02.2024	01.04.2024	Ikke startet	Moderat	0,90	0,90	
								3,9	3,9	0,00

Klinikk for medisinsk diagnostikk

Planlagt resultat hittil 0,1 MNOK, realisert 0,1 MNOK (100%).

Effekter som er oppnådd så langt knyttes til kunstig intelligens innen bildediagnostikk.

Planlagt vs. Realisert (akkumulert)



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

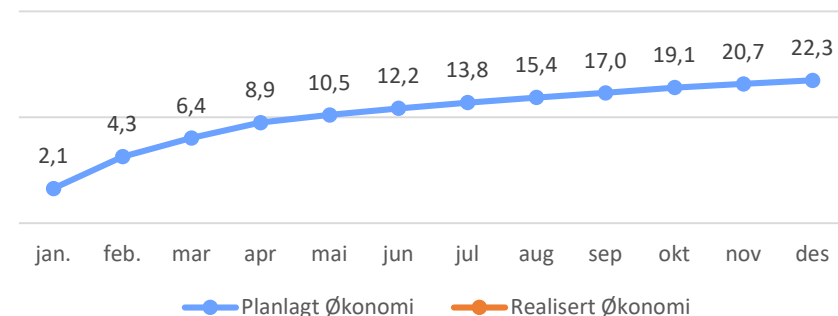
Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet/Oppgave	NSD-relatert	Startdato	Sluttdato	Status	Risiko	Gevinstmål 2024	Totalt planlagt	Totalt realisert
Standardisering	Riktig Bruk LAB	Tiltakene fra LAB Handlingsplan jobbes med, gevinstrealisering	Nei	01.03.2024	30.12.2026	Pågår	Moderat	0,4	0,4	
Standardisering	Riktig Bruk BILDE	Tiltakene fra BILDE Handlingsplan jobbes med, gevinstrealisering	Nei	01.03.2024	30.12.2026	Pågår	Moderat	0,6	0,6	
Standardisering	Felles Analysehall	Analysehall: i rutine og kostnad gevinst realisering har begynt på RS	Nei	01.03.2024	31.12.2025	Pågår	Liten	2,4	2,4	
Standardisering	Felles Analysehall	Analysehall: i rutine og kostnad gevinst realisering har begynt på KS	Nei	01.10.2024	31.12.2025	Ikke startet	Liten	0,1	0,1	
Digital transformasjon	Kunstig intelligens innen bildediagnostikk	Ta i bruk fraktur løsning på alle 4 sykehus i VV	Nei	01.08.2023	12.12.2023	Fullført	Liten	0,4	0,4	0,07
Digital transformasjon	Kunstig intelligens innen bildediagnostikk	Ta i bruk MS løsning i VV	Nei	25.03.2024	-	Pågår	Moderat	0,2	0,2	0,03
Digital transformasjon	Kunstig intelligens innen bildediagnostikk	Ta i bruk applikasjon nr 3 i VV	Nei	01.05.2024	-	Pågår	Moderat	0,4	0,4	
								4,5	4,5	0,10

Stab økonomi

Planlagt resultat hittil 4,3 MNOK, realisert 0,0 MNOK (0%).

Forventet gevinst knytter seg til kjøp på avtale med 2,3 MNOK og besparelser på overgang til nye avtaler på medikament. Medikamentområdet treffer fellesøkonomien og øvrige besparelser treffer klinikkene. Det gjøres ikke månedlige målinger av effekt. Realisert vil oppdateres i fbm. tertialrapporteringen.

Planlagt vs. Realisert (akkumulert)



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet/Oppgave	Startdato	Sluttdato	Status	Risiko	Gevinstmål (MNOK)	Totalt planlagt	Totalt realisert
Standardisering	Forbruksvarer	Adgang til bruk av fritekst stoppet. Setter inn to engasjementstillinger i 6 måneder for å overføre bestilling til avtaleleverandør.	15.10.2023	30.06.2024	Pågår	Liten	1,5	1,5	
Standardisering	Forbruksvarer	Oppfølging av variasjon i anskaffelser (jf ortopedi) på fagområder med parallelle rammeavtaler ifm implementering av nye avtaler	07.09.2023	31.12.2025	Pågår	Moderat	0,8	0,8	
Standardisering	Legemidler		-	-			20,00	20,00	
							22,3	22,3	0,00

Statusrapport - Handlingsplan for bærekraftig utvikling

Stab teknologi

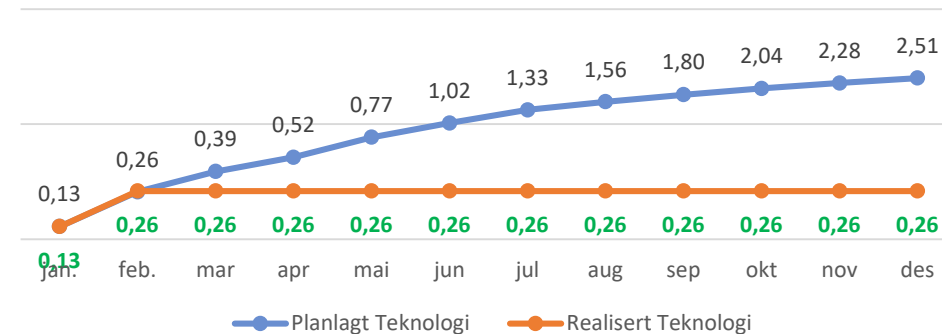
Planlagt resultat hittil **0,26 MNOK**, realisert **0,26 MNOK (100%)**.

Kostnadsreduksjon knyttet til telefonabonnementer og tjenester levert av Sykehuspartner ga en gevinst på 0,26 millioner kroner i januar og februar.

Vedr. avtale mellom VVHF og MHH:

Avtale signert. Serviceing. ansatt og starter 1. juni. Tekniske forhold utstyrsdatabase etter planen.

Planlagt vs. Realisert (akkumulert)



Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

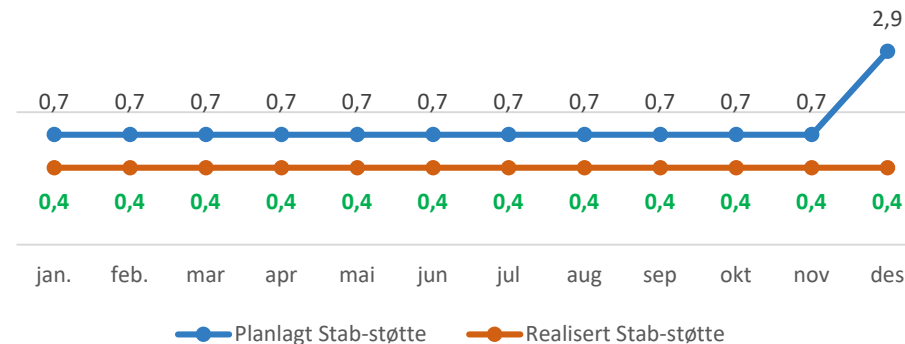
Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet/Oppgave	Startdato	Sluttdato	Status	Risiko	Gevinstmål (MNOK)	Totalt planlagt	Totalt realisert
Digital transformasjon	Teknologikostnader	Kostnadsreduksjoner telefonabonnement ansatte - forenklet abonnementsstruktur og budsjettene til disse postene nedjusteres tilsvarende.	15.09.2023	30.09.2023	Fullført		0,75	0,75	0,13
Digital transformasjon	Teknologikostnader	2023 Dypdykk Sykehuspartner budsjett kortsiktig tiltak 2023: Hensikt er å redusere kostnader (flere ulike tiltak/områder for oppfølging)	01.06.2023	31.03.2024	Pågå	Moderat	0,5	0,5	0,13
Digital transformasjon	Teknologikostnader	2024-2026 Dypdykk Sykehuspartner budsjett kortsiktig tiltak 2023: Hensikt er å redusere kostnader (flere ulike tiltak/områder for oppfølging)	01.06.2023	30.06.2024	Pågå	Moderat	1,00	1,00	
Organisering og struktur	Stabs- og støttefunksjoner	Inngått avtale mellom VVHF og MHH om forvaltning, drift og intern kontroll av MTU	01.07.2024	01.07.2024	Fullført	Liten	0,3	0,3	
							2,5	2,5	0,26

Statusrapport - Handlingsplan for bærekraftig utvikling

Stab-støtte

Planlagt resultat hittil 0,68 MNOK, realisert 0,38 MNOK (56%).

Planlagt vs. Realisert (akkumulert)

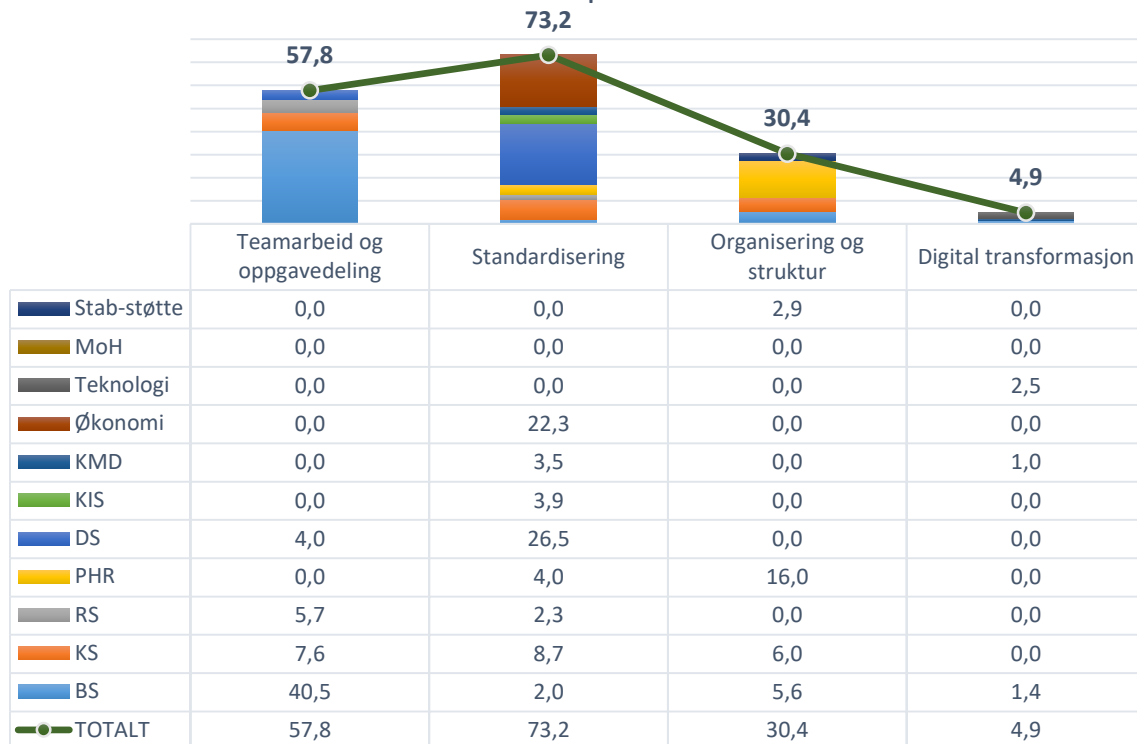


Viktigste tiltak, aktiviteter og milepæler:

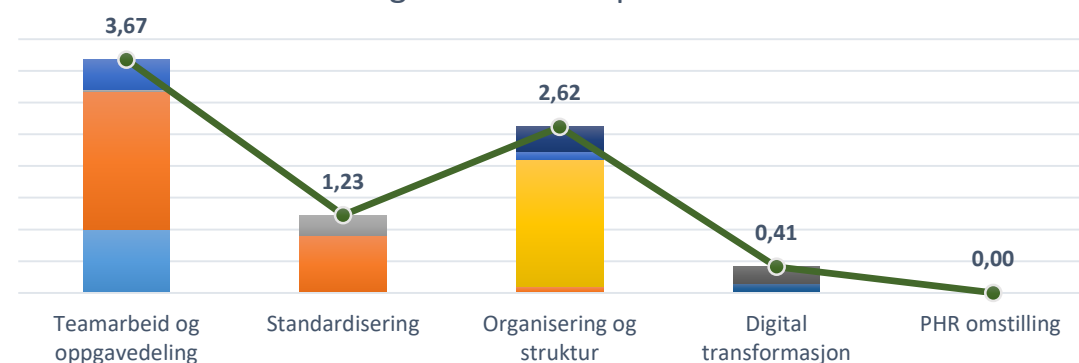
Tiltaksområde	Tiltak / Prosjekt	Milepæl/Aktivitet/Oppgave	Startdato	Sluttdato	Status	Risiko	Gevinstmål (MNOK)	Totalt planlagt	Totalt realisert
Organisering og struktur	Bruk av Finn.no ved rekrutering - vurdering	Vurdere å avvikle eller redusere bruk av Finn.no	21.09.2023	31.04.2024	Pågå		0,70	0,70	
Organisering og struktur	Rutine for nyansettelse og reansettelse	Implementere rutine for vurdering av nyansettelse og reansettelse i stabsmøter	04.09.2023	04.09.2023	Fullført		1,50	1,50	
Organisering og struktur	Redusert stilling(er) i Stab medisin og helsefag varig effekt		01.07.2023	31.12.2023	Fullført		0,30	0,30	
Organisering og struktur	Redusert stilling(er) i Stab kommunikasjon og samfunnskontakt varig effekt		01.07.2023	31.12.2023	Fullført		0,38	0,38	0,38
							2,9	2,9	0,38

Gevinstmål og realisert gevinst fordelt på tiltaksområde

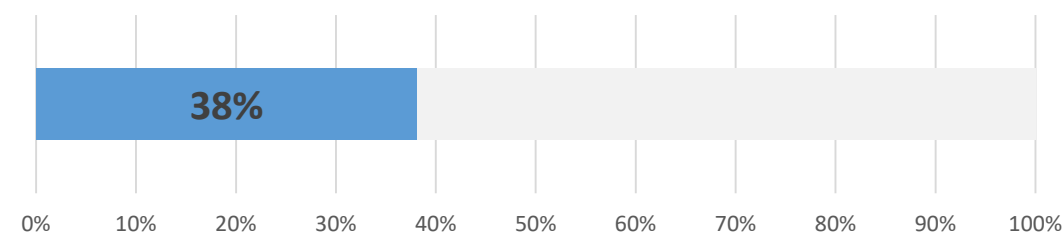
Gevinstmål fordelt på tiltaksområde



Realisert gevinst fordelt på tiltaksområde



% realisert ift. planlagt hittil i år



Tiltaksområdet med høyest gevinstpotensial er standardisering. Kun 4,9 MNOK (3%) knyttes til digital transformasjon.



Dato: 12. mars 2024
Saksbehandler: Anders Debes

Saksfremlegg

Protokoll fra foretaksmøte i Vestre Viken HF 26. februar 2024 og Oppdrag og bestilling 2024

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	27/2024	19.03.24

Forslag til vedtak

Styret tar protokoll fra foretaksmøte i Vestre Viken HF 26. februar 2024 og Oppdrag og bestilling 2024 til etterretning.

Drammen, 12. mars 2024

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 til underliggende helseforetak gjennom Oppdrag og bestilling som overleveres i foretaksmøte i februar hvert år. Eierstyring skjer ellers gjennom foretaksmøter i løpet av året etter behov. Nye styremedlemmer oppnevnes hvert annet år i foretaksmøte i februar.

Saksutredning

Oppdrag og bestilling 2024 ble overlevert i foretaksmøte 26. februar 2024.

Gjennom Oppdrag og bestilling 2024 (OBD) gis Vestre Viken styringskrav og rammer fra Helse Sør-Øst RHF (HSØ) for 2024. 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 2024 og grunnlaget for disse.

Overordnede føringer

Regjeringen har iverksatt en tillitsreform som ett av grepene for å utvikle og fornye offentlig sektor. Sentrale mål er bl.a. å redusere unødvendig rapporterings- og dokumentasjonskrav og skal gi mer faglig frihet til førstelinjen. Innholdet i reformen skal skapes i tett samspill med brukere, tillitsvalgte og ledelse i alle offentlige virksomheter. Arbeidet skal i hovedsak skje etter initiativ fra lokalt hold.

I styringsbudskapet fremholdes at Vestre Viken HF, innenfor foretakets ansvarsområder, skal understøtte arbeidet med å nå hovedmålene som Helse Sør-Øst RHF er gitt i styringsdokumentene:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet.
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp.

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

Gode helsetjenester krever gode prioriteringer. Prioritering handler om å gi et godt, rettferdig og likeverdig tilbud innenfor de ressursene vi har til rådighet. Regjeringen skal legge frem en ny prioriteringsmelding våren 2025. Meldingen skal blant annet vurdere persontilpasset medisin og sikre åpenhet og etterprøvnbarhet rundt prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. Pasientene skal få riktig og trygg behandling på rett sted til rett tid og oppleve sammenhengende pasientforløp med trygge overganger. Regjeringen vil videreutvikle det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet gjennom samarbeid mellom store og små sykehus og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, samt ved bruk av digitale løsninger. Helsefellesskapene som er etablert mellom kommuner og sykehus, skal være en drivkraft for samarbeid om tjenesteutvikling og felles planlegging. Samarbeidet skal særlig konsentrere seg om barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, eldre med skrøpelighet, og personer med flere kroniske lidelser. I vår felles helse- og omsorgstjeneste må vi se kompetanse og kapasitet i sammenheng og på tvers av kommuner og sykehus, samt prøve ut mer integrerte tjenestemodeller.

I møtet med helsetjenesten skal pasientene oppleve åpenhet, respekt og medvirkning i valg av behandling og hvordan denne gjennomføres. Samvalg og mulighet for bruk av samvalgsverktøy skal legge til rette for mestring og aktiv deltagelse fra pasienten når det gjelder valg av undersøkelses- eller behandlingsmetoder, og er en form for brukermedvirkning på individnivå. Pårørende skal involveres der det er relevant, og deres kunnskap og erfaringer skal anerkjennes og benyttes i pasientforløpene. God kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er grunnleggende i alle pasientmøter og innebærer også bruk av tolketjenester når det er behov for

det. Etniske minoriteter skal ivaretas, og helsepersonellens kulturelle kompetanse skal styrkes slik at dette understøtter målet om likeverdige helsetjenester for alle.

Helseforetaket skal legge til rette for forskning, innovasjon, kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid, et godt og trygt arbeidsmiljø og kompetanseutvikling hos personell. Helseforetaket skal sørge for et systematisk målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene, og forskning og innovasjon skal understøtte dette arbeidet. Arbeidet med pasientsikkerhet skal ta utgangspunkt i visjon, mål og virkemidler i rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet som vil presenteres i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, og WHO's globale handlingsplan for pasientsikkerhet (2021–2030).

Klinisk forskning skal være en integrert del av pasientbehandlingen. Utvikling, implementering og spredning av teknologi, kunstig intelligens, nye arbeidsformer og mer presis diagnostikk og behandling gjennom innovasjon og næringslivssamarbeid, er sentralt for å skape en bærekraftig helsetjeneste for alle. Helseforetaket skal i denne sammenheng øke bruken av helsedata i forskning og innovasjon, samt legge til rette for helsetjenesteforskning og nye måter helsetjenester kan leveres på. Helseforetaket skal videre være en forutsigbar samarbeidspartner for næringslivet, herunder benytte mulighetene til innovative offentlige anskaffelser, der dette er relevant. Samarbeid med utdanningssektoren er viktig for kompetanseutvikling i spesialisthelsetjenesten, og støtter opp om arbeidet med å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde personell.

Aktivitet og arbeidsdeltakelse er helsefremmende og bidrar til inkludering. Helseforetaket skal bidra til at pasienter i spesialisthelsetjenesten tilbys samtidige helse- og arbeidsrettede tilbud i et samarbeid med Nav for å bli inkludert i arbeidsliv eller skole.

I Oppdrag og bestilling 2024 er det listet opp nye nasjonale- og regionale dokumenter som skal legges til grunn for utvikling av tjenesten og gjøres gjeldende. Det henvises her til vedlegg 2, side 5-6.

Oppfølging av styringsbudskap

Det er angitt konkrete mål og oppgaver for 2024 for hvert av de tre hovedmålene som er omtalt over. I tillegg er det gitt oppgaver og stilt krav knyttet til områdene sikkerhet og beredskap, klima og miljø, teknologi, digitalisering og informasjonssikkerhet, oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser, bygg og eiendom, prosjektstyring, rapportering, pasientreiseområdet samt resultat- og aktivitetskrav.

Helse Sør-Øst RHF vil følge opp styringsbudskap under Mål 2024 i de faste oppfølgingsmøtene med Vestre Viken HF. Styringsbudskap under Annen oppgave 2024 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 helseforetaket eller i form av egne brev. Nye styringsbudskap vil integreres i styrings- og rapporteringssystemene samt stabs- og lederavtaler.

I årlig melding for 2024 skal det som hovedregel rapporteres på alle styringsbudskap under overskriftene Mål 2024 og Annen oppgave 2024 samt ytterligere styringsbudskap gitt gjennom året. Helse Sør-Øst vil utarbeide hvert år en mal for årlig melding fra helseforetakene.

Administrerende direktør har stabs- og lederavtaler med klinikk- og stabsdirektører. Disse avtalene operasjonaliserer og spesifiserer krav og oppdrag til klinikkene. Oppdrag som er gjort

gjeldende med OBD 2024 innarbeides i avtalene. Administrerende direktør har månedlige oppfølgingsmøter med klinikkene.

Styret mottar løpende rapportering via virksomhetsrapporteringen.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør viser til at Oppdrag og bestilling 2024 er i tråd med de forventninger som er lagt til grunn for arbeid i foretaket i 2024. Alle styringsbudskap vil bli gjennomgått for å sikre at de iverksettes, følges opp fortløpende og at det rapporteres til eier innen oppgitt frist. Arbeidet operasjonaliseres internt gjennom stabs- og lederavtaler og følges opp regelmessig (vedlegg 4). Rapportering til styret er sikret gjennom virksomhetsrapporteringen og forslag til Årlig melding 2024.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar foretaksprotokollene fra 26. februar og Oppdrag og bestilling 2024 til etterretning.

Vedlegg:

1. Protokoll fra foretaksmøte 26.02.24
2. Oppdrag og bestilling 2024 for Vestre Viken HF
3. Vedtekter for Vestre Viken HF
4. Retningslinje for kommunisering, oppfølging og rapportering på OBD i VVHF

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I VESTRE VIKEN HF**

Mandag 26. februar 2024 klokken 11:00 ble det avholdt foretaksmøte i Vestre Viken HF. Møtet ble gjennomført ved Clarion Hotell og Congress Oslo airport Gardermoen, som felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Sør-Øst.

Dagsorden:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Oppdrag og bestilling 2024
4. Endring av vedtekter

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 Terje Rootwelt
Eierdirektør Tore Robertsen, som også førte protokollen

Fra styret i Vestre Viken HF møtte:

Styreleder Siri Hatlen
Nestleder Hans Tore Frydnes
Styremedlem Robert Bjerknes
Styremedlem Maria Josefsen Gundersen
Styremedlem Toril Anneli Kiuru Morken
Styremedlem Kari Fjelldal
Styremedlem Kristin Vinje
Styremedlem Hege Mørk
Styremedlem Gry L. Christoffersen

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 Svein Gjedrem velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Siri Hatlen ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2: Dagsorden

Styreleder 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 2024

Det ble gitt en kort generell gjennomgang av oppdrag og bestilling 2024.

Oppdrag og bestilling 2024 er utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF med utgangspunkt i styringsbudskapene som er gitt til det regionale helseforetaket fra Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokument 2024 og foretaksmøteprotokoll datert 16. januar 2024. Det er også innarbeidet styringsbudskap med forankring i vedtak i det regionale helseforetaket, regionale strategier og lignende.

I oppdrag og bestilling 2024 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 2024* i de faste oppfølgingsmøtene med Vestre Viken HF. Styringsbudskap under *Oppgaver 2024* vil bli fulgt opp dersom det er behov. Vestre Viken HF skal rapportere avvik i oppgaveløsningen.

Driftssituasjonen og den økonomiske utviklingen i 2023 har vært krevende, blant annet preget av lange ventetider, bemanningsutfordringer og høyt sykefravær. Spesialisthelsetjenesten vil også fremover stå overfor krevende prioriteringer, blant annet som følge av en aldrende og sykere befolkning og mangel på helsepersonell. Utfordringene kan ikke løses uten nødvendige endringer av hvordan tjenestene organiseres.

Foretaksmøte ber helseforetakene fortsatt arbeide for en bedring av driftssituasjonen. Helseforetakene skal dele god praksis med sikte på å innføre forbedringstiltak som har effekt. Helseforetakene skal redusere bruk av innleie og arbeide for å rekruttere og beholde egne ansatte.

Pasienter skal oppleve å få riktig behandling til rett tid i alle ledd i helsetjenesten. Foretaksmøte ber helseforetakene i 2024 arbeide for å snu den negative utviklingen for ventetider og fristbrudd, både innen psykisk helsevern, rusbehandling og somatikk.

Styret i Vestre Viken HF er ansvarlig for at det iverksettes nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdrag og bestilling 2024 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 2024 er vedlegg til protokollen.

Foretaksmøtet vedtok:

Oppdrag og bestilling 2024 gjøres gjeldende for Vestre Viken HF.

Sak 3: Oppdrag og bestilling 2024

Med bakgrunn i vedtak fattet i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 16. januar 2024, ble vedtektene til Helse Sør-Øst RHF om salg av foretakets faste eiendommer endret. Det er derfor behov for å endre vedtektenes §10 om salg av foretakets faste eiendommer.

Ny § 10 skal lyde:

Vedtak om å pantsette eller avhende fast eiendom treffes av foretaksmøtet i Vestre Viken HF etter forslag fra styret i henhold til reglene i helseforetaksloven § 31, jf. § 10.

Styret kan likevel beslutte avhending av fast eiendom når eiendommen er verdsatt til under 40 millioner kroner.

Foretaksmøtet vedtok:

Vedtektenes § 10 endres jf. fremlagte forslag. Oppdaterte vedtekter er vedlagt protokollen.

Møtet ble hevet klokken 11:16.

Gardermoen, 26. februar 2024.

Styreleder Svein Gjedrem
Helse Sør-Øst RHF

Styreleder Siri Hatlen
Vestre Viken HF

Protokollen er elektronisk godkjent og inneholder derfor ikke håndskrevne signaturer

OPPDRA OG BESTILLING 2024 FOR VESTRE VIKEN HF

Innhold

Innhold	2
Innledning	3
Overordnede føringer	3
Oppfølging av styringsbudskap.....	5
Nye dokumenter som gjøres gjeldende	5
1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	7
1.1 Behandlingstilbud psykisk helsevern og TSB	8
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet	9
2.1 Bemanning og kompetanse	9
2.2 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet	11
2.3 Intensiv- og beredskapskapasitet.....	11
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp	13
3.1 Ventetid.....	13
3.2 Pasientavtaler.....	13
3.3 Epikriser	13
3.4 Pasientforløp.....	14
3.5 Behandlingstilbud.....	14
4. Øvrige krav og rammer for 2024	16
4.1 Sikkerhet og beredskap	16
4.2 Klima og miljø.....	17
4.3 Teknologi, digitalisering og informasjonssikkerhet.....	17
4.4 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser	18
4.5 Bygg og eiendom	18
4.6 Prosjektstyring.....	18
4.7 Rapportering.....	18
4.8 Pasientreiseområdet.....	18
5. Tildeling av midler og krav til aktivitet.....	20
5.1 Økonomiske krav og rammer	20
5.2 Aktivitetskrav	21
6. Oppfølging og rapportering	23
Vedlegg 1. Detaljert økonomitabell.....	24
Vedlegg 2. Detaljert aktivitetstabell.....	25

Innledning

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

Overordnede føringer

Helse- og omsorgsdepartementet styrer de regionale helseforetakene gjennom oppdragsdokument og vedtak i foretaksmøter. I Oppdrag og bestilling til helseforetakene samordner Helse Sør-Øst RHF oppgaver og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet som gjelder helseforetakene og vedtak fattet i det regionale helseforetakets styre.

Gjennom oppdrag og bestilling gis Vestre Viken HF styringskrav fra Helse Sør-Øst RHF for 2024. Vestre Viken HF skal også sette seg inn i overordnede føringer og styringsbudskap gitt Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller i 2024 og grunnlaget for disse.

Regjeringens hovedmål er å videreutvikle og styrke vår felles helsetjeneste og motvirke sosiale og økonomiske helseforskjeller. Regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken er:

- God helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn
- Gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet
- Helse- og omsorgstjenesten er et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp
- Bærekraftig og rettferdig ressursbruk
- Helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer

Regjeringen har iverksatt en tillitsreform. Tillitsreformen er et av flere grep for å utvikle og fornye offentlig sektor. Sentrale mål i tillitsreformen er bl.a. å redusere unødvendige rapporterings- og dokumentasjonskrav og å gi mer faglig frihet til førstelinjen. Tillitsreformen er ikke en tradisjonell reform hvor regjeringen beslutter struktur og utforming og deretter gir underliggende virksomheter beskjed om hvordan den skal gjennomføres. Innholdet i reformen skal skapes i tett samspill med brukere, tillitsvalgte og ledelse i alle offentlige virksomheter. Arbeidet skal i hovedsak skje etter initiativ fra lokalt hold. Nasjonale tiltak knyttet til tillitsreformen omhandler blant annet arbeid for reduksjon i rapporterings- og dokumentasjonskrav.

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

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

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.

Gode helsetjenester krever gode prioriteringer. Prioritering handler om å gi et godt, rettferdig og likeverdig tilbud innenfor de ressursene vi har til rådighet. Regjeringen skal legge frem en ny prioriteringsmelding våren 2025. Meldingen skal blant annet vurdere persontilpasset medisin

og sikre åpenhet og etterprøvnbarhet rundt prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. De regionale helseforetakene involveres i arbeidet med meldingen.

Pandemien tydeliggjorde at det er nødvendig med en styrket beredskap for å kunne håndtere kriser og hendelser hvor vi får rask økning i antallet alvorlig syke som varer ved over tid. Dette arbeidet må videreføres i 2024.

Pasientene skal få riktig og trygg behandling på rett sted til rett tid og oppleve sammenhengende pasientforløp med trygge overganger. Regjeringen vil videreutvikle det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet gjennom samarbeid mellom store og små sykehus og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, samt ved bruk av digitale løsninger. Helsefellesskapene som er etablert mellom kommuner og sykehus, skal være en drivkraft for samarbeid om tjenesteutvikling og felles planlegging. Samarbeidet skal særlig konsentrere seg om barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, eldre med skrøpeligheit, og personer med flere kroniske lidelser. I vår felles helse- og omsorgstjeneste må vi se kompetanse og kapasitet i sammenheng og på tvers av kommuner og sykehus, samt prøve ut mer integrerte tjenestemodeller. Regjeringen vil legge frem en stortingsmelding om Nasjonal helse- og samhandlingsplan for Stortinget tidlig i 2024. Meldingen vil sette retning og samle regjeringens løsninger for vår felles helse- og omsorgstjeneste.

I møtet med helsetjenesten skal pasientene oppleve åpenhet, respekt og medvirkning i valg av behandling og hvordan denne gjennomføres. Samvalg og mulighet for bruk av samvalgsverktøy skal legge til rette for mestring og aktiv deltagelse fra pasienten når det gjelder valg av undersøkelses- eller behandlingsmetoder, og er en form for brukermedvirkning på individnivå. Pårørende skal involveres der det er relevant, og deres kunnskap og erfaringer skal anerkjennes og benyttes i pasientforløpene. God kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er grunnleggende i alle pasientmøter og innebærer også bruk av tolketjenester når det er behov for det. Etniske minoriteter skal ivaretas, og helsepersonellens kulturelle kompetanse skal styrkes slik at dette understøtter målet om likeverdige helsetjenester for alle. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres gjennom hele pasientforløpet. Helse Nord RHF har, i nært samarbeid med Sametinget og de tre andre regionale helseforetakene, utviklet strategidokumentet *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen* (2020). Arbeidet skal følges opp gjennom 4-årige tiltaksplaner med formål å sikre kvalitet og utvikle kompetanse om samisk språk og kultur i spesialisthelsetjenesten.

Helseforetaket skal legge til rette for forskning, innovasjon, kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid, et godt og trygt arbeidsmiljø og kompetanseutvikling hos personell. Helseforetaket skal sørge for et systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene, og forskning og innovasjon skal understøtte dette arbeidet. Arbeidet med pasientsikkerhet skal ta utgangspunkt i visjon, mål og virkemidler i rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet som vil presenteres i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, og WHO's globale handlingsplan for pasientsikkerhet (2021–2030).

Klinisk forskning skal være en integrert del av pasientbehandlingen. Utvikling, implementering og spredning av teknologi, kunstig intelligens, nye arbeidsformer og mer presis diagnostikk og behandling gjennom innovasjon og næringslivssamarbeid, er sentralt for å skape en bærekraftig helsetjeneste for alle. Helseforetaket skal i denne sammenheng øke bruken av helsedata i forskning og innovasjon, samt legge til rette for helsetjenesteforskning og nye måter helsetjenester kan leveres på. Helseforetaket skal videre være en forutsigbar samarbeidspartner for næringslivet, herunder benytte mulighetene til innovative offentlige anskaffelser, der dette er relevant. Samarbeid med utdanningssektoren er viktig for kompetanseutvikling i

spesialisthelsetjenesten, og støtter opp om arbeidet med å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde personell.

Aktivitet og arbeidsdeltakelse er helsefremmende og bidrar til inkludering. Helseforetaket skal bidra til at pasienter i spesialisthelsetjenesten tilbys samtidige helse- og arbeidsrettede tilbud i et samarbeid med Nav for å bli inkludert i arbeidsliv eller skole.

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 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.

I oppdrag og bestilling 2024 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 2024* i de faste oppfølgingsmøtene med Vestre Viken HF. Styringsbudskap under *Annen oppgave 2024* 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 juni 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 2024 skal det som hovedregel rapporteres på alle styringsbudskap under overskriftene *Mål 2024* og *Annen oppgave 2024*. 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 mv. 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 (2022–2023) – Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar
- Meld. St. 23 (2022–2023) – Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)
- Meld. St. 24 (2022–2023) – Fellesskap og meistring – Bu trygt heime
- Meld. St. 5 (2023–2024) En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa
- Veikart Helsenæringen

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

- Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri, jf. RHF-styresak 087-2023
- Regional beredskapsplan, jf. RHF-styresak 103-2023
- Regional fagplan habilitering, jf. RHF-styresak 105-2023
- Regional fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering, jf. RHF-styresak 120-2023
- Revidert finansstrategi, jf. RHF-styresak 118-2023
- Regional delstrategi for teknologiområdet, jf. RHF-styresak 132-2023
- Forebygging av vold og trusler mot helsepersonell, jf. RHF-styresak 138-2023

Lenke til regionale dokumenter: [Regionale planer og strategier - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](https://helse-sorost.no)

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer skal ha tilgjengelig hjelp av god kvalitet. Pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester, og få mulighet til å medvirke i egen behandling. For å styrke tilbudet innen psykisk helsevern og rusbehandling er det lagt fram en ny opptrappingsplan for psykisk helse, og det vil legges fram en stortingsmelding om en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet i 2024.

Framover er det behov for å legge til rette for at helsepersonell får mer tid til pasienter og fagutvikling. Helsepersonellet skal ligge i front faglig slik at pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tilbys gode og trygge tjenester, samt riktig og effektiv behandling i hele landet. Helseforetaket skal følge opp sine planer for å rekruttere og beholde personell og legge til rette for innføring av reviderte og forenklete pasientforløp innen psykisk helse og rus i 2024. Videre skal kvalitet og utfall av behandling vektlegges.

Analyser og framskrivinger viser at det er behov for å styrke tilbudet til flere grupper. Dette gjelder blant annet for barn og unge, samt personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Det skal avklares og tydeliggjøres hvordan spesialisert rusbehandling til barn og unge skal tilbys. Helsesatsingen i barnevernet videreføres, og helseforetaket skal bidra i implementeringen av Nasjonalt forløp for barnevern og tverrfaglige helsekartlegging.

Kommunene og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten bør etablere lokale samarbeidsmodeller for henvisning av barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Dette kan bidra til å redusere andel henvisninger som resulterer i avslag. Eksempler på samarbeidsmodeller gis i veileder for psykisk helsearbeid barn og unge. Der presiseres også den kommunale helse- og omsorgstjenestens ansvar for å sikre helhetlig og koordinert kartlegging før henvisning. De som henvises til psykisk helsevern barn og unge, skal som hovedregel ikke gis avslag kun basert på skriftlig henvisning, men tilbys vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette forutsetter god dialog med kommunen/henviser.

Det kan være behov for å forenkle og forbedre inntaks- og utredningsforløpet for å komme raskere i gang med virksom behandling tilpasset pasientenes behov og mål. Det vises i denne sammenheng til rapport om sterkere tematisk organisering av psykisk helsevern og kommende reviderte pasientforløp psykisk helse og rus. Hele behandlingsskjeden for de med alvorlige lidelser skal styrkes. Helseforetaket skal sikre helhetlig ivaretagelse av pasienter med samtidig somatisk og psykisk sykdom og rusmiddelproblemer, jf. rapport fra UKOM¹ og resultatmål om økt levealder i opptrappingsplan psykisk helse. Det må legges til rette for å forebygge kriser, akuttinnleggelse og fremme frivillige behandlingsalternativ når det er mulig og faglig forsvarlig. Tverrfaglige oppsøkende team som ACT og FACT-team bør etableres der det er befolkningsmessig grunnlag for det. I tråd med Hurdalsplattformen og de regionale helseforetakenes egne framskrivinger er det behov for å styrke døgnkapasiteten i psykisk helsevern.

Brukerstyrt poliklinikk med digital monitorering og interaksjon kan bidra til at pasienter med langvarige tilstander og lidelser i større grad vil kunne få oppfølging over tid, samtidig som oppfølgingen tilpasses pasientens behov for hjelp i ulike sykdomsfaser. Dette skal prøves ut i 2024.

¹ [Somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse, rapport fra Ukom](#)

Det er nedsatt flere utvalg som kan få betydning for utviklingen av psykisk helse- og rusfeltet, herunder: ekspertutvalg om samtykkekompetanse som leverte rapport om tvang juni 2023; ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern som leverte sin rapport september 2023; barnevernsinstitusjonsutvalget som leverte sin NOU oktober 2023; og offentlig utvalg som skal evaluere ordningene med forvaring, tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg, samt utrede ivaretagelsen av domfelte med alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming – som skal levere sin innstilling i september 2024.

Mål knyttet til ventetider, pasientforløp og epikrise for psykisk helsevern og TSB er lagt til Hovedmål 3 *Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp.*

1.1 Behandlingstilbud psykisk helsevern og TSB

Mål 2024

- Styrke psykisk helsevern og TSB slik at pasientene får rask og likeverdig tilgang til riktig behandling og helhetlige pasientforløp. Barn, unge og de med alvorlige og sammensatte lidelser er prioriterte grupper.
- Realveksten i kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn realveksten i de regionale helseforetakenes ordinære, frie driftsbevilgninger, jf. Prop. 1 S (2023–2024). Det innebærer at den nominelle kostnadsveksten skal være høyere enn 5,5 pst. (deflator 4,3 pst. pluss vekst i ordinære, frie driftsbevilgninger 1,2 pst.).
- Den polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere i 2024 sammenlignet med 2023.
- Døgnaktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2024 sammenlignet med 2023.
- Døgnkapasiteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2024 sammenliknet med 2023. Helseforetaket skal gi en halvårlig status for faktisk døgnkapasitet i psykisk helsevern sett opp mot framskrevet behov.

Annen oppgave 2024

- Helseforetaket skal planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulansespesialisthelsetjenesteteam forankret i psykisk helsevern barn og unge, med kompetanse innen psykisk helse og ruslidelser, og med bruk av eksisterende personell. Et helseteam kan betjene en eller flere barnevernsinstitusjoner. Teamene skal vurdere og tilby helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjonene og gi nødvendig veiledning til personellet ved institusjonen, jf. Barnevernsinstitusjonsutvalgets NOU 2023:24 «Med barnet hele vegen». Tilbudene skal også ivareta behovene samiske barn og unge vil ha når det gjelder språklig og kulturell kompetanse. Teamene bør på egnet måte knytte til seg relevant personell fra kommunal helse- og omsorgstjenesten, og samarbeidet bør vurderes forankret i samarbeidsavtaler. Planlegging av slike tilbud bør også bygge på Helsedirektoratets gjennomgang og vurdering om bruk av ambulante helsetjenester, herunder FACT-Ung, rettet mot barn i barnevernet.

2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet

Norsk helsetjeneste skal være preget av åpenhet og tillit, og de ansatte skal oppleve psykologisk og fysisk trygghet på arbeidsplassen. Arbeidet med å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng skal videreutvikles. Det innebærer at det blant annet bygges god tilbakemeldingskultur mellom ledere og ansatte.

Helseforetaket skal bidra til at den offentlige helsetjenesten sørger for beredskap og trygghet i hverdagen, samt tilgang på helsehjelp av høy kvalitet ut fra behov. Systematisk arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er sentralt, og helseforetaket skal bidra til at helsetjenesten unngår pasientskader som kan forebygges, og tidlig avdekker nye risikofaktorer. Arbeidet skal ta utgangspunkt i rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet som vil presenteres i Nasjonal helse- og samhandlingsplan og WHOs globale handlingsplan for pasientsikkerhet (2021–2030).

De ansatte er helsetjenestens viktigste ressurs. Helseforetaket skal videreføre sitt langsiktige, strategiske arbeid med å utdanne, rekruttere og beholde personell. Dette innebærer å planlegge helhetlig for å få tilgang til personell og bruke deres kompetanse på best mulig måte. Arbeidet skal bidra til at de ansatte i norsk spesialisthelsetjeneste ligger i front faglig og dermed kan tilby gode og trygge tjenester, samt riktig og effektiv behandling i hele landet. Arbeidet med heltidskultur skal fortsette. Det skal legges til rette for kompetanseoppbygging og hensiktsmessig oppgavedeling i virksomheten, og desentraliserte tilbud skal utvikles. Utdanning av spesialister skal dekke behovene i regionen og redusere avhengighet av utenlandsk arbeidskraft. Det skal særlig legges vekt på behovet for nødvendig bredde- og generalistkompetanse for å opprettholde et desentralisert tjenestetilbud og for å gi god behandling til pasienter med sammensatte tilstander over hele landet. Det skal videre legges til rette for praksisplasser i grunnutdanningene og videreutdanning i sykepleie (ABIOK- og jordmordutdanningene).

Forskningsbasert kunnskap, pasient- og pårørendeerfaringer, kvalitetsmålinger, uønskede hendelser og data fra helseatlas, helse- og kvalitetsregistre og egne virksomhetsdata gjennom Regional dataanalyseplattform (RDAP) skal brukes aktivt i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, samt for å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester.

Vår felles helsetjeneste utvikles gjennom forskning og innovasjon i samarbeid med næringslivet, ideelle aktører og academia nasjonalt og internasjonalt. Økt bruk av helsedata og kunstig intelligens i helseforskning skal vektlegges og det skal stimuleres til kliniske studier, helsetjenesteforskning, forskningsbaserte kvalitetsforbedringsprosjekter, innovasjon og næringslivssamarbeid. Offentlig finansiert forskning skal gjøres tilgjengelig, og resultater fra studier skal rapporteres. Klinisk forskning skal være en integrert del av all klinisk praksis og pasientbehandling, og pasienter og helsepersonell skal lett finne frem til studier som er åpne for deltakelse. Det skal legges til rette for økt kunnskap om og strategier for systematisk innføring og spredning av løsninger gjennom implementeringsforskning.

Helseregionene er bedt om å øke intensivkapasiteten og styrke intensivberedskapen. Det er et mål at sykehusene får en kapasitet som takler naturlige variasjoner, og en beredskap som gjør at sykehusene ved større kriser raskt kan skalere opp intensivkapasiteten.

2.1 Bemanning og kompetanse

Regjeringen er opptatt av å videreføre arbeid som sikrer et godt og trygt arbeidsliv, også for spesialisthelsetjenestens mange ansatte. Helseforetakene må arbeide aktivt og systematisk både med god ivaretagelse av sine medarbeidere, og ha planer for å rekruttere, beholde og utvikle

personell. Arbeidet med heltidskultur er også viktig. Det vises til tidligere krav og legges til grunn at det gis særskilt oppmerksomhet til arbeidsmiljø, medarbeideres psykiske helse og medarbeideres arbeidsbelastning. Videre må det arbeides for å forebygge vold og seksuell trakassering av ansatte.

Helsepersonellkomisjonens rapport viser behov for betydelig innsats innen bemanningsområdet i alle helseregioner. I dette arbeidet må det også rettes oppmerksomhet mot å beholde, ivareta og motivere ledere i og av helseforetak. Det vises til oppdrag i OBD 2023 om innleie og redusert vikarbruk, og det legges til grunn at det fortsatt er høy oppmerksomhet om disse kravene.

Mål 2024

- Ansatte i spesialisthelsetjenesten skal oppleve det som trygt å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter, og helseforetakets system og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring skal bidra til færre pasientskader.
- Helseforetaket skal øke kunnskap om og innføring av personellbesparende løsninger i tjenestene gjennom helsetjenesteforskning og implementeringsforskning.
- Antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget og andre lærefag som er relevante i sykehus, skal økes sammenlignet med 2023.
- Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie, samt jordmødre skal økes sammenlignet med 2023.

Annen oppgave 2024

- Helseforetaket skal kartlegge muligheter for kombinerte stillinger i samarbeid med kommuner, særlig innen svangerskap-, føde- og barselomsorgen og psykisk helse.
- Helseforetaket skal sørge for at arbeidet med hensiktsmessig oppgavedeling skal ha en systematisk tilnærming, pågå kontinuerlig og gi bedre organisering av arbeidsprosesser. Det skal legges til rette for partssamarbeid og medarbeiderinvolvering på alle nivåer i arbeidet. Videreføring av Tørn-programmet skal understøtte og forsterke dette arbeidet.
- Økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger kan være et gode både for arbeidstakere og arbeidsgivere, gitt at dette er basert på frivillighet for arbeidstakersiden og forankret i partssamarbeid. Det er ønskelig å vurdere alternative arbeidstidsordninger som kan bedre den samlede ressursbruken og styrke heltid.
Det vises i denne sammenheng til rammeverk og avtale som er inngått i Vestre Viken HF med lokale parter. Helseforetakene skal vurdere egnede områder for utprøving av alternative arbeidstidsordninger (f.eks. langvakter), og iverksette tidsavgrensede utprøvinger med sikte på å vinne erfaringer. Arbeidet må skje i nært samarbeid med partene lokalt. Det skal rapporteres på status i forbindelse med oppfølgingsmøtet i mai.
- Sykefraværet ser ut til å ha festet seg på et urovekkende høyt nivå etter pandemien. Dette gjelder i alle regioner. Det er behov for forsterket innsats og økt oppmerksomhet for å redusere sykefraværet, hvilket også er av betydning for bemanningssituasjonen og innleiebehov. Helseforetaket skal forsterke arbeidet med sykefraværssinnsats og -oppfølging, med sikte på reduksjon i sykefravær sammenholdt med 2023. Det skal rapporteres på status i forbindelse med oppfølgingsmøtet i mai.
- Helseforetaket skal forebygge vold og trusler mot helsepersonell i tråd med anbefalinger i rapport fra Helse Sør-Øst om forebygging av vold og trusler mot ansatte.
- Det er utfordringer med tilgang til personell i helse- og omsorgstjenestene. Helsepersonellkomisjonen mener at konsekvenser for personellbehov og bemanningsmessige effekter må vurderes særskilt ved innføring av nye tiltak i helse- og omsorgstjenesten. I tråd med Helsepersonellkomisjonens anbefalinger vil regjeringen at det skal stilles krav om at personellkonsekvenser skal utredes som del av beslutningsgrunnlaget for tiltak innenfor Helse- og omsorgsdepartementets sektoransvar.

Helseforetaket skal utrede personellkonsekvenser særskilt som del av beslutningsgrunnlaget for alle tiltak innenfor eget ansvarsområde. Vurderingen bør inneholde personellkonsekvenser gitt dagens organisering og oppgavedeling, konsekvenser for forbruk og tilbud av andre typer helsetjenester, samt konsekvenser for utdanningskapasitet.

- Helseforetaket skal, med utgangspunkt i antallet LIS2/3-stillinger i 2023, kartlegge og utarbeide en oversikt over behov for endringer i utdanningskapasitet (LIS-stillinger) for å dekke opp behovet for overleger for de ulike sykehusspesialitetene. Det skal utarbeides en plan som særskilt beskriver hvordan dekke behovet for tilstrekkelig antall LIS og overlegetillinger innenfor breddespesialitetene generell indremedisin og kirurgi. Tilbakemelding skal oversendes Helse Sør-Øst RHF innen 15. juni 2024.
- Helseforetakene skal utarbeide skriftlig handlingsplan for hvordan en skal arbeide for å rekruttering og beholde personell innen psykisk helsevern. Planen skal særskilt omtale hvordan en skal øke og understøtte tilstrekkelig utdanningskapasitet (LIS3 stillinger) av spesialister innen VOP/BUP basert på framtidig framskrivninger. Tilbakemelding skal oversendes Helse Sør-Øst RHF innen 15. juni 2024.

2.2 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2024

- Helseforetaket skal videreføre antibiotikastyringsprogram med ledelsesforankring, overvåkning og rapportering om antibiotikabruk og -resistens, samt antibiotika-team.
- Forbruket av bredspektrede antibiotika skal holdes på samme nivå, eller lavere, enn i 2019 (målt i DDD/100 liggedøgn).
- Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetaket som inkluderer pasienter i 2024 skal økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2023, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.

Annen oppgave 2024

- Helseforetaket skal sørge for, sammen med Sykehusapotekene HF, å gi flest mulig pasienter hurtig tilgang på, og god veiledning i riktig bruk av legemidler, ved første gangs utlevering av H-resept. Helseforetaket skal sørge for bedre avtaleoppfølging/utnyttelse av legemiddelinnkjøpsavtaler ved til enhver tid å velge anbefalt avtalepreparat.
- Helseforetaket skal, i samarbeid med Sykehusapotekene HF, vurdere å ta i bruk bruksklare infusjonsløsninger (legemidler) og gjennomføre opplæring av kommunene, f.eks. via helsefelleskapene, slik at kommunene kan ta imot utskrivningsklare pasienter hurtigere.
- Helseforetaket skal ta i bruk løsninger med kunstig intelligens som kan bidra til å frigjøre tid hos helsepersonell og redusere ventetider. Effekten av løsningene skal dokumenteres slik at det legger til rette for videre innføring.

2.3 Intensiv- og beredskapskapasitet

Mål 2024

- Intensivkapasiteten (kategori 2- og 3-senger) i ordinær drift og beredskapskapasiteten (dvs. kapasiteten som kan mobiliseres ved økt behov) skal økes sammenliknet med 2023. Beredskapskapasiteten skal ha en større økning enn økningen i intensivkapasitet i ordinær drift.

Annen oppgave 2024

- Det vises til indikator for intensivkapasitet. Helseforetaket skal årlig rapportere både den totale overvåknings- og intensivkapasiteten ved ordinær drift og beredskapskapasitet.

Rapporteringen skal både være i absolutte tall og som andel per 100 000 av befolkningen som det enkelte helseforetak har ansvar for. Det vises for øvrig til tidligere oppdrag om intensivkapasitet og -beredskap.

3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Rask tilgang til helsetjenester innebærer at pasienter skal oppleve å få riktig behandling i rett tid i alle ledd i helsetjenesten og rask tilgang på nye behandlingsmetoder. System for Nye metoder skal kontinuerlig utvikles for å bidra til rask innføring av trygge og kostnadseffektive behandlingsmetoder og til at metoder uten tilstrekkelig effekt kan fases ut.

Regjeringen vil legge frem en stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester som omfatter hele akuttkjeden, herunder responstider og en faglig standard for innholdet i ambulansetjenesten. Ambulanseberedskapen skal sikres, særlig der det er lange avstander til sykehus.

Ideelle sykehus skal inkluderes som likeverdige parter i plan- og utviklingsarbeid. Helseforetaket skal legge til rette for godt samarbeid om pasienter som trenger hjelp fra ulike deler av helsetjenesten, både innad i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Nye arbeids- og samarbeidsformer, som digital hjemmeoppfølging, skal tas i bruk for å gi et mer tilpasset tjenestetilbud. Det skal arbeides med strukturer for å understøtte gode og sammenhengende pasientforløp, samt for distriktsmedisinske og lokalmedisinske sentre. Videre skal det samarbeides med kommuner om å utvikle intermediære tilbud og tilbud ved helsehus, slik at flere behandlingstilbud kan tilbys ute i kommunene og nær der folk bor.

3.1 Ventetid

Mål 2024

- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for somatikk. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikk.
- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for psykisk helsevern for barn og unge, psykiske helsevern for voksne og TSB. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB.

3.2 Pasientavtaler

Mål 2024

- Helseforetaket skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene (passert planlagt tid).
- Helseforetaket skal øke bruken av digital hjemmeoppfølging og digitale behandlingsprosesser for å styrke total behandlingsskapitet. Aktuelle tiltak inkluderer brukerstyrt (behovsstyrt) poliklinikk med digital monitorering og interaksjon, også innenfor psykisk helsevern. Andelen pasienter som mottar digital hjemmeoppfølging, video- eller telefonkonsultasjoner skal øke sammenliknet med 2023. Her inngår digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering og nettbasert behandlingsprogram.
- Helseforetaket skal innføre DelMedMeg innen psykisk helsevern.

3.3 Epikriser

Mål 2024

- Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen én dag etter utskrivning innen somatikk.
- Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen én dag etter utskrivning innen psykisk helsevern for voksne og TSB.

3.4 Pasientforløp

Mål 2024

- Pasienter med store og sammensatte behov, herunder eldre med skrøpeligheit og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, skal oppleve sammenhengende tjenester med trygge overganger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Reduksjon i andel ikke-planlagte reinnleggelser innenfor somatikk.
- Andel pasienter i pasientforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.
- Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 pst.
- Reduksjon i andel ikke-planlagte reinnleggelser innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Annen oppgave 2024

- Helseforetaket skal sørge for at organisatorisk plassering av koordinerende enhet lokalt bidrar til at enhetene på best mulig måte understøtter god koordinering i sykehusene og ivaretar sitt overordnede ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Helseforetaket skal også iverksette tiltak for å realisere målet med de lovregulerte koordineringsordningene i spesialisthelsetjenesten (koordinator, kontaktlege, koordinerende enhet og individuell plan).
- Det vises til «Rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og den norske legeförening om samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene», inngått høsten 2023. Helseforetaket skal legge til rette for økt samhandling og koordinering mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten i tråd med inngått rammeavtale.

3.5 Behandlingstilbud

Mål 2024

- Kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap-, fødsels- og barseltiden, blant annet gjennom å øke antall jordmødre som har tilknytning til både sykehus og kommuner.
- Helseforetaket skal arbeide systematisk med prioritering på alle nivåer i tjenesten for å sikre effektiv bruk av fellesskapets ressurser, best mulig bruk av personellens kompetanse, og for å unngå overdiagnostikk og overbehandling.

Annen oppgave 2024

- Helseforetaket skal sørge for at alle potensielle donorer blir vurdert for organdonasjon. Det skal sikres at helseforetaket har tilstrekkelig kompetanse på området samt rutiner for at aktuelle pasienter på intensivavdelinger systematisk vurderes med tanke på organdonasjon. Vurderingene skal dokumenteres i intensivregisteret.
- Helseforetaket skal videreføre arbeidet med å vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.
- Helseforetaket skal rapportere på hvordan den kommende retningslinjen for fødselsomsorgen blir satt i verk, spesielt hvordan anbefalingen om kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor i aktiv fase av fødselen følges opp.
- Helseforetaket skal etablere rutiner for at mor kan henvende seg til barselavdelingen uten henvisning den første uken etter utskrivning.
- Helseforetaket skal, i samarbeid med kommuner, gjennomgå og vurdere de konkrete forbedringstiltakene som er foreslått i Helsedirektoratets rapport «Konsekvensene av en

anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei», og sette i verk tiltak for å forbedre følgetjenesten for gravide.

- Helseforetaket skal etablere et definert rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt i tråd med regional fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering.
- Helseforetaket skal foreslå tiltak for hvordan de minste fødestedene kan utvikles og hvordan de ansatte kan få mengdetrening hvis det er få fødsler ved institusjonen.
- Helseforetaket skal følge opp anbefalingene fra Nasjonal operativ gruppe for revurdering (NOR) om prosedyrer for revurdering og redusere forbruket av følgende prosedyrer:
 - Artroskopisk skulderkirurgi; cuff-sutur og akromionreseksjon jf. vedtak i Beslutningsforum
 - Øvre endoskopi hos pasienter < 55 år
 - Koronar angiografi hos pasienter med kronisk myokardisikemi
- Helseforetaket skal sørge for at aktuelle kandidater (eldre med brudd) identifiseres og tilbys behandling med sekundær osteoporose profylakse (f.eks. Fracture Liaison Service – FLS).
- Helseforetaket skal gjennomgå organiseringen av behandling av pasienter med kroniske smerter ved sine sykehus. Det skal legges til rette for at pasienter med kroniske smerter blir vurdert for behandling, og at helseforetaket har adekvat kapasitet for denne pasientgruppen.

4. Øvrige krav og rammer for 2024

4.1 Sikkerhet og beredskap

Det er behov for å styrke helsetjenestens motstandsdyktighet mot sikkerhetstruende hendelser og kriser, jf. krigen i Ukraina, NATOs forventning til medlemsland om motstandsdyktighet, situasjonen i Midt-Østen og EUs vektlegging av motstandsdyktighet, jf. NIS 2- og CERdirektiv.

Det vises til tidligere stilte krav om å følge opp med tiltak knyttet til utpekte skjermingsverdige verdier, utvikling av operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret i hele krisespekteret, deltakelse i internasjonale innsatsteam og kapasiteter, samt etablering av nasjonalt begrenset nett (NBN) i spesialisthelsetjenesten. Det siste skal skje i samarbeid med Norsk helsenett SF.

Regjeringen har som mål å utvikle en motstandsdyktig og fleksibel helseberedskap, jf. Prop. 1 S (2023–2024) og Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap*.

For å sikre bedre strategisk styring og samordning i helsesektorens arbeid med sikkerhet, beredskap og krisehåndtering, etableres det en ny modell for helseberedskapsarbeid i det daglige og i kriser. Modellen består av et nytt helseberedskapsråd og sekretariat ledet av Helse- og omsorgsdepartementet, rådgivende ekspertutvalg for helsekriser og seks utvalg på etatsnivå. Utvalg for sivil-militært helseberedskapssamarbeid skal videreutvikles, og det samme gjelder utvalg for smittevern. I tillegg skal det etableres et utvalg for digital sikkerhet. Disse utvalgene skal ledes av Helsedirektoratet.

Videre skal det etableres et utvalg for forsyningsikkerhet for medisinske produkter som skal ledes av DMP og et utvalg for vannforsyning som skal ledes av Mattilsynet. Kriseutvalget for atomberedskap skal videreføres og fortsatt ledes av Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. Utvalgene skal involvere aktører i sektoren og tverrsektorielt, gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser, sørge for at planverk og strategier er basert på oppdatert trusselbilde, bidra til utarbeidelse av felles planforutsetninger og scenarier, samt bidra til gjennomføring av øvelser. Deltakelse i utvalgene vil legge til rette for koordinering av forebygging og beredskap.

Det vises til tidligere stilte krav om oppfølging av Riksrevisjonens revisjon av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer, jf. Dokument 3:2 (2020–2021) og til tidligere krav om å arbeide systematisk med innføring av Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet. Det er viktig at helseforetaket fortsetter arbeidet med å følge opp kravene som ble stilt for 2023 om forebyggende tiltak og tiltak for å håndtere og gjenopprette funksjon etter tilsiktede eller utilsiktede hendelser mot egen infrastruktur, IKT-systemer og viktige verdier.

Annen oppgave 2024

- Det vises til gjennomførte risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) og kartlegginger knyttet til kritisk infrastruktur. Helseforetaket skal gjennomgå sine handlingsplaner for kritisk infrastruktur basert på gjennomført ROS-analyse og sørge for at relevante funn følges opp og inngår i helseforetakets oversikt over verdier, øvrige ROS-analyser og risikovurderinger. Eventuelle relevante tiltak skal fremkomme i helseforetakets beredskapsplanverk. Helseforetaket skal kartlegge kritisk infrastruktur hvert 4. år, samtidig med tilstandsvurdering av bygg (neste gang 2028).

4.2 Klima og miljø

I Oppdrag og bestilling 2023 ble helseforetaket bedt om å følge opp statens forventninger i Meld. St. 6 *Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap — Statens direkte eierskap i selskaper* (eierskapsmeldingen). I meldingen er hensynet til bærekraft i statens mål som eier tydeliggjort og forsterket. Det forventes blant annet at selskapene rapporterer på klimagassutslipp og klimarisiko.

De regionale helseforetakene har vedtatt felles klima- og miljømål med indikatorer i spesialisthelsetjenesten. Som hovedmål skal spesialisthelsetjenesten innen 2030 redusere (direkte) utslipp av CO₂-ekvivalenter (CO₂e) med 40 pst. Det langsiktige målet er klimanøytral drift av spesialisthelsetjenesten innen 2045. I arbeidet med å nå disse målene vil det være hensiktsmessig å utarbeide en oversikt over utslippsbaner for hvordan ulike tiltak vil påvirke framtidig samlet CO₂-utslipp for spesialisthelsetjenesten.

Annen oppgave 2024

- Helseforetaket skal bidra i det regionale helseforetakets arbeid med å utarbeide en oversikt over utslippsbaner for hvordan ulike tiltak vil påvirke framtidig samlet CO₂-utslipp for spesialisthelsetjenesten.

4.3 Teknologi, digitalisering og informasjonssikkerhet

Digitalisering skal støtte opp under de helsepolitiske målene, og bidra til å nå hovedmålene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Bruk av teknologi og samhandlingsløsninger skal gi bedre og mer effektiv pasientbehandling gjennom enklere tilgang til relevant informasjon og god støtte i arbeidsprosessene.

De regionale helseforetakene skal prioritere innføring av nasjonale digitale samhandlingsløsninger og gi helsepersonell tilgang til gode arbeidsverktøy som bidrar til en mer effektiv og trygg arbeidsdag og styrket pasientsikkerhet.

Digitaliseringsarbeidet skal ha en stegvis tilnærming for å redusere risiko og kompleksitet, og legge til rette for en raskere realisering av nytte for helsepersonell og innbyggere. Igangsatte nasjonale tiltak skal fullføres for å få ut effektene av investeringene.

Annen oppgave 2024

- Helseforetaket skal delta i kartleggingsanalyse fra Sykehuspartner HF for å få mer eksakt informasjon om oppgraderingsbehovet av de lokale IKT-rommene inkludert prisestimat for dette arbeidet. Anbefalt oppgraderingsplan per helseforetak må hensynta planene for nye bygg der dette er relevant, for å minimere «sunk cost». Videre må planene koordineres med planene for modernisering av nett ved helseforetakene. Arbeidet må skje i tett samarbeid mellom Sykehuspartner HF og både teknologi og eiendom ved det enkelte helseforetak og forankres med administrerende direktør ved helseforetaket.
- Helseforetaket, med underliggende virksomheter, skal som hovedregel ha nettstedene sine på felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten (FNSP). Det vil sikre deling av innhold nasjonalt, krav til personvern, universell utforming og informasjonssikkerhet. Helseforetaket skal kartlegge og vurdere risikoen ved nettsteder som har andre publiseringsløsninger enn FNSP. Dersom det er nettsteder som inneholder informasjon til pasienter og pårørende, skal disse flytte til FNSP. Helseforetaket skal også prioritere å flytte nettsteder med innhold som kan styrke spesialisthelsetjenestens og helseforetakets posisjon som attraktiv arbeidsgiver og som ledende aktør innen helseforskning, utdanning og opplæring av helsepersonell. Eventuelle unntak skal avklares med lokal kommunikasjonsdirektør.

4.4 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser

Annen oppgave 2024

- Det vises til Dokument 3:6 (2023–2024) *Utnyttelse av IT-systemer på sykehus*. Helseforetaket skal vurdere forbedringsarbeid i lys av rapporten, og følge opp hovedfunn, vurderinger og anbefalinger.

4.5 Bygg og eiendom

Annen oppgave 2024

- Helseforetaket skal i 2024 utarbeide en konkret gevinstrealiseringsplan for å ta i bruk *regional FM-plattform*. Det vises til RHF-styresak 101-2023 *Digitalisering av eiendomsforvaltningen*.
- Helseforetaket skal i 2024 evaluere innført kostnadsdekkende husleieordning.

4.6 Prosjektstyring

- Det vises til utfordringer helseforetakene har i enkelte større investeringsprosjekter, spesielt når det kommer til implementerings-/mottaksfasen. Det må etableres gode rutiner for implementerings-/mottaksfasen. Det er tidligere gitt krav om evaluering av alle prosjekter. Implementerings-/mottaksfasen skal også inkluderes i evalueringen, for å muliggjøre erfaringsoverføring mellom ulike prosjekter, helseforetak og helseregioner. Helseforetaket skal arbeide med god prosjekteier- og prosjektstyring for større investeringsprosjekter.

4.7 Rapportering

Regjeringen ønsker å redusere den samlede rapporteringen i helse- og omsorgstjenesten. Helseforetaket skal regelmessig gjøre en kritisk gjennomgang av indikatorer og rapportering internt, med sikte på å redusere den samlede rapporteringen.

4.8 Pasientreiseområdet

- **Gevinstrealisering innen pasientreiseområdet**
Pasientreiser HF skal dokumentere gevinster og gevinstrealisering internt i foretaket og i de fire helseregionene. Denne dokumentasjonen skal innarbeides i årlig sak om kostnadsutvikling på pasientreiseområdet. Helseforetaket skal rapportere tertialvis til Helse Sør-Øst RHF, basert på aktiviteten utført ved helseforetakets pasientreisekontor, om helseforetakets faktiske gevinstuttak (definerte KPI-er fra tiltakene).
- **Effektivisering og kvalitetsfremmende tiltak innen reiser med rekvisisjon**
Helseforetaket skal, i samarbeid med de regionale helseforetakene og Pasientreiser HF, videreføre arbeidet med effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor området reiser med rekvisisjon.
- **Ny rekvisisjonspraksis**
Pasientreiser HF skal pilotere vedtatt rekvisisjonspraksis sammen med helseforetakene i 2024 med sikte på nasjonal implementering primo 2025. Helseforetaket skal bidra i dette arbeidet.
- **Innmelding klage og avvik**
Pasientreiser HF skal i 2024 igangsette arbeidet med neste fase i utvikling av selvbetjeningsløsning for reiser med rekvisisjon som skal gi innbygger mulighet til å melde inn et avvik eller en klage. Helseforetaket skal gjøre nødvendige forberedelser for kommende løsning, herunder tilpasse og følge anbefalinger i felles retningslinjer for avviksmelding og oppfølging.
- **Serviceparametere**

Helseforetaket skal følge opp og rapportere utviklingen på felles regionale serviceparametere.

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 god kvalitet i pasientbehandlingen. Det er fortsatt behov for omlegging i driften ved mange sykehus for å komme tilbake til en ordinær drift etter pandemien.

Mål 2024

- Vestre Viken HF skal i 2024 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 2024

- 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 2024 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 2024 og konkret vurdering av situasjon og risiko for helseforetaket knyttet til årsbudsjettet for 2024. Styret i helseforetaket har vedtatt resultatmål som gjenspeiles i resultatkravet for 2024.

Mål 2024

- Årsresultat 2024 for Vestre Viken HF skal minst være på 238 millioner kroner.

- **Likviditet og investeringer**

Tilgjengelig likviditet til investeringer i 2024 videreføres på nivå med 2023, pris og lønnsjustert til i alt 153,4 millioner kroner for Vestre Viken HF, forutsatt et resultat i henhold til resultatkrav for 2024.

Investeringer skal budsjetteres innenfor helseforetakets tilgjengelige investeringsmidler i 2024, det vil si likviditetstildelingen for 2024 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.

Helseforetakets bruk av midler (basisfordring) til ekstraordinært vedlikehold utbetales etterskuddsvis basert på innrapportert bruk av midlene, 25,5 millioner kroner til Vestre Viken HF.

Annen oppgave 2024

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

- Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2024 skal ikke benyttes til investeringer i 2024 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.
- Helseforetak med regionalt prioriterte prosjekter i gjennomføringsfase skal oppdatere gevinstoversikter og øvrige økonomiske tiltak ved årlig rullering av økonomisk langtidsplan. Førstkommende år fra økonomisk langtidsplan skal innarbeides i årsbudsjett, og rapporteres i helseforetakets tertialvise rapportering. Oppdatering av gevinstoversikter skal vises som endringer mot forprosjektets gevinstrealiseringsplan, med forklarende kommentarer. Helseforetaket må føre endringslogg for hvert enkelt prosjekts gevinstrealiseringsplan.

- **Framskrivingsmodeller**

Det er utviklet felles nasjonale framskrivingsmodeller for kapasitet innen de forskjellige tjenesteområdene. Helseforetaket skal benytte disse, og forutsetningene slik de bl.a. fremgår av Regional utviklingsplan 2040 skal legges til grunn. For å sikre riktig anvendelse og legge til rette for foretaksvise tilpasninger basert bl.a. på sammenligning med andre helseforetak, skal framskrivingene utføres av ressurser fra analysemiljøet i det regionale helseforetaket.

- **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 2024.

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.

Det vises til finansstrategien v6.1 for Helse Sør-Øst, datert 17. januar 2024, hvor det fremgår at helseforetakene før signering av kontrakter med vesentlig valutarisiko skal ta kontakt med Helse Sør-Øst RHF for vurdering av om Helse Sør-Øst RHF skal gjennomføre valutasikring på vegne av helseforetaket, eller om valutasikring skal overlates til leverandøren ved å avtale leveranse i norske kroner. Dersom Helse Sør-Øst RHF gjennomfører sikringen, innhentes fullmakt fra helseforetaket på forhånd.

Helseforetaket vil bli avregnet for faktisk kostnad og forbruk av eksterne helsetjenester. Foreløpig avregning vil skje i forbindelse med foreløpig regnskap per desember, og omfatte alle tjenesteområder. Endelig avregning vil skje i forbindelse med avslutning av årsregnskapet.

5.2 Aktivitetskrav

Aktivitet i 2024	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Total
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til sørge-for-ansvaret	132 256	28 994	34 538	4 967	
Pasientbehandling					
Antall utskrivninger døgnbehandling	68 556	3 360	200	773	
Antall liggedøgn døgnbehandling	221 467	65 938	5 214	14 455	
Antall oppholdsdager dagbehandling	36 494	0	0	0	
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	527 403	144 765	102 008	26 033	800 209

Andel telefon- og videokonsultasjoner på 15 %					120 031
---	--	--	--	--	---------

Annen oppgave 2024

- Vestre Viken HF skal i 2024 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.

6. Oppfølging og rapportering

Helse Sør-Øst RHF vil i oppfølgingsmøtene med helseforetaket følge opp mål og oppgaver gitt i 2024, 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 2024 skal det rapporteres på styringsbudskap under overskriftene *Mål 2024* og *Annen oppgave 2024*. Frist for innsendelse av styrets årlig melding er 1. mars 2025.

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 2025.

Vedlegg 1. Detaljert økonomitabell

VESTRE VIKEN HF	2024
Basisramme 2023 inkl. RBF	7 921 409
<i>Nye forhold inn mot 2024</i>	
RBF 2023 tilbakelegging av uttrekk basis	42 310
RBF 2023 uttrekk av KBF- bevilgning	-38 903
Justering RBF RNB2023	631
Inntektsmodell 2023, fra ØLP 2023-2026	47 066
# RNB 2023- pensjon i ØLP ramme (RNB 2023)	-68 960
Finansiering av høyspesialiserte tjenester B2023	20 586
Økt bevilgning prehospitale tjenester	2 634
Økt bevilgning 2023	156 600
Lønns- og prisjustering 2023	86 360
Finansiering av høyspesialiserte tjenester 2024	-7 350
Basisramme 2024 før statsbudsjettet	8 162 383
<i>Endringer som følge av Prop 1S (2023-2024)</i>	
Prisomregning	308 494
Pensjon fra Prop 1S (2023-2024)	2 304
Økt aktivitet, alle tjenesteområder	126 642
Økt aktivitet, psykisk helsevern	8 007
Effektiviseringstiltak	-10 197
<i>Resultatbasert finansiering, RBF</i>	
# uttrekk basisramme RBF	-45 955
# bevilget sfa score på kvalitetsparametere	45 912
<i>Andre forhold fra Prop. 1</i>	
Komp. for manglende prisjustering av egenandeler	856
Nasjonal inntektsmodell	26 086
Hjemmetest livmorhalsprogrammet	128
<i>Nye forhold fra Helse Sør-Øst RHF</i>	
Tilbakeføring basisramme fra Helse Sør-Øst RHF	10 374
Dyre legemidler-aktivitetsavhengig del private ideelle sykehus	99
Basisramme 2024 inkl. RBF	8 635 133
Strategiske forskningsmidler, fra post 72	7 459
Øremerkede midler, fra post 78	2 588
Statlige tilskudd, post 70	5 634
Endringer i bioteknologiloven_tilskudd	2 714
Tilskudd til turnustjeneste	2 920
Sum faste inntekter	8 650 815
<i>ISF- refusjoner</i>	
herav somatikk	2 764 037
herav psykisk helsevern og TSB	251 734
Sum ISF- refusjoner	3 015 771
Sum inntekter	11 666 586

Vedlegg 2. Detaljert aktivitetstabell

SOMATIKK

Antall pasientbehandlinger

TOTAL AKTIVITET	2024
Antall utskrivninger døgntilrettelagt (Total)	68 556
Antall liggedøgn døgntilrettelagt (Total)	221 467
Antall oppholdsdager dagbehandling (Total)	36 494
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner (Total)	527 403

Fordeling av antall ISF-poeng

DØGNBEHANDLING	2024
Fordeling av antall ISF-poeng	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Døgntilrettelagt)	86 324
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Døgntilrettelagt)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Døgntilrettelagt)	982
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Døgntilrettelagt)	1 448
Pasienter bosatt i egen region behandlet innen Fritt behandlingsvalg (Døgntilrettelagt)	0
Sum ISF-poeng (Døgntilrettelagt)	88 754
Andel ISF-poeng (Døgntilrettelagt) i % av totalen	70,2 %

DAGBEHANDLING	2024
Fordeling av antall ISF-poeng	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Dagbehandling)	10 116
Pasienter bosatt i egen region behandlet ved private institusjoner iht. avtale (Kun RHF) (Dagbehandling)	0
Pasienter bosatt i eget opptaksområde behandlet i andre regioner (Dagbehandling)	0
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Dagbehandling)	48
Pasienter bosatt i egen region behandlet innen Fritt behandlingsvalg (Dagbehandling)	0
Sum ISF-poeng (Dagbehandling)	10 164
Andel ISF-poeng (Dagbehandling) i % av totalen	8,0 %
Sum ISF-poeng (Døgntilrettelagt og dagbehandling) for pasienter bosatt i egen region (iht. sørge-for-ansvaret)	97 423
Sum ISF-poeng (Døgntilrettelagt og dagbehandling) for pasienter bosatt i egen og andre regioner	98 918

POLIKLINISK VIRKSOMHET	2024
Fordeling av antall ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet)	
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	27 035
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)	297
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF (Poliklinisk virksomhet)	111
Pasienter bosatt i egen region behandlet innen Fritt behandlingsvalg (Poliklinisk virksomhet)	0
Sum ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet)	27 444
Andel ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet) i % av totalen	21,7 %
Sum ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet) for pasienter bosatt i egen region (iht. sørge-for-ansvaret)	27 333

Sum ISF-poeng (Poliklinisk virksomhet) for pasienter bosatt i egen og andre regioner	27 444
--	--------

PASIENTADMINISTRERTE LEGEMIDLER (H-RESEPTER)	2024
Fordeling av ISF-poeng knyttet til pasientadministrerte legemidler	
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)	7 500
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)	7 500

TOTALT ANTALL ISF-POENG	2024
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. sørge-for-ansvaret (Pasienter bosatt i egen region)	124 756
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) iht. sørge-for-ansvaret for aktivitet utført i eget helseforetak	123 476
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (pasienter bosatt i egen og andre regioner)	126 362
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag og poliklinikk) for aktivitet utført i eget helseforetak	125 082
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk, pasientadministrerte legemidler) iht. sørge-for-ansvaret (pasienter bosatt i egen region/opptaksområde)	132 256
Totalt antall ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk for pasienter bosatt i egen og andre regioner og pasientadministrerte legemidler for pasienter bosatt i eget opptaksområde)	133 862

PSYKISK HELSEVERN

PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE (VOP)	2024
Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus	
Antall utskrivninger døgnbehandling (VOP)	3 360
Antall liggedøgn døgnbehandling (VOP)	65 938
Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)	144 765
Kjøp fra private institusjoner (VOP)	
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
PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE (BUP)	2024
Antall utskrivninger døgnbehandling (BUP)	200
Antall liggedøgn døgnbehandling (BUP)	5 214
Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)	102 008
Kjøp fra private institusjoner	
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)	2024
---	------

Antall utskrivninger døgnbehandling (TSB)	773
Antall liggedøgn døgnbehandling (TSB)	14 455
Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)	0
Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)	26 033
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

Vedtekter for Vestre Viken HF

(Vedtatt i stiftelsesmøte 30. mars 2009, sist endret i foretaksmøte 26. februar 2024.)

§ 1 Navn

Helseforetakets navn er Vestre Viken HF.

§ 2 Eier

Vestre Viken HF eies fullt ut av Helse Sør-Øst RHF.

§ 3 Hovedkontor

Vestre Viken HF har sitt hovedkontor i Drammen kommune.

§ 4 Formål

Vestre Viken HF skal drives med sikte på å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette.

Gjennom utøvelse av oppgaver tildelt av Helse Sør-Øst RHF vil Vestre Viken HF bidra til at spesialhelsetjenestens målsetting blir oppfylt innenfor Helse Sør-Østs geografiske område.

§ 5 Helseforetakets virksomhet

Vestre Viken HF skal videreføre de plikter og ansvarsområder virksomhetene Sykehuset Buskerud HF, Ringerike sykehus HF, Sykehuset Asker og Bærum HF samt Buskerud-delen av Blefjell sykehus HF som ble innlemmet i Vestre Viken HF hadde på etableringstidspunktet for Vestre Viken HF.

Ansvarsområde for Vestre Viken HF omfatter område- og lokalsykehusfunksjoner, jf. spesialisthelsetjenesteloven. Dette innebærer også at Vestre Viken HF skal drive forskning, undervisning og rådgivning.

Vestre Viken HF skal sikre at samarbeid om utdanning av medisinstudenter og helsefagstudenter reguleres i egne avtaler.

Virksomheten skal drives med sikte på å nå nasjonale helse-, forsknings- og utdanningspolitiske mål og helseforetaksgruppens samlede målsetninger innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, instruksjer, avtaler, beslutninger truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.

Vestre Viken HF skal drive:

- helsefremmende og forebyggende arbeid
- helsemessig og sosial beredskap
- rehabilitering og habilitering
- somatisk helsetjeneste

- psykisk helsevern
- tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere
- laboratorie- og radiologiske tjenester
- syketransport, ambulansetjeneste og nødmeldetjeneste
- andre virksomheter når det er egnet til å fremme foretakets formål

Hovedoppgavene som Vestre Viken HF skal legge til rette for, er å planlegge, organisere og fremme:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasienter og pårørende
- utvikling av medisinsk metode, praksis, pleie og kompetanseutvikling

Vestre Viken HF skal bidra til samarbeid i regionen, slik at det totalt sett oppnås hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Vestre Viken HF skal også bidra til samarbeid med andre helseforetak, universiteter og høyskoler.

Vestre Viken HF skal, innenfor sitt ansvarsområde, søke nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud. Det samme gjelder i forhold til samarbeidspartnere som blant annet det statlige barne- og familievern, samt i forhold til øvrige aktuelle statlige ansvarsområder.

§ 6 Foretaksmøtet

Det skal avholdes foretaksmøte innen utgangen av februar måned hvert år der styrings- og prestasjonskrav på økonomi- og organisasjonsområdet blir fastlagt. Videre avholdes foretaksmøte hvert år innen utgangen av juni måned for behandling av årsregnskap, årsberetning og årlig melding som omtalt i § 14, jf. helseforetaksloven §§ 34 og 43 annet ledd. Ytterligere foretaksmøter besluttet av styret i Helse Sør-Øst RHF.

§ 7 Styre

Vestre Viken HF ledes av et styre. Styret skal ha inntil elleve medlemmer. Inntil syv medlemmer oppnevnes av foretaksmøtet. Foretaksmøtet velger leder og nestleder.

I tillegg velger de ansatte inntil fire styremedlemmer med varamedlemmer. Med utgangspunkt i de partsforhold som da vil gjelde, deltar styremedlemmer som er valgt av de ansatte ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Styrene skal samlet sett ha en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har og de utfordringene helseforetakene står overfor.

Styret skal samlet sett ha en geografisk og aldersmessig bredde, samt ivareta kravet til kjønnsmessig balanse etter reglene i aksjeloven § 20-6, jf. helseforetaksloven 21 første ledd.

§ 8 Daglig leder

Vestre Viken HF skal ha daglig leder. Daglig leder ansettes av styret.

§ 8a Retningslinjer og rapport om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer

Vestre Viken HF skal følge allmennaksjeloven §§ 6-16a Retningslinjer om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i noterte selskaper, 6-16b Rapport om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i noterte selskaper og Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer. Retningslinjer i samsvar med asal § 6-16a og forskriften skal legges frem for godkjenning for ordinært foretaksmøte fra og med 2022. Retningslinjene skal også inneholde en redegjørelse om hvordan «Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel» er fulgt opp i eventuelle datterselskaper. Lønnsrapport i samsvar med asal § 6-16b og forskriften skal senest legges frem for ordinært foretaksmøte fra og med 2023.

§ 9 Opphevet 13. februar 2014.

§ 10 Salg av foretakets faste eiendommer

Vedtaket om å pantsette eller avhende fast eiendom treffes av foretaksmøtet i Vestre Viken HF etter forslag fra styret i henhold til reglene i helseforetaksloven § 31, jf. § 10.

Styret kan likevel beslutte avhending av fast eiendom når eiendommen er verdsatt til under 40 millioner kroner.

§ 11 Låneopptak

Vestre Viken HF kan ikke oppta lån fra andre enn Helse Sør-Øst RHF. Eventuelle låneopptak skal godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF.

Vestre Viken HF gis anledning til å inngå finansielle leieavtaler i tråd med den til enhver tid gjeldende Finansstrategi fastsatt av styret for Helse Sør-Øst RHF. Finansielle leieavtaler med kontraktsverdi 100 millioner kroner eller mer må godkjennes av foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF.

Alle OPS-avtaler må forelegges foretaksmøtet og innpasses statens rammeverk for OPS-prosjekter.

§ 12 Universitetenes og høyskolenes rettigheter

Styret skal, innenfor sitt ansvarsområde, påse at universiteters og høyskolars rettigheter og interesser i tilknytning til undervisning og forskning blir ivaretatt og at sakene belyses tilstrekkelig ut fra forsknings- og undervisningsperspektivene.

Vestre Viken HF skal videreføre de plikter virksomheter som ble innlemmet i Vestre Viken HF hadde ovenfor universiteter og høyskoler på etableringstidspunktet for Vestre Viken HF. Dette omfatter også alle rettigheter som universiteter og høyskoler har til å bruke foretakets faste eiendom, utstyr og andre formuesgjenstander, herunder rettigheter som fremgår av avtaler samt vilkår for bevilgninger og lignende.

§ 13 Medvirkning fra pasienter og pårørende

Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene. Melding fra pasientombudene skal legges ved meldingen til Helse Sør-Øst RHF, jf. vedtektenes § 14. Styret må også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt.

§ 14 Melding til Helse Sør-Øst RHF

Styret skal hvert år sende en melding til Helse Sør-Øst RHF som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år.

Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av Helse Sør-Øst RHF som eier. Denne delen av plandokumentet vil inngå i Helse Sør-Øst RHF's plandokument som igjen vil inngå i vurderingsgrunnet for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett.

Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift, gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene, vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for økonomisk kompensasjon, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til Vestre Viken HF's plandokument.

§ 15 Arbeidsgivertilknytning

Vestre Viken HF skal være medlem av arbeidsgiverforeningen Spekter.

§ 16 Kontaktmøter med kommuner o.a.

Vestre Viken HF skal som et minimum ha faste kontaktmøter med kommunene i sitt område to ganger per år. Tilsvarende møter bør også holdes med øvrige relevante interessenter i foretakets område.

§ 17 Endring av vedtektene

Endring av disse vedtektene foretas av foretaksmøtet i Vestre Viken HF, jf. helseforetaksloven § 12. Styret vurderer og tar eventuelt opp endringer i vedtektene dersom dette er nødvendig for å ivareta helseforetakets formål og hovedoppgaver.



Målgruppe

Direktører i sentral stab, klinikkdirektører for aktuelle fagområder og foretakssekretariatet i Vestre Viken HF.

Hensikt

Beskrive prosess for samlet kommunisering av og rapportering på foretakets mål og oppgaver inneværende år.

Beskrivelse

Helse- og omsorgsdepartementets styring av Helse Sør-Øst RHF gjøres gjennom årlig oppdragsdokument og vedtak i foretaksmøter. Helse Sør-Øst RHF gir videre styringsbudskap til underliggende helseforetak gjennom Oppdrag og bestilling (OBD) som overleveres i foretaksmøte i februar hvert år.

Vestre Viken HF setter seg inn i overordnede føringer og styringsbudskap gitt til OBD og protokoller fra foretaksmøter. Vestre Viken HF skal innenfor foretakets ansvarsområder understøtte arbeidet med å nå hovedmålene som Helse Sør-Øst RHF har satt.

Innholdet og styringsbudskapene i OBD gjennomgås i virksomheten for å sikre oppfølging. Arbeidet operasjonaliseres internt gjennom [lederavtaler](#) og følges opp regelmessig i klinikkens oppfølgingsmøter med administrerende direktør. Rapportering til styret ivaretas gjennom virksomhetsrapporteringen og i [Årlig melding](#). Det henvises også til retningslinjen [VV Virksomhetsstyring](#).

Tidspunkt	Aktivitet	Ansvar
Februar	Oppdrag og bestilling for inneværende år overleveres i foretaksmøte i VVHF	HSØ
Februar/ mars	Protokoll fra foretaksmøte i VVHF og Oppdrag og bestilling legges frem for styret i VVHF.	Adm.sjef
Februar/ mars	Oppfølgingsansvar for de ulike områdene identifiseres og informeres.	Dir.MOH
Februar/ mars	Aktivt vurdere om lederavtalene skal oppdateres for å sikre oppfølging og rapportering.	Dir.MOH
Februar/ mars	Oppdrag og bestilling legges frem i foretaksledermøte og publiseres på intranett under Foretaksledelsen>Styrende dokumenter.	Adm.sjef
Februar/ mars	Foretakstillitsvalgte, foretakshovedverneombud, Brukerutvalg og Ungdomsråd orienteres.	Adm.sjef
Juni	Tilleggsdokumenter til Oppdrag og bestilling overleveres i foretaksmøte i VVHF	HSØ
Juni/ august	Protokoll fra foretaksmøte i VVHF og tilleggsdokument til Oppdrag og bestilling legges frem for styret i VVHF.	Adm.sjef
Juni	Oppfølgingsansvar for de ulike områdene identifiseres og informeres.	Dir.MOH
Juni	Tilleggsdokumenter til Oppdrag og bestilling legges frem i foretaksledermøte og publiseres på intranett under Foretaksledelsen>Styrende dokumenter.	Adm.sjef

Juni	Foretakstillitsvalgte, foretakshovedverneombud, Brukerutvalg og Ungdomsråd orienteres.	Adm.sjef
August	1/2 års evaluering, oppfølging av OBD tas opp som sak i stabsmøtet	Adm.sjef

Endringer fra forrige versjon

Dokumentet er nytt.

Dato: 12. mars 2024
Saksbehandler: Hanne Juritzen

Saksfremlegg

Ledelsens gjennomgang for 2023

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	28/2024	19. 03.24

Forslag til vedtak

Styret tar LGG for 2023 til etterretning.

Drammen, 12. mars 2024

Lisbeth Sommervoll
Administrerende direktør

Bakgrunn

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

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

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

LGG er den overordnede styrende og kontrollerende delen av internkontrollen i virksomheten. LGG skal i hovedsak besvare om etablerte interne kontrollrutiner og styringssystem bidrar til måloppnåelse, herunder at gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger etterleves, samt at styringssystemet bidrar til kontinuerlig forbedring.

Saksutredning

LGG for 2023 er gjennomført på klinikk- og foretaksnivå i Vestre Viken HF. LGG-malen revideres og forbedres regelmessig og tilpasses de til enhver tid gjeldende krav i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og i ISO 9001:2015.

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

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

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

Tiltak etter fjorårets LGG er fulgt opp i aktuelle handlingsplaner. Noen områder har fortsatt behov for oppfølging i 2024 og er tatt inn i hovedpunktene under.

Hovedpunkter etter LGG 2023:

- Oppfølging av tiltak for å sikre kritisk kompetanse
- Videreføre arbeid med å forbedre måloppnåelse ved pakkeforløp kreft
- Ressurshåndtering og planlegging, herunder rekruttering og økonomistyring
- Videreføre arbeid med å forbedre system for virksomhetsstyring
- Videreføre arbeid med læring etter hendelser, hendelsesgjennomganger og læringsnotater
- Videreføre arbeidet med å forbedre system for tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende og samarbeidspartnere
- Oppfølging av tiltak i Bærekraftsplanen som innføring av langvakter, oppgavedeling og standardisering av poliklinikker

Vurdering av om styringssystemet er velegnet, tilstrekkelig, virkningsfullt og bidrar til kontinuerlig forbedring?

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

Styringssystemet er i hovedsak velegnet og understøtter pasientbehandlingen, men det er noen utfordringer knyttet til resultatsikring, budsjettavvik, etterlevelse av tiltak og måloppnåelse som viser at det er behov for en helhetlig integrering av alle ledd i styringssystemet. Dette kan i stor grad fanges opp gjennom arbeidet med å forbedre virksomhetsstyringen. det er etablert et arbeid og nedsatt en arbeidsgruppe som skal jobbe med å få ulike prosesser innen virksomhetsstyringen til å henge bedre sammen. Målet er en helhetlig, integrert og proaktiv virksomhetsstyring. Arbeidet ble igangsatt desember 2023 og arbeidet videreføres i 2024.

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

Foretaket reviderer og forbedrer rutiner for virksomhetsstyring. Disse er i samsvar med rammeverket for virksomhetsstyring i HSØ. En utfordring i virksomhetsstyringen er manglende tilgang til data fra kliniske systemer.

Bærum Sykehus er ISO sertifisert etter ISO 9001:2015 og laboratoriet og blodbank er akkreditert etter: ISO 17025. Foretaket er sertifisert etter ISO 14001 – miljøstyresystem.

Virkningsfullt -bidrar systemet til at foretaket når målene?

Mange områder i styringssystemet er virkningsfulle og velfungerende hver for seg og bidrar til å gi styring og kontroll, samt til i stor grad å nå våre mål. Det er imidlertid uønsket variasjon i måloppnåelse innenfor flere fagområder. Det er krevende å sette av tilstrekkelige ressurser for å holde styringssystemet oppdatert og sikre at elementene er kjent og benyttes hensiktsmessig i hele organisasjonen.

Administrerende direktørs vurderinger

Styringssystemet er i hovedsak velegnet og det arbeides videre med å etablere en helhetlig, integrert og proaktiv virksomhetsstyring som løfter foretaket opp på modenhenhetskalaen. Miljøledelsessystemet er en integrert del av styringssystemet. Foretaksomfattende LGG for 2023 er behandlet i ledermøtet 12. mars 2024.

Administrerende direktør ber styret ta saken til etterretning.

Vedlegg:

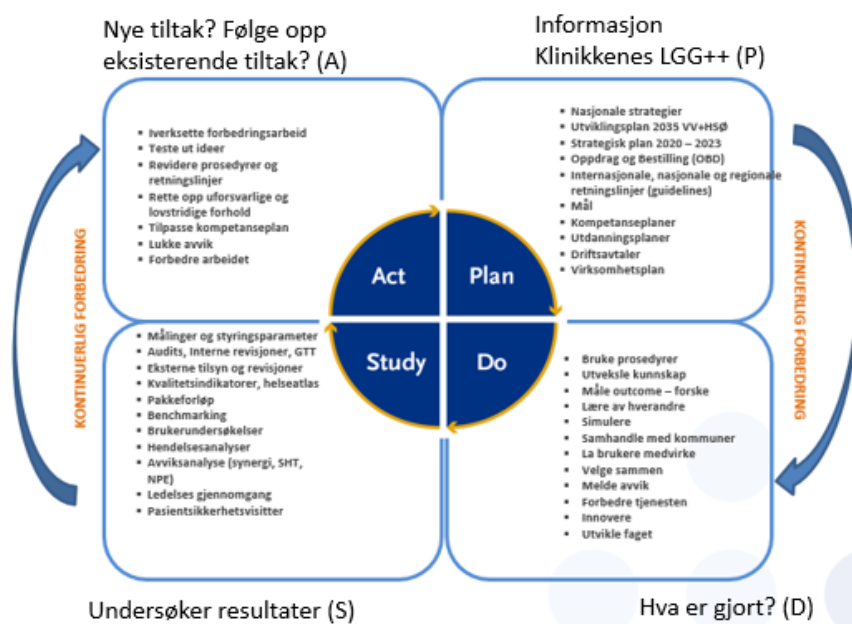
Foretaksomfattende LGG rapport 2023

Rapport

LGG for 2023

Ledelsens gjennomgang

Foretaksnivå



Innledning

Hensikten med LGG er minst en gang årlig systematisk å gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Ledelsens gjennomgang skal i hovedsak besvare om etablerte interne kontrollrutiner og styringssystem bidrar til måloppnåelse, herunder at gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger etterleves, samt at styringssystemet bidrar til kontinuerlig forbedring.

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

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

Gjennomgang av elementene vil vise om det er behov for å foreta endringer av selve styringssystemet, det vil si måten virksomheten planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer på. Konklusjonene fra ledelsens gjennomgang skal dokumenteres.

Ledelsens gjennomgang i Vestre Viken bygger på forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og NS ISO 9001:2015.

Styringssystemet - definisjon

Styringssystemet er de aktiviteter, systemer og prosesser som tas i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at den samsvarer med krav fastsatt i eller i henhold til helse- og omsorgslovgivningen, samt de styringsmål som er gitt gjennom Oppdrag og bestilling eller fra foretakets styre.

Områder som vurderes i LGG

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

Oppfølging forrige LGG

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

Gjennomgående er det rutine for å overføre områder der mål ikke er nådd i handlingsplan 2023 til handlingsplan 2024.

Områder som følges opp videre i 2024:

- Forbedring av måloppnåelse pakkeforløp kreft (pasientbehandling, aktivitet og rapportering). Det jobbes med tiltak for å få mer stabile prosesser. Hovedutfordringene ligger der hvor forløpet impliserer flere foretak. Det er utfordringer med svartider fra patologi, CT og MR, samt operasjonskapasitet og det jobbes kontinuerlig med forbedring på dette området.
- Ressurshåndtering og planlegging, herunder rekruttering og økonomistyring. Tiltak er iverksatt og noe effekt forventes i 2024.
- Analyse/statistikk verktøy som viser data fra pasientbehandling i sanntid. RDAP vil løse noe av utfordringene her. I tillegg må det prioriteres ressurser til utviklingsarbeidet.
- Læring etter hendelser, hendelsesanalyser og interne revisjoner. Tiltak er iverksatt i form av system for læringsnotater, deling på SKU og KKV'er, men dette innebærer kulturendringer som både er krevende og tar tid.
- Innført systematisk bruk av sluttundersøkelse i HSØ for å analysere og korrigere tiltak ved høy turnover. Implementeringen følges opp i 2024.
- Videreføring av tiltak innen sikre pasientforløp og tiltak i Bærekraftsplanen som oppgavedeling og langvakter. Det er iverksatt mange tiltak og effekt forventes i 2024.

Måloppnåelse

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

Til tross for lavere aktivitet enn forutsatt innen somatikk, og økende ventetider både i somatikk og psykisk helse/ rus, og ikke oppnådd mål for pakkeforløp kreft, er det en gjennomgående oppfatning at driften er faglig forsvarlig. Systemet for å sette mål gjennom planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende forberedelse i 2023. Lederavtalene er gjennomgående mer konkrete, Bærekraftsplanen med handlingsplan er etablert og følges opp.

Planlegge:

Overordnede føringer som OBD, lederavtaler, styringsdata, kvalitetsindikatorer og nasjonale og regionale føringer.

Handlingsplaner med mål gitt i lederavtaler følges gjennomgående opp i oppfølgingsmøter med klinikkdirktør. systemet vurderes å fungere godt. Lederavtalene omfatter mål til klinikkene. Erfaringen i 2024 var at det var satt mål som er vanskelig målbare. Flere klinikker foretok stikkprøver og kunne på den måten angi resultater, men ideelt sett bør alle mål kunne følges opp gjennom regelmessig rapporterte indikatorer.

Gjennomføre: Drift og måloppnåelse har også i 2023 vært preget av redusert aktivitet innen somatikk og høyt sykefravær. Bruk av innleie er vesentlig redusert sammenlignet med 2023.

Klinikkene utarbeider egne kvalitetsmål som en del av lederavtalene.

Bærekraftsplanen med handlingsplan er etablert i 2023.

Evaluere:

Foretaket har generelt god måloppnåelse innenfor pasientbehandlingen. Høy skår på kvalitet i nasjonal helseatlas. Det er imidlertid uønsket variasjon innenfor flere fagområder, samt fortsatt indikatorer med lavere måloppnåelse. Det er en økning av ventetid generelt i 2023. Fritt behandlingsvalg og høyt sykefravær er en av hovedårsakene.

Det er fortsatt stor variasjon i måloppnåelse for de enkelte pakkeforløp kreft og manglende måloppnåelse av pakkeforløp psykisk helse og rus. Tilgangen til nasjonale data i 2023 har vært redusert grunnet omlegging av systemet. Det har gitt usikkerhet rundt resultatene.

Det er et stort behov for at tilgang til styringsinformasjon fra fagsystemer (eks. EPJ, NEWS og Metavision) forbedres, både med tanke på hvilke data som kan hentes ut (fleksibilitet til å kombinere ulike data – «KPI'er») og tilgjengeligheten (f.eks ved lederdashboard). Det vurderes at tilgang til styringsdata i sanntid vil sikre bedre måloppnåelse innen sikre pasientforløp og oppfølging av Bærekraftsplanen.

Forbedringsundersøkelsen har i større grad blitt fulgt opp med handlingsplaner.

Verktøyene Snakk om Forbedring! har vært under revisjon i HDIR i en lengre periode. Flere seksjoner og avdelinger har ikke kommet i gang med denne. Grønt Kors er i stor grad tatt i bruk i seksjoner der det er aktuelt og oppleves av flere og flere som et nyttig verktøy.

Klinikkene opplever at forespørslar og oppgaver fra stabene fortsatt ikke er godt nok koordinert og samkjørt til tross for etablering av Sentralt Ressursteam og andre initiativer i sentral stab.

Korrigerer (overordnede tiltak for å nå mål):

- *Forsterket samarbeid på tvers av lokasjoner gjennom etablerte fagnettverk*
- *Systematisk arbeid for å planlegge ressursbruk etter aktiviteten (ARP)*
- *Analyse/statistikk verktøy som viser data fra pasientbehandling i sanntid*
- *Tilrettelegge integrasjon mellom de kliniske og administrative systemene for å «høste» data, eks. mellom DIPS og GAT, og MV. Dataene må kunne presenteres i sanntid.*
- *Systematisk bruk av meldinger om utilsiktede hendelser, kvalitetsindikatorer og tilbakemeldinger fra pasienter og tilsynsmyndigheter til forbedring og læring på tvers av organisasjonen*
- *Oppfølging av tiltak i handlingsplan for Bærekraft videreføres*
- *Etablering av et felles Kreftsenter i Vestre Viken er under planlegging*
- *Forbedre drift, organisering og standardisering av poliklinikker for å redusere ventetider.*

Ressurser – kompetanse

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

I pasientbehandling er det kritisk å sikre helsepersonell med rett kompetanse. Det er utfordringer med å rekruttere helsepersonell med riktig kompetanse innenfor flere fagområder; både helsefagarbeidere, sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og leger.

Det er etablert overordnet prosedyre for oppgavedeling i foretaket og det arbeides aktivt blant annet i nettverk og piloter med økt bruk av oppgavedeling. Det er et særlig fokus på oppgavedeling på sengeposter. Det er fortsatt behov for økt intensitet på arbeidet med bedre ressursutnyttelse og oppgavedeling i klinikkene.

Piloter med langvakter av 12,5 timers varighet ble gjennomført ved tre enheter sommeren 2023 med gode resultater. Det er inngått rammeavtale med flere organisasjoner for 2024 om fortsatt utprøving av fleksible arbeidstidsordninger og bruk av 12,5 vakter i turnus med arbeid hver tredje helg. Pilotene vil gi datagrunnlag for evaluering og videre planlegging og utvikling av gode arbeidstidsordninger til det beste for pasienter og ansatte.

Det er behov for å styre ferieavviklingen i større grad, blant annet å sikre at ferieavviklingen skjer jevnere i løpet av hele året. Prosedyrer for planlegging av ferieavvikling er endret slik at ferie for kommende år skal være fastsatt per 1. desember året før. Dette ble etablert sent i 2023, men antas likevel å ville gi bedre styring allerede for 2024.

Kompetanseportalen er tatt i bruk for dokumentasjon av opplæring og repetisjon og oppleves som et nyttig verktøy for ledere. Dialogmøter mellom ledere og tillitsvalgte/verneombud gjennomføres med regelmessig frekvens.

Vurdering - risiko

- *Vedvarende stor turnover blant sykepleiere og spesialsykepleiere*
- *Ikke tilstrekkelig kapasitet og ressurser knyttet til utdanning og kompetanseheving blant klinisk personell*
- *Krevende å rekruttere innen mange yrkesgrupper*
- *Opplevd høy arbeidsbelastning og vedvarende høyt sykefravær*

Korrigerende tiltak:

- *Tilrettelegge for mer fleksible arbeidstidsordninger*
- *Forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsordninger*
- *Øke etterlevelsen av vernebestemmelsene i AML og dokumentasjonen av dispensasjoner*
- *Mer systematisk forebyggende arbeid med psykososialt arbeidsmiljø og arbeidsbelastning*
- *Ytterligere forsterke arbeid med økt oppgavedeling*
- *Utvikle felles kompetanseplan for helsefagarbeidere*
- *Bedre styring av utdanningsløp for LIS og spesialsykepleiere*
- *Prioritering av ressurser til mottaksprosjekt NSD*
- *Systematisk oppfølging av Forbedringsundersøkelsen*
- *Prosjekt for ferieavvikling igangsatt for 2023 og videreføres i 2024*
- *Videreføre traineestillinger for sykepleiere*
- *Bidra i utvikling av etterutdanning for sykepleiere i samarbeid med Lovisenberg Diakonale høyskole*
- *Digitale sluttundersøkelser benyttes aktivt*

Teknologi

Digitalisering og teknologiutvikling krever kompetanse og strukturer som understøtter sikre pasientforløp og samhandling mellom helsepersonell, pasienter og pårørende. Forvaltning av foretakets løsninger må driftes og utvikles på en trygg, langsiktig og forutsigbar måte. De teknologiske løsningene omfatter Vestre Vikens IKT-systemer, IKT-utstyr og medisinsk teknisk utstyr (MTU) til bruk i og utenfor sykehus.

Vurdering Risiko

- *Digitalt utenforskap utfordrer samhandling med et raskt økende digitalisert helsetjenestetilbud*
- *Kvalitetsutfordringer oppstår ved innføring av nye IKT-systemer*
- *Økonomisk situasjon medfører at nødvendig IKT-utvikling ikke kan prioriteres*
- *Økende aldring på utstyrsparken som følge av redusert investeringsevne utstyr som medfører ineffektivitet i driften, både når det gjelder IKT og MTU*

Korrigerende tiltak

- *Involvere Brukerutvalget og Ungdomsrådet i digitale utviklingstiltak og –prosjekter*
- *Kurs og sertifisering – prioritere obligatoriske kurs og sertifisering for ansatte*
- *Kompetanseutvikling og endringsprosesser i tråd med beste praksis digital transformasjon*
- *Styrke systemeierrollen og videreutvikle styringssystem for IKT*
- *Streng prioritering av ressurser og investeringer innen IKT-området gjennom etablerte styringsarenaer*

Informasjonssikkerhet

Informasjonssikkerhetstilstanden i Vestre Viken er god. Meldte avvik knyttet til informasjonssikkerhet har økt med 28 prosent fra 2022, men det vurderes ut fra meldte hendelser at styringssystem for informasjonssikkerhet etterleveres i høy grad, i tillegg er meldekulturen for området bedret.

Det er fremdeles risiko knyttet til totaloversikt og oppfølging av restanser i risiko- og sårbarhetsvurderinger. Sikkerhet og sikkerhetskultur er dynamiske prosesser hvor det utenrikspolitiske situasjonsbilde, cybertrusler- og hendelser legges til grunn i risikovurderinger og risikoreduserende tiltak. God informasjonssikkerhet er en forutsetning for å lykkes med ivaretagelse av ansattes og pasienters personvern, samt å sikre konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet av informasjonssystemene.

Vurdering - Risiko

- *Internkontroll av digitale verdikjedene*
- *Ibruktakelse av KI innen helse kan gi helseforetaket en forhøyet risiko knyttet til dataangrep*
- *Manglende oppfølging av restanser i risiko- og sårbarhetsvurderinger kan utgjøre en risiko for helseforetaket*
- *Sikkerhetskultur - ansattes kompetanse og kunnskap om sikkerhet følger ikke teknologisk utvikling og et endret utenrikspolitisk situasjonsbilde, herunder cybertrusler rettet mot ansatte*

Korrigerende tiltak

- *Styringssystemet for informasjonssikkerhet og personvern danner bakgrunnen for dokumentasjon og revisjon av digitale verdikjeder.*
- *Leverandører og underleverandørers egen internkontroll for sikkerhet følges opp som et ledd i risikostyringen.*
- *Prosess for oppfølging av restansene er etablert gjennom IKT styringssystem, hvor systemeier har ansvaret. Det arbeides regionalt med å utvikle et system/register for oversikt og oppdatering av restanser.*
- *Videreføre kunnskap og bevissthet om informasjonssikkerhet i foretaket, månedlig sikkerhetstips og informasjon ut til ansatte, sikkerhetskultur som kontinuerlig prosess*

Beredskap

Grunnlag: Lov om helsemessig og sosial beredskap. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Vurdering - Risiko

- *Grunnberedskapen er god, og foretaket har god evne til å omstille seg, tilpasse driften og utnytte ressursene på en god måte under til dels svært vekslende og uforutsigbare omstendigheter.*
- *Både øvelser og håndteringen reelle hendelser, herunder spesielt ekstremværet Hans, har imidlertid vist at det fortsatt er behov for tiltak for å sikre og vedlikeholde god håndteringsevne og en robust beredskap.*
- *Risiko- og trusselbildet er i stadig endring. Dette påvirker behovet for og innretningen av planer, og det stiller nye krav til utvikling for å sette oss i stand til å møte et stadig bredere spekter av uønskede hendelser på en hensiktsmessig måte.*
- *Utvikling og implementering av nye eller oppdaterte planer i en stor og mangfoldig organisasjon er utfordrende. Arbeidet med forenkling, med å sikre at planen er lett tilgjengelig, og med å finne metoder og verktøy som sikrer at informasjonen når ut til sluttbrukerne må videreføres. Samtidig må det sikres at det settes av nok ressurser til nødvendig utvikling og implementering, herunder også opplæring, trening og øving, i alle relevante deler av organisasjonen.*
- *Rammeavtalen på vårt nåværende beredskaps- og krisestøtteverktøy er utløpt. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har inngått en ny rammeavtale. Verktøyet som omfattes av den nye avtalen tilfredsstillende i sin nåværende form ikke våre krav relatert til varsling og mobilisering.*

Korrigerende tiltak

- *Videreføre arbeidet med revisjon og oppdatering av beredskapsplanverket.*
- *Videreføre arbeidet med samordning av planer med kommuner og andre relevante beredskapsaktører.*

- Videreføre arbeidet med å gjøre beredskapsplanverket enkelt og tilgjengelig.
- Videreføre arbeidet med kompetanseplaner og opplæringsmaterieil for medarbeidere som har roller/funksjoner i beredskapsledelsen, med særlig fokus på den operative ledelsen ved de somatiske sykehusene.
- Sikre ressurser til gjennomføring av trening og øving i tråd med kravene i administrativ beredskapsplan.

Bidra i Helse Sør-Østs arbeide med å anskaffe og implementere et nytt beredskaps- og krisestøtteverktøy som en regional løsning.

Smittevern

Smittevern er et komplekst og sammensatt fagområde og spenner fra god praksis på individnivå til tekniske ressursmessige og økonomiske forhold knyttet til institusjonsbygg og utstyr. Infeksjonskontrollprogrammet vedlikeholdes gjennom oppdaterte handlingsplaner. Infeksjonskontrollprogrammet beskriver hvordan overvåking, forebygging og kontroll av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) er organisert og ivaretatt i Vestre viken og er endel av styringssystemet for smittevern. Det vurderes som tilfredsstillende, men gjennom overvåking avdekkes risiko områder og det iverksettes tiltak. Et eksempel er overvåking av resistente mikrober som har avdekket et regionalt utbrudd i Oslo området. Vestre Viken har iverksatt tiltak med langligger screening ved alle somatiske sykehus.

Det er gjort systemmessige endringer de siste årene som bidrar til økt robusthet og modenhet. Det vurderes å være god kontroll og oversikt over forekomst HAI og overvåking av infeksjoner i operasjonsområdet (NOIS) og Vestre Viken har gjennomgående gode resultater. Systemet rundt overvåking gjennomføres manuelt med bruk av mye ressurser og oppleves som en tungvint prosess. Det arbeides med å automatisere overvåkingene.

Foretaket har ikke oppnådd mål fra HSØ om influensavaksinering av 75 % av medarbeiderne. Tilbudet er gitt og vaksiner er distribuert i foretaket. Høy vaksinasjonsdekning, spesielt blant helsepersonell, er et viktig smitteverntiltak. Et godt smittevern er også avhengig av god ledelse, et godt kunnskapsgrunnlag, digital infrastruktur og gode helseregistre.

Vurdering – Risiko

- Antibiotikastyring fungerer ikke godt nok
- Økt forekomst av ringer og klokker blant helsepersonell
- Ressurskrevende og vanskelig å innhente data for overvåking av infeksjoner
- For lav dekning av influensavaksinering i foretaket

Korrigerende tiltak

- Etablering av smittevernkontakter i alle seksjoner
- Innført NOST (nasjonalt verktøy for overvåking av smitteforebyggende tiltak)
- Automatisere overvåking
- Oppfølging av antibiotika team i klinikkene

Utsiktede hendelser (Synergi)

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

Synergi – system for å registrere utsiktede hendelser benyttes i alle klinikker. Det er variasjon i meldekultur mellom klinikker, avdelinger, seksjoner og yrkesgrupper. Klinikkene melder allikevel at det generelt er en

bedring i meldekultur og håndtering av uønskede hendelser og at det i større grad benyttes registrerte saker i forbedringsarbeider og målarbeid.

Det er også en bedring når det gjelder saksbehandling av saker, færre åpne saker.

Det er fortsatt et stort potensial i å sikre at utilsiktede hendelser faktisk medfører varige forbedringer og læring av hendelser. Sakstypen #Råbra er etablert for å ha mulighet til å fremme positive saker. Grønt Kors 2 bidrar til økt daglig fokus på pasientsikkerhet og tydeliggjør det som også fungerer godt.

Vurdering – Risiko

- *Manglende vurdering av årsaker og rotårsaker til hendelser gir ikke gode nok tiltak for å hindre gjentakelse*
- *Lang saksbehandlingstid reduserer læringseffekten*
- *For mange saker blir stående åpne*
- *Tilstrekkelig opplæring i og tid til saksbehandling er utfordrende*
- *Involvering av vernetjeneste, tillitsvalgte og medarbeidere er mangelfull flere steder*
- *Manglende læring av utilsiktede hendelser på tvers av avdeling og klinikker er gjennomgående*

Korrigerende tiltak

- *Opplæring i god saksbehandling – på lederopplæring for nye ledere og tilbud om opplæring ved behov i 2024*
- *Bruk av flere kilder for å få bedre oversikt over utilsiktede hendelser*
- *Utarbeide læringsnotater og risikovarsler i organisasjonen*
- *Det utarbeides korte opplæringsfilmer knyttet til ulike temaer i Synergi*
- *I større grad benytte registrerte saker i forbedringsarbeider og målarbeid*
- *Vurder økt bruk av hendelsesgjennomgang på gjentakende problemstillinger (somatikken)*
- *Økt bruk av hendelsesgjennomganger også etter HMS-hendelser. Påbegynt i PHR, anbefales også for somatikken*
- *#Råbra implementeres*

Helse, miljø og sikkerhet

HMS-systemet i Vestre Viken er etablert i e-håndbok og det tilbys opplæring i HMS til nye ledere, verneombud og AMU-medlemmer. Eksterne tilsyn i 2022 og 2023 har vist at mange ledere ikke er klar over krav i HMS-systemet, og at de derfor ikke har gjennomført lovpålagte aktiviteter som kartlegginger, risikovurderinger og handlingsplaner. Det er også utfordrende for ledere å finne tid til disse aktivitetene, samt å få administrativ støtte til bruk av verktøy etc.

For 2023 er det gjennomført HMS årsrapportering per klinikk. Klinikkvise HMS-årsrapporter og tilhørende HMS-handlingsplaner for 2024 vil kunne gi mer målrettet HMS-arbeid i klinikkene og på foretaksnivå. Blant innspillene fra flere av klinikkene til HMS sentralt er at det er behov for støtte til HMS-arbeidet i klinikkene og en avklaring av hvem som skal stå for de ulike HMS-oppgavene.

Snakk om Forbedring med tiltak følges opp i klinikkene. Det er variasjon i om verktøyet er tatt i bruk, men det jobbes systematisk med å implementere og finne en god løsning på hvordan verktøyet kan brukes.

Vurdering - risiko

- *Mangelfullt systematisk forebyggende HMS-arbeid*
- *Mangel på etterspørsel etter og bistand til HMS-arbeid i klinikkene*
- *Manglende oppfølging etter gjennomførte sikringsrisikovurderinger, spesielt ift. vold og trusler*

Korrigerende tiltak

- *Kartlegge HMS-oppgaver for klinikkene og avklare oppgavefordeling linje i klinikk, stab klinikk og sentral stab.*
- *Digitalisering og oppdatering av HMS-runden*

- *Spisset HMS-opplæring for ledere, tematikk basert på behov, f.eks. «hva skal leder gjøre etter Forbedringsundersøkelsen, risikostyring psykososialt arbeidsmiljø og vold og trusler.*
- *Forbedringsarbeid innen HMS/arbeidsmiljø og pasientsikkerhet*
- *HMS-avdelingen er medlemmer i Team Pasientsikkerhet*
- *Økt bruk av HMS handlingsplaner*
- *#Implementere #Råbra i VV*

Brukermedvirkning

Vurdering - Risiko

- *Systemer for å gjøre bruk av pasienters og pårørendes erfaringer i forbedring av tjenesten er ikke tilfredsstillende.*
- *Brukermedvirkning på tjenestenivå er ikke godt nok implementert, blant annet behov for system for at brukere bidrar i forbedring av tjenesten.*
Det er variasjon i etterlevelse av rutiner for Samvalg.

Korrigerende tiltak

- *Helse Sør-Øst har tatt initiativ til å videreutvikle forbedringsundersøkelsen som benyttes i hele HSØ, til også å omfatte tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende. Dette vil gi oss muligheten til å sende ut undersøkelsen på SMS, noe vi har arbeidet for i flere år. Sykehuspartner vil ha ansvaret for undersøkelsen og vi er forespeilet oppstart 2025. Det vil fortsatt være mulig å utarbeide lokale undersøkelser. Utvikling av system for utsending av brukerundersøkelsen til pasienter via SMS*
- *Brukermedvirkning i kontinuerlig forbedringsarbeid skal styrkes ved at det må rapporteres om dette er ivarettatt, eventuelt hvorfor ikke. Dette vil også gi bedre informasjon om hvilke tiltak som er nødvendig for å styrke slik medvirkning.*
- *Det er utarbeidet et kort med informasjon til pasient/pårørende på den ene siden og helsepersonell på den andre siden, vi kaller det Vestre Viken – kortet, som synliggjør rettigheter og berettigede forventninger pasienter/pårørende kan ha i møte med vårt sykehus. Dette inkluderer blant annet rett til samvalg, en behandlingsplan og informasjon om vårt virtuelle sykehus. I samarbeid med kommunikasjonsavdelingen vil det gjennomføres en informasjonskampanje som blant annet handler om dette kortet våren 2024.*
- *Brukerutvalget og Ungdområdet er viktige medspillere i Vestre Viken, men inkluderes ikke alltid på riktig nivå i utviklingsarbeid. Det forventes at et tydeligere krav til å rapportere om dette er gjort før saker kommer til foretaksledermøte, vil endre på dette.*
- *RIS/ROS modulen i sin nåværende form er tungvinn, og det er viktig å få gjenopprettet integrasjonen med Synergi.*
- *Etterlevelse av rutiner for samvalg er i stor grad kjent og må følges opp*
4-gode vaner er satt i system. Opplæring i Samvalg, Kloke valg og Fire gode vaner.

Dokumentstyring (eHåndbok)

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

Flere klinikker har etablert rutiner for oppfølging av dokumenter i eHåndbok om de er utgått på tid.

Det er et behov for å videreføre arbeidet med at flest mulige prosedyrer skal være felles i Vestre Viken. Det er igangsatt et forbedringsarbeid for å løfte prosedyrer til foretaksnivå og rydde i duplikater og utgåtte dokumenter.

Klinikkene beskriver at det brukes mye tid til dokumentasjon for sykepleierne som følge av at det dokumenteres både i DIPS og Metavision.

Vurdering - Risiko

- *Bruker unødvendige ressurser på utvikling og revidering av dokumenter. Det arbeides ikke faglig på tvers av organisatoriske enheter*
- *Dokumenter er overlappende og/eller finnes i flere versjoner for de enkelte sykehusene*

- Dokumentene er ikke godt nok strukturert
- Manglende føringer i foretaket for hvilken dokumentasjon som skal arkiveres hvor (TEAMS, filstruktur, P360)

Tiltak

- Igangsatt et arbeid med prosedyrer ledet av MOH.
 - Flest mulig dokumenter skal løftes til nivå 1
 - Etterleve system for etablering av nye dokumenter og revisjon av fagprosedyrer og retningslinjer
 - Det tilbys diverse kurs og opplæring i bruk av eHåndbok

Risikostyring – risiko og muligheter

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

Det er variasjon i systematisk risikostyring og bruk av risikomodulen i eHåndbok som verktøy ved risikovurderinger, men det har vært en økning i bruk av risikomodulen. Flere opplever at risikomodulen er noe krevende og tungvint i bruk.

Oppfølging av risikovurderinger og implementering av foreslåtte tiltak kan forbedres.

Grønt Kors oppleves som et verktøy som gir oversikt over daglig drift risiko. Grønt Kors er i økende grad tatt i bruk i klinikkene.

Det er fortsatt behov for veiledning i bruk av risikovurdering som metode og verktøyet. Det tilbys kurs både fra HMS avdelingen og kvalitetsavdelingen. Mange ledere har behov for administrativ støtte til planlegging, gjennomføring og dokumentasjon av risikovurderinger.

Det er potensiale for en mer systematisk tilnærming, for å få bedre oversikt over risikovurderinger i klinikkene. Det er krevende å følge opp plan for tiltak som er et resultat av risikovurderinger.

Vurdering - Risiko

- System for virksomhetsstyring
- Manglende kompetanse innen risikostyring
- Bruk av risikovurdering som beslutningsverktøy

Korrigerende Tiltak

- Det er etablert en arbeidsgruppe for forbedring av system for virksomhetsstyring
- Opplæring i risikostyring i webinarer og forståelse for risikostyring i virksomhetsstyringen
- Tydeligere definere hvilke administrative roller i klinikkene som kan bistå ledere med risikovurderinger.

Interne revisjoner

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

Klinikkenes vurdering

Klinikkene utarbeider årlig eller flerårige interne revisjonsplaner som følges opp og revideres ved behov. De oppgir at det er utfordringer med å avsette tilstrekkelig ressurser i avdelingene/seksjonene for å gjennomføre og lukke funnene etter gjennomførte revisjoner. Det tar lang tid å implementere forbedringer etter revisjon. Det er behov for å styrke revisjonslederkompetansen og fortløpende lære opp nye revisorer. Enkelte klinikker har interne rutiner for å dele internt erfaringer og rapporter etter revisjoner, men her er det et stort potensial for forbedring. Det er behov for nye intern revisjonskurs i 2024. Behov for fagrevisorer også innen HR.

Foretaksomfattende vurdering

Foretaksomfattende revisjoner følges opp systematisk opp i etterkant av gjennomført revisjon. Påpekte funn er lukket. Vurderer at det er jobbes systematisk med funnene og at det er gjennomført tiltak som har forbedret

praksis. Dette dokumenteres i Synergi. Vurderer at revisjonskompetanse på foretaksnivå, både for å planlegge og gjennomføre foretaksrevisjoner og fagrevisjoner er økende og mindre sårbar.

Eksterne tilsyn

Klinikkene uttrykker at de opplever en bedret kommunikasjon og samhandling med de ulike aktører når eksterne tilsyn blir varslet. Viktig med god støtte og oppfølging av sentrale staber i VVHF når tilsyn gjennomføres. Det gjennomføres mange eksterne tilsyn i foretaket og funn fra eksterne tilsyn gir verdifull informasjon. Oppfølging og læring etter eksterne tilsyn er ressurskrevende og er til tider mangelfull.

Kontinuerlig forbedring

Det er etablert et system for kontinuerlig forbedring og det finnes forbedringskompetanse på alle nivåer og i alle klinikker. Opplæringsprogrammene brukes aktivt, det er mange pågående endringsarbeider, det er økende registrering av arbeidene i Life QI (nettbasert forbedringsplattform). Life QI er viktig for læring, deling, oversikt, lederoppfølging, prioritering og styring av arbeidene.

Likevel er ikke kontinuerlig forbedring som kultur og arbeidsform gjennomgående i hele organisasjonen og er ikke fullt integrert i virksomhetsstyringen. Det varierer i hvilken grad forbedringskunnskap og Forbedringsmodellen er foretrukket arbeidsform ved implementerings- og endringsarbeid. Spesielt i de større innsatsområdene brukes ikke kompetansen tilstrekkelig for kvalitetsplanlegging, kvalitetskontroll og kvalitetsforbedring.

Mangel på måleindikatorer vist i nåtid i tidsserier, samt manglende oversikt over måleindikatorer sett i sammenheng, vanskeliggjør data som prioriterings- og beslutningsgrunnlag, samt oppfølging.

Det jobbes med økt brukerinvolvering på tjenestenivå, men det er ikke god nok brukermedvirkning i endringsarbeider. Vi har i Life QI system for å registrere grad av brukerinvolvering og dermed mulighet for bedre oppfølging av dette.

Vurdering - Risiko

- *Når system for kontinuerlig forbedring ikke brukes i tilstrekkelig grad, reduseres muligheten for vellykket implementering, måloppnåelse og varig forbedring. Konsekvensene kan bli spesielt store ved endringsinitiativer som treffer mange, med mye bortkastet bruk av ressurser og økt endringstretthet.*
- *Ikke fullgod prioritering, koordinering samt vurdering av gjennomføringsevne og metode i planleggingsfasen ved nye endrings- og implementeringsinitiativer, øker risiko for manglende måloppnåelse.*
- *Når det fortsatt er litt for tilfeldig valg av arbeidsmetoder ved endrings- og implementeringsarbeid, brukes mye ressurser på "ny rigg hver gang" og vanskeliggjør gjennomføringen i klinikkene.*
- *Lederes og medarbeideres mulighet til å benytte sin kompetanse til å eie, lede og veilede systematisk endringsarbeid er ikke godt nok formalisert og planlagt inn i daglig drift etter gjennomført opplæring og ressursen kan forbli uutnyttet og kompetansen gå tapt.*
- *Manglende bruk av Life QI i endringsarbeider gir dårligere oversikt og vanskeliggjør prioritering og lederoppfølging av arbeidene.*

Korrigerende tiltak (igangsatt eller planlagt i 2024)

- *Nedsatt arbeidsgruppe fra stab kompetanse, stab økonomi, stab teknologi og stab fag for å gjennomgå og foreslå forbedring av styringssystemene mot en mer helhetlig, proaktivt og integrert virksomhetsstyring.*
- *I større grad ta i bruk nåtidsdata i kontrolldiagrammer (statistisk prosesskontroll) vil være en viktig del av dette arbeidet.*
- *Formalisere og øke bruk av forbedringskompetansen som finnes i foretaket ved igangsetting og gjennomføring av endringsarbeider innen prioriterte områder. Øke bruk av rådgivere med kompetanse på ekspertnivå ved planlegging av nye større initiativer.*

- Gjennomføre og lære av Nettverk for implementering døgnet og dag/poliklinikk i NSD for rigg i større arbeider hvor mange skal gjøre det samme
- Videreutvikle og økt bruk av Life QI:
- Videreutvikle "Sjekkliste for endringsledelse og praktisk endringsarbeid" for mer enhetlig gjennomføring av endringsarbeider

Miljøledersystemet

I det videre miljøarbeidet i Vestre Viken er det helt avgjørende at hele foretaket vurderer miljøkonsekvenser i alle beslutninger, og i daglig drift, og at det igangsettes virkningsfulle tiltak for å redusere miljøbelastningen. Ledere på alle nivåer må etterspørre status og resultater. Det er også viktig at ledere involverer og informerer sine ansatte i miljøarbeidet.

Vurdering - Risiko

- Miljøledelsessystemet har et godt årshjul, det er i stor grad tilpasset foretakets virksomhetsstyring, og det fanger opp vesentlige endringer. Miljøtiltak er tidvis i kamp mot kortsiktig økonomiske resultater.
- Miljøledelsessystemet bidrar til VVHF stadig får bedre styring og kontroll på områder som påvirker ytre miljø. Det helt avgjørende at det gjøres vurdering av miljøkonsekvenser i alle beslutninger i foretaket, og i daglige drift. Ledere på alle nivåer må etterspørre og følge opp status miljømålene. Det er også viktig at ledere involverer og informerer sine ansatte i miljøarbeidet.
- Vestre Viken er ikke i samsvar med krav i Kildesortering på alle lokasjoner.
- Manglende systematikk for å fange opp nye og endrede myndighetskrav.

Korrigerende tiltak

- Nedsatt arbeidsgruppe fra stab kompetanse, stab økonomi, stab teknologi og stab fag for å gjennomgå og foreslå forbedring av styringssystemene mot en mer helhetlig, proaktivt og integrert virksomhetsstyring hvor kvalitetsplanlegging, kvalitetskontroll og kvalitetsforbedring ses i sammenheng. Dette skal også ivareta ESG som favner miljøområdet.

Interne og eksterne endringer som kan påvirke ledelses-/styringssystemet

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

Manglende oppnåelse av økonomisk resultat medfører krevende prioriteringer. Dette setter store krav til virksomhetsstyringen.

Interne

- Prosesser for å ta i bruk ny teknologi eks DIPS Arena, videokonsultasjoner
- Omstilling, organisatoriske endringer og forbedring av prosesser
- Merforbruk og stram økonomi
- Mangel på helsepersonell

Eksterne

- Uklarheter rundt epidemi rundt luftveisvirus
- Forsyningssituasjon, leveranser (legemidler, MTU, medisinskutstyr)
- Spent situasjon i Europa fører til behov for økt beredskap og bruk av beredskapsplaner (føre-var-situasjon)
- Økt risiko for dataangrep
- Mangel på helsepersonell nasjonalt og internasjonalt
- Endring i pålegg/føringer/krav HSØ og VVHF.

Vurdering om systemet fortsatt er velegnet, tilstrekkelig og virker virkningsfullt

Grunnlag: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8

For at styringssystemet skal fungere som forutsatt er det viktig at det er samsvar mellom struktur og kultur – at vi gjør som vi sier. Klinikkens kultur inngår i målet om ledelse.

Styringssystemet er i hovedsak velegnet og understøtter pasientbehandlingen, men det er noen utfordringer knyttet til resultatsikring, budsjettavvik, etterlevelse av tiltak og måloppnåelse, som viser at det er behov for en helhetlig integrering av alle deler av systemet. Dette kan i stor grad fanges opp gjennom arbeidet med å forbedre virksomhetsstyringen. det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal jobbe med å få ulike prosesser innen virksomhetsstyringen til å henge bedre sammen. Målet er en helhetlig, integrert og proaktiv virksomhetsstyring. Arbeidet ble igangsatt desember 2023 og arbeidet videreføres i 2024.

Miljøledelsessystemet er en integrert del av styringssystemet.

Vurdering

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

Styringssystemet er i hovedsak velegnet, men det jobbes med å en helhetlig integrering av alle ledd i styringssystemet. En så stor virksomhet som VVHF burde hatt et verktøy for sin virksomhetsstyring. Dagens løsninger fremstår som fragmenterte (Synergi, E håndbok, risikomodul), er lite aggregerbare, og består i for stor grad av manuelle løsninger.

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

Foretaket reviderer og forbedrer rutiner for virksomhetsstyring. Disse er i samsvar med rammeverket for virksomhetsstyring i HSØ. En utfordring i virksomhetsstyringen er manglende tilgang til data fra kliniske systemer.

Bærum Sykehus er ISO sertifisert etter ISO 9001:2015 og laboratoriet og blodbank er akkreditert etter: ISO 17025. Foretaket er sertifisert etter ISO 14001 – miljøstyresystem.

Virkningsfullt -bidrar systemet til at foretaket når målene?

Mange områder i styringssystemet er virkningsfulle og velfungerende hver for seg og bidrar til å ha styring og kontroll, samt til i stor grad å nå våre mål. Det er imidlertid uønsket variasjon i måloppnåelse innenfor ulike fagområder. Det er krevende å sette av nok ressurser til å holde styringssystemet oppdatert og sikre at elementene er kjent og brukes hensiktsmessig.

Dato: 6. mars 2024
Saksbehandler: Eli Årnot

Saksfremlegg

Forebygging av vold og trusler mot helsepersonell

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte Vestre Viken	29/2024	19.03.24

Forslag til vedtak

Styret tar rapporten *Forebygging av vold og trusler mot helsepersonell* og redegjørelsen for status i arbeidet med oppfølging av anbefalte tiltak til orientering.

Drammen, 12. mars 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Ifølge SSBs levekårsundersøkelse har det vært en økning av vold og trusler mot helsepersonell de siste 10 årene. I 2019 viste levekårsundersøkelsen at 25 prosent av sykepleiere, 27 prosent av vernepleiere/sosialarbeider/pleie- og omsorgsarbeidere og 16 prosent av leger/psykologer hadde vært utsatt for vold eller trusler på arbeidsplassen det siste året.

Helse Sør-Øst RHF har tatt initiativ til et særskilt regionalt arbeid for å forebygge vold og trusler mot medarbeidere i sykehusene. Arbeidet har vært organisert i et innsatsteam med frikjøp av tre fagressurser fra våre helseforetak, i til sammen 65 prosent stilling fra august 2022 til juli 2023.

Formålene med arbeidet har vært å:

- bidra til forebygging av vold- og trusler, dele beste praksis, øke kompetanse samt standardisering og felles verktøy i foretaksgruppen
- følge opp styringskrav om å se pasientsikkerhet og arbeidsmiljø i sammenheng
- gjøre en innsats i arbeidet med å rekruttere og beholde medarbeidere gjennom å sikre trygge arbeidsforhold
- følge opp delstrategi for utdanning og kompetanse på HMS-området, som et tiltak under den regionale strategien for kvalitet og pasientsikkerhet

Innsatsteamet for forebygging av vold og trusler mot helsepersonell har utarbeidet en rapport med anbefalinger som er behandlet av styret i Helse Sør-Øst (vedlegg 2).

Styret i Helse Sør-Øst vedtok at oppfølging av anbefalte tiltak i rapporten legges inn som styringskrav til helseforetakene i oppdrag- og bestilling for 2024.

Helse Sør-Øst RHF har bedt om at rapporten *Forebygging av vold og trusler mot helsepersonell* legges frem for styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst og de private ideelle sykehusene.

Saksutredning

Hendelser med vold og trusler mot medarbeidere i spesialisthelsetjenesten er en risiko som skal forebygges og avverges. Forskning viser at vold og trusler har alvorlige helsekonsekvenser for alle som har vært utsatt for dette. Slike opplevelser kan være årsak til sykefravær, og føre til frafall fra yrket. Kartlegginger som er gjennomført viser at det er variasjon i praksis, og at det kan være behov for å dele erfaringer på tvers i regionen.

Innsatsteamet for forebygging av vold og trusler i Helse Sør-Øst har identifisert tiltaksområder som kan bidra til å redusere vold og trusler mot helsepersonell. Temaer som belyses i rapporten er utdanning, opplæring, prosedyrer, samarbeid, rapportering og ivaretagelse av medarbeidere. Helse Sør-Øst RHF forventer at sykehusene arbeider med lokal oppfølging av tiltakene som presenteres i rapporten, og har gitt dette som en av oppgavene i oppdrag og bestilling 2024.

Helse Sør-Øst RHF anbefaler at helseforetakene arbeider med konkrete tiltak innen områdene Utdanning, Opplæring, Anmeldelser, ID-kort, Samarbeid mellom helsetjenesten og politi, Risikovurdering, Rapportering og Ivareta medarbeidere som er utsatt for vold og trusler. Nærmere beskrivelse av de konkrete tiltakene innen disse områdene fremgår i vedlagte sak styrebehandlet i Helse Sør-Øst RHF 22. November 2023 (vedlegg 1).

Vestre Vikens oppfølging av anbefalingene

Rapporten *Forebygging av vold og trusler mot helsepersonell* er lagt frem for HAMU, og foretaket er godt i gang med oppfølging av rapporten. Under følger en kort status for arbeidet med konkrete tiltak innen hver av de anbefalte områdene.

Utdanning

Vold og trusler tas inn i dialogen Vestre Viken har med utdanningsinstitusjonene. Det kartlegges hvorvidt studentene i utdanningsforløpet får opplæring i vold- og trusselhåndtering. E-læringskursene *Trygge medarbeidere – trygge pasienter*, *Innføringskurs HMS, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring* og *Vold og trusler – HMS og arbeidsmiljø* tildeles i kompetanseplanen til studenter som skal ha praksis i Vestre Viken.

Ytterligere opplæring i vold og trusler vurderes ut fra risikonivået i enhetene studentene skal ha praksis ved. Klinikk Psykisk helse og rus (PHR) har eget opplæringsprogram for studenter. Det gjøres vurdering på om det er behov for å tydeliggjøre krav til opplæring for studenter i prosedyre for forebygging av vold og trusler i Vestre Viken.

Opplæring

Prosedyre for forebygging av vold og trusler ble oppdatert i desember 2023, og tydeliggjør krav til lokale risikovurderinger og tilhørende kompetansekrav i tråd med enhetenes identifiserte risikonivå. Prosedyren har vært forelagt HAMU med anmodning om at klinikkenes AMU informerer om oppdatert prosedyre i sine respektive AMU. HAMU har også oppfordret til at hver klinikk lager en oversikt over hvilke enheter som minimum bør ha gjennomført risikovurdering av vold og trusler, og at det legges en plan for når aktuelle enheter skal ha gjennomført risikovurderinger.

For å møte de somatiske klinikkenes behov for opplæring, er det utarbeidet et program med bistand fra PHR. I det videre arbeidet må det vurderes hvilken form for opplæring som gir best utbytte og kontinuitet for somatikken. Bruk av scenariotrening og VR-teknologi er nå under utredning.

Anmeldelser

Prosedyre for politianmeldelser i Vestre Viken ble oppdatert i mai 2023. Det er spesifisert at det skal være lav terskel for politianmeldelser, og ansvar og fremgangsmåte er tydeliggjort. Prosedyren omfatter også arbeidsgivers omsorgsplikt i slike saker.

ID-kort

En tverrfaglig arbeidsgruppe settes sammen for å vurdere anbefalingene fra Helse Sør-Øst. Arbeidsgruppen skal utarbeide forslag til retningslinjer for bruk av navn på ID-kort. Gruppen skal også komme med forslag til hvordan man skal forholde seg til navnebruk på enheter hvor kjennskap til fullt navn innebærer en risiko for den ansatte eller dennes familie. Det vil være naturlig å knytte navnebruk opp mot en risikovurdering foretatt på enheten.

I januar 2024 publiserte Vestre Viken retningslinje for *Ivaretagelse av ansatte som uønsket omtales/avbildes i sosiale medier*.

Samarbeid mellom helsetjenesten og politi

Vestre Viken har vært i dialog med Oslo politidistrikt og Sør-Øst politidistrikt om samarbeidsavtaler på strategisk nivå (foretak og politidistrikt). Det skal videre arbeides med samarbeidsavtaler på lokalt nivå. Det foregår allerede samarbeid mellom Vestre Viken og lokalt politi på flere nivå, men det er identifisert et behov for en mer systematisk og enhetlig praksis.

Risikovurdering

Krav til risikovurderinger er tydeliggjort i oppdatert prosedyre for Forebygging av vold og trusler. HAMU har også i denne sammenheng oppfordret til at hver klinikk lager en oversikt over hvilke enheter som minimum bør ha gjennomført risikovurdering av vold og trusler, og at det legges en plan for når aktuelle enheter skal ha gjennomført sine risikovurderinger. Kartlegging av hvilke enheter som skal gjennomføre risikovurdering skal gjøres ved hjelp av årlig HMS-

runde. Det pågår et arbeid for å digitalisere HMS-runden, noe som igjen vil bidra til en bedre oversikt over kartlegging av behov for risikovurderinger av vold og trusler i foretaket. Et arbeid med en «scenariobank» med relevante scenarier fra Vestre Viken er påbegynt. Deling av scenario fra andre helseforetak i Helse Sør-Øst vil også inkluderes og videreformidles internt.

Rapportering og ivaretagelse av medarbeidere som er utsatt for vold og trusler

Vold og trusler er inkludert i klinikkenes og foretakets årsrapporter og HMS-handlingsplaner. Det er identifisert behov for forbedringer i systematisk og dokumentert oppfølging av HMS-avvik, blant annet å forbedre meldekultur og læring etter hendelser, samt sikkerhetskultur og menneskelige, teknologiske og organisatoriske barrierer mot vold og trusler.

En tverrfaglig arbeidsgruppe skal settes sammen for å følge opp anbefalingene i rapporten fra Helse Sør-Øst, inkludert tidligere anbefalinger fra interne sikringsrisikovurderinger og rapport vedrørende sikkerhetstjenester i nytt sykehus på Brakerøya (NSD).

Administrerende direktørs vurderinger

Rapporten *Forebygging av vold og trusler mot helsepersonell* bidrar til å belyse en viktig problemstilling i helsetjenesten. Den legger til rette for deling av beste praksis mellom helseforetakene, og derigjennom økt kompetanse. Det er viktig å arbeide systematisk med forebygging av uønskede hendelser. Medarbeiderne er vår viktigste ressurs, og trygge arbeidsforhold er en forutsetning for å kunne gjøre en god jobb.

Vestre Viken er godt i gang med å følge opp anbefalingene i rapporten. I Overordnet HMS handlingsplan 2024 er oppfølging av rapporten et av hovedområdene under Vold og trusler, også med henvisning til oppgave i *Oppdrag og bestilling for 2024*. Anbefalingene skal brukes aktivt, og reflekteres i lokale handlingsplaner på alle nivåer i helseforetaket. Status i dette arbeidet vil bli fulgt opp i HAMU og i administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikkene.

Det anbefales at styret tar rapporten *Forebygging av vold og trusler mot helsepersonell* og Vestre Vikens redegjørelse for status i arbeidet med oppfølging av anbefalingene til orientering.

- Vedlegg:
1. Sak 138-2023 til styret i Helse Sør-Øst RHF 22. november 2023
 2. Rapport - Forebygging av vold og trusler mot helsepersonell

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	22. november 2023

Sak 138-2023

Forebygging av vold og trusler mot helsepersonell

Forslag til vedtak:

1. Styret tar rapporten *Forebygging av vold og trusler mot helsepersonell* til orientering.
2. Oppfølging av anbefalte tiltak i rapporten legges inn som styringskrav til helseforetakene i oppdrag- og bestilling for 2024.

Hamar, 15. november 2023

Terje Rootwelt
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Ifølge SSBs levekårsundersøkelse har det vært en økning av vold og trusler mot helsepersonell de siste 10 årene. I 2019 viste levekårsundersøkelsen at 25 prosent av sykepleiere, 27 prosent av vernepleiere/sosialarbeider/pleie- og omsorgsarbeidere og 16 prosent av leger/psykologer hadde vært utsatt for vold eller trusler på arbeidsplassen det siste året.

Helse Sør-Øst RHF har tatt initiativ til et særskilt regionalt arbeid for å forebygge vold og trusler mot våre medarbeidere i sykehusene. Arbeidet har vært organisert i et innsatsteam med frikjøp av tre fagressurser fra våre helseforetak, i til sammen 65 prosent stilling fra august 2022 til juli 2023. Innsatsteamet for forebygging av vold og trusler mot helsepersonell har utarbeidet en rapport med anbefalinger som nå legges frem for styret i Helse Sør-Øst.

Sykehusene i Helse Sør-Øst har rutiner for og arbeider med forebyggende tiltak for å redusere risikoen for at helsepersonell blir utsatt for vold og trusler. Kartlegging av det forebyggende arbeidet viser at det er variasjon i praksis, og at det kan være hensiktsmessig med erfaringsdeling på tvers. Det er avgjørende å ivareta medarbeidere gjennom forebyggende tiltak som bidrar til et trygt og godt arbeidsmiljø, slik at fravær og frafall hindres.

Formålene med arbeidet har vært å

- bidra til forebygging av vold- og trusler, dele beste praksis, øke kompetanse samt standardisering og felles verktøy i foretaksgruppen
- følge opp styringskrav om å se pasientsikkerhet og arbeidsmiljø i sammenheng
- gjøre en innsats i arbeidet med å rekruttere og beholde medarbeidere gjennom å sikre trygge arbeidsforhold
- følge opp delstrategi for utdanning og kompetanse på HMS-området, som et tiltak under den regionale strategien for kvalitet og pasientsikkerhet

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Innsatsteamet for forebygging av vold og trusler i Helse Sør-Øst har identifisert flere tiltaksområder som kan bidra til å redusere risiko for vold og trusler mot medarbeidere. Temaer som belyses i rapporten er utdanning, opplæring, prosedyrer, samarbeid, rapportering og ivaretagelse av medarbeidere.

Det anbefales i rapporten at helseforetakene arbeider med følgende tiltak:

Utdanning

- Videreutvikle samarbeidet med utdanningsinstitusjonene og ha en åpen dialog om forventninger til praksisperioden. Sykehuset skal avklare om studentene har behov for opplæring i vold- og trusselhåndtering og eventuelt tilby supplerende opplæring. Studentene skal være forberedt på krevende pasientsituasjoner og gjerne ha gjennomført simulering- og ferdighetstrening i forkant av praksisperioden.
- Sykehusets kompetanseplaner for studenter skal omfatte kompetansekrav om opplæring i forebygging av vold og trusler.

Opplæring

- Det utarbeides systematikk og kompetanseplaner som sikrer at alle medarbeidere får jevnlig og nødvendig opplæring og øvelser i tråd med identifisert risiko.

Anmeldelser

- Det skal være lav terskel for å anmelde forhold hvor medarbeider har blitt utsatt for en vold- eller trusselhandling, i tråd med det særskilte vernet for helsepersonell (Straffeloven §265 og 286).
- Prosedyrer for anmeldelse av volds- og trusselhandlinger bør tydelig beskrive ansvar og forvaltning i sykehuset. Sykehuset bør anmelde på vegne av medarbeider og delta under avhør og rettsak, og ivareta sin omsorgsplikt gjennom prosessen.
- Vold- eller trusselhandlinger som foregår utenfor arbeidssted, men som blir begått på bakgrunn av medarbeiders yrkesutøvelse, skal også anmeldes.

ID-kort

- Som hovedregel skal medarbeidere i sykehus benytte ID-kort med fullt navn, bilde og tittel. Dersom en konkret risikovurdering tilsier at det er stor sannsynlighet for at medarbeidere vil kunne bli utsatt for trusler basert på at ID-kortet viser fullt navn, bør det gis unntak fra hovedregel. Da anbefales det et ID-kort med bilde, tittel samt ansattnummer og eventuelt fornavn.
- Sykehusene skal kartlegge og følge opp uønsket praksis med tildekking av identitet på ID- kort. Trygghetsskapende og forebyggende tiltak skal iverksettes for å ivareta helsepersonells sikkerhet.
- Sykehusene skal utarbeide retningslinjer for lydopptak, foto og filming i forbindelse med helsehjelp.

Samarbeid

- Sykehusene skal ta initiativ til at det etableres lokal samarbeidsavtale mellom helsetjeneste og politi etter mal i rundskriv: [Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse - oppgaver og samarbeid.](#)

Risikovurdering

- Kartlegging og risikovurdering av vold og trusler skal integreres i det systematiske HMS-arbeidet. Sykehusene bør ha en lik metodikk for risikovurderingen, og denne skal baseres på kunnskap om vold i helsesektoren.
- Kunnskap om identifiserte sårbarheter og risikoscenarier bør være tilgjengelig for alle ledere som utfører lokale risikovurderinger. Det blir etablert en praksis for systematisk deling av alvorlige hendelser i regionalt HMS-nettverk for å øke kunnskap og forebygge vold og trusler.

Rapportering

- Arbeidsgiver og medarbeider må ha felles forståelse for hva som ligger i begrepene vold og trusler og snakke om situasjoner som er særlig gjeldende på den enkelte arbeidsplass.
- Det skal arbeides med tiltak for å oppnå en god meldekultur.

Ivareta medarbeidere som er utsatt for vold og trusler

- Sykehuset skal ha gode rutiner og systemer for å kunne forebygge, håndtere og følge opp hendelser med vold og trusler.
- Arbeidsgivere, medarbeidere, verneombud og tillitsvalgte skal jobbe i fellesskap med forebygging av vold og trusler.
- Vold og trusler skal settes på agendaen i relevante møter hvor arbeidsmiljø diskuteres, og det skal være en integrert del av det løpende forbedringsarbeidet lokalt.

Innsatsteamets arbeid er avgrenset til tiltaksområdene som nevnt over. Det er viktig å poengtere at dette ikke er en fullstendig liste over forebyggende tiltak. I tillegg til en sluttrapport har innsatsteamet utarbeidet et regionalt e-læringskurs, bidratt i to informative podkast-episoder, samt gitt innspill til endring av nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningen. Den 18. oktober arrangerte Helse Sør-Øst RHF en læringsarena hvor rapporten ble presentert, og det ble vist eksempler på beste praksis fra helseforetakene.

Rapportering av vold og trusler

Helseforetakene rapporterer tertialvis antall vold- og trusselhendelser fordelt på somatikk og psykisk helse, i en indikator for vold- og trusselfrekvens. Denne rapporteringen inngår i virksomhetsrapportene. Helseforetakene har ulike kvalitet- og avvikssystemer. Dette medfører at det er noe variasjon mellom foretakene i bearbeiding av data og datakvalitet. Ulike systemer og forskjeller i arbeid med meldekultur bidrar til at det er utfordringer med sammenstilling av data fra foretakene i samme figur. Dagens indikator vurderes som ikke tilstrekkelig for overvåking av utvikling av vold og trusler mot helsepersonell. Det vil være aktuelt å revidere dagens indikator, samt å vurdere egnet spørsmål om temaet vold og trusler i ForBedrings-undersøkelsen.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Innsatsteamet for forebygging av vold og trusler har utført et grundig arbeid som har bidratt til å belyse en viktig problemstilling i helsesektoren.

Rapporten for forebygging av vold og trusler mot helsepersonell bidrar til deling av beste praksis og økt kompetanse i helseforetakene. Det er viktig at helseforetakene arbeider systematisk med forebygging av uønskede hendelser for å ivareta medarbeidere på en god måte. Helsepersonell er vår viktigste ressurs, og vi skal arbeide for trygge arbeidsforhold.

Helse Sør-Øst RHF skal videreutvikle og forbedre dagens rapportering av vold- og trusselhendelser for å bidra til bedre styringsinformasjon. Oppdatert datasett vil legges frem for styret som en del av tertialvise virksomhetsrapporter.

Administrerende direktør anbefaler at det legges inn styringskrav til helseforetakene i *Oppdrag og bestilling for 2024* slik at helseforetakene implementerer anbefalte forebyggende tiltak lokalt.

Trykte vedlegg:

- Forebygging av vold og trusler mot helsepersonell

Utrykte vedlegg:

- <https://www.kompetansebroen.no/aktuelt/vold-og-trusler-mot-helsepersonell?o=ahus>



**Forebygging av
vold og trusler
mot helsepersonell**

INNHOOLD	2	SAMARBEID	22
		Samarbeid mellom helsetjenesten og politi	22
FORORD	3	PREHOSPITALE TJENESTER	28
OM RAPPORTEN	4	RISIKOVURDERING	30
ANBEFALINGER	5	Kartlegging og risikovurdering av farer for å bli utsatt for vold eller trusler	30
DAGENS UTFORDRINGER	6	RAPPORTERING	32
Utfordringsbilde	6	Rapportering av vold- og trusselhendelser	32
Lovgrunnlag og definisjon	7	Innspill til nye spørsmål i Forbedring som måler forekomst av vold og trusler	36
UTDANNING	8	IVARETAKELSE AV MEDARBEIDERE	37
Utdanning av helsepersonell	8	Ivaretagelse av medarbeidere som er utsatt for vold og trusler	37
OPPLÆRING	10	REFERANSELISTE	42
Opplæring i forebygging og håndtering av vold og trusler	10	Henvvisning til kilder og litteratur for de enkelte delområdene	42
PROSEDYRE	15		
Prosedyre for anmeldelse av vold og trusler	15		
ID-kort	18		

VOLD OG TRUSLER MOT MEDARBEIDERE – ET ARBEIDSMILJØPROBLEM

Hendelser med vold og trusler mot medarbeidere i spesialisthelsetjenesten er en risiko som skal forebygges og avverges. Forskning viser at vold og trusler har alvorlige helsekonsekvenser for alle som har vært utsatt for dette. Slike opplevelser kan være årsak til sykefravær og føre til frafall fra yrket.

Sykehusene i Helse Sør-Øst arbeider godt med forebyggende tiltak. Likevel viser kartlegginger som er gjennomført at det er variasjon i praksis, og at det kan være behov for å dele erfaringer på tvers i regionen.

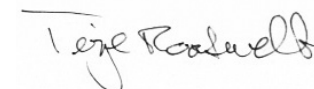
I juli publiserte Helsedirektoratet et oppdatert rundskriv som beskriver helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykiske lidelser. Et godt samarbeid med politiet er vesentlig for å forebygge hendelser. Her må sykehusene være pådrivere og initiativtakere for å opprettholde og videreutvikle dette samarbeidet.

Når våre medarbeidere blir utsatt for uønskede hendelser skal de ivaretas på en god måte. Det skal være lav terskel for anmeldelse av vold- og trusselhendelser. Sykehusene skal være en støttende arbeidsgiver for sine medarbeidere i oppfølgingen av saken etterpå.

Vernetjenesten anerkjenner at det er tatt initiativ til at temaet forebygging av vold- og trussel skal inngå i utdanningsforløpet for helsepersonell. Kunnskap og opplæring er vesentlig for å forebygge at medarbeiderne utsettes for vold- og trusselhendelser. Vernetjenesten er svært fornøyd med at Helse Sør-Øst har utarbeidet et regionalt e-læringskurs som basisopplæring for alle medarbeidere.

Arbeidsgivere, medarbeidere, verneombud og tillitsvalgte skal arbeide sammen med forebygging av vold og trusler. Forebygging av vold og trusler bør settes på agendaen i de sammenhenger hvor arbeidsmiljø diskuteres, og være en integrert del av det løpende forbedringsarbeidet lokalt.

Helsepersonell er vår viktigste ressurs og vi skal alle arbeide for trygge arbeidsforhold. Anbefalingene som presenteres i rapporten er gode tiltak for å forebygge vold- og trusselhendelser. Det er vår forventning at sykehusene i Helse Sør-Øst arbeider med lokal implementering av anbefalingene.



Terje Rootwelt
administrerende direktør
Helse Sør-Øst RHF



Tommy Johansen
konsernverneombud
Helse Sør-Øst RHF

INNSATSTEAM FOR FOREBYGGING AV VOLD OG TRUSLER I HELSE SØR-ØST

Sykehusene i Helse Sør-Øst har rutiner og arbeidere med forebyggende tiltak for å redusere risikoen for at helsepersonell blir utsatt for vold og trusler. Kartlegging av det forebyggende arbeidet viser at det er variasjon i praksis, og at det kan være hensiktsmessig med erfaringsdeling på tvers. Det er avgjørende å ivareta medarbeidere, og særlig viktig med tiltak som bidrar til et trygt og godt arbeidsmiljø slik at fravær og fratfall forhindres.

Helse Sør-Øst RHF har tatt initiativ til et regionalt arbeid for å forebygge vold og trusler mot medarbeidere i sykehus. Arbeidet er organisert i et innsatsteam og Helse Sør-Øst RHF har frikjøpt tre fagressurser i tillegg sammen 65 prosent stilling fra august 2022 til juli 2023.

Teamet har bestått av: Mathias van der Harst, Oslo universitetssykehus HF, Pål Fredrik Lund, Sørlandet sykehus HF, Anne-Marthe Rustad Indregard, Lovisenberg diakonale sykehus/OsloMet, Monica Højer Hagen, Sykehuset i Vestfold HF (juli 2022–januar 2023). Arbeidet er koordinert av avdeling for personal og kompetans utvikling i Helse Sør-Øst RHF.

Vernetjenesten, regionalt HMS-nettverk, HR-direktørmøtet og samarbeidsmøtet i Helse Sør-Øst har vært involvert i innsatsteamets arbeid fra oppstarten. Det har også vært lagt frem sak for brukertvalget, fagdirektørmøtet og fagråd for prehospital tjeneste og akuttmottak i Helse Sør-Øst.

Formålet med arbeidet

- Bidra til forebygging av vold og trusler, dele beste praksis, øke kompetansen og standardisere felles verktøy i foretaksgruppen.
- Følge opp styringskrav om å se pasientsikkerhet og arbeidsmiljø i sammenheng.
- Bidra i arbeidet med å rekruttere og beholde medarbeidere gjennom å sikre trygge arbeidsforhold.
- Følge opp delstrategi for utdanning og kompetanse på HMS-området, og tiltak under den regionale strategien for kvalitet og pasientsikkerhet.

I samarbeid med vernetjenesten og fagmiljøene er det definert åtte områder som skal bidra til å forebygge vold og trusler mot helsepersonell.

1. Utdanning av helsepersonell
2. Opplæring i forebygging og håndtering av vold og trusler
3. Prosedyre for anmeldelse av vold- og trusler
4. Helsepersonell og ID-kort
5. Samarbeid mellom helsejefnesten og polit
6. Kartlegging og risikovurdering av farer for å bli utsatt for vold eller trusler

7. Rapportering av volds- og trusselhendelser
8. Ivaretagelse av medarbeidere som er utsatt for vold og trusler

Målguppen for rapporten er alle medarbeidere, ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten i Helse Sør-Øst. Rapporten baserer seg på data fra kvalitetsystem og innhenting av rutiner og informasjon fra sykehusene. Innsatsteamets arbeid er avgrenset til områdene nevnt over. Det er viktig å poengtere at dette ikke er en fullstendig liste over forebyggende tiltak i sykehus. Helse Vest har nylig publisert en rapport om vold og trusler som også omhandler andre områder.(1)



Fra venstre:

Mathias van der Harst, spesialrådgiver HR, klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF
 Anne-Marthe Rustad Indregard, postdoktor, senter for psykisk helse og rus, Lovisenberg Diakonale Sykehus / OsloMet
 Monica Højer Hagen, seksjonsleder kirurgisk post ortopedi Sykehuset i Vestfold HF
 Pål Fredrik Lund, enhetsleder sikkerhet Sørlandet Sykehus HF
 Ida Kinn, Nina Roland og Signe Hveem fra Helse Sør-Øst var ikke tilstede da bildet ble tatt.

ANBEFALINGER

Innsatsteamet for forebygging av vold og trusler i Helse Sør-Øst har identifisert tiltaksområder som kan bidra til å redusere vold og trusler mot helsepersonell. Temaer som belyses i rapporten er utdanning, opplæring, prosedyrer, samarbeid, rapportering og ivaretagelse av medarbeidere. Helse Sør-Øst RHF forventer at sykehusene arbeider med lokal oppfølging av tiltakene som presenteres i rapporten.

Helse Sør-Øst anbefaler:

- Videreutvikle samarbeidet med utdanningsinstitusjonene og ha en åpen dialog om forventninger til praksisperioden. Sykehuset skal avklare om studentene har behov for opplæring i vold- og trusselhåndtering og eventuelt tilby supplerende opplæring. Studentene skal være forberedt på krevende pasientsituasjoner og gjerne ha gjennomført simulering- og ferdighetstrening i forkant av praksisperioden. Sykehusets kompetanseplaner for studenter skal omfatte kompetansekrav om opplæring i forebygging av vold og trusler.

Opplæring

- Det utarbeides systematikk og kompetanseplaner som sikrer at alle medarbeidere får jevnlig og nødvendig opplæring og øvelser i tråd med identifisert risiko.
- Det skal være lav terskel for å anmelde forhold hvor medarbeider har blitt utsatt for en volds- eller trusselhandling i tråd med det særskilte vernet for helsepersonell. (Straffeloven §265 og §286).
- Prosedyrer for anmeldelse av volds- og trusselhandlinger bør tydelig beskrive ansvar og forvaltning i sykehuset. Sykehuset bør anmelde på vegne av medarbeider og delta under avhør og rettsak, og ivareta sin omsorgsplikt gjennom prosessen.
- Volds- eller trusselhandlinger som foregår utenfor arbeidssted, men som blir begått på bakgrunn av medarbeiders yrkesutøvelse, skal også anmeldes.

ID-kort

- Som hovedregel skal medarbeidere i sykehus benytte ID-kort med fullt navn, bilde og tittel. Deresom en risikovurdering tilsier at det er stor sannsynlighet for at medarbeidere vil kunne bli utsatt for trusler basert på at ID-kortet viser fullt navn, bør det gis unntak fra hovedregel. Da anbefales det et ID-kort med bilde, tittel samt ansattnummer og eventuelt fornavn.
- Sykehusene skal kartlegge og følge opp ønsket praksis med tildekkning av identitet på ID-kort. Trygghetssskapende og forebyggende tiltak skal iverksettes for å ivareta helsepersonells sikkerhet.

Samarbeid mellom helsejefnesten og polit

- Sykehusene skal ta initiativ til at det etableres lokal samarbeidsavtale mellom helsejefneste og polit etter mal i rundskriv: Helsejefnestens og politets ansvar for personer med psykisk lidelse - oppgaver og samarbeid.
- Kartlegging og risikovurdering av vold og trusler skal integreres i det systematiske HMS-arbeidet. Sykehusene bør ha en lik metodikk internt for kartlegging og risikovurdering, og denne skal baseres på kunnskap om vold i helsesektoren.
- Kunnskap om identifiserte sårbarheter og risikoscenarier bør være tilgjengelig for alle ledere som utfører lokale risikovurderinger. Det blir etablert en praksis for systematisk deling av alvorlige hendelser i regionalt HMS-nettverk for å øke kunnskap og forebygge vold og trusler.

Rapportering

- Arbeidsgiver og medarbeider må ha felles forståelse for hva som ligger i begrepene vold og trusler og snakke om situasjoner som er særlig gjeldende på den enkelte arbeidsplass.
- Det skal arbeides med tiltak for å oppnå en god meldekultur.
- Ivareta medarbeidere som er utsatt for vold og trusler

DAGENS UTFORDRINGER

Vold og trusler omfatter ulike typer hendelser med ulik alvorlighetsgrad. Det kan dreie seg om slag, spark, dytting, lugging, trusler i sosiale medier og andre fysiske angrep som i ytterste konsekvens kan forårsake alvorlig skade og død. Selv om enkelte episoder objektivt sett er mer alvorlig enn andre episoder, vil den subjektive opplevelsen ha betydning for hvorvidt en person opplever negative helsekonsekvenser på kort eller lang sikt.

Vold og trusler mot helsepersonell er en alvorlig risikofaktor i helse- og velferdstjenesten. Forskning viser at vold og trusler har alvorlige helsekonsekvenser for alle involverte, og det er en viktig årsak til sykefravær og en faktor som fører til frafall fra yrket.(2)

Ifølge SSBs levekårsundersøkelse har det vært en økning av vold og trusler mot helsepersonell de siste ti årene. I 2019 viser levekårsundersøkelsen at 25 prosent av sykepleiere, 27 prosent av vernepleiere/ sosialarbeider/pleie- og omsorgsarbeidere og 16 prosent av leger/ psykologer har vært utsatt for vold eller trusler på arbeidsplassen det siste året.(3)

Vold og trusler er ikke bare et individuelt problem, men et arbeidsmiljøproblem som angår hele arbeidsplassen. Derfor må arbeidsgivere både forebygge vold og trusler og ha en plan for å følge opp arbeidstakere som blir utsatt.

Alle arbeidsplasser med en kjent risiko for vold og trusler skal ha gode rutiner og systemer for å kunne forebygge, håndtere og følge opp hendelser. Sykehusene i Helse Sør-Øst har rutiner og arbeider med forebyggende tiltak som risikovurderinger og opplæring for medarbeidere. Kartlegginger som er gjennomført viser at det er variasjon i prosedyrer og praksis, og ulike måter å ivareta medarbeidere som har vært utsatt for volds- og trusselhendelser. Det er grunn til å anta at det foreligger underrapportering av faktiske volds- og trusselhendelser mot medarbeidere.

Vold og trusler er generelt en økende utfordring i flere sektorer i dagens samfunn, og det er behov for økt bevissthet og iverksetting av forebyggende tiltak. Et eksempel er utdanningssektoren som også er berørt, i Oslo-skolen er det satt av 15 millioner i budsjettet for 2023 til fysisk opplæring i vold- og trusselhåndtering for alle medarbeidere.

Sosiale medier bidrar til nye arenaer for å utøve trusler mot helsepersonell. En annen utfordring er bruk av nye rusmidler som kan påfører pasientene alvorlige psykiske lidelser, noe som øker faren for utagering.

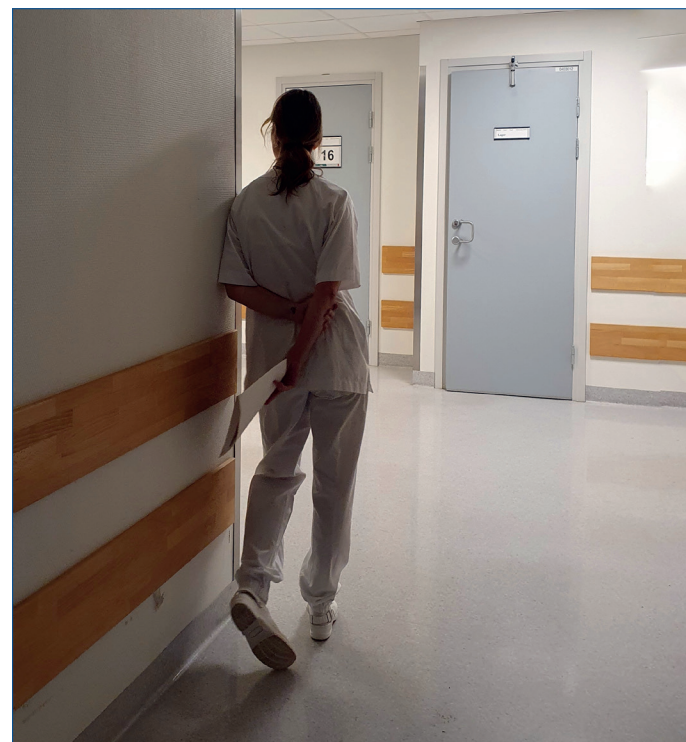


Foto: Anders Bayer, Oslo universitetssykehus HF

LOVGRUNNLAG OG DEFINISJON

Arbeidsmiljøloven

Arbeidsmiljølovens §4-3 (4) stiller krav om at arbeidstaker, så langt det er mulig, skal beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre.

Forskrift om utførelse av arbeid 23A definerer arbeidsgivers plikter for det systematiske arbeidet med tematikken. Det stilles særskilte krav til kartlegging og risikovurdering av forhold ved arbeidssituasjonen som kan medføre at arbeidstaker blir utsatt for vold og trusler. Videre kreves det at arbeidsgiver ved arbeid som kan medføre risiko for å bli utsatt for vold og trusler om vold:

- Gir nødvendig opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av vold- og trusselsituasjoner, og bruk av eventuelt sikkerhetsutstyr, som skal gjentas og tilpasses vesentlige endringer i risikovurderingen og ellers ved behov.
- Gir arbeidstakerne og deres representanter nødvendig informasjon om:
 - risikofaktorer knyttet til vold og trussel om vold, og iverksetter tiltak og rutiner for å forebygge, håndtere og følge opp slike situasjoner.
 - rutiner for varsling og rapportering av vold og trusler

- Iverksetter tiltak på bakgrunn av risikovurdering, som så langt som mulig fjerner eller reduserer risiko for vold og trusler, med særskilte krav til visse tiltaksområder.
- Sørger for at arbeidstakerne som er utsatt for vold og trusler får nødvendig oppfølging, med hensyn til fysiske og psykiske belastninger hendelsen kan ha medført.

Arbeidsplassforskriften § 2-1 stiller krav til fysisk utforming av arbeidsplasser, ved at arbeidslokaler og atkomsten til disse skal være tilpasset den virksomheten som skal finnes i lokalet og ha en tilfredsstillende velferdsmessig standard. Det stilles særskilte krav til at lokalene utformes og innredes med hensyn til faren for vold og trusler.

Arbeidstilsynets definisjon av vold og trusler

- «Vold og trusler» er hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydning trussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære.
- «Trussel» er et verbalt angrep eller handling som tar sikte på å skade eller skremme en person.
- «Vold» er enhver handling som har til hensikt å føre til fysisk eller psykisk skade på en person. Det inkluderer også hendelser der den som skader en annen person, ikke er klar over eller vurderer

konsekvensene av handlingen sin – for eksempel på grunn av rus, psykisk/somatisk sykdom, mental og emosjonell tilstand eller liknende.

- «Til hensikt» er i denne definisjonen brukt for å skille handlingen fra rene uhell som også kan føre til liknende skader. Det kan også defineres som vold når arbeidstakere opplever utagerende handlinger hvor det utøves stort skadeverk på inventar og utstyr.

UTDANNING AV HELSEPERSONELL

Selv om vold og trusler er et økende problem i helsetjenesten, er det mye som tyder på at studentene ikke får tilstrekkelig med undervisning i dette. Studentene blir i for liten grad forberedt på hvordan de skal håndtere krevende og utagerende pasientsituasjoner, og ikke minst hvordan de skal jobbe systematisk med forebygging av vold og trusler.

Vold og trusler i helsefaglige utdanninger

Helsefaglig utdanning er regulert gjennom forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger(4) sammen med nasjonale retningslinjer for den enkelte utdanning.(5) Læringsutbyttebeskrivelser gir en oversikt over hva kandidaten skal inneha av kunnskap og kompetanse etter gjennomført utdanning. Formålet er å sikre at utdanningene er praksisnære, relevante og av høy kvalitet.

Høsten 2022 gjennomgikk innsatsteamet for forebygging av vold og trusler de forskriftsfestede læringsutbyttebeskrivelsene for å vurdere i hvilken grad volds- og trussetematikk er beskrevet. Vi erfarte at det er stor variasjon i hvordan temaet er beskrevet mellom de ulike utdanningene. I de aller fleste utdanningene er tematikken helt fraværende. Det er derfor uklart hvilke forventninger som rettes til utdanningsinstitusjonene for å forberede studentene på utagerende pasientsituasjoner og forebygging av vold og trusler.

I september 2022 leverte innsatsteamet, sammen med sju sykehus og en samlet vernetjeneste i Helse Sør-Øst, et innspill til programkomiteen som reviderer nasjonal retningslinje for sykepleieutdanning. Siden vold og trusler er et økende problem i helsetjenesten, er det helt nødvendig at sykepleiere har kunnskap og kompetanse på dette feltet. En sykepleierstudent tilbringer halve studietiden i praksisperiode og allerede i første studieår kan de stå overfor krevende og utagerende pasientsituasjoner. Innsatsteamet vurderer derfor at det er et behov for en tydeligere læringsutbyttebeskrivelse som sikrer at kunnskap, kompetanse og ferdigheter som forebygger vold og trusler blir integrert i utdanningen.

Innsatsteamet har foreslått følgende læringsutbyttebeskrivelse til nasjonal retningslinje for sykepleieutdanning:

- Kandidaten skal ha kunnskap om risiko for vold og trusler i utøvelsen av arbeidet og tiltak som forebygger og reduserer konsekvenser av vold og trusler.



Howdan legge til rette for gode praksisperioder?

Mange studenter oppgir at de føler seg dårlig forberedt før de kommer ut i praksis, og praksisperioden i psykisk helsevern oppleves av mange som særlig krevende. Studentene beskriver «frykt for det ukjente» og usikkerhet knyttet til hvordan de skal håndtere krevende pasientsituasjoner. Trening i de-eskalerende kommunikasjon er lite integrert i utdanningene og praksisstudentene er derfor sårbare i møte med aggresjonsproblematikk.(6) Praksisveiledere erfarer at studentene er usikre.

Utdanning av helsepersonell er en av sykehusets fire lovfestede hovedoppgaver.(7) Innsatsteamet mener at både utdanningsinstitusjoner og praksisplasser bør vie større plass til volds- og trussetematikk i utdanningen.

På praksissteder hvor det er høyere risiko for vold og trusler er det særlig viktig at praksisstedet og utdanningsinstitusjonen har god dialog.

Simuleringstrening i forkant av praksisperioder har vist seg å være effektivt for å redusere engstelse og øke trygghet i møte med krevende pasienter.(8) Når studentene kommer ut i praksis, er det viktig at de opplever å bli tatt godt imot av en veileder som er godt kjent med deres utdanningsløp, og som gjennomfører en forventingssamtale med studenten.(9) Det er også viktig at studenten tidlig i praksisperioden blir gitt en basisopplæring om vold og trusler og blir kjent med praksisstedets arbeidsmåter og verktøy for å forebygge vold og trusler.

Solstien 3 – Et virtuelt læringshus(10)

Hovedmålet med prosjektet «Solstien 3» er å øke kvaliteten i utdanningen slik at studentene kan ruste seg til å forstå og handle faglig og etisk forsvarelig i møte med mennesker i sårbare livssituasjoner. Gjennom 360° filmer og læringsaktiviteter får studentene øve seg på praksisnære situasjoner. De blir blant annet introdusert for situasjoner som er preget av sterke følelser, for eksempel aggresjon, sinne og skam. På denne måten får studentene trene på hvordan de best mulig kan håndtere situasjonen, benytte de-eskalerende kommunikasjon, og gjennomføre etiske refleksjoner og lage handlingsplaner. Dette er en læringsmåte som skaper trygghet og engasjement hos studentene og gjør at overgangen fra skole til praksisperiode blir tryggere og mer forutsigbar.



Helse Sør-Øst anbefaler:

- Videreutvikle samarbeidet med utdanningsinstitusjonene og ha en åpen dialog om forventninger til praksisperioden. Sykehuset skal avklare om studentene har behov for opplæring i vold- og trusselhåndtering og eventuelt tilby supplerende opplæring. Studentene skal være forberedt på krevende pasientsituasjoner

og gjerne ha gjennomført simulering- og ferdighetstrening i forkant av praksisperioden.

- Sykehusets kompetanseplaner for studenter skal omfatte kompetansekrav om opplæring i forebygging av vold og trusler.

OPPLÆRING I FOREBYGGING OG HÅNTERING AV VOLD OG TRUSLER

Det skal gis nødvendig opplæring ved arbeid som kan medføre fare for å bli utsatt for vold og trusler. Arbeidsgiver må sørge for at opplæring og øvelse gjentas og tilpasses arbeidssituasjonen.

Nødvendig opplæring og øvelser i tråd med identifisert risiko

Ved arbeid som kan medføre fare for å bli utsatt for vold og trusler, skal det gis nødvendig opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av volds- og trusselsituasjoner, samt i bruk av eventuelt sikkerhetsutstyr.(11) Arbeidsgiver skal sørge for at opplæring og øvelse gjentas og tilpasses hvis det blir vesentlige endringer i risikovurderingen og ellers når det er nødvendig.

Opplæringen skal sikre at helsepersonell i utsatte stillinger får kjennskap til risikoen for vold og trussel om vold, hvordan risikoen kan forebygges.

Medarbeidere skal settes i stand til å forstå hvordan de skal håndtere vold og trussel om vold når det faktisk skjer. Hva som anses som «nødvendig» opplæring, må være i tråd med hva som anses tilstrekkelig

for å ivareta arbeidstakervern og et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Det er medarbeider som kan bli utsatt for vold og trusler i arbeidet som omfattes av kravet til opplæring og øvelse. Hvilke medarbeidere dette gjelder, må være basert på kartlegging og risikovurdering etter § 23A-1.

Møte med Aggresjonsproblematikk (MAP)

MAP(12) er et helhetlig opplæringsprogram for å forebygge og håndtere aggresjons- og voldsproblematikk i helse- og sosialsektoren. Programmet er eid av de fire regionale helseforetakene, omtalt i nasjonal helse- og sykehusplan og anbefalt i nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern. Siden 2019 har psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) hatt et felles nasjonalt kunnskapsbasert opplæringsprogram.

MAP-modellen

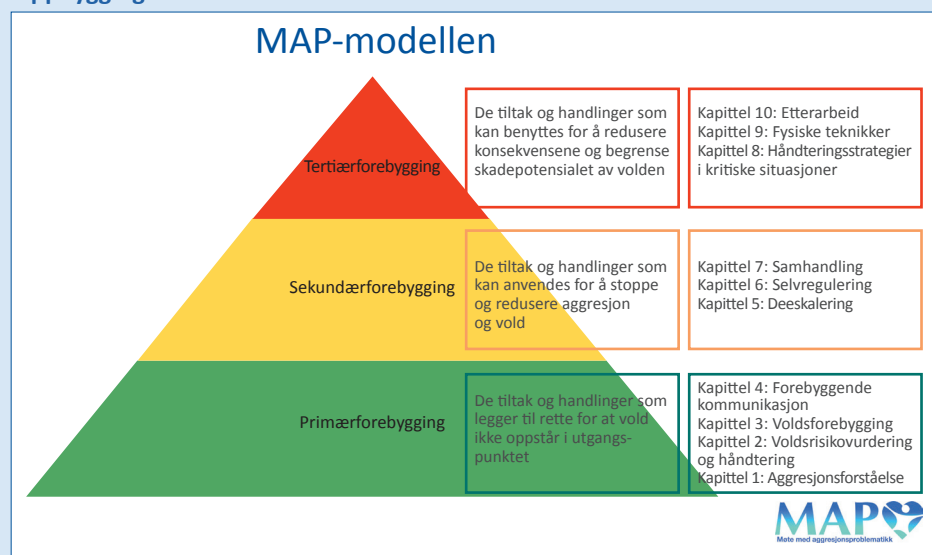
Visjonen:

- Bidra til økt sikkerhet og trygghet for pasienter og personale
- Redusere forekomsten av aggressive og voldelige episoder

Overordnede målsetninger:

- Forebygge vold
- Ivareta gode relasjoner
- Redusere grad av utrygghet
- Unngå skade
- Redusere makt og tvang
- Læring

Oppbygging



Grunnkurset som avholdes over to dager, består av ti emneområder.

Ønske om MAP somatikk

Det foreligger flere ulike opplæringstilbud om forebygging og håndtering av volds- og trusselhendelser i helsevesenet. Forskrift om utførelse av arbeid fra 2017, med spesifikt krav om nødvendig opplæring og øvelse, har bidratt til at flere opplæringsprogram har blitt utviklet. Det kan også virke som om medarbeiderne selv har fått et økt behov for mer kunnskap og større ferdigheter.

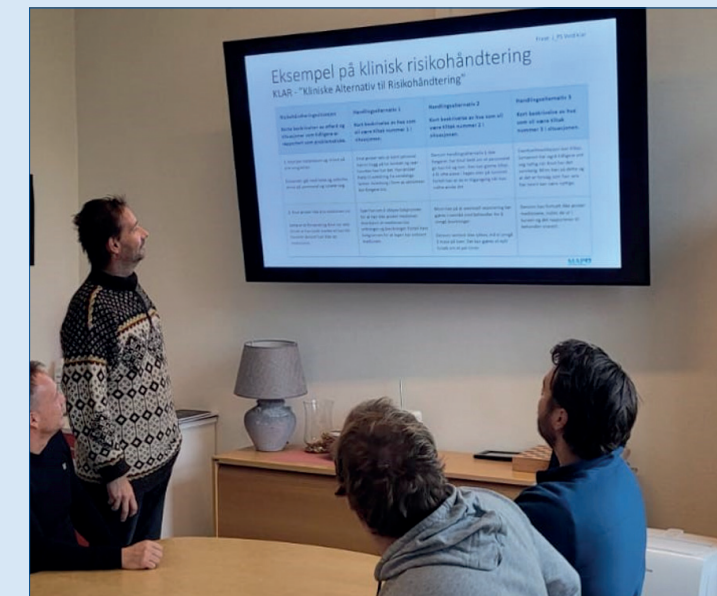
Det er kun MAP som er breddet som et helhetlig nasjonalt opplæringstilbud i fagmiljøene innenfor psykisk helsevern og TSB. I somatikken er det ikke

organisert et felles opplæringstilbud for medarbeidere. Sykehusene og kommunehelsetjenesten opplever en etterspørsel etter tilpassede varianter av MAP-opplæring innenfor somatikk. Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst bør gå i dialog om et samarbeid for et nasjonalt opplæringsprogram for prehospitaltjenester og somatikk etter modell MAP psykisk helsevern. I flere sykehus i Norge er det nå testet ut tilpasset MAP-opplæring for utvalgte enheter i somatikken.

Bevisstgjøring - vold og trusler i somatikken i Vestre Viken HF

Bakgrunn for å gjennomføre bevisstgjøringskurs er et observert behov for økt kompetanse på å møte vold og trusler i somatikken. Bevisstheten rundt temaet og læring fra oppståtte hendelser i somatikken var generelt liten. Å få opplæring i hvordan forebygge og møte vold og trusler var derfor svært viktig for medarbeidere i utsatte roller. På oppdrag fra foretakledelsen laget HMS-avdelingen i samarbeid med MAP-instruktører fra Klinikken for psykisk helse og rus en ramme for opplæringen.

Høsten 2022 og våren 2023 ble det valgt ut fire pilotseksjoner, en ved hvert av de fire somatiske sykehus i Vestre Viken HF. Dette resulterte i 12 bevisstgjøringskurs à 3 timer om gangen. I forkant av og mellom opplæringene kartla MAP-instruktøren i tett samarbeid med den enkelte seksjonen deres behov for å tilpasse innholdet i opplæringen best mulig, ikke minst ved bruk av relevante kasuser og sentrale MAP-verktøy. Tilbakemeldingen fra somatikken var at opplæringen var svært relevant for deres hverdag, spesielt om egen rolle i samspillet med pasienter og pårørende, samt konkrete tips og råd om hvordan kommunisere hensiktsmessig. Etter en vellykket pilotering skal programmet nå videreføres for alle somatiske seksjoner og prehospitaltjenester etter prioritert behov.



MAP-instruktør Bengt E. Pedersen underviser om MAP
FOTO: Vestre Viken HF

Risikobasert tilnærming til opplæring

Opplæringen bør ta utgangspunkt i læringsprinsipper for voksne som fremhever læring som samarbeid ved at deltakerne tilbyr erfaringer som bidrar til andres læring. Det er sentralt at læring forsterkes med muligheten til å reflektere over anvendelsen i klinisk praksis. Ulike opplæringsstrategier bør vurderes for å imøtekomme ulike behov, inkludert dialogbasert undervisning med bruk av presentasjoner, video-visning, VR-briller, gruppediskusjon, e-læring og interaktiv/praksisbasert læring og simulering.

E-læringsmoduler kan støtte og forsterke praktiske opplæringsprogrammer, samt være en basisopplæring for medarbeidere uten særlig grad av eksponering for risiko

Sykehusene benytter i dag ulike tilnærminger til å systematisere intern opplæring for forskjellige ansattgrupper.

Et eksempel på risikobasert inndeling av opplæring for medarbeidere:

Gradering	Faregrad for å bli utsatt for vold eller trussel om vold	Risiko	Opplæring og øvelser
	Stor fare	Høy risiko	1. Tjenestespesifikt grunnopplæring (f.eks. MAP, SIPA) 2. Jevnlige simuleringsbasert scenariotrening (Minimum 6 timer per år/30min per måned)
	Middels fare	Middels risiko	1. Dialogbasert klasseromsundervisning med generell teori 2. Praktisk scenariotrening (Minimum 1 x per år)
	Mindre fare	Lav risiko	1. E-læring med generell teori 2. Gjennomgang/øvelse av lokale rutiner og instruksjoner (Minimum 1 x per år)

Eksempel på en risikobasert tilnærming hvor kompetanseplaner i tråd med minimumskravene tildeles i kompetanseportalen for relevante medarbeidere. Sykehuset bør tilrettelegge for at medarbeider med opplevd behov for ytterligere opplæring, utover definert risiko, kan tilbys dette.

Tilpasset opplæring

Et eksempel på en opplæringsmodell for middels risikoutsatte enheter er skissert i tabellen under. Opplæringsmodellen vurderes til å være aktuell fordi innhold, format og omfang er tilpasset forskriftsmessige krav og anbefalinger:

Dialogbasert klasseromsundervisning med 3 utvalgte MAP kapitler/moduler, samt gjennomgang av aktuelt lovverk og interne retningslinjer
Kapittel 1: Aggresjonsforståelse
Kapittel 4: Forebyggende kommunikasjon
Kapittel 5: Deeskalering
Gjennomgang av aktuelt lovverk og interne retningslinjer
Ca. 3 timer
Praktisk scenariotrening (simuleringsbasert)
Utarbeidet spesifikt scenario basert på realistiske scenarioer/faktiske hendelser i aktuell seksjon (struktur fra medisinsk simulering).
Ca. 1.5 timer

Kombinasjonen av teori og praksis er svært verdifull. Opplæringen fokuserer på relevante situasjoner som medarbeidere må være forberedt på, samt hva som forventes av medarbeidere i henhold til lokale retningslinjer og prosedyrer. Vedlikeholdstrening og repetisjon av praktisk scenariotrening må sikres over tid for alle aktuelle medarbeidere.

For avdelinger som i mindre grad er eksponerte for vold og trusler, som kun unntaksvis opplever hendelser, er det noe mer variasjon i opplæringspraksis i sykehusene. Innsatsteamets kartlegging viser at denne medarbeidergruppen som oftest gis opplæring i form av e-læringskurs og en gjennomgang av lokale retningslinjer i forbindelse med nyansattopplæringen. For denne gruppen ser vi at Arbeidstilsynet også etterspør årlige og jevnlig øvelser i henhold til lovfestede krav. Helsepersonell som gruppe er definert i denne sammenheng som en generell særlig utsatte yrkesgruppe.

Det eksisterer flere e-læringskurs om forebygging av vold og trusler som er ment til å ivareta grunnleggende opplæring. Sørlandet sykehus HF

utviklet i 2022 et e-læringskurs som har fått gode tilbakemelding fra deltakerne i sykehuset, vernetjenesten og HMS-nettverket i regionen. Helse Sør-Øst RHF har tilpasset e-læringskurset fra Sørlandet sykehus HF til et regionalt kurs som nå er tilgjengelig i Læringsportalen for sykehusene i regionene. Her har sykehusene mulighet til å legge til lokale prosedyrer og risikoforhold.

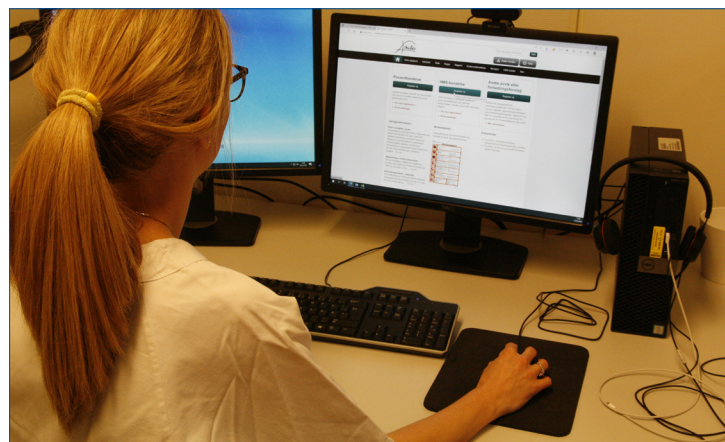
Simuleringsbasert trening som forebygging av vold og trusler

Medisinsk simulering er praktisk trening for helsepersonell og omhandler alt fra individuell ferdighetstrening til flerfaglig teamtrening i akutte og komplekse situasjoner.(13) I medisinsk simulering tilrettelegges treningen slik at deltagerne møter pasientsituasjoner som er realistiske og passe utfordrende.



I fullskalasilulering trenes hele team i komplekse arbeidssituasjoner. Teamet består av de som naturlig samhandler i den aktuelle situasjonen. Etter endt scenariospill møtes alle til debriefing hvor teamet reflekterer over hva som skjedde i scenarioet. Målet for treningen er bedre pasient- og personalsikkerhet.

Medisinsk simulering bidrar til å øke kompetansen til den enkelte deltager samtidig som samhandlingen skaper kompetente team som vet hva som skal gjøres når, og på hvilken måte. Etablering av trygghet og forutsigbarhet er sentralt, og deltakerne skal kunne trene uten å være redde for å eksponere seg negativt. Fasilitering er en veiledningsbasert metode der deltagerne skaper kunnskapen selv. Simulering er en opplæringsmetode som gir helsepersonell god praktisk håndtering av volds- og trusselsituasjoner.



Helse Sør-Øst anbefaler:

- Det utarbeides systematikk og kompetanseplaner som sikrer at alle medarbeidere får jevnlig og nødvendig opplæring og øvelser i tråd med identifisert risiko.

Sikkerhet i prehospitalt arbeid (Sipa)

Kurset Sikkerhet i prehospitalt arbeid (Sipa) er utarbeidet i samarbeid med Verge opplæring AS. Sipa bygger på basiskurset til Verge og går over 2 dager. Basiskurset er utviklet gjennom 20 år hos Verge og har lang erfaring innenfor psykiatri, barnevern, skole, arbeid med utviklingshemmede, vektere osv. Formålet med Sipa er å tilføre kunnskap som skal redusere frykten, og samtidig øke bevisstheten til egen sikkerheten.

Det er svært vanskelig å levere gode tjenester, hvis man arbeider i frykt for egen sikkerhet. Formålet med Sipa er å øke personellens bevissthet, kunnskap og refleksjon tilknyttet egensikkerhet. Ved å tilføre kunnskap og ferdigheter er målet at personellet skal ha økt følelse av trygghet og mestring i vanskelige situasjoner. Gjennom økt kompetanse hos personellet vil man også kunne ha større muligheter til tryggere rammer for de vi møter.

Sipa gir personellet økt handlingskompetanse i møte med utfordrende adferd. Det handler først og fremst om å forebygge at hendelser oppstår. Dette gjøres gjennom kunnskap om kommunikasjon, grensesetting, posisjonering, kroppsspråk og samhandling. Profesjonell og aggresjonsforebyggende adferd hos personellet har som mål å gi ro og trygge rammer i møte med pasient og pårørende. Den samme tilnærmingen, tilstedeværelsen og kommunikasjon vil være produktiv for å dempe aktivitet når utfordrende adferd møter oss.

Noen ganger vil ikke tilstedeværelse og kommunikasjon strekke til ved utfordrende adferd. Personellet vil komme til å stå i situasjoner der det kan være nødvendig å måtte fysisk grensesette personer de møter. Sipa inneholder teknikker som er godt tilpasset et stort spekter av adferd og bygger rundt det vi kaller støttegrepet. Teknikkene ivaretar både personellet og målpersonens integritet og sikkerhet.

Det hender at ambulanspersonell blir utsatt for angrep. Beskyttelse mot vold i Sipa innebærer å lære selvforsvarsteknikker som tiltak når man blir utsatt for angrep med fastholding i klær, slag, spark, lugging, biting og kvelning.

En stor del av trusler om vold og vold mot ambulanspersonell skjer i sykekupeen i ambulansen. Med bakgrunn i dette inneholder Sipa opplæring i ambulans der personellet øver på å beskytte seg mot disse hendelsene. Dette gjøres ved opplæring i posisjonering av pasient, ambulanspersonell og evt politi i ambulansen. Personellet trener også på å evakuere fra en truende- eller voldssituasjon og fysisk grensesetting for å stoppe utageringen.

PROSEDYRE

PROSEDYRE FOR ANMELDelse AV VOLD OG TRUSLER

Sykehusene i Helse Sør-Øst har ulike retningslinjer for anmeldelser av vold og trusler mot medarbeidere. Det er viktig å ivareta og følge opp sykehusets medarbeidere i forbindelse med anmeldelser.

Kartlegging avdekker variasjon

Retningslinje for anmeldelse av vold og trusler skal medvirke til gode vurderinger, sørge for at alle involverte blir ivaretatt, og sikre en korrekt og ensartet fremgangsmåte ved politianmeldelse. Retningslinjen må beskrive ansvar for beslutning om anmeldelse, og beslutningen må ligge på et nivå som gir ansatte ensartet og lik behandling.

Kartlegging av prosedyrer og retningslinjer for anmeldelse av volds- og trusselhendelser i sykehusene viser at det er stor variasjon i innhold og prosess. Kartlegging av antall anmeldte forhold viser også stor variasjon.

Innhenting av antall anmeldte forhold per sykehus de tre siste årene ble en mer omfattende prosess enn først antatt. Årsaken kan forklares med en betydelig ansvarsdelegering i forbindelse med saksbehandling og oppfølging av anmeldte forhold.

Sykehusene prosedyrer viser svært ulik praksis for hvem som har beslutningsmyndighet, delegeringsansvar, ansvar for saksbehandling samt arbeidsgivers ansvarsforhold i situasjoner hvor medarbeidere har blitt utsatt for vold eller trusler. Summen av disse faktorene gjør at det er utfordrende å hente ut statistikk på antall anmeldte forhold i sykehusene uten en større manuell datainnsamling.

Tabell:

Flere av sykehusene svarte ikke på forespørselen, og enkelte sykehus hadde utfordringer med å kunne fordele antall anmeldelser på klinikknivå. Dette ville generere en ganske omfattende saksbehandling.

Foretak	Antall anmeldelser psykiatri	Antall anmeldelser somatikk	Antall anmeldelser prehospital	Antall anmeldelser - Uviss plassering
Akershus universitets-sykehus HF				
2019	15	-	-	
2020	12	1	-	
2021	11	7	-	
OUS	Mangler data	Mangler data	Mangler data	
Sunnaas sykehus HF	Mangler data	Mangler data	Mangler data	
Sykehuset i Vestfold HF				
2022	5	1	2	
Sykehuset Innlandet HF				
2019	11	2	-	
2020	11	3	-	
2021	15	2	-	
Sykehuset Telemark HF	Mangler data	Mangler data	Mangler data	
Sykehuset Østfold HF				
2019	29	8	7	
2020	23	8	11	
2021	30	5	8	
Sørlandet sykehus HF				
2019	Mangler data	7	Mangler data	
2020	Mangler data	6	Mangler data	
2021	Mangler data	12	Mangler data	
Vestre Viken HF	Mangler data	Mangler data	Mangler data	
Lovisenberg				
2019				13
2020				15
2021				13
Diakonhjemmet				
2019	4	3		
2020	0	1		
2021	0	2		

Krav om rapportering av anmeldte volds- og trusselhendelser

Kartleggingen viste at sykehusene har mangelfull systematikk for rapportering av anmeldte volds- og trusselhendelser. Innsatsteamet for forebygging av vold og trusler fremmet et forslag til Helse Sør-Øst sitt oppdrags- og bestillingsdokument for 2023 om at det årlig skal rapporteres inn statistikk fra sykehusene.

I Helse Sør-Øst sitt oppdrags- og bestillingsdokument til helseforetakene for 2023 ble følgende styringskrav gitt:

“Helseforetaket skal registrere systematisk alle anmeldte volds- og trusselhendelser mot medarbeidere. Antall hendelser fordelt på somatikk, psykisk helsevern og prehospitaltjenester skal rapporteres årlig til Helse Sør-Øst RHF”

Rapporteringen skal inngå som en integrert oppgave i det systematiske arbeidet for god ivaretagelse av medarbeidere i sykehusene. Dette sees på som et tiltak for et trygt arbeidsmiljø.

Dataene vil være nyttige å se i sammenheng med antall innrapporterte uønskede hendelser og avvik om vold og trusler mot medarbeidere. En økning i antall meldte hendelser burde i prinsippet gjenspeile en økning i antall anmeldte forhold.

Det vil også være nyttig å se om risikoreducerende tiltak har en innvirkning på meldinger av uønskede hendelser og antall anmeldte hendelser.

I de somatiske klinikkene ved Sørlandet sykehus HF ble det meldt 84 uønskede hendelser som omhandlet vold og trusler i 2021. I tabellen over ser vi at 12 av disse ble anmeldt – det vil si 14 prosent. I utgangspunktet er det vanskelig å si om dette er et høyt eller lavt tall. Det er endringen over tid som vil være interessant å følge fremover.

En del medarbeidere i sykehus opplever hets på nett og i sosiale medier i kraft av sitt arbeid som helsepersonell. Det vurderes som spesielt viktig at denne gruppen ikke faller utenfor det som anses som arbeidsgivers ansvar for oppfølging og ivaretagelse.

Ivaretagelse av medarbeidere i anmeldelsesprosessen

I flere av sykehusenes prosedyrer blir det beskrevet at ledelsen (på et gitt fullmaktsnivå) skal vurdere om sykehuset skal anmelde hendelsen, men at medarbeider selv kan anmelde.

Vil en medarbeider som har vært utsatt for en volds- eller trusselhandling på jobb føle seg ivaretatt dersom arbeidsgiver vurderer det som unødvendig å anmelde? I en slik situasjon kan en medarbeider føle seg alene på grunn av manglende støtte fra arbeidsgiver. Det kan være demotiverende å stå alene i anmeldelsesprosess etter å ha opplevd vold eller trusler.

Hensynet til taushetsplikten kan «stå i veien» når det blir vurdert å anmelde en hendelse. Det er uansett ikke helsevesenet som skal vurdere om en hendelse er alvorlig nok til å straffefølges, det skal rettsvesenet vurdere.



Innsatsteamet for forebygging av vold og trusler vurderer at sykehusene bør ha lavere terskel for å anmelde volds- og trusselforhold mot medarbeidere. Arbeidsgiver bør anmelde på vegne av medarbeider og tilby tilstedeværelse ved eventuelt avhør og rettsak.

Sykehusene har ulike systemer, fullmaktstrukturer og HMS-retningslinjer. En felles regional prosedyre for anmeldelse av vold og trusler vil derfor ikke være hensiktsmessig.

Helse Sør-Øst anbefaler:

- Det skal være lav terskel for å anmelde forhold hvor medarbeider har blitt utsatt for en volds- eller trusselhandling i tråd med det særskilte vernet for helsepersonell. (Straffeloven §265 og 286).
- Prosedyrer for anmeldelse av volds- og trusselhandlinger bør tydelig beskrive ansvar og forvaltning i sykehuset. Sykehuset bør anmelde på vegne av medarbeider og delta under avhør og rettsak, og ivareta sin omsorgsplikt gjennom prosessen.
- Volds- eller trusselhandlinger som foregår utenfor arbeidssted, men som blir begått på bakgrunn av medarbeiders yrkesutførelse, skal også anmeldes.

Prosedyrerne ved Sykehuset i Østfold HF trekkes frem som eksempel på beste praksis. Prosedyren for anmeldelse er en del av HMS-retningslinjen for ivaretagelse av medarbeider. Den viser tydelig hvor ansvaret er plassert i organisasjonen. Prosedyren er et godt verktøy for ledere som skal følge opp medarbeidere som har blitt utsatt for volds- eller trusselhandlinger.



HELSEPERSONELL OG ID-KORT

En del helsepersonell anonymiserer eget ID-kort i frykt for at fullt navn skal gjøre det lettere for pasienter og pårørende å fremsette trusler. Enkelte sykehus godkjenner at medarbeidere i særlig utsatte stillinger kun har ansattnummer på ID-kortet.

Medarbeideren

Bakgrunnen for at helsepersonell ønsker å skjule sin identitet overfor pasienter og pårørende, kan være frykt for å bli kontaktet utenfor arbeidstiden, enten gjennom sosiale medier eller fysisk på hjemsted. Noen medarbeidere har negative erfaringer med personforfølgelse, represalier og «hevnaksjoner». En annen årsak til å anonymisere ID-kort kan også være at helsepersonell ikke ønsker å knytte personlige relasjoner til pasienter.

Opplevd utrygghet i arbeidshverdagen kan påvirke arbeidsmiljøet, sykefraværet, turnoveren og rekrutteringen i et mer langsiktig perspektiv.

Hovedverneombudene i Helse Sør-Øst mener det er behov for å anonymisere ID-kort, for på den måten å ivareta medarbeiderens sikkerhet i større grad. Hovedverneombudene fremhever også behovet for tydeligere retningslinjer for anmeldelse av volds- og trusselhendelser, viktigheten av jevnlig risikokartlegging, samt arbeidsgivers ansvar for et forsvarlig arbeidsmiljø.



Det er et nokså usikkert kunnskapsgrunnlag når det gjelder effekten av å anonymisere ID-kort. Vi vet derfor ikke om en slik anonymisering har en reell risikoreduserende effekt.

Arbeidsgiveren

Arbeidsgiver har et lovfestet ansvar for å trygge medarbeidere gjennom arbeidsmiljøloven med forskrifter. Forskrift om utførelse av arbeid, (14) kapittel 23A, omhandler arbeid som kan medføre fare for å bli utsatt for vold og trusler om vold:

«Arbeidsgiver skal iverksette nødvendige tiltak på bakgrunn av de helse- og sikkerhetsrisikoer som fremkommer av risikovurderingen. Arbeidsgiver skal sørge for at risiko for vold og trussel om vold så langt som mulig fjernes eller reduseres».

Arbeidsgiver har et tydelig ansvar for å iverksette nødvendige risikoreduserende tiltak. Dersom en risikokartlegging viser at medarbeideren har økt risiko for å bli utsatt for trusler, skal det vurderes om anonymisering av ID-kort er et risikoreduserende tiltak.

Bruk av navneskilt er ikke regulert i lov eller forskrift. Det er opp til arbeidsgiver å organisere dette i samråd med de ansatte. Helsepersonelloven §39(15) og §40 forplikter likevel helsepersonell til å identifisere seg, ved at det som regel skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen, med enkelte unntak i pasient- og brukerretningsloven § 5-1(16) annet ledd.

Helsedirektoratet publiserte i 2015 et rundskriv(17) om pasient- og brukerretningsloven.

I rundskrivet kommer det fram at innsynsretten i journal kan begrenses dersom det er en reell fare for at en medarbeider kan bli utsatt for represalier i form av forfølgelse eller trakassering. Da kan navnet på behandler eller annet personell som er involvert i behandlingen anonymiseres i journal. En tilsvarende vurdering kan tenkes anvendt ved bruk av ID-kort. Uansett må det være en konkret risikokartlegging av volds- og trusselsituasjonen som må begrunne eventuelle tilpasninger i bruk av ID-kort.

Pasienten

Pasientens tillit til helsepersonell står sentralt i både helsepersonelloven og pasient- og brukerretningsloven. Innsatsteamet for forebygging av vold og trusler har utarbeidet to etiske dilemmaer som er fremstilt for klinisk etikkomité (KEK) ved Sørlandet Sykehus HF:

- *Ivaretar man gjensidighet, likeverd og rettferdighet overfor pasienter dersom medarbeideren ikke har navn på ID-kortet sitt?*
- *Vil pasienter kunne kjenne på trygghet og tillit til tross for at de ikke vet navn på vedkommende som behandler?*

KEK har gjort viktige avveininger av de ulike hensynene som må tas ved bruken av ID-kort. Vurderingen fra KEK baserer seg i stor grad på at pasienten er den som er mest berørt, til tross for at det er helsepersonellet som kan bli utsatt for trusler. For pasienten handler det om den grunnleggende ubalansen som kan oppstå i møte med helsepersonell når det kommer til makt, kunnskap og sårbarhet. For pasienten forvalter helsepersonellet et stort profesjonsansvar, og et ID-kort som viser tittel, navn og bilde synliggjør både ansvaret og kunnskapen.

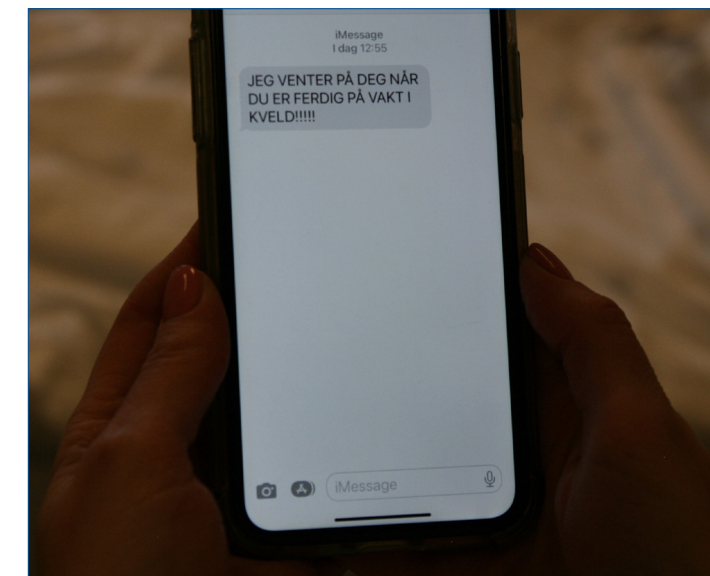
Etisk dilemma

For medarbeidere står den opplevde utryggheten sentralt. Den etiske vurderingen til KEK har basert seg på et prinsipp om å finne et alternativ som gir flest positive konsekvenser og færrest mulig negative konsekvenser for begge berørte parter. KEK konkluderte med at dersom arbeidsgiver klarer å finne andre trygghetsskapende tiltak, anbefales det at helsepersonell går med fullt navn på ID-kortet. Dersom dette ikke lar seg gjøre, kan det gis unntak slik at ID-kortet anonymiseres.

Rådet for sykepleieetikk ga i 2017 ut en artikkel(18) med tittelen: «Er det segentlig greit å droppe etternavn?» Et tema som belyses i artikkelen er om pasienten opplever det som ignorerende at sykepleiere kun benytter fornavn på ID-kort. Det poengteres at det er tvilsomt at sykepleiere bryter forsvarlighetsnormen ved kun å benytte fornavn. Rådet konkluderer likevel med at hele navnet skal benyttes. Det handler om respekt, høflighet, trygghet og tillit til helseprofesjonen.

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst har også blitt bedt om å komme med innspill til problemstillingen. Utvalget er spesielt opptatt av at praksis med å teipe over navn på ID-kort må avvikles. Brukerutvalget støtter dermed klinisk etisk komites anbefalinger til praksis vedrørende navn på ID-kort.

Det er ikke en enkel oppgave å skulle finne balansegangen mellom hensynene til pasienten og hensynet til den opplevde tryggheten til medarbeidere. Likevel må begge hensyn ivaretas på en best mulig måte. Tilliten som befolkningen har til helsevesenet er særdeles viktig å ivareta. En svekket tillit til helsepersonell som ikke vil identifisere seg, kan på sikt gi et omdømmetap. Samtidig vil medarbeidere som opplever seg ivaretatt være bedre rustet til å gi god og trygg helsehjelp.



Kartlegge praksis for kamuflering av navn på ID-kort

Sykehusene bør kartlegge hvor utbredt praksisen er med at medarbeidere kamuflerer egen identitet ved å teipe over navn på ID-kort. Dette er en praksis som på sikt kan være mer til skade enn til hjelp, og som gir et uprofesjonelt signal til pasientene. Brukerutvalget i Helse Sør-Øst er spesielt opptatt av at praksisen må avvikles. En slik praksis vil i de fleste sykehus i Helse Sør-Øst være brudd på instruks og prosedyre for ID-kort og bør følges opp i linjeledelsen.

Trygghetsskapende tiltak

Et forebyggende tiltak kan være at arbeidsgiver i enda større grad signaliserer at trusler mot medarbeidere vil medføre anmeldelse. Helsepersonell har gjennom straffelovens § 265(19) et særskilt vern mot å bli utsatt for trusler. Medarbeidere som blir utsatt for trusler skal ivaretas på en skikkelig måte. En enda tydeligere linje vedrørende toleranse for trusler mot helsepersonell bør inngå som et konkret tiltak i prosedyrer for oppfølging av helsepersonell etter alvorlige hendelser.

Alle sykehus bør også ha retningslinjer for bruk av lydopptak, filming og fotografering i forbindelse med helsehjelp. Her finnes det gode eksempler fra flere sykehus i Helse Sør-Øst. Veileder i bruk av sosiale medier i helse-, omsorgs- og sosialsektoren(20) og NOU 2019:10 Åpenhet i grenseland(21) kan også være til hjelp ved utarbeiding av slike retningslinjer.



Helse Sør-Øst anbefaler:

- Som hovedregel skal medarbeidere i sykehus benytte ID-kort med fullt navn, bilde og tittel. Dersom en risikovurdering tilsier at det er stor sannsynlighet for at medarbeidere vil kunne bli utsatt for trusler basert på at ID-kortet viser fullt navn, bør det gis unntak fra hovedregel. Da anbefales det et ID-kort med bilde, tittel samt ansattnummer og eventuelt fornavn.
- Sykehusene skal kartlegge og følge opp uønsket praksis med tildekking av identitet på ID-kort. Trygghetsskapende og forebyggende tiltak skal iverksettes for å ivareta helsepersonells sikkerhet.
- Sykehusene skal utarbeide retningslinjer for lydopptak, foto og filming i forbindelse med helsehjelp.



Det er viktig å ha gode retningslinjer for bruk av lydopptak, filming og fotografering på sykehus. Plakatene er fra Oslo universitetssykehus HF og er et godt kommunikasjonsmiddel for å nå pasienter og pårørende.



SAMARBEID MELLOM HELSETJENESTEN OG POLITI

Utagering, vold og trusler fra pasienter og pårørende er en utfordring for både medarbeidere i sykehus og i politiet. God kommunikasjon mellom de involverte partene kan bidra til å redusere risikoen for at hendelser oppstår. Lokale samarbeidsløsninger har vist seg å ha god effekt for å forebygge hendelser.

Formålet med samarbeid

En samarbeidsløsning vil kunne tydeliggjøre hvilke utfordringer de forskjellige partene har ved utagering, trusler og vold. Transport og overlevering av pasienter kan betegnes som en kritisk situasjon hvor risiko for vold og trusler øker. For å sikre en trygg overlevering, som ivaretar sikkerheten til alle involverte, er det viktig med god rolleavklaring og en felles samarbeidsavtale.

Utfordringer med ruspåvirkede personer og psykisk syke personer, som også kan være ruspåvirket, øker i omfang og bli stadig mer komplekse. Ruspåvirkede og psykisk syke er også pasienter i somatikken. For å møte denne utfordringen, er det spesielt viktig at involverte etater er kjent med sitt ansvar og sine plikter for hvordan pasientene skal håndteres. Pasientene skal ivaretas på en best mulig måte, men samfunnet skal også beskyttes mot potensielle voldshandlinger.

De ulike etatene har selvstendige plikter og et regelverk som må oppfylles. Økt kunnskap og en felles forståelse for hverandres oppgaver vil kunne bidra positivt for partenes samfunnsoppdrag. En felles samarbeidsløsning mellom sykehusene og regional politimyndighet kan optimalisere samarbeidet og skape en tryggere og mer forutsigbar arbeidshverdag for partenes medarbeidere og brukere.

Helsepersonellens taushetsplikt overfor politiet

I rundskriv IS-9/2015(22) presiseres reglene for når helsepersonell har taushetsplikt. Rundskrivet omtaler også når det foreligger en varslingsplikt overfor politiet, og når det er adgang til å utlevere pasientopplysninger.

Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke

Rundskriv: Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse -oppgaver og samarbeid.(23) Rundskrivet er en revisjon av rundskriv 2012/007 (IS-5/2012), og erstatter dette. Rundskrivet står sentralt i innsatsteamets vurderinger og forslag til tiltak.

Hensikten med rundskrivet er å klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen mellom politiet og helsetjenesten i håndteringen av personer med psykiske lidelser. Rundskrivet inneholder også tydelige retningslinjer for hvordan informasjonsutvekslingen skal foregå mellom etatene. Det viser seg likevel at samarbeid mellom helse og politi kan være utfordrende. Tilstrekkelig kunnskap om rundskrivet og dets konkretiseringer er trolig en del av utfordringen.

Sentrale temaer i revidert rundskriv er:

- *Politiets bistandsplikt til helsetjenesten og nødvendighetskravet*
- *Politiets varslingsplikt til helsetjenesten og begjæring om tvungent psykisk helsevern*
- *Informasjonsutveksling mellom helsetjenesten og politiet/PST*
- *En målsetning i samarbeidet er å løse ansvarsoppgavene på en minst mulig inngripende måte og til det beste for pasienten.*

Revisjonen innebærer ikke endringer i forståelse av regelverket fra tidligere rundskriv, men presiserer i større grad at det er viktig å vurdere om det er nødvendig og forholdsmessig med fysisk maktutøvelse i det enkelte tilfelle. Vurderingene må gjøres i lys av at personer med psykisk lidelse anses som særlig sårbare. Rundskrivet inneholder også et eget kapittel om særlige hensyn som skal ivaretas i felles oppgaveløsning som involverer barn.

I denne utgaven gis flere praktiske eksempler på bistandssituasjoner, med vekt på når politibistand er nødvendig. I tillegg gis det veiledning om politiets adgang til å begjære tvungent psykisk helsevern. Det gis flere



Eksempler på beslag av våpen ved Sykehuset Østfold
Foto: Sykehuset Østfold HF

praktiske eksempler knyttet til handlingsrommet for utveksling av informasjon mellom helsetjenesten og politiet, særlig knyttet til vurdering og oppfølging av risiko for vold.

Helsedirektoratet og Politidirektoratet understreker viktigheten av at det etableres lokale samarbeidsavtaler mellom helsetjenesten og politi.

Samarbeidsavtaler

Helseforetaket og lokalt politidistrikt skal ha faste kontaktpunkter for henvendelser mellom etatene. Det bør inngås lokale samarbeidsavtaler mellom helseforetak og politi, som tilrettelegger for god samhandling mellom helsetjenesten og politiet. Avtalene kan omtale situasjoner som er beskrevet i rundskrivet og andre situasjoner hvor begge etatene har en interesse og et ansvar.

Avtalene skal legge til rette for god ivaretagelse av pasienten, samtidig med at samfunnsvernet i størst mulig grad blir ivaretatt. Avtalene skal bidra til at personer med psykiske lidelser ikke faller mellom de forskjellige etatenes ansvar og at man unngår unødig tidsbruk i samarbeidssituasjoner.



Mal for lokal samarbeidsavtale er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider.(24)

Avtalene kan for eksempel omtale regelmessige møter mellom etatene, utveksling av informasjon, felles kompetansehevede tiltak og beskrive rutiner og forum for håndtering av lokale utfordringer i samarbeidet. Det må tilrettelegges lokalt for at informasjon på en enkel og trygg måte kan sendes mellom helsetjenesten og politiet.

Maktmiddelutvalget

I november 2022 publiserte Justis- og beredskapsdepartementet rapporten «Politiets bruk av maktmidler». Rapporten kommer blant annet med noen anbefalinger for samarbeid mellom politimyndighet og spesialisthelsetjenesten. Maktmiddelutvalgets rapport trekker frem samfunnsutviklingen innen psykisk helse og rus, og det poengterer at «bedre samhandling og informasjonsdeling mellom politi og psykiatri kan sørge for bedre håndtering og mindre bruk av makt».

I rapportens kommer Maktmiddelutvalget blant annet med følgende anbefalinger:

- *Det etableres lokale samarbeidsrutiner mellom helsetjeneste og politi, etter modell fra samarbeidsrutinen mellom politiet i Bergen, Helse Bergen og Bergen kommune*
- *Det etableres et system for tverretattlig læring av alvorlige hendelser, herunder hendelser som er initiert ved bistandsanmodning fra helse til politi, og som ender med at noen blir skutt og drept av politiet*
- *Det etableres et fast forum for kompetanseoverføring mellom helsevesenet og politiet i hvert politidistrikt.*
- *Adgangen for politiet til å fremme innleggelsesbegjæringer omtales i det reviderte rundskrivet til Helsedirektoratet og Politidirektoratet om samarbeid mellom politi og helse*
- *Politidirektoratet og Den høyere påtalemyndighet må sørge for at politiet og politiadvokatene i tilstrekkelig grad er kjent med adgangen til og verdien av å fremme innleggelsesbegjæringer*

Innsatsteamet for forebygging av trusler og vold vurderer disse anbefalingene i Maktmiddelutvalgets rapport som sentrale for å forankre et godt lokalt samarbeid, og i større grad forplikte helsetjenesten og politiet til å initiere arenaer for læringsutbytte og god kommunikasjon på tvers av etatene.

Styringskrav om mer samhandling

I 2023 ga de fire helseregionene følgende styringskrav til sykehusene i Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst:

Det er behov for å styrke samhandlingen mellom helsetjenestene og PST/politiet for å kunne forebygge alvorlige voldshendelser. Informasjonsutveksling om voldsrisiko er sentralt i dette. For å fremme nødvendig informasjonsutveksling innenfor rammene av taushetsplikten skal det oppnevnes kontaktpersoner i helseforetaket for PST og politiet.



FOTO: Oslo universitetssykehus HF

- *Helseforetaket skal oppnevne kontaktpersoner for PST og politiet som kan bidra til å fremme nødvendig informasjonsutveksling om voldsrisiko, basert på gjeldende regler for taushetsplikt og plikt til å bidra til samfunnsvern.*

Dette oppdraget forplikter sykehusene i større grad enn før til å imøtekomme viktige momenter som er beskrevet i Rundskriv IS-9/2015 Helsepersonellens taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet.

Lokalt samarbeid i praksis

Rundskrivene og Maktmiddelutvalgets rapport er viktige føringer for etatene. Innholdet i føringene er trolig ikke innført i alle deler av regionen, noe som kan bidra til utfordringer i samarbeidet mellom etatene. I enkelte sykehus er det gjort et systematisk og godt arbeid for å få til lokalt samarbeid.

I Sykehuset Østfold HF ble det inngått en samarbeidsavtale i 2018, med partene Øst politidistrikt, Kriminalomsorgen region Øst, AMK Oslo og legevaktene Østfold. Samarbeidet er standardisert gjennom en gjensidig forpliktende avtale, faste kontaktpersoner fra hver part, og et årlig samarbeidsmøte. Eventuelle avvik fra avtalen er tema for læring og forbedring.

I 2022 opprettet partene et felles tiltakskort for å tydeliggjøre roller, ansvar og samarbeidsrutiner. Tiltakskortet deler opp en relevant hendelse i følgende punkter:

- *Før og ved hendelse: Informasjon, forberedelser og tilrettelegging*
- *Hendelse/aktivitet: Informasjonsplikt og taushetsplikt*
- *Nødvendig informasjonsdeling om voldsrisiko og sikkerhetskontroll/-visitasjon fra politi og kriminalomsorgen*
- *Ambulant – før/ved hendelse på bopel eller hendelsessted – bistand fra politiet til helsepersonell*
- *God praksis, læring og kontinuerlig forbedring.*

Ved å vurdere og identifisere tidlig voldsrisiko, og motta annen nødvendig informasjon, kan partene sikre rammer som gir trygge forhold for pasient og helsepersonell i situasjoner hvor politiet har ansvaret for å ivareta pasienten før, under eller etter behandling. Her kan felles tiltakskort som brukes i Sykehuset Østfold HF være til god hjelp.

Brøset Violence Checklist (BVC) er innført som et felles voldsrisiko-vurderingsverktøy i samarbeidsavtalens tiltakskort. Dette har vært en suksessfaktor, fordi pasientens voldsrisiko enkelt kan kommuniseres mellom etatene uten at det eskalerer pasientens utagering.

«Felles tiltakskort med rutiner for kommunikasjon og samhandling dokumenterer det sentrale i samarbeidsavtalen, og er en viktig tydeliggjøring av partenes taktiske og operative ansvar før, under og etter hendelser og situasjoner.» Terje Engvik, HMS- sjef i Sykehuset Østfold HF.



Terje Engvik, HMS- sjef i Sykehuset Østfold HF

Det er viktig å etablere praksis for melding av hendelser som oppleves som avvik fra samarbeidsavtalen, og rutiner for at disse avvikene håndteres i de enkelte etatene. Uønskede hendelser og avvik bør tas opp i umiddelbare møter med sikte på læring og forbedring.

Maktmiddelutvalgets rapport viser til samarbeidsrutinen mellom politiet i Bergen, Helse Bergen HF og Bergen kommune. Den legger blant annet til rette for å kunne opprette ansvarsgrupper for å jobbe tverretattlig og tverrfaglig inn mot en spesifikk pasient ved behov. Innsatsteamet for forebygging av vold og trusler vurderer at denne tverrfaglige ansvarsgruppen vil være et viktig risikoreduerende tiltak i eksisterende og nye samarbeidsavtaler.

Innsatsteamet for forebygging av vold og trusler vurderer det som vesentlig å etablere forpliktende lokale samarbeidsavtaler. Sykehusene bør være en pådriver for å etablere avtaler og ta kontakt med de lokale samarbeidende organene. Det gjelder politiet, men eventuelt også Kriminalomsorgen, AMK og primærhelsetjenesten.

Helse Sør-Øst anbefaler:

- **Sykehusene skal ta initiativ til at det etableres lokal samarbeidsavtale mellom helsetjeneste og politi etter mal i rundskriv: Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse - oppgaver og samarbeid.**
-

Tiltakskort: Trusler og vold - sikkerhet, kommunikasjon og samarbeid mellom partene.

Partene; Sykehuset Østfold HF, Øst politidistrikt, Kriminalomsorgen region Øst, AMK Oslo og legevaktene Østfold.

1. Formål - partenes ansvar for samarbeid før og ved mottak på enhet og på hendelsessted

- Å risikobasert dele sikkerhetsrelatert informasjon på en diskret måte for å bidra til samfunnsvern, sikkerhet for berørt personell og offentligheten
- Å planlegge overføring av personer til mottakende part, og samarbeide om tiltak som skjermer øvrige pasienter, personer og offentligheten
- Å etter avtale bruke adkomst/inn ganger og sikre adferd som fremmer ro og trygghet for personer på hendelsessted og mottakende enhet

2. Partenes plikt til å dele sikkerhetsrelatert informasjon, sikkerhetsvisitasjon og forebyggende tiltak

Bakgrunn og erfaringer

Erfaringsmessig er antall hendelser trusler, utagering og vold økende overfor helsepersonell og hjelpeyrker. Uønskede hendelser skal forebygges

Alle parter skal:

- Dele relevant informasjon på personer/pasient for å forutsi voldelig atferd og gjennom dette forhindre og forebygge uønsket og farlig/voldelig atferd
- Vurdere personens historikk og adferd/tilstand her og nå, selvstendig og i dialog med stedlig leder/vakthavende ved samarbeidende enhet
- Som rutine spørre om BVC-score og sikkerhetsvisitasjon er foretatt: politi-politi, politi-kriminalomsorg og helsepersonell – politi/kriminalomsorg
- Situasjonsbetinget vurdere å spørre person om vedkommende har våpen, kniv, skarpt redskap, farlige gjenstander eller rusmidler, som beslaglegges

Kriminalomsorgen skal:

- Sikkerhetskontrollere innsatte i metallportal eventuelt skanner før fremstilling ved mottakende enhet - legevakt, sykehus eller andre
- Som hovedregel sikkerhetskontrollere innsattes yttertøy, sko og caps/lue før fremstilling ved mottakende enhet (legevakt, sykehus, ev. andre)

Politiet skal normalt:

- Sikkerhets-/kroppsvisitere situasjonsbetinget
- Sikkerhets-/kroppsvisitere en person som er anholdt, innbrakt eller pågrepet eller påsatt håndjern, før overføring til annen enhet
- Av egen vurdering og/eller hvis stedlig leder/vakthavende ber om dette, oppholde seg på stedet noen tid for å opprettholde ro, orden og sikkerhet

3. Restriksjoner

- Hvis varetektsinnsatt/pasient er underlagt restriksjoner fra retten, skal politiet kommunisere dette til helsepersonell ved eventuell innleggelse
- Politiet har ansvaret for oppfølging og eventuell nødvendig tilstedeværelse, dersom restriksjoner skal håndheves på sykehus/annen helseenhet

4. Partenes informasjonsplikt og taushetsplikt

- Å dele sikkerhetsrelatert informasjon baseres på gjeldende regler for taushetsplikt og situasjon
- Ved spørsmål konsulterer parter egne juridiske ressurser, eventuelt juridisk avdeling ved Sykehuset Østfold

5. God praksis, læring og kontinuerlig forbedring

- Stedlig leder/vakthavende hos hver part kan initiere debrief mellom berørte parter etter en hendelse
- Hensikten er å lære av både god praksis og uønskede hendelser/avvik med nye forebyggende tiltak

6. Kontaktinformasjon

Øst politidistrikt

- Operasjonssentral 24/7: 112. Direktenummer for enheter som har dette
- Operasjonsleder/patrolje på lokasjon eller hendelsessted

AMK Oslo - akuttmedisinsk kommunikasjonsentral

- Operasjonssentral – vakthavende operasjonsleder: 22 93 22 11

Sykehuset Østfold

- Stedlig leder/vakthavende ved enhet – direktetelefon eller via sentralbord 24/7: 69 86 60 00
- Vaktentral og vekttertjeneste 24/7: 69 86 30 00 - kontakter sikkerhetspersonell ved behov

Legevaktene

- Nasjonalt: 116 117
- Direkte hvis utenfor eierkommune: Mosseregionen (Moss/Råde/Rygge/Vestby): 69 25 33 33, Indre Østfold (Indre Østfold/Skiptvet/Marker): 69 88 79 00, Fredrikstad/Hvaler: 69 38 11 00, Sarpsborg/Rakkestad: 69 12 19 20, Aremark og Halden 69 17 90 32

Vedlegg: Brøset Violence Checklist

Brøset Violence Checklist (BVC)

Kilde: [Helsedirektoratet.no](https://helsedirektoratet.no)

Hensikt

Sjekkliste for lettere å forutsi trusler, utagering og vold atferd i et kortsiktig perspektiv, og iverksette forebygging tiltak og forholdsregler.

Adferd	Vurdering (sett X) X = adferd observert	Adferd	Definisjon
Forvirret		Forvirret	Oppfører seg åpenbart forvirret og desorientert. Kan hende pasienten ikke er orientert for tid og sted, samt person
Irritabel		Irritabel	Blir lett irritert; tåler dårlig andres tilstedeværelse
Støyende adferd		Støyende adferd	En åpenbart støyende og brautende væremåte; f.eks slamrer med dørene, roper i stedet for å snakke osv.
Verbale trusler		Verbale trusler	Ett verbalt utbrudd som er mer enn å bare heve stemmen og har til hensikt å ydmyke eller skremme en annen person
Fysiske trusler		Fysiske trusler	Vise med tydelig kroppsspråk at hensikten er å true en annen person; f.eks en aggressiv kroppsholdning, tar i en annen persons klær, løfter og hytter med knyttet neve, simulerer skalling retning en annen osv.
Slag, spark etc. mot gjenstander		Slag, spark etc. mot gjenstander	Ett direkte angrep på ting eller gjenstander; slå på eller knusing av vindu, slår eller skaller en gjenstand eller slå i stykker ett møbel
Poengsum - 1 poeng per kryss 1= Adferd observert. 0=ingen forekomst			

Sum:

= 0: Liten risiko for vold

= 1-2: Moderat risiko for vold. Preventive/forebyggende tiltak/forhåndsregler skal tas tilpasset risiko

> 2: Høy risiko for vold. Preventive/forebyggende tiltak/forhåndsregler skal tas med plan for hvordan møte hendelsen/situasjonen

Dersom pasienten skårer BVC 3 eller mer – er det høy risiko for vold.

PREHOSPITALE TJENESTER

Selv om vold mot ambulanspersonell forekommer både under ambulansetransport og etter levering av pasienten på legevakt eller akuttmottak, viser det seg at den største andelen av vold mot ambulanspersonell foregår på hentestedet, altså utenfor sykehuset.

Ambulanspersonell rykker ofte ut på oppdrag hvor personer må fraktes til tvungen legeundersøkelse eller innlegges tvungent psykisk helsevern. I tillegg kommer situasjoner hvor mennesker er i akutt behov for helsehjelp, men ikke er i stand til å forstå dette selv. Dette er situasjoner hvor pasienten kan komme til å motsette seg helsehjelp og transport, og hvor utagering og vold kan forekomme. I tillegg til vold fra pasienten er ambulanspersonell utsatt for vold og trusler fra pårørende, publikum eller andre på stedet.

Hva kan gjøres for å forebygge

- En viktig prediktor for vold mot ambulanspersonell er om pasienten har vært voldelig tidligere. En «varselstrekant» om tidligere vold fra pasienten kan noteres i pasientens kjernejournal

som akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) har tilgang til og kan informere ambulanspersonell om.

- Kriseplan kan lages av de som kjenner pasient fra tidligere, sammen med pasienten selv, og tilgjengeliggjøres i kjernejournalen. Denne kan inneholde voldsforebyggende anbefalinger som pasienten og eventuelle behandlere har blitt enige om at kan fungere i situasjoner hvor man vet at pasienten kan utagere
- Bevisstgjøring hos AMK og i ambulansetjenesten på hvilke faktorer som er assosiert med vold prehospitalt (ruspåvirkning, tidligere voldshistorikk)
- Mer forskning på tematikken i prehospital kontekst

Samarbeid mellom Vestre Viken HF og OsloMet

Ambulansetjenesten i Vestre Viken HF har jobbet målrettet for å øke kompetanse og bevissthet rundt vold mot ambulansetjenesten i flere år. De har erfart at det å bruke BVC kan øke bevisstheten om tematikken og medvirke til å etablere et felles språk om vold som kan være nyttig i kommunikasjon og dokumentasjon. De benytter seg av Virtual Reality (VR) for å få til gode simuleringer og øve opp forståelse og observasjonsevne. Videre jobber de sammen med Helse, Miljø og Sikkerhet og psykisk helsevern for å utvikle kurset «Møte med aggresjonsproblematikk» (MAP) for prehospitaltjenester.

Ambulansetjenesten og AMK har innført bruk av BVC. Bruk av BVC har svakheter i prehospitalt miljø. BVC tar utgangspunkt i en kjent baselineatferd hos pasienter, og økt risiko er da forbundet med endring i verbal/fysisk atferd. I et førstegangsmøte i prehospital

setting vil man ikke ha en baseline og det kan være en vesentlig kilde til feilvurdering i møte med mennesker som opplever å være i krise. Det er ingen litteratur som støtter at BVC er effektiv til å predikere vold i prehospitalt miljø med akutte møter med mennesker i kriser.

Et samarbeid mellom OsloMet og Vestre Viken HF har medført oppstart av et forskningssamarbeid hvor forskere ved OsloMet, avdeling for prehospitalt arbeid, skal gjøre forskningsintervjuer med ambulanspersonell som har vært utsatt for yrkesrelatert vold. Formålet er å utforske ambulanspersonells erfaringer med yrkesrelatert vold fra pasienter, pårørende eller publikum for å bedre forstå hvordan vold kan forebygges.

Deling av opplysningene med ambulerende personell

Det følger av pasientjournalloven § 19 at relevante og nødvendige helseopplysninger skal være tilgjengelige for helsepersonell og annet samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til den enkelte. Helseforetakene og AMK-ene har etter denne bestemmelsen en rett og plikt til å dele de opplysningene som prehospitalt personell trenger for å kunne yte pasienten forsvarlig helsehjelp.

Pasientopplysninger er underlagt taushetsplikt, jf. pasientjournalloven § 17 og helsepersonelloven § 21. Det er imidlertid fastsatt unntak fra taushetsplikten. Deling av journalopplysninger med samarbeidende personell er nærmere regulert i helsepersonelloven § 25 om unntak fra taushetsplikten og § 45 om plikt til å dele. Det fremgår av bestemmelsene at helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til en bestemt pasient skal gis nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på forsvarlig måte. Deling av slik informasjon med annet personell skal også fremgå av journalen.

Pasienten har rett til å motsette seg deling av journalopplysninger, jf. helsepersonelloven § 25 og § 45, pasientjournalloven § 17 og pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3. Denne retten er ikke absolutt. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 kan deling likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det. Ifølge

forarbeidene til bestemmelsen vil dette i praksis «være situasjoner hvor overføring av opplysninger anses nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade, f.eks etter utskrivning fra sykehus hvor primærhelsetjenesten får etterfølgende behandlingsansvar.» (Ot. prp. nr. 12 (1998–1999), merknadene til § 5-3 i kapittel 12). Helse- og omsorgsdepartementets vurdering er at pasienter med en volds- og trusselhistorikk som antas å kunne innebære en risiko for personellet, kan være en slik situasjon.



FOTO: Oslo universitetssykehus HF.

KARTLEGGING OG RISIKOVURDERING AV FARER FOR Å BLI UTSATT FOR VOLD ELLER TRUSLER

Systematisk volds- og trusselkartlegging og risikoverdering kan bidra til å forebygge uønskede hendelser mot medarbeidere i sykehus. Arbeidstilsynet har avdekket at helsesektoren har forbedringsmuligheter på dette området.

Alle virksomheter skal kartlegge og vurdere farer, samt vurdere risikoen knyttet til arbeidet. Målet er at ingen blir skadet eller syk på grunn av arbeidet.(25) Kartlegging og risikoverdering av arbeid som kan innebære farer for å bli utsatt for vold eller trusler, følger av arbeidsmiljøloven og tilhørende forskrifter.(27) Siden forskrift om utførelse av arbeid fikk sin utvidelse i 2017(28), har Arbeidstilsynet avdekket at det er behov for en mer systematisk gjennomføring av risikoverderinger knyttet til vold og trusler i noen sykehus.

Sykehusene bør etablere systemer som bidrar til at avdelinger og enheter kan utføre risikoverderinger på en effektiv måte og som en integrert del av det øvrige HMS-arbeidet.

Hva kan skje? Og hvorfor?

Risikoverdering av vold og trusler bør ikke få et for høyt fokus på å komme fram til et tallbasert eller kategoribasert «absolutt» risikoestimat. Framgangsmåten er en del av prosessen og skal være en beslutningsstøtte for å ta stilling til de grunnleggende spørsmålene om risiko:

- Hva kan skje?
- Hvorfor?
- Hvilke tiltak virker nødvendig for å forebygge vold?

En tallmessig eller kategoribasert forståelse av risiko kan være mangelfull når vi skal risikoverdere uønskede handlinger som vold og trusler. Dels henger dette sammen med at en tallmessig eller frekvensbasert sannsynlighet forutsetter at vi har oversikt over de faktorene som påvirker denne sannsynligheten. Vold er et komplekst samspillsfenomen som påvirkes av mange forhold, både i og rundt personen. Vi vet også fra forskning, logikk og sunn fornuft at mange av disse forholdene endrer seg over tid. Derfor vil en persons intensjon (vilje) og kapasitet (gjennomføringsevne) til å utøve vold variere. Det samme vil ofte gjelde den fornærmedes eventuelle evne til å beskytte seg.(29) Risiko dreier seg om usikkerhet knyttet til hva som kan skje i fremtiden. Resultatet kan bli bedre eller dårligere enn det vi har planlagt eller forutsett. Et velfungerende system for risikostyring hjelper oss til å forstå risiko slik at vi kan ta bedre beslutninger på alle nivåer.

Spesifikke risikoforhold som må særlig hensyntas i vurderingene

Kartleggingen og risikoverderingen må som minimum omfatte de enkelte risikofaktorene som er nevnt i Forskrift om utførelse av arbeid. Vurderingen må også ivareta om de ulike risikofaktorene samlet sett utgjør en økt risiko, fordi risikofaktorene i mange situasjoner kan forsterke hverandre. I en risikoverdering må eventuell usikkerhet ta høyde for at risikoen kan være større enn først antatt. Det skal tas hensyn til spesielt sårbare medarbeidere, som for eksempel medarbeidere med nedsatt arbeidsevne, gravide, unge og uerfarne, vikarer og midlertidig ansatte.

Sykehusene bør tilrettelegge for at alle enheter på laveste nivå i organisasjonen gjennomfører grovkartlegging for vold og trusler. Denne bør basere seg på lokale, historiske data av innmeldte hendelser, og på kunnskap og årsaker til vold i helsesektoren.

Sykehusene bør utarbeide en felles mal for risikoverdering av vold og trusler i sine avdelinger, hvis ikke malen til arbeidstilsynet benyttes. Risikoverderingene skal ta særlig hensyn til risikoområder fra forskrift om utførelse av arbeid

- arbeidets organisering og tilrettelegging
- hvor, når og i hvilke situasjoner arbeidstaker kan bli utsatt for vold og trussel om vold
- alenearbeid
- arbeidstidens plassering og organisering
- bemanning og kompetanse
- utforming av arbeidslokalene og tekniske løsninger
- effekten av iverksatte og planlagte forebyggende tiltak

Evaluering av iverksatte forebyggende tiltak i etterkant av risikoverderinger er en sentral del av risikostyringen.

Arbeidstilsynet

Arbeidstilsynet har utarbeidet tre skjemaer som kan brukes som støtte i arbeidet med kartlegging, risikoverdering, planlegging og dokumentasjon. Skjemaene finnes på Arbeidstilsynets nettsider: [Risikoverdering \(arbeidstilsynet.no\)](https://www.arbeidstilsynet.no)

Helse Sør-Øst anbefaler:

- Kartlegging og risikoverdering av vold og trusler skal integreres i det systematiske HMS-arbeidet. Sykehusene bør ha en lik metodikk internt for kartlegging og risikoverdering, og denne skal baseres på kunnskap om vold i helsesektoren.
- Kunnskap om identifiserte sårbarheter og risikoscenarier bør være tilgjengelig for alle ledere som utfører lokale risikoverderinger. Det blir etablert en praksis for systematisk deling av alvorlige hendelser i regionalt HMS-nettverk for å øke kunnskap og forebygge vold og trusler.

En leders erfaring

Christian Linnerud Grønsveen er gjest i Kompetansebroens Podkastserie «Helhjerta». Tema for episoden er risikoverderinger og forebyggende arbeid.

Hvordan håndtere en arbeidshverdag hvor dine medarbeidere blir utsatt for vold og trusler? hvordan redusere risiko og arbeide forebyggende? Hør enhetsleder Christian Linnerud Grønsveen dele sine erfaringer som leder for posten på Lovisenberg sykehus som ivaretar pasienter med psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko.

«Helhjerta» er en podkast om menneskemøter og helse. Den har etablert seg som en populær podkast hvor lytterne møter mennesker i helsetjenesten som forteller om jobben og historien sin, i en samtale med programleder Heidi Skutlaberg Wiig. Lytterne får høre sterke og engasjerende historier fra både helsepersonell, pasienter og pårørende med ulik bakgrunn og erfaring. Kompetansebroen er en digital plattform for samhandling og kompetansedeling mellom sykehus, kommuner og utdanningsinstitusjoner.

Søk opp «Helhjerta» i Spotify eller lytt til episodene fra denne lenken: <https://www.kompetansebroen.no/aktuelt/vold-og-trusler-mot-helsepersonell?o=ahus>

Du kan også skanne QR-koden under:



Enhetsleder Christian Linnerud Grønsveen i samtale med programleder Heidi Skutlaberg Wiig.

RAPPORTERING AV VOLD- OG TRUSSELHENDELSER

En felles forståelse av hva som defineres som vold og trusler, kan bidra til at flere uønskede hendelser meldes. En god meldekultur kan forebygge nestenulykker og hendelser ved at det blir iverksatt tiltak basert på faktisk risiko. Systematisk forbedringsarbeid og organisatorisk læring er viktig for å ha en god sikkerhetskultur.

Meldekultur

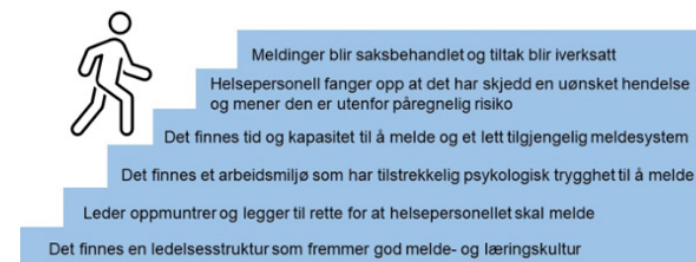
Hva som oppleves som vold og trusler, kan variere fra arbeidsplass til arbeidsplass. Det kan være hensiktsmessig å gjennomgå konkrete lister med fysiske og non-verbale ytringsformer, og i fellesskap bli enige om hvilke typer hendelser som skal meldes. Arbeidstilsynets definerer hva begrepet vold og trusler innebærer, se side 7.

I arbeidet med et forsknings- og forbedringsprosjekt har Lovisenberg diakonale sykehus utarbeidet en definisjonsliste som gir eksempler på hva vold og trusler kan være.

Trusselhendelser	Voldshendelser
Skreket og bannet til	Spyttet på
Truet med slagvåpen eller gjenstand	Lugget
Truet med skarp gjenstand	Dyttet
Sperret veien	Holdt fast
Blitt kontaktet utenfor jobb	Bitt
Truet med blick eller kroppsspråk	Slått
Truet med å skade	Sparket
Truet med å skade familien	Stukket med gjenstand
Truet med selvskading	Kastet en gjenstand på
Truet med å drepe	Kastet varm væske på
Seksuelle kommentarer	Slått gjenstand i hodet
Rasistiske kommentarer	Kvelertak

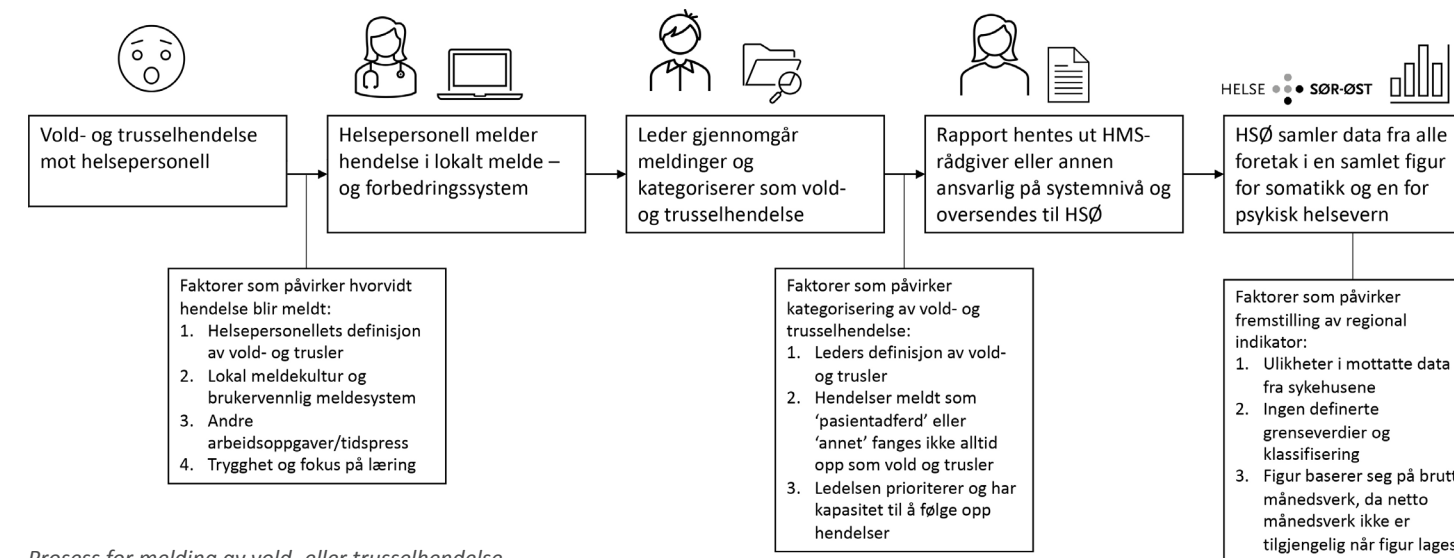
Det skal også være rom for å melde hendelser utenfor det man har definert som vold og trusler hvis det oppstår belastninger som er relatert til dette.

Meldekultur knyttet til HMS-hendelser og uønskede pasientsikkerhets-hendelser påvirkes ofte av de samme forholdene. Det er derfor aktuelt å se til Ukom-rapporten «Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser» som ble publisert i mars 2023.



Figur basert på Ukom sin trappetrinns modell(30)

Rapporten beskriver at medarbeidere kan oppleve det som vanskelig å melde om hendelser av flere grunner. I rapporten bruker Ukom en trappetrinnsmodell for å illustrere trinnene fra å fange opp en uønsket hendelse, via å vurdere å melde, iverksette melding, og til leders håndtering av meldingen med analyse og forbedringstiltak.



Prosess for melding av vold- eller trusselhendelse

Trappetrinnsmodellen kan også benyttes i arbeidet med å forbedre meldekultur for volds- og trusselhendelser.

Datainnsamling og rapportering fra sykehusene

Sykehusene i Helse Sør-Øst benytter ulike systemer for melding av hendelser, og det er totalt seks forskjellige datasystemer: Achilles, EQS, Synergi, Melius, EK og Kvalitetsportalen.

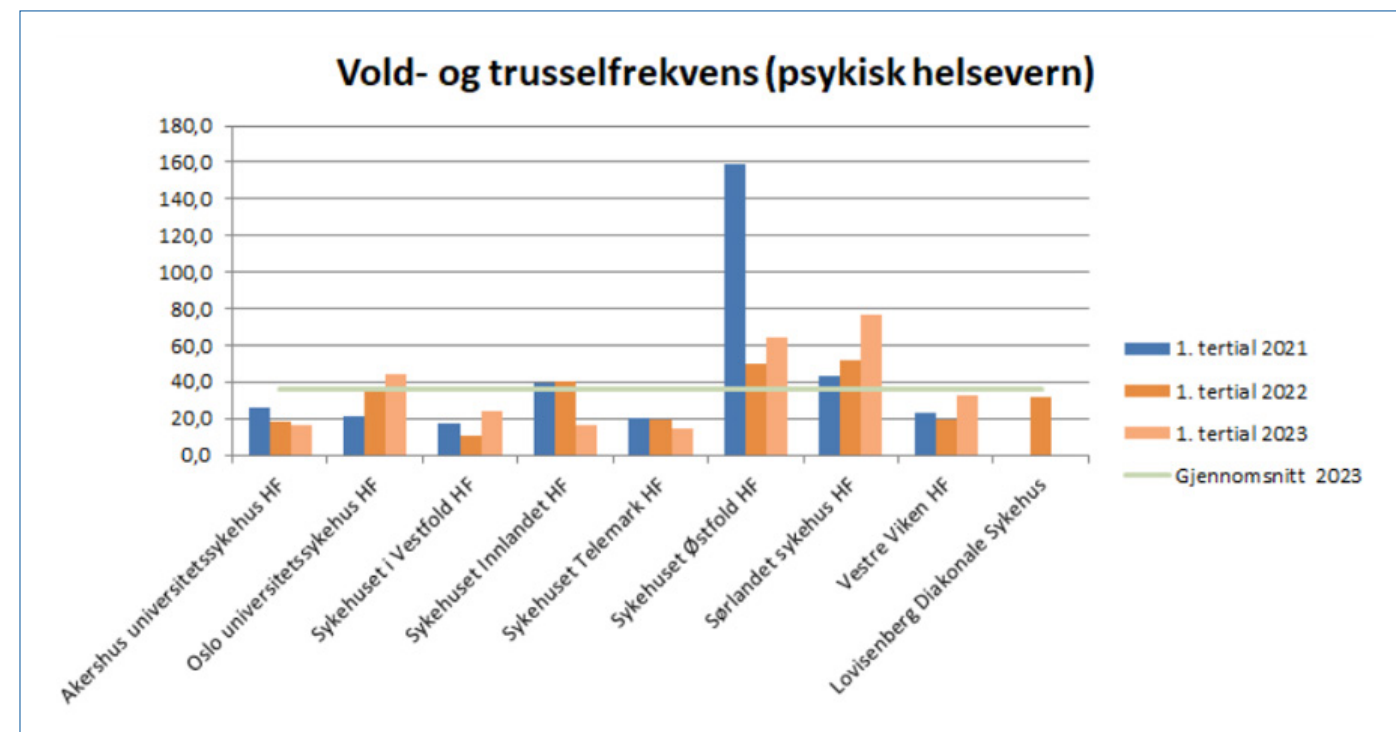
Det enkelte sykehus har lokale tilpasninger av systemene og prosedyrer for hvordan meldinger håndteres av leder. I samtlige sykehus mottar leder alle meldinger i sin enhet, for så å gjennomgå og kategorisere dem. Rapport om antall meldte volds- og trusselhendelser hentes ut tertialvis av HMS-rådgiver eller leder og oversendes Helse Sør-Øst RHF. Det er varierende praksis i sykehusene hvorvidt det blir kommentert på utviklingen i meldte hendelser.

Figur illustrerer hvilke faktorer som påvirker prosessen fra en faktisk volds- eller trusselhendelse til Helse Sør-Øst RHF's fremstilling av regional indikator for volds- og trusselfrekvens.

Indikator for vold- og trusselfrekvens

Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst har en felles HR-indikator-katalog som skal bidra til sammenligning av resultater på tvers av regioner. Indikatoren for volds- og trusselfrekvens ble godkjent som en interregional HR-indikator i 2017. Indikatorens formål er å sikre at vold og trusler blir rapportert og fulgt opp som et ledd i en kontinuerlig forbedringsprosess.

Indikator for volds- og trusselfrekvens er en del av den tertialvise rapporteringen til styret i Helse Sør-Øst. Indikatoren inngår også i årsberetningen til Helse Sør-Øst RHF. Utviklingen i volds- og trusselfrekvens følges opp i regionalt nettverk for HMS-ledere. Indikatoren fremstilles i to grafer med utregnet frekvens for henholdsvis somatikk og psykisk helsevern.



Figur
Årsaken til avvikende data fra Sykehuset Østfold HF i 2021 forklares med at psykiatrisk akuttmottak for voksne hadde en forenklet registreringspraksis for mindre alvorlige hendelser. Praksisen innebar at medarbeidere kunne notere mindre alvorlige hendelser på et fastsatt skjema, hvor en dedikert person (leder eller verneombud) deretter registrerte hendelsene i Synergi. For å ha en enhetlig registreringspraksis ble den forenklete rapporteringen avvirket i mai 2021. Den midlertidige praksisen førte trolig til en underrapportering av mindre alvorlige høyfrekvente hendelser ved psykiatrisk akuttmottak for voksne.(31)

Fremtidige behov

Det kan være behov for å utvide rapportering av vold og trusler i regionen for å gi en dypere innsikt rundt de forholdene indikatoren er ment å ivareta. Det blir derfor vurdert å innlemme data om type vold og trussel, hvilke arenaer volden og truslene forekommer, samt inkludere en kategorisering av opplevde konsekvenser og belastninger.

Samtidig vil det være behov for en kontinuerlig oppfølging av barrierer, motstandsdyktighet (resiliens) mot uønskede hendelser og læring basert på data og erfaringer fra arbeidsplasser med god sikkerhetsprestasjon.

NAV publiserte en undersøkelse i 2023 som det er verdt å se til som eksempel.(32)

Medarbeiderundersøkelsen ForBedring

Sju av elleve sykehus i Helse Sør-Øst har inkludert tilleggsspørsmål om forekomst av vold og trusler i den årlige forbedringsundersøkelsen (Akershus universitetssykehus HF, Sykehusapotekene, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuspartner har ikke tilleggsspørsmål). Det er imidlertid stor variasjon i spørsmålsstilling og svarkategorier. Dette påvirker hvor godt egnet spørsmålet er til å fange opp forekomsten av vold og trusler lokalt og mulighetene for å kunne bruke svarene til å beskrive forekomsten i Helse Sør-Øst.

Tilleggsspørsmålene er inkludert fordi sykehusene ønsker å måle forekomst av vold og trusler de siste tolv måneder.

Sørlandet sykehus HF og Sunnaas sykehus HF har valgt en spørsmålsstilling «Jeg har ikke vært utsatt for...». Dette er i tråd med spørsmålsstillingen til det eksisterende spørsmålet som måler mobbing og trakassering («Jeg kjenner ikke til...».)

Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Telemark HF og Vestre Viken HF har snudd spørsmålsstillingen til «Jeg har vært utsatt for...».

Sørlandet sykehus HF og Sunnaas sykehus HF presiserer at det gjelder vold fra pasienter, pårørende eller andre, mens Sykehuset Innlandet HF har delt spørsmålsformuleringen i to, og skiller mellom fysisk vold og psykisk vold. Sykehuset Innlandet HF har i tillegg inkludert eksempler på hva fysisk og psykisk vold er.

En tydelig spesifisering av hva spørsmålet omhandler vil trolig bidra til spørsmålets validitet. En nylig studie i norsk barnevern(33) viste betydningen av spørsmålsstilling for hvor mange som oppgir at de har vært utsatt for vold og trusler. Enkeltspørsmål uten eksempler viste seg å gi et høyt antall falske negative svar.

Lokale spørsmål om vold og trusler

Foretak	Tilleggsspørsmål om vold og trusler
Akershus universitetssykehus HF	Har ikke eget spørsmål
Oslo universitetssykehus HF	Vold/trusler. Jeg har vært utsatt for vold eller trusler på jobb siste 12 måneder?
Sørlandet sykehus HF	Jeg har ikke vært utsatt for vold og/eller trusler fra pasienter, pårørende eller andre siste 12 måneder
Sunnaas sykehus HF	Jeg har ikke vært utsatt for vold og/eller trusler fra pasienter, pårørende eller andre siste 12 måneder
Sykehusapotekene	Har ikke eget spørsmål
Sykehuset Vestfold HF	Har ikke eget spørsmål
Sykehuset Innlandet HF	Har du vært utsatt for fysisk vold i jobben i løpet av de siste 12 måneder? Eksempler på fysisk vold: Slå, sparke, ta kvelertak, riste, klype, klore, bite, lugge, vri armen, holde fast og dytte Har du vært utsatt for psykisk vold i jobben i løpet av de siste 12 måneder? Eksempler på psykisk vold: Direkte og indirekte trusler, f.eks. true med fysisk vold, komme med utsagn som forstås som en trussel uten at dette blir ytret direkte, latterliggjøring, kalle stygge ting
Sykehuset Østfold HF	Jeg har vært utsatt for vold eller trusler på jobb siste 12 måneder?
Sykehuset Telemark HF	Jeg har vært utsatt for vold eller trusler på jobb siste 12 måneder?
Sykehuspartner	Har ikke eget spørsmål
Vestre Viken HF	Jeg har vært utsatt for vold eller trusler på jobb siste 12 måneder?

Innspill til nye spørsmål i Forbedring som måler forekomst av vold og trusler

Gjennom dialog med HMS-ledere og innhenting av opplysninger om allerede eksisterende tilleggsspørsmål, vurderer innsatsteamet at sykehusene har behov for å supplere ForBedring med spørsmål som måler forekomst av vold og trusler. Et spørsmål som måler forekomsten av vold og trusler er nyttig for ledere, ansatte, vernetjeneste og tillitsvalgte for å kunne arbeide systematisk.

Det er arbeidsgivers ansvar å sørge for at arbeidstakerne – så godt det er mulig – blir beskyttet mot vold og trusler. Arbeidsgivere skal forebygge på samme systematiske måte som de forebygger andre risikoforhold på arbeidsplassen. En sentral del av forebyggende arbeid er å kartlegge forekomst av vold og trusler. En viktig kilde til systematisk oversikt er meldesystemet for uønskede hendelser.

Gjennom nasjonal og internasjonal litteratur om vold og trusler er underrapportering av hendelser en kjent problemstilling. Forklaringer på underrapportering kan være lav meldekultur på den enkelte arbeidsplass, men det kan også komme av at vold og trusler anses som «en del av jobben» og som relatert til pasientenes sykdomsbilde.

På bakgrunn av sykehusenes behov for å innhente data, samt behovet for å supplere indikatoren for volds- og trusselfrekvens, har innsatsteamet utarbeidet forslag til nye spørsmål i forbedringsundersøkelsen:

1. Har du i løpet av de siste 12 måneder opplevd en voldelig hendelse på jobben?

(Eksempler på vold: Slå, sparke, spytte, ta kvelertak, dytte, riste, klype, klore, bite, lugge, vri armen, holde fast og stikke med gjenstand)

Svaralternativer:

1. Nei, aldri
2. Ja, det har skjedd én gang
3. Ja, det har skjedd flere ganger
4. Ja, det skjer ofte

2. Har du i løpet av de siste 12 månedene opplevd å bli truet på jobben?

(Eksempler på trusler: skreket/bannet til deg, truet med å skade deg, truet deg med gjenstand eller våpen, truet med blikk/kroppsspråk, sperret veien)

Svaralternativer:

1. Nei
2. Ja, det har skjedd én gang
3. Ja, det har skjedd flere ganger
4. Ja, det skjer ofte

3. I hvilken grad opplever du at vold og trusler på jobben er en belastning for deg?

Svaralternativer:

1. Ikke i det hele tatt
2. I liten grad
3. I noen grad
4. I ganske stor grad
5. I svært stor grad

Helse Sør-Øst anbefaler:

- Arbeidsgiver og medarbeider må ha felles forståelse for hva som ligger i begrepene vold og trusler og snakke om situasjoner som er særlig gjeldende på den enkelte arbeidsplass
- Det skal arbeides med tiltak for å oppnå en god meldekultur.

IVARETA MEDARBEIDERE SOM ER UTSATT FOR VOLD OG TRUSLER

Vold og trusler er ikke bare et individuelt problem, men et arbeidsmiljøproblem som angår hele arbeidsplassen. Å ivareta medarbeidere som er utsatt for vold og trusler, er avgjørende for deres sikkerhet og trivsel. Det er også viktig for å redusere sykefravær og frafall fra helsepersonellyrket.

Felles forståelse av hva vold og trusler er

Hva som defineres som vold og trusler, kan variere fra arbeidsplass til arbeidsplass og fra en medarbeider til en annen. For å kunne fange opp alle volds- og trusselrelaterte belastninger, er det viktig at arbeidsgiver og medarbeidere snakker om hva de legger i begrepene vold og trusler. En felles forståelse reduserer risikoen for at hendelser blir omtalt som et individuelt problem.

Et godt utgangspunkt er å se på Arbeidstilsynets definisjon av vold og trusler, se side 7. Videre kan avdelinger i fellesskap se nærmere på hvilke typer hendelser som er særlig gjeldende på den enkelte arbeidsplass. Det er ikke uvanlig at mindre alvorlige hendelser ikke blir definert og snakket om som vold og trusler, men det er viktig å være oppmerksom på at også hyppige, mindre alvorlige hendelser kan gi store helsekonsekvenser på sikt. En felles forståelse av hva vold og trusler er bidrar til å anerkjenne belastningen og gjør det til et felles ansvar som angår alle på arbeidsplassen.

Et trygt og støttende arbeidsmiljø er nøkkelen til god ivaretagelse

Alle sykehus må ha gode rutiner og systemer for å kunne forebygge, håndtere og følge opp hendelser med vold og trusler, og det er arbeidsgivers ansvar å sørge for at medarbeidere – så godt det er mulig – blir beskyttet mot vold og trusler.(34)

Et godt og trygt arbeidsmiljø som vektlegger beskyttende faktorer, vil i større grad kunne ivareta medarbeidere som er utsatt for vold og trusler. Beskyttende og støttende faktorer («buffer») vil bidra til at hver enkelt

medarbeider i større grad er rustet til å håndtere de hendelsene som kan oppstå. De samme bufferne i arbeidsmiljøet vil være viktige for å ivareta medarbeidere som har vært utsatt for en hendelse.

Det finnes mye god kunnskap og nyttige verktøy som helsepersonell tar i bruk i forebygging av vold og trusler, men en vesentlig forutsetning er et trygt og støttende arbeidsmiljø. Ivaretakelsen av den enkelte medarbeider ligger i gode fellesskapsløsninger og tilgang til nødvendige ressurser til å jobbe forebyggende. Dersom arbeidsmiljøet ikke tilbyr denne støtten, er det en større risiko for at det forebyggende arbeidet oppleves som et individuelt ansvar. Det øker risikoen for at hendelser oppstår og den enkelte medarbeider kan ta på seg skyld alene.

Buffere som er viktig å styrke i arbeidsmiljøet

- Sosial støtte fra kollegaer og ledelse
- Psykologisk trygghet
- Vektlegge medarbeideres helse og trivsel
- Samstemte team som planlegger og organiserer arbeidsoppgaver i felleskap
- Vektlegge medarbeideres autonomi og medbestemmelse
- Styrke medarbeidernes mestringstro

Sett vold og trusler på dagorden

Det er viktig at arbeidsgivere, medarbeidere, verneombud og tillitsvalgte jobber sammen for å skape trygge arbeidsmiljøer der medarbeidere kan utføre oppgavene sine uten frykt for vold eller trusler. Forebygging av vold og trusler bør settes på agendaen i relevante møter hvor arbeidsmiljø diskuteres og være en integrert del av det løpende forbedringsarbeidet lokalt.

Oppfølging i etterkant av en vold- eller trusselhendelse

Selv om gode forebyggende tiltak er iverksatt, kan likevel volds- og trusselhendelser oppstå. Da er det viktig å ha gode rutiner for hva som bør skje under og etter en hendelse. Innsatsteamet har gjennomgått sykehusene prosedyrer for oppfølging av medarbeidere i etterkant av hendelser. Det er også sett på prosedyrer fra sykehus i de andre helseregionene.

Prosedyrer er sammenfallende og konsistente når det gjelder tiltak og handlinger i tråd med kunnskap på feltet. Enkelte prosedyrer fremstår mer oversiktlige og brukervennlige enn andre og er samtidig tydelig på hvilket ansvar og rolle den enkelte har. En innarbeidet og tydelig struktur og ansvarsfordeling i etterarbeidet fremstår som helt essensielt for å lykkes. I prosedyrene kan sykehusene også med fordel utarbeide tydelige flytskjemaer og sjekklister til bruk for å avhjelpe ansvarlige.

Ledere og øvrige involverte har behov for å få opplæring om plikter og føringer som ligger i arbeidsgiveransvaret. Dette omfatter også ansvaret for å sikre igangsettelse av nødvendig helsehjelp og oppfølging fra helsevesenet der det er behov.

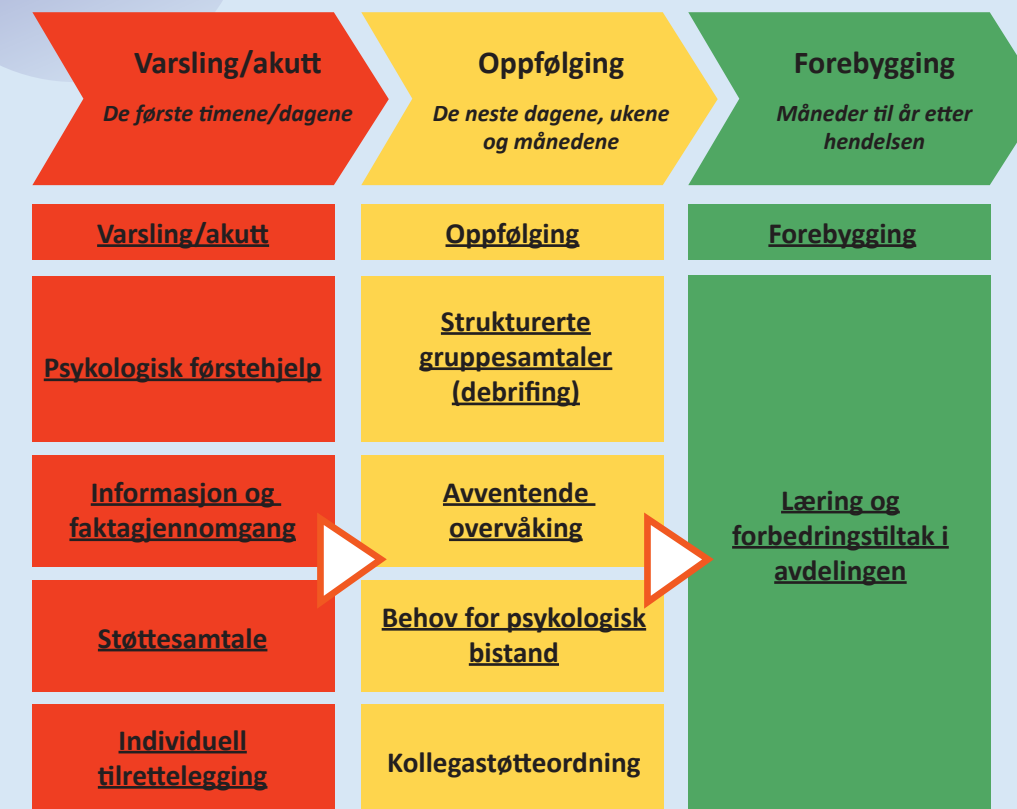
Forebygging av vold og trusler ved Lovisenberg Diakonale sykehus

Siden 2021 har sengepostene på Senter for psykisk helse og rus ved Lovisenberg Diakonale Sykehus satt forebygging av vold og trusler høyt på dagsorden. Gjennom et forsknings- og forbedringsprosjekt har de kartlagt detaljer om vold og trusler mot ansatte, effekter på ansattes helse og sykefravær, og hvordan det jobbes med forebyggende verktøy på hver enkelt sengepost. Prosjektet vektlegger betydningen av et godt arbeidsmiljø som gir helsepersonell de ressursene og støtten de trenger for å jobbe forebyggende. En viktig målsetning for prosjektet er tett samarbeid mellom ledelse og medarbeidere. Hver sengepost har en egen arbeidsgruppe som utarbeider handlingsplaner med utgangspunkt i resultatene fra årlige spørreskjemakartlegginger. Eksempler på tiltak som har vært gjennomført de siste årene er fadderordninger og kollegaveiledning, debrief i vaktskifte og gjennomgang av oppgavedeling og rolleavklaringer. Prosjektet har vært fulgt av et forskningsprosjekt, og foreløpige resultater viser en tydelig økning i bruk av forebyggende verktøy, samt simulering- og samhandlingstrening på postene. Personalet opplever at forebygging av vold og trusler har fått et tydeligere fokus i arbeidshverdagen. En viktig gevinst ved å sette forebygging av vold og trusler høyt på dagsorden er anerkjennelse og økt grad av psykologisk trygghet. Resultatene fra forskningsprosjektet er planlagt publisert innen utgangen av 2023.



Fra venstre: Hans Martin Nussle (leder av FoU-avdelingen), Hanne Ellevold Guntvedt (hovedverneombud) og Alexandra Faksvåg Skenter (prosjektleder og sykepleier på sengepost 4B)

Under følger et eksempel på flytskjema hentet fra prosedyre for oppfølging av medarbeidere etter alvorlige hendelser i Helse Bergen:



Sjekkliste for oppfølging av medarbeidere etter alvorlige hendelser i Sykehuset Østfold HF:

SYKEHUSET ØSTFOLD Oppfølging av medarbeider etter trusler/vold - sjekkliste

Navn: _____ Dato for hendelsen: _____
 Enhet: _____

NÅR	HVA	UTFØRT DATO	IKKE AKTUELT	KOMMENTAR
Samme dag	Defusing (psykologisk førstehjelp) - samtale med medarbeider. Tilstede: <input type="checkbox"/> Sykehusprest <input type="checkbox"/> BHT <input type="checkbox"/> : _____ Utarbeide oppfølgingsplan for medarbeider			
	Avklaring av eventuelle vitner til hendelsen - for oversikt og videre oppfølging av medarbeider Opprette tilgangsstyrt mappe i Public 360			
	Dagen etter			
3 d.	Kontakte og ha dialog med medarbeider Debriefing for alle involverte medarbeidere - innen 48 timer			
	Gjennomgang av hendelsen - innen 3 dager. Leder og medarbeider Vurdere tilpasning av arbeidsoppgaver - iverksette eventuelle strakstiltak. Innen 3 dager Oppfølgingsamtale(r) med medarbeider - initiativ fra leder			
3 mnd.	Evaluerer av hendelsen - for vurdering om tilfredsstillende oppfølging Vurdere behovet for ny risikovurdering vedrørende trussel- og voldssituasjonen Videre oppfølging av medarbeider - initiativ fra leder			
GENERELL OPPFØLGING OG DOKUMENTASJON		UTFØRT DATO	IKKE AKTUELT	KOMMENTAR
Ble noen tilkalt under eller etter hendelsen? <input type="checkbox"/> Vekter <input type="checkbox"/> Politi <input type="checkbox"/> AMK <input type="checkbox"/> : _____				
Hvem er underrettet om hendelsen? <input type="checkbox"/> Nærmeste leder <input type="checkbox"/> Verneombud <input type="checkbox"/> Tillitsvalgt				
Skal hendelsen meldes som yrkes-/arbeidsskade? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				
Har medarbeider meldt skade til sykehusets forsikringselskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				
Skal hendelsen politianmeldes? (Hvis ja – huk av i Synergi) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				
Er Arbeidstilsynet varslet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				
Gjennomført saksgang i Synergi Saksnr.: _____				
Det er mottatt bistand etter hendelsen fra: <input type="checkbox"/> Sykehusprest <input type="checkbox"/> BHT <input type="checkbox"/> HR-rådgiver <input type="checkbox"/> Bistandsadvokat <input type="checkbox"/> Juridisk avdeling <input type="checkbox"/> Psykolog <input type="checkbox"/> _____				
Dato: _____				
Signatur leder _____				
Signatur medarbeider _____				

Oppbevaring: Oppbevares i Public 360, se [brukeveiledning](#)
Kopi til medarbeider

Dokument-ID D44245
Ansvarlig for redigering: HMS avdelingen

Arbeidstilsynet(35) presenterer gode råd for hvordan arbeidsgiver, den rammede og kollegaer kan håndtere vold- og trusselhendelser i etterkant.

Råd til arbeidsgiver

- Ta vare på den rammede og gi psykisk førstehjelp. Det er viktig å skape ro, akseptere alle følelser, lytte og vise omsorg og nærvær
- Ta vare på kollegaer og inviter til felles samtale. I samtalen skal det gis rom til å snakke om hva som har skjedd og informere om at rekke ulike fysiske og psykiske reaksjoner er normalt. Vær oppmerksom på at medarbeidere kan oppleve ulike ting som belastende og ta hensyn til dette i den videre oppfølgingen.
- Tilby jevnlig oppfølging i tiden etter hendelsen. Tilby også oppfølging til kollegaer av den rammede. De kan også ha reaksjoner på hendelsen og gå med bekymringer for å bli utsatt for liknede situasjoner.
- Ha lav terskel for å involvere bedriftshelsetjeneste eller annen profesjonell hjelp



Råd til den som er rammet

- Følg sykehusets rutiner for å håndtere en volds- eller trusselhendelse
- Aksepter at det er normalt å reagere
- Ta imot psykologhjelp
- Snakk med arbeidsgiveren din og fortell hva du har behov for
- Overlat praktiske problemer til andre
- Bearbeid det som har skjedd sammen med kollegaer, familie og venner. Unngå å være alene om tankene

Helse Sør-Øst anbefaler:

- Sykehuset skal ha gode rutiner og systemer for å kunne forebygge, håndtere og følge opp hendelser med vold og trusler.
- Arbeidsgivere, medarbeidere, verneombud og tillitsvalgte skal jobbe i fellesskap med forebygging av vold og trusler.
- Vold og trusler skal settes på agendaen i relevante møter hvor arbeidsmiljø diskuteres og være en integrert del av det løpende forbedringsarbeidet lokalt.

REFERANSELISTE

- Side 4:** (1) Helse Vest RHF, TOPP 5 RISIKO – VOLD OG TRUSLER MOT MEDARBEIDERE, 2023
<https://www.helse-vest.no/49d3f4/contentassets/c0f843cc09664f7889a3b2c0c2a1d541/rapport-vald-og-truslar-mot-medarbeidarar.pdf>
- Side 6:** (2) Rudkjoebing, L.A., et al., Work-related exposure to violence or threats and risk of mental disorders and symptoms: a systematic review and meta-analysis. Scand J Work Environ Health, 2020, Work-Related Psychosocial Risk Factors for Long-Term Sick Leave, Cecilie Aagestad, Håkon A. Johannessen, Tore Tynes, Hans Magne Gravseth and Tom Sterud
(3) STAMI NOA, Vold og trusler om vold, 2019, <https://noa.stami.no/arbeidsmiljofaktorer/konflikter-vold-og-trakassering/vold-og-trusler-om-vold/>
- Side 8:** (4) Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, 2017, <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>
(5) Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS), 2017, <https://www.regjeringen.no/no/contentassets/d8466abdfa714e7dac938f82083d8583/mandat-2018-.pdf>, <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse-og-sosialfagutdanningene/formalet-med-nytt-styringssystem/id2569501/>
- Side 9:** (6) Sykepleien.no, Thomas Nag, Wenche Sortvik, Kjetil Andersen, Nicholas Pettersen, Øyvind Nordvik, Simulering av truende situasjoner kan gi tryggere sykepleierstudenter, 2022, <https://sykepleien.no/fag/2022/11/simuleringstrening-er-nyttig-som-del-av-sykepleierpraksis-i-psykisk-helse>
(7) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), 2001, <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
(8) The use of psychiatry-focused simulation in undergraduate nursing education: A systematic search and review, Amanda D. Vandyk RN, PhD, Michelle Lalonde RN, MN, PhD, Sabrina Merali RN, MN, Erica Wright MLIS, Irmajean Bajnok RN, MScN, PhD, Barbara Davies RN, PhD, FCAHS, 2017, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.12419>
(9) Sykepleien.no, Stina Ekman, Nina Fladeby, Ingunn Johansen, Camilla Hardeland, Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen, Hvordan kan sykepleierstudenter få det bedre når de er i praksis?, 2019, <https://sykepleien.no/forskning/2019/01/hvordan-kan-sykepleierstudenter-fa-det-bedre-nar-de-er-i-praksis>
(10) Solstien 3 – et virtuelt læringshus, Prosjektet er finansiert av HK-dir og VID vitenskapelige høyskole, og gjennomføres fra 2021 – 2023, <https://www.vid.no/forskning/forskningsprosjekter/solstien-3-virtuelt-laeringshus/>
- Side 10:** (11) Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid), Kapittel 23A Arbeid som kan medføre fare for å bli utsatt for vold og trussel om vold, 2017, <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1357/kap23a#kap23a>
(12) MAP – Sifer, <https://sifer.no/map/>
- Side 13:** (13) Helsefaglig Simulering – SimOslo, <http://www.simoslo.no/medisinsk-simulering>
- Side 18:** (14) Forskrift om utførelse av arbeid, Arbeid som kan medføre fare for å bli utsatt for vold og trussel om voldkapittel 23A, 2017, https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1357/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4
(15) Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), Kapittel 8. Dokumentasjonsplikt, https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_8
(16) Lov om pasient- og brukerrettigheter, § 5-1. Rett til innsyn i journal https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#%C2%A72-5
(17) Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, 5. Rett til journalinnsyn, <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-journalinnsyn>
- Side 19:** (18) Sykepleien.no, Elisabeth Sveen Kjølrsrud, Er det egentlig greit å droppe etternavn? 2017, <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-64677.pdf>

- Side 20:** (19) Lov om straff (straffeloven), § 265.Særskilt vern for enkelte yrkesgrupper, 2009, https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-9#%C2%A7265
(20) Helsedirektoratet, Sosiale medier i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/sosiale-medier-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/taushetsplikt-og-personvern>
(21) NOU 2019: 10, Åpenhet i grenseland — Bilder, film og lydopptak i helse- og omsorgstjenesten, barnevernet, skolen og barnehagen, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-10/id2643015/?ch=1>
- Side 22:** (22) Helsedirektoratet, Helsepersonellets taushetsplikt – Rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet – Rundskriv.pdf, 2015, <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/rett-og-plikt-til-a-utlevere-pasientopplysninger-til-politiet/Helsepersonellets%20taushetsplikt%20%E2%80%93%20Rett%20og%20plikt%20til%20C3%A5%20utlevere%20pasientopplysninger%20til%20politiet%20%E2%80%93%20Rundskriv.pdf> /attachment/inline/23b06da7-0659-4de6-b2b3-f24bf02cdd0b:e6459016a8c2d6a1b2b9d21f8cced0f4601954a9/Helsepersonellets%20taushetsplikt%20%E2%80%93%20Rett%20og%20plikt%20til%20C3%A5%20utlevere%20pasientopplysninger%20til%20politiet%20%E2%80%93%20Rundskriv.pdf
(23) Helsedirektoratet, Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse - oppgaver og samarbeid.pdf, 2023, <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsetjenestens-og-politiets-ansvar-for-personer-med-psykisk-lidelse>
- Side 23:** (24) Helsedirektoratet, Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse - oppgaver og samarbeid.pdf, 2023, <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsetjenestens-og-politiets-ansvar-for-personer-med-psykisk-lidelse>
- Side 30:** (25) Arbeidstilsynet, Risikovurderinger, <https://www.arbeidstilsynet.no/hms/risikovurdering/>
(27) Forskrift om utførelse av arbeid, Arbeid som kan medføre fare for å bli utsatt for vold og trussel om voldkapittel 23A, 2017, https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1357/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4
(28) Forskrift om endring i forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid), Kapittel 23A Arbeid som kan medføre fare for å bli utsatt for vold og trussel om vold., 2017, https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1357/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4
(29) MAP – Sifer, MAP-Kapittel-2.pdf (sifer.no), <https://sifer.no/wp-content/uploads/2021/02/MAP-Kapittel-2.pdf>
- Side 33:** (30) UKOM, Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser, 2023, Meldekultur – en trinnvis prosess, <https://ukom.no/rapporter/meldekultur-og-laering-av-uønskede-pasienthendelser/meldekultur--en-trinnvis-prosess>
- Side 34:** (31) Sykehuset Østfolds HMS årsrapport 2022, <https://www.sykehuset-ostfold.no/4a87d6/contentassets/2e3b78e056594b0dadd35e62de22d09a/so-hms-arsrapport-2022---godkjent-slm-14.02.23.pdf>
- Side 35:** (32) KS, Vold og trusler mot ansatte i NAV – oppdatert kunnskap og forslag til tiltak, 2023, <https://www.ks.no/contentassets/6ce06ff92f2f4392a3334d0a10a8005d/Nav-ansattes-sikkerhet-tiltak.pdf>
(33) Sana Parveen, Morten Birkeland Nielsen, Silje Endresen Reme, Live Bakke Finne, Exposure to Client-Perpetrated Violence in the Child Welfare Service: Prevalence and Outcomes Using Two Different Measurement Methods, 2023, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36269025/>
- Side 37:** (34) Forskrift om endring i forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid), Kapittel 23A Arbeid som kan medføre fare for å bli utsatt for vold og trussel om vold., 2017, https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1357/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4
- Side 41:** (35) Arbeidstilsynet – vold og trusler på arbeidsplassen, <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/>

Podkast om forebygging av vold og trusler

Innsatsteamet for forebygging av vold og trusler er gjester i Kompetansebroens Podkastserie «Helhjerta».

Anne-Marthe Rustad Indregard, Mathias van der Harst og Pål Lund intervjues om arbeidet i Helse Sør-Østs innsatsteam. Lytt til podkast-episoden for å høre deres refleksjoner om dagens utfordringer, og hvordan sykehusene kan arbeide forebyggende for å redusere risiko for at helsepersonell blir utsatt for vold- og truselhendelser.

«Helhjerta» er en podkast om menneskemøter og helse. Den har etablert seg som en populær podkast hvor lytterne møter mennesker i helsetjenesten som forteller om jobben og historien sin, i en samtale med programleder Heidi Skutlaberg Wiig. Lytterne får høre sterke og engasjerende historier fra både helsepersonell, pasienter og pårørende med ulik bakgrunn og erfaring. Kompetansebroen er en digital plattform for samhandling og kompetansedeling mellom sykehus, kommuner og utdanningsinstitusjoner.

Søk opp «Helhjerta» i Spotify eller lytt til episodene fra denne lenken:

[Vold og trusler mot helsepersonell - Kompetansebroen](#)

Du kan også skanne denne QR-koden:



Fra venstre: Pål Lund, Anne-Marthe Rustad Indregard, Mathias van der Harst og programleder Heidi Skutlaberg Wiig.

Dato: 7. mars 2024
Saksbehandler: Mai Bente Myrvold

Saksfremlegg

Status nytt sykehus Drammen

Møte	Saknr.	Møtedato
Styret i VVHF	30/2024	19.3.24

Forslag til vedtak

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Drammen 12. mars 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

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

Saksutredning

Status byggeprosjektet

PNSD melder at det er god fremdrift i byggeprosjektet, med noen forsinkelser på enkelte entrepriser. Det forventes at iverksatte tiltak vil gi ønsket effekt, slik at prosjektet ferdigstilles til fastsatt tid. Byggeprosjektet har en stram fremdriftsplan, og produksjonen følges opp tett. For detaljert status henvises det til tertialrapport fra PNSD til styret i HSØ RHF.

Det er fokus på aktiviteter innen igangkjøring og testing og utstyrs- og IKT-leveranser.

Bygg

Hovedområder det arbeides med

VV-NSD er involvert i mange slutfaseaktiviteter knyttet til gjennomganger ved mekanisk ferdigstilling av bygg og system akseptansetester (SAT) samt idriftsettelse, testing og befaringer. VV-NSD deltar i Eierskifteforum, etablert av PNSD, for å detaljere rammer og prosedyrer for eierskiftene.

Kritiske risikoer og tiltak

Det er ingen av aktivitetene som vurderes kritisk ift. oppfølging av byggeprosjektet. Det er god kommunikasjon med PNSD og det er opprettet en saksflyt ved behov for eskalering.

Utstyr

Hovedområder det arbeides med

Det er god fremdrift på de fleste anskaffelser og god koordinering mellom PNSD og VVHF. Grensesnittavklaringer for bygg og infrastruktur er pågående.

Planlegging av mottaksfase for utstyr levert til byggene pågår. Sammen med mediskteknisk avdeling og avdeling for eiendomsdrift planlegges det for aktiviteter i leveransefase, med blant annet bemanningsplaner for samtidig drift av dagens sykehus parallelt med mottak av utstyr til NSD.

Kritiske risikoer og tiltak

Det stor aktivitet for utstyrsgruppen og arbeidsmengden og kompleksiteten er økende. Det gjøres tiltak for å redusere risiko for forsinkelser ved å tilknytte flere ressurser i gruppen.

IKT

Hovedområder det arbeides med

Det er pågående arbeid med alle IKT tilpasningsprosjektene som skal tilpasse IKT systemene til NSD. Arbeidet med å få etablert en testlab i tilknytning til eksisterende sykehus pågår.

VV-NSD og Mottaksprosjekt for Helselogistikk i VVHF jobber tett med nødvendige leveranser og avklaringer knyttet til Helselogistikk i NSD.

Kritiske risikoer og tiltak

VV-NSD er bekymret for avhengigheten til regionale prosjektleveranser som er lagt til grunn som forutsetning for bruk i NSD. Det meldes om forsinkelser i fremdrift for flere av de regionale prosjektene. Spesielt følges Helselogistikk prosjektet tett, da denne leveransen er kritisk for åpning.

Tabellen viser en oversikt over IKT-løsninger hvor status vurderes som kritisk for forventet gevinstrealisering og/eller ibruktakelse av nytt sykehus:

Resultatmål	Status	Kommentar
Kvalitet		
Løsning for mottak av kritiske alarmer (overfallsalarm, stans-teams osv.), pasientsignal med elektronisk varsling og byggt tekniske varsler til personell på en mobil arbeidsflate er implementert		Helselogistikk område C er forsinket og leveranser har vært av lav kvalitet. OUS har besluttet å ikke gå videre med Område C til åpning av nye Radiumhospitalet. VVHF blir første pilotforetak av område C. Pågår kartlegging av regional Helselogistikk og byggeprosjektet av alternative løsninger for mottak av kritiske alarmer (Plan B).
Nytt Regional Multimediaarkiv er implementert		Stor risiko for at OUS RAM prosjektet ikke klarer å levere funksjonalitet til NSD grunnet stort og komplekst omfang som skal leveres til OUS. Prosjektet er avhengig av DIPS Arena konsolidering for å levere til NSD.
LVMS patologi og digital patologi er implementert		Avhengighet til innføringen av DIPS Arena, regional multimediaarkiv og regional digital patologi. Prosjektene er på kritisk linje for å nå NSD.
Effektivitet		
Helselogistikk C "Internkommunikasjon og varsling" er implementert		Avdekket kritiske mangler på utviklet løsning. Helselogistikk område C er forsinket og av dårlig kvalitet. OUS har besluttet å ikke gå videre med Område C til åpning av nye Radiumhospitalet. VVHF blir første pilot av område C.

For å skape et felles risikobilde av IKT-området mellom VVHF, PNSD, Sykehuspartner og RHF blir det kontinuerlig gjennomført risikoworkshops for å fokusere på iverksettelse av nødvendige tiltak.

Klinisk ibruktakelse

Det pågår arbeid med å utarbeide detaljerte beskrivelser for områdets omfang, leveranser og fremdriftsplaner frem mot innflytting 2025.

Tilpasning til drift har hovedfokus på å støtte klinikkene i gjennomføring av handlingsplaner og implementering av tiltak som følge av delprosjektene.

Opplæring har hovedfokus på å kartlegge opplæringsbehov i klinikkene.

Det pågår arbeid med å definere hvilke virksomhetstester som skal planlegges for i forkant av innflytting i 2025, samt samordning av alle tester i regi av PNSD.

Flytting

Flytting har i denne fasen hovedfokus på flyttelister og flyttekalender. Det er tett dialog med klinikkens flyttekoordinatorer og flytterådgiver HCR i dette arbeidet.

Kommunikasjon

Det pågår arbeid med publisering av informasjon i ulike kanaler både internt og eksternt. Arbeid med oppdatert kommunikasjonsstrategi og kommunikasjonsplan for resten av prosjektperioden er påbegynt. Dette innefatter en ny kartlegging av eksterne målgrupper og samarbeidspartnere.

Prosjektdirektørs vurdering

Det er god dialog og samhandling både med PNSD og med klinikker og staber i VV. Det er høy aktivitet og kompleksiteten er økende frem mot innflytting neste år. Det er god fremdrift innenfor alle områder, men med noen klare risikoområder spesielt innenfor IKT.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør konstaterer at det fortsatt er høy aktivitet i prosjektorganisasjonen for nytt sykehus, og administrerende direktørs vurdering er at i takt med økende kompleksitet er det behov for tett oppfølging frem mot ibruktakelse.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar informasjonen til orientering.

Dato: 8. mars 2024
Saksbehandler: Mai Bente Myrvold

Saksfremlegg

Klinisk ibruktakelse av nytt sykehus i Drammen

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i VVHF	32/2024	19.03.24

Forslag til vedtak

1. Styret slutter seg til fremlagte plan for klinisk ibruktakelse av nytt sykehus i Drammen
2. Styret ber om at rapporten legges til grunn for videre arbeid med felles samlet plan hvor Vestre Viken HF og Prosjektorganisasjonen NSD planlegger alle aktiviteter i slutfasen av prosjektet.

Drammen, 12. mars 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Styret i VVHF behandlet den 21.9.2020 sak 50/2020 *Slutfase – prioritering av funksjonsområder for tidlig klinisk drift*. Denne utredningen kartla områder for mulig tidlig klinisk drift for nytt sykehus.

Etter at dette dokumentet ble slutført og behandlet har styret i Helse Sør-Øst RHF, i sak 008-2023, vedtatt reviderte datoer for eierskifte og ibruktakelse.

Iht. gjeldene plan er det tre datoer for klinisk ibruktakelse:

- KIB 1, 19.5.2025: virksomheter innen byggene for psykisk helse og rus, adkomstbygg, kjeller og servicebygg
- KIB 2, 26.8.2025: virksomhet innen noen utvalgte områder i poliklinikk bygg E og behandlingsbygg A
- KIB 3, 12.10.2025: virksomhet i resterende arealer og overflytting av alle somatiske inneliggende pasienter og reetablering av akuttstøyle

VVHF har i 2023 tilknyttet seg en flytterådgiver som har bred erfaring med flytting og ibruktakelse av sykehus. De har anbefalt færre kliniske ibruktakelser og over en kortere tidsperiode. Dette har medført at byggeprosjektet og Mottaksprosjektet har gjennomført en ny vurdering for klinisk ibruktakelse av nytt sykehus i Drammen.

Saksutredning

Arbeidet har tatt utgangspunkt i når det er mest hensiktsmessig for VVHF å ta i bruk det nye sykehuset og hvilke funksjoner som skal tas i bruk når. Det er vurdert både driftsøkonomiske konsekvenser og pasientsikkerhet i dette arbeidet.

Følgende hovedprinsipper for flytting og klinisk ibruktakelse er lagt til grunn:

- Helhetlige og sikre pasientforløp
 - Drift av somatisk virksomhet på to steder over tid, vil være en økt risiko for pasientsikkerheten
- Redusere nedetid og økonomiske konsekvenser
 - Gjennomrette et normalt aktivitetsnivå så raskt som mulig

En lengre periode mellom eierskifte og klinisk ibruktakelse vil gi mer tid til å teste nye arbeidsprosesser, nytt bygg, utstyr og IKT-systemer. Det vil også bidra til å trygge de ansatte ved mer tid til opplæring og bli kjent med sin nye arbeidsplass.

Utredningen har vist at det er ressurskrevende både mtp. personell og økonomi å drifte nytt og gammelt sykehus gjennom en hel sommer, samtidig med ferieavvikling. Dette gjelder særskilt for klinikk for intern service.

PNSD og VVHF har gjennomført uavhengige risikovurderinger ved å samle klinisk ibruktakelse av all somatisk aktivitet. Utvidet testing og tidlig ibruktakelse av blant annet analysehall og sterilsentral vil være viktige tiltak for å sikre en trygg klinisk ibruktakelse. Det er risiko knyttet til å flytte et akuttsykehus. Både PNSD og VV-NSD vil gjennomføre fortløpende risikovurderinger av egne planer frem mot ibruktakelse og vil iverksette nødvendige tiltak for å begrense risiko.

PNSD og VVHF har i samråd kommet frem til enighet om å redusere til to datoer for klinisk ibruktakelse:

- Omfanget av KIB 1 opprettholdes, men datoen flyttes til opprinnelig KIB 2 dato
- Omfanget av KIB 2 og KIB 3 slås sammen til opprinnelig KIB 3 dato

Vedlagt notat viser omfang ved de to kliniske ibruktakelsene av nytt sykehus. Etablert samhandlingsstruktur og arbeidet med slutfasen og samlet plan skal, sammen med denne rapporten, sikre at datoene for KIB opprettholdes. Datoene for eierskifte vil ikke bli berørt av denne endringen.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør konstaterer at den foreslåtte planen for klinisk drift er basert på grundige vurderinger utført i samarbeid mellom VVHF og PNSD. Det er viktig for foretaket å redusere økonomiske konsekvenser og risiko forbundet med pasientsikkerhet ved klinisk ibruktakelse av nytt sykehus i Drammen.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at vedlagte rapport og datoer for klinisk ibruktakelse legges til grunn for videre arbeid med felles samlet plan mellom VVHF og PNSD for å planlegge alle aktiviteter i slutfasen av prosjektet. Det påpekes at det er viktig å utarbeide gode rutiner for løpende risikohåndtering og beslutningsstruktur. Endelig dato og flytteplan utarbeides i samråd med klinikkene og flytteleverandør og informeres om i styret.

Vedlegg: 1. Slutfase beskrivelse av områder som omfattes av KIB 1 og KIB 2+3

Prosjekt:

Nytt sykehus i Drammen

Tittel:

«Slutfase beskrivelse av områder som omfattes av KIB 1 og KIB 2+3»

01		08.03.24	TRB		ARH	
Rev.	Beskrivelse	Rev. Dato	Utarbeidet	Kontroll	Godkjent	
Kontraktør/leverandørs logo:		Bygg nr:	Etasje nr.:	Systemgr.:	Antall sider:	
					Side 1 av 18	
Prosjekt:	Utgivernr:	Fag:	Dok.type:	Løpenr:	Rev.nr.:	Status:
NSD	0000	Z	AA	0015	01	B

Revisjonsendringer

Rev.:	Beskrivelse av endring

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	5
2	Innledning	6
2.1	Eierskifte	6
2.2	Dato for klinisk ibruktakelse	8
2.3	Områder som omfattes av KIB 1	8
3	Interne service- og støttefunksjoner som forutsetning.....	10
3.1	Pasient-, personalservice og interne kommunikasjonsarealer	11
3.2	Matforsyning.....	11
3.3	Renhold og tekstil	12
3.4	Bygg, teknikk og eiendomsdrift.....	12
3.5	Servicefunksjoner	12
3.6	Sterilsentral.....	12
3.7	Garderober	12
3.8	Logistikk og forsyningstjenester.....	12
3.9	Laboratorietjenester.....	13
3.10	Bilediagnostikk.....	13
3.11	ECT-behandling	13
3.12	Legemiddelbehandling.....	13
3.13	Utstyr, medisinsk teknologi drift og inventarforvaltning	13
3.14	IKT.....	14
4	Andre forutsetninger	14
4.1	Transportareal i plan U1	14
4.2	Vei og infrastruktur utomhus.....	14
4.3	Beredskapsfunksjoner	14
5	Funksjonsområder for klinisk drift.....	15

6	Opplæring og testing	15
6.1	Terminologi for ulike faser og tester	15
7	Risikovurdering.....	17
8	Vedlegg.....	18

DEFINISJONER

Eierskifte	Formell overføring av disposisjonsrett og driftsansvar fra byggherren ved PNSD til VVHF
KIB	Klinisk ibruktakelse
NSD	Nytt sykehus i Drammen
PNSD	Prosjektorganisasjonen til HSØ – byggherreorganisasjon
VVHF	Vestre Viken Helseforetak
VV-NSD	Prosjektorganisasjonen til VVHF

1 Sammendrag

Nytt sykehus i Drammen (NSD) er planlagt tatt i bruk i en trinnvis innflyttings- og ibruktakelse. Strategi og datoer for klinisk ibruktakelse har blitt endret siden forprosjektet.

VVHF har i 2023 tilknyttet seg en flytterådgiver som har bred erfaring med flytting og ibruktakelse av sykehus på verdensbasis. De har anbefalt færre kliniske ibruktakelser og over en kortere tidsperiode og at all somatisk drift bør flyttes samlet.

Dette har medført at det er gjennomført en ny vurdering for når det er mest hensiktsmessig for VVHF å ta i bruk det nye sykehuset og hvilke funksjoner som skal tas i bruk når. Det er vurdert både driftsøkonomiske konsekvenser og pasientsikkerhet i dette arbeidet

Det er enighet mellom PNSD og VVHF om å redusere til to klinisk ibruktakelser med følgende omfang:

	Gjeldende plan		Ny plan	
KIB	Funksjonsområder	Dato	Funksjonsområder	Foreløpig dato
KIB 1	Alle områder tilhørende psykisk helse og rus, med tilhørende servicetjenester	19.5.2024	Alle områder tilhørende psykisk helse og rus, med tilhørende servicetjenester	26.08.2025
KIB 2	Enkelte somatiske funksjonsområder i poliklinikk bygg E og behandlingsbygg A	26.08.2025	Full klinisk drift og reetablering av akuttstøyle i nytt sykehus	12.10.2025
KIB 3	Full klinisk drift og reetablering av akuttstøyle i nytt sykehus	12.10.2025		

Datoene for eierskifte vil ikke bli berørt av denne endringen.

PNSD og VVHF har gjennomført uavhengige risikovurderinger. Utvidet testing etter eierskifte vil være det viktigste tiltaket for å sikre en trygg klinisk ibruktakelse. Det vil være risiko knyttet til å flytte et akuttstøyle. Både PNSD og VV-NSD vil gjennomføre fortløpende risikovurderinger av egne planer og vil iverksette nødvendige tiltak for å begrense risiko. Begge parter mener identifisert risiko er håndterbar.

Arbeidet med sluttfasen og samlet plan skal sammen med denne rapporten sikre at dato for klinisk ibruktakelse opprettholdes. Begge organisasjonene vil samarbeide for å legge så gode planer som mulig for å sikre en trygg ibruktakelse.

2 Innledning

Nytt sykehus i Drammen (NSD) på Brakerøya planlegges å være i full klinisk drift fra 12.10.2025. Ved å sette enkelte utvalgte funksjonsområder i tidlig klinisk drift vil virksomheten og støttefunksjonene få verdifull erfaring fra det nye sykehuset, samt at feil kan rettes opp og tilpasninger kan gjøres før full klinisk drift.

Det var tidligere i prosjektet gjennomført et arbeid for å vurdere funksjoner for tidlig klinisk ibruttakelse; *NSD-0000-Z-AA-0010 Slutfase - prioritering av funksjonsområder for tidlig klinisk drift*. Etter at dette dokumentet ble slutført og behandlet har styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 008-2023 vedtatt reviderte datoer for ibruttakelse.

Iht. gjeldene plan er det tre datoer for klinisk ibruttakelse:

- KIB 1, 19.5.2025: virksomheter innen byggene for psykisk helse og rus, adkomstbygg, kjeller og servicebygg
- KIB 2, 26.8.2025: virksomhet innen noen utvalgte områder i poliklinikk bygg E og behandlingsbygg A
- KIB 3, 12.10.2025: virksomhet i resterende arealer og overflytting av alle somatiske inneliggende pasienter og reetablering av akuttstøyle

I 2023 tilknyttet VVHF seg flytterådgiver som har bred erfaring med flytting og ibruttakelse av sykehus på verdensbasis. De har anbefalt færre kliniske ibruttakelser og over en kortere tidsperiode og at somatisk drift bør flyttes samlet.

Dette har medført at det er gjennomført en ny vurdering for når det er mest hensiktsmessig for VVHF å ta i bruk det nye sykehuset og hvilke funksjoner som skal tas i bruk når. Det er vurdert både driftsøkonomiske konsekvenser og pasientsikkerhet i dette arbeidet.

2.1 Eierskifte

Eierskifte innebærer en formell overføring av disposisjonsrett og driftsansvar fra byggherren ved PNSD til VVHF.

Før områder kan tas i bruk for klinisk prøvedrift og klinisk ibruttakelse er det en forutsetning at eierskifte er gjennomført. Eierskifte gjennomføres etter protokoll som er under utarbeidelse. (NSD-0000-Z-AA-0014).

VVHF har driftsansvar for arealer som omfattes av eierskiftet. Dersom det inngår tekniske anlegg i arealer som det er gjennomført eierskifte på, men som ikke er kontraktuelt overtatt, vil entreprenør ha driftsansvaret frem til overtakelse.

Endring av omfang og datoer for klinisk ibruttakelse påvirker ikke dato for eierskifter. Følgende eierskifter ligger i Samlet plan:

Eierskifte	Område	Dato
Eierskifte 0	Adkomstbygg	20.11.2024 overtagelse fra Veidekke
Eierskifte 1	Psykiatribygg F, G og H, Servicebygg og kjeller	01.04.2025
Eierskifte 2	Poliklinikk E og Behandlingsbygg A	19.05.2025
Eierskifte 3	Poliklinikk D, Behandlingsbygg B og Sengebygg	12.08.2025
Eierskifte spesielle funksjoner	VVHF overtar arealer og disponerer disse for forberedelse til oppstart av klinisk drift	Planlegges som del av samlet plan

Tabell 1. Omfang av eierskifter.

Det er behov for tilkomst for spesielle funksjoner som krever validering og innkjøring av funksjoner eller instrumenter, vist i tabell 2.

Ansvar	Område	Milepølsdato
PNSD	Klar oppstart test for Vestre Viken – Analysehall (Behandlingsbygg B)	1.11.2024
PNSD	Oppstart validering PQ Hot-lab	25.11.2024
PNSD	Klar oppstart test for Vestre Viken – Sterilsentral (Behandlingsbygg A)	30.1.2025
PNSD	Klar oppstart test for Vestre Viken – Farmakologi (Behandlingsbygg A)	13.2.2025
PNSD	Klar oppstart test for Vestre Viken – Automatisert bakteriologi (Behandlingsbygg B)	1.4.2025
PNSD	Klar oppstart test for Vestre Viken – Oppstart innkjøring blodproduksjon (Behandlingsbygg A)	12.05.2025
PNSD	Klar oppstart test for Vestre Viken – Innkjøring patologi (Behandlingsbygg B)	01.08.2025

Tabell 2. Milepæler for spesialfunksjoner, beskrivelse og dato. Info er hentet fra PlanWeb.

Vestre Viken har ansvar for å utarbeid en opplæringsplan som sikrer en trygg innflytting for ansatte og pasienter, samt at ansatte har nødvendig kompetanse til å utføre oppgavene i nytt sykehus. For noen av de spesifikke områdene i listen ovenfor er det nødvendig at VVHF får tilgang til arealene for opplæring. Dette gjelder også ansatte i eiendomsdrift som må få nødvendig opplæring før eierskifte for å kunne overta og drifte byggene.

Alle ansatte må få tilgang til bygget for å bli kjent, før KIB 1. Det må lages en plan i samarbeid med PNSD for dette.

2.2 Dato for klinisk ibruktakelse

VVHF har vurdert at det er hensiktsmessig å avvente klinisk ibruktakelse til etter sommerferieavviklingen. En lengre periode mellom eierskifte og klinisk ibruktakelse vil gi mer tid til å teste nye arbeidsprosesser, nytt bygg, utstyr og IKT-systemer. Det vil også bidra til å trygge de ansatte ved mer tid til opplæring og bli kjent med sin nye arbeidsplass.

Utredningen har vist at det er ressurskrevende både mtp. personell og økonomi å drifte nytt og gammelt sykehus gjennom en hel sommer, samtidig med ferieavvikling. Dette gjelder særskilt for klinikk intern service.

For somatisk drift er det viktig at reetablering av akuttsøylen og full klinisk drift ikke planlegges for tett opp infeksjonssesong. Datoene for KIB 2 og 3 er derfor opprettholdt. Disse kan justeres noe, når endelig flytteplan for VVHF besluttes i foretaket.

KIB	Beskrivelse	Foreløpig dato
KIB 1	Klinisk ibruktakelse alle områder tilhørende psykisk helse og rus, med tilhørende servicetjenester	26.08.2025
KIB 2	Full klinisk drift og reetablering av akuttsøylen i nytt sykehus	12.10.2025

Tabell 3. Omfang for KIB.



Figur 1. Tidslinje for eierskifte og klinisk ibruktakelse.

Ved oppstart av funksjoner med komplekse grensesnitt og/eller valideringsbehov, for eksempel analysehall på laboratoriet, innkjøring og ibruktakelse av sterilsentralen og Sykehusapotekets virksomhet innen sykehusekspedisjon, produksjon og fellesfunksjoner, må det avtales endelige datoer for tilkomst og overtakelse. Dato for tilkomst er listet opp i tabell 2. Det er en forutsetning at eierskifte er gjennomført før pasientrettet aktivitet kan iverksettes innenfor disse spesialområdene. Datoer for disse eierskiftene er ikke avtalt.

2.3 Områder som omfattes av KIB 1

I henhold til gjeldende fremdriftsplaner vil det være mulig for prosjektet å ferdigstille bygg og områder for tidlig klinisk drift og service-/støttefunksjoner innen følgende bygg og områder:

- Adkomstbygget
- Deler av Glassgata, (innenfor rød ramme)

- Servicebygget
- Psykiatribygg F
- Psykiatribygg G
- Psykiatribygg H
- Alle bygg, plan U1 (som logistikkakse)



Figur 2. Arealer av glassgata som omfattes av KIB 1.

Uteområdet tilknyttet Psykiatribyggene med balkonger, terrasser, atrier og egen aktivitetsplass er del av områdene som planlegges ferdigstilt til Eierskifte 2.

01.08.2025 vil det kunne være noe grøntarbeider igjen i området mellom Psykiatribyggene og Nøstebekkveien. Området merket grønt i figur 3 skal utføres av NSDs utomhusentreprise 7008 og skal senest være ferdig 30.09.2025. Grøntarbeider er etablering av gressbakke og planting av busker og trær. Mindre anleggsmaskiner og kun aktivitet på dagtid.

Alle brakkeriggene vil være fjernet eller flyttet til andre områder innen KIB 1.

Lier kommunes entreprise 7010 Kommunale veier og Va i Lier, som bygger Nøstebekkveien, graver ut dammen og skal bygge adkomstveien til Psykiatribyggene, dette arbeidet skal være ferdig 27.09.2025.



Figur 3. Faseplan for entrepris 7008.

3 Interne service- og støttefunksjoner som forutsetning

Det må etableres interne service- og støttefunksjoner for å kunne sikre tidlig klinisk ibruktakelse. Overordnet kan disse funksjonene ivaretas både i nytt sykehus, i eksisterende sykehus eller i en kombinasjon av disse. Dette er funksjoner og områder som må være satt i drift for at den kliniske virksomhet i KIB 1 kan fungere. Detaljering av disse funksjonene og områdene samt deres avhengighet til de kliniske funksjonsområder må bearbeides og detaljeres i videre arbeid med slutfasen.

Klinikk for intern service (KIS) må, i tillegg til å ivareta støttefunksjoner for de kliniske avdelingene, aktivt delta i uttesting og midlertidig drift av bygget som en viktig del av sin opplæring og forberedelse til eierskifte.

Det er viktig, på et så tidlig tidspunkt som mulig, å iverksette konseptet for logistikk og servicefunksjonene i det nye sykehuset.

VVHF må forberede driften både med funksjoner som må planlegges for dobbel drift, delt drift mellom to lokasjoner (eksisterende og nytt sykehus), samt drift som i sin helhet flytter fra eksisterende til nytt sykehus.

Alle de kliniske funksjonene som er planlagt for KIB 1 vil være avhengig av ulike varianter av løsning for blant annet følgende støttefunksjoner:

- laboratorieanalyser
- tilgang til ulike kliniske, driftstekniske og administrative IKT-system
- tilgang til personaltøy og garderobefasiliteter
- renhold av areal

- forsyning av forbruksvarer
- matforsyning
- legemiddelforsyning
- vakt og sikringstjenester
- beredskapsfunksjoner
- transportfunksjoner både eksternt og internt, inkludert pasient og ansatt transport til og fra sykehus
- driftstekniske løsninger som ivaretar det nye byggets funksjoner
- brannsikringsfunksjoner
- arbeidsplasser og møterom
- informasjons og kommunikasjonsløsninger i bygget
- tekniske løsninger og drift av byggene

Enkelte områder blir kommentert under.

3.1 Pasient-, personalservice og interne kommunikasjonsarealer

For å få et funksjonelt sykehus bør adkomstbygget og de østre delene av glassgata med tilhørende trapper og gangbroer være del av områdene som tas i bruk fra KIB 1.

Hovedinngangspartiet og glassgata binder bygg og funksjoner sammen. Områdene vil kunne brukes både av pasienter, pårørende og ansatte. Det er planlagt for betjent sikkerhetstjeneste, hoved resepsjonen, kantine/kafé og mulighet for selvinnsjekk fra KIB 1.

Det er planlagt å ta i bruk kommunikasjonsareal som inngår i bruttoarealet med blant annet inngangsparti, vestibyle, glassgate og gangbroarealer.

Skolen er planlagt å etableres som del av KIB 1, da dette er funksjon som er viktig for å ivareta ibruktakelse for barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon. Skolen ligger plassert i adkomstbygget plan 3.

3.2 Matforsyning

Kantine/kafeteria/kiosk (kantinekjøkken og spiseområde) ligger plassert i adkomstbygget plan 1. Logistikk-løsninger, avfallshåndtering og lager og produksjon av mat i servicebyggets kjøkkenproduksjonsareal må være operative ved KIB 1.

Mathåndtering ved sentralkjøkken vil ha behov for prøvedrift før KIB 1, etter eierskifte 1.

Matforsyningskonseptet bør implementeres tidlig for å sikre stabil og trygg forsyning av mat. Det er også mulighet for å sikre matserving med forsyning fra annet kjøkken og transport til sykehusets servicebygg. Videre detaljering og avklaring med hensyn til matforsyning må gjøres som del av planene for slutfasen.

Arealer for matforsyning ligger også lokalisert i psykiatribygg G som del av forsyningskjeden for mat til pasientene. Dette arealet må være i funksjon før KIB 1.

3.3 Renhold og tekstil

Sengene i psykiatribyggene er ikke planlagt vasket i sengevaskemaskinen. Etablering av sengevaskemaskin og idriftsettelse av denne må vurderes spesielt og detaljert plan for dette må utarbeides.

Renhold har arealer som ivaretar funksjon for oppstilling, vask av utstyr og bruk av renholdsmaskiner, dette må være i funksjon før KIB 1.

Alle områder som blir del av første eierskifte vil ha behov for renhold etter prosedyrer fra driftsorganisasjonen, tilpasset funksjon for de ulike områdene.

3.4 Bygg, teknikk og eiendomsdrift

Fra eierskifte 0 til KIB 1 vil VVHF ha deler av driftsorganisasjonen til stede på NSD innenfor ordinær arbeidstid. I perioden fra KIB 1, og frem til KIB 2+3 vil det etableres døgndrift ved NSD, og VVHF vil tilpasse bemanningen i henhold til behovet.

Både opplæring, innregulering og drift vil være viktige funksjoner i forkant av ibruktakelse.

3.5 Servicetjenester

Fellesfunksjoner for KIS er planlagt med areal i servicebygget plan 2 og tas i bruk ved eierskifte 1.

3.6 Sterilsentral

Området vil ikke bli etablert som del av KIB 1, men prøvedrift og innfasing må detaljeres i en plan for området. Det vil i tillegg til validering av maskinene også planlegges for blant annet opplæring, igangkjøring, registrering av instrumenter, testing av IKT-systemer og ivaretagelse av grensesnitt mot andre system. Arealet ligger i behandlingsbygg A plan 2.

3.7 Garderober

Det største området for personalgarderober med tilhørende støtterom som dusj, tørkeskap og toalett ligger plassert i behandlingsbygget plan U1. Det er også tøyutleveringsområder i dette arealet. Garderober som ligger i behandlingsbygg A blir del av KIB 1.

For KIS vil arealene for garderober ferdigstilles som del av servicebygget til KIB 1.

Psykiatribyggene har egne personalgarderober plassert tett på de ulike funksjonsområdene som vil være del av KIB 1.

3.8 Logistikk og forsyningstjenester

Servicegården med areal for varemottak (inkl. mat) og avfallshåndtering er en viktig internservicefunksjon som må etableres i tidlig fase. Arealet må være del av felles driftsplan som sikrer både VVHF og PNSD tilgang og bruk av arealet fra Eierskifte 1 til Eierskifte 3 er gjennomført. PNSD har behov for å benytte arealene til mottak og utpakking av utstyreleveranser.

Behovet for portørtjeneste vurderes ikke som nødvendig før KIB 2+3.

3.9 Laboratorietjenester

De kliniske funksjonsområdene som er planlagt fra KIB 1 er avhengig av laboratorietjenester for å sikre pasientdrift. De har i dag ikke stedlig tjeneste og prøver kan fraktes til analysering ved andre VVHF lokasjoner inntil full drift. Det må etableres løsninger for prøvetaking og analysevirksomhet for de ulike labfagene som del av detaljeringen av sluttfasen.

3.10 Bildediagnostikk

De kliniske funksjonsområdene som er planlagt fra KIB 1 er avhengig av bildediagnostiske tjenester for å sikre pasientdrift. Denne aktiviteten er ikke en stedlig tjeneste i dag, og kan ivaretas ved Drammen sykehus i perioden mellom KIB 1 og KIB 2+3.

3.11 ECT-behandling

Enkelte kliniske funksjoner som er planlagt fra KIB 1 er avhengig av ECT-behandling. Denne aktiviteten ivaretas ved Drammen sykehus i perioden mellom KIB 1 og KIB 2+3.

3.12 Legemiddelhåndtering

De kliniske funksjonsområdene som vil ha drift fra KIB 1 vil ha behov for forsyning av legemidler og intern legemiddelhåndtering via de ulike medisineromene tilknyttet funksjonsarealene. Forsyning må skje fra Sykehusapoteket i eksisterende sykehus i Drammen med egen transportløsning. Detaljer for dette må utarbeides.

Sykehusapotekets sykehusekspedisjon, produksjonsareal og fellesfunksjoner ligger i behandlingsbygg A plan 2. Området vil ikke bli etablert som del av KIB 1, og det må utarbeides en egen plan for igangkjøring og validering av arealene i forkant av KIB 2+3. Publikumsutsalg som ligger i adkomstbygget plan 1 vil ikke åpne før KIB 2+3.

3.13 Utstyr, medisinsk teknologi drift og inventarforvaltning

Utstyret er inndelt i ulike kategorier og fordelt i anskaffelsespakker. Det fremkommer i utstyrsdatabasen (dRofus) hvem som har ansvar for anskaffelse av de enkelte anskaffelsespakkene. Plan(er) for anskaffelse og leveranse må samordnes med plan for klinisk ibruktakelse.

Koordinering og grensesnittsavklaringer mot IKT må ivaretas i arbeidet med planleggingen av sluttfasen. Det må avtales hvilke systemer som må være tilgjengelige tilhenholdsvis KIB 1 og KIB 2+3.

dRofus angir hvilke rom med tilhørende utstyr, både nytt og overflyttbart, som skal inngå i KIB 1. VVHF må utarbeide detaljerte flytteplaner for det eksisterende utstyret som skal flyttes.

Avdeling for medisinsk teknologi vil delta i mottakskontroll av utstyr som anskaffes av PNSD. Det bør vurderes om deres funksjonsareal i behandlingsbygget kan benyttes for mottakskontroll også før KIB 1.

Det vil være nødvendig med drift i eksisterende og nytt sykehus. Det er lite MTU i funksjonsområdene som tas i bruk ved KIB 1.

3.14 IKT

Det er beskrevet i prosjektets sentrale styringsdokument at det skal etableres en helhetlig IKT-løsning for byggnære IKT-leveranser i NSD i tråd med godkjent IKT-plan. PNSD skal sørge for at leveransene koordineres og styres i henhold til forutsatte planer, og at interne og eksterne grensesnitt ivaretas. Det skal etableres et robust opplegg for testing, stabilisering og klargjøring for drift. Dette skal koordineres med felles planverk for slutfasen.

For å sikre tidlig klinisk ibruktakelse må IKT-system og program som bygg og klinisk drift er avhengig av i sin virksomhet være avklart og klar til KIB 1. Dette vil bli del av detaljering og videre avklaringer på i IKT-plan og videre arbeid med slutfasen i prosjektet.

Det må avklares nærmere når løst IKT-utstyr (PC-er, skjermer, mobile enheter osv.) skal leveres for å unngå tyveri, eller ekstra behov for i oppgradering og konfigurasjon.

4 Andre forutsetninger

4.1 Transportareal i plan U1

Store deler av arealet inneholder hovedtrasé for forsyning av varer inn og ut til sykehusets funksjonsområder. Det vil være transport i området både med automatisk gående vogner og manuell kjøring. Området må tas i bruk og benyttes som transportvei fra før KIB 1, området vil være til felles bruk for både VVHF og PNSD i perioden fra Eierskifte 1 og frem til eierskifte 3. Heiser og trapper vertikalt i bygg som ferdigstilles til KIB 1 vil være avhengig av kommunikasjon fra dette plan. Dette inngår ikke som del av funksjonsareal, men er del av kommunikasjonsareal.

4.2 Vei og infrastruktur utomhus

Tilkomst via vei som ivaretar trygg og sikker tilkomst for ansatte, pasienter og beredskapsfunksjoner må være klart i forkant av KIB 1. Det må samtidig sikres tilkomst til byggeplassen.

Det er ikke kartlagt detaljer med hensyn til offentlig kommunikasjon og tilkomst fra togstasjon og bussholdeplasser.

Adkomstplassen utenfor hovedinngang med parkering og gangareal må være ferdigstilt til KIB 1. Utomhus områder må beskrives nærmere i plan for ferdigstilling til KIB 1. Det må etableres et tydelig skille mellom sykehus i drift og byggeplass, samt avklaringer om felles bruk av noen områder for VVHF og PNSD.

Parkeringsareal for å ivareta behov for ansatte, pasienter og besøkende må være ferdigstilt til KIB 1.

4.3 Beredskapsfunksjoner

VVHF må sikre at alle beredskapsfunksjoner for sykehusdrift og bygg er ivaretatt med prosedyrer tilpasset KIB 1 i nytt sykehus. Dette inkluderer både beredskap med hensyn til pasientbehandling, varsling og håndtering ved akutte hendelser, brann osv. VVHF vil ta ansvar for å sikre nye prosedyrer tilpasset deres beredskapshåndtering ved drift på nytt sykehus fra eierskifte 0 og frem til KIB 2+3.

5 Funksjonsområder for klinisk drift

Følgende områder vil tas i bruk ved de ulike ibruktakelsene:

	Områder
KIB 1	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling både akutt og elektiv virksomhet, både inneliggende og poliklinisk pasientbehandling
	Internservice og støttefunksjoner som må sikres for overnevnte klinisk drift, laboratorier, apotek og sterilforsyning: <ul style="list-style-type: none"> • Matforsyning • Renhold og tekstil • Eiendomsdrift (teknisk drift, vakt og sikring) • Servicetjenester (transport, portør) • Garderober og internkommunikasjonsareal • Logistikk (varemottak og forsyningstjenester) • Medisinsk teknologisk drift og support • IKT drift og support
KIB 2+3	Reetablering av akuttstøyle i nytt sykehus. All somatisk drift, både inneliggende og poliklinisk pasientbehandling. Inkl. støttefunksjoner som: <ul style="list-style-type: none"> • Bildediagnostikk • Laboratoriemedisin • Patologi • Sterilforsyning

6 Opplæring og testing

Opplæringen vil foregå kontinuerlig, avhengig av hvilke områder som skal tas i bruk. Det legges opp til opplæring på alle nye generelle systemer. I tillegg kommer spesifikk opplæring på spesielt utstyr for funksjonsområdet. Det er VVHF som er ansvarlig for at nødvendig opplæring er gjennomført før klinisk ibruktakelse.

Før oppstart av klinisk virksomhet skal alle funksjonsområdene ha vært gjennom en standardisert prosess for virksomhetstesting med godkjenning. Samlet plan for slutfasen skal utarbeide oversikt og lage plan for prosessene som blant annet beskriver tester, eierskiftebefaringer, kontroll av romfunksjonsprogram og utstyrslistene. Prosessen er et samarbeid mellom PNSD, den kliniske virksomheten og VV-NSD og er skisert i samlet plan.

6.1 Terminologi for ulike faser og tester

Prøvedrift

Entreprenøren skal følge opp drift og funksjoner i bygget, optimalisere leveranser og utbedre eventuelle avvik frem til overlevering. Endelig optimalisering og ytelsestester skal utføres ved

dimensjonerende utetemperatur (årstidsvariasjoner). Entreprenør skal holde ukentlige statusmøter med driftspersonell og byggherre de første 3 måneder, og månedlige møter resterende prøvedriftsperiode. I prøvedriftsperioden vil det gjennomføres en oppfølging av energibruk mot budsjettet. Prøvedriftsfasen avsluttes ved å kjøre en fullskala test (FST) på nytt.

Klinisk prøvedrift

Klinisk prøvedrift defineres som en periode hvor deler av bygget tas i bruk til medisinsk behandling. I prøvedriftsperioden er det full drift av tekniske systemer i området. Det er viktig å få testet og prøvd ut funksjon på kliniske leveranser samtidig som pasientsikkerhet og krav til kvalitet på pasientbehandling oppfylles. Omfang av prøvedrift og hvilke områder som skal omfattes av prøvedrift vil bli besluttet i samarbeid med VVHF.

Virksomhetstester

Virksomhetstestene skal gjennomføres for å verifisere at funksjoner i bygget som for eksempel logistikk-løsninger, medisinsk teknologisk utstyr, operasjonsstuer, IKT-løsninger, avfallhåndtering fungerer i henhold til VVHFs etablerte rutiner og prosedyrer.

Fabrikktest (factory acceptance tests) – FAT

Test av ytelse og funksjon som foregår før levering til byggeplass

- funksjonsprøving av utstyr
- simulering av ulike feilsituasjoner
- kontroll av systemoppbygging
- drift og overvåkning
- belastningsprøver
- drift deltar etter behov

Mekanisk fullført – MF

Anlegget defineres som mekanisk fullført når all fysisk montasje er utført og all egenkontroll er gjennomført

- aktuelle sjekklister i henhold til aktivitetsorientert kontrollplan er signert og levert
- all egenkontroll er gjennomført og dokumentert
- dokumentasjon av systemtekniske grensesnitt er ivaretatt og utført
- foreløpig «as-built» dokumentasjon foreligger
- ferdig merket
- rød sone innført
- kontroll av egne grensesnitt mot øvrige entrepriser

Funksjons-/systemtest på byggeplass (site acceptance test) – SAT

Hensikten med SAT er å dokumentere ovenfor byggherre at kontraktens krav er oppfylt.

Entreprenør har ansvaret for å utføre SAT på alt utstyr de har levert

- alle tester skal gjennomføres på bakgrunn av en akseptert testprosedyre
- entreprenør innkaller avtalte parter til SAT
- utarbeidelse av SAT-prosedyre og rapport

- byggherre har utarbeidet mal for SAT-prosedyre og rapport
- tidspunkt for SAT forankres via igangkjøringsplan

Integrerte systemtester – IST

Hensikten med integrerte systemtester er å få bekreftet at tekniske anlegg, utstyr og driftsinstrukser mm. fungerer i et samspill på tvers av system- og entreprisegrenser som forutsatt i kontrakt.

- testene planlegges og organiseres av byggherren i samarbeid med entreprenør
- entreprenører og byggeleder skal delta i planleggingen og testene etter behov
- rapporter fra integrerte systemtester med mangelliste utarbeides av byggherren og tas inn i mangelliste for den enkelte kontrakt

Fullskalatest – FST

Test som dokumenterer at lokalene og bygningens funksjon, med alle delsystemer som er sammenkoplet og idriftsatt, fungerer som forutsatt.

- dokumentere at driftspersonellets og brukeres prosedyrer og rutiner er tilpasset de ulike tekniske installasjoner som er levert. Eksempelvis brann/rømning, nettutfall, varme/kjøling m.m.

7 Risikovurdering

PNSD og VVHF har gjennomført uavhengige risikovurderinger ved å samle klinisk ibruktakelse av all somatisk aktivitet samtidig og reduserer til to KIBer med mindre tid mellom enn tidligere planlagt. PNSD påpeker at det er økt risiko for midlertidige kapasitetsutfordringer knyttet til den foreslåtte endringen, men det er identifisert tiltak som innebærer at risikonivået er akseptabelt. Det vil være forbundet risiko ved å flytte et akuttsykehus. Begge organisasjonene vil samarbeide om å utarbeide planer for å sikre en trygg ibruktakelse.

Etablert samhandlingsstruktur beskrevet i dokument *NSD-0000-Z-PR-0003 Prosedyre for samhandling mellom Vestre Viken HF og Prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst for nytt sykehus i Drammen*, skal benyttes

Det er etablert Beslutningsmøte som skal ivareta risiko og avvik. Beslutningsmøtes møtefrekvens er satt: ved behov. Aktiviteten og frekvens vil øke i forbindelse med klinisk ibruktakelse.

Beslutningsmøte (ved behov)	<ul style="list-style-type: none"> • Møtearena mellom VV-HF og PNSD, hvor saker knyttet til prosjektgjennomføring kan besluttes innenfor de fullmakter som er gitt til henholdsvis administrerende direktør ved VV-HF og prosjektdirektør for PNSD. Fremdrift og status for prosjektet her under risiko og avvik • Identifisere de aktiviteter og prosesser som må gjennomføres i samarbeid for å nå felles mål 	<p>VVHF: - Adm. direktør</p> <p>PNSD: - Prosjektdirektør</p>
-----------------------------	---	---

Følgende premisser skal følges for en sikker ibruktakelse i begge faser:

- Utarbeide og sikre gjennomføring av opplæringsplan
- Planlegge og gjennomføre helhetlige tester for å sikre pasientsikkerhet
- Gjennomføre tester med store volum for å teste bygg, utstyr, IKT og infrastruktur

Risiko vil bli løpende oppdatert i månedsrapport både fra PNSD og VV-NSD til prosjektstyret og styret i VVHF.

8 Vedlegg

1. NSD-0000-Z-RO-0003 Intern risiko og sårbarhetsanalyse for alternativsvurdering ibruktakelse NSD

Prosjekt:

Nytt sykehus i Drammen

Tittel:

Intern risiko og sårbarhetsanalyse for alternativsvurdering ibruktagelse NSD

01	Godkjent for implementering		09.01.24	POF	EA	ARH
Rev.	Formål med utgivelsen		Rev. Dato	Utarbeidet	Kontroll	Godkjent
Kontraktør/leverandørs logo:		Bygg nr:	Etasje nr.:	Systemgr.:	Antall sider:	
					Side 1 av 25	
Prosjekt:	Utgivernr:	Fag:	Dok.type:	Løpenr:	Rev.nr.:	Status:
NSD	0000	Z	RO	0003	01	G

Innhold

Innholdsfortegnelse

Innhold	2
1. Formål.....	3
2. Deltakere	3
3. Flytteprosess og klinisk ibruktakelse (KIB)	4
3.1. Tre alternativer for klinisk ibruktakelse (KiB)	4
4. Forutsetninger og avgrensninger	6
5. Analysemetode ROS	6
5.1. Risiko	6
5.2. Sårbarhet	7
5.3. Risikoanalyse	7
5.4. Gradering av konsekvenser	8
5.5. Gradering av sannsynlighet	9
5.6. Konsekvensgrad.....	9
6. Resultat.....	10
7. Alternativ 2	11
8. Alternativ 1	16
9. Vedlegg.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.

1. Sammendrag

ROS-analysen tar for seg to scenarioer for innflytting i NSD. Analysen er begrenset til å vurdere ansvarsområdet til utbyggingsprosjektet, altså teknisk ibruktakelse av bygg, logistikksystemer, utstyr og IKT.

Alternativ 1 for innflytting tilsvarer den innflyttingsprosessen som ligger til grunn i prosjektet. Alternativ to representerer en mer komprimert innflyttingsprosess, se kapittel 4.1.

Analysen viser at alternativ 2 resulterer i høyere risiko for prosjektet enn alternativ 1. Dette kommer av høyere grad av samtidighet i arbeidsoperasjoner. Høy samtidighet vil for all teknikk i bygget, spesielt IKT, men også for andre byggrelaterte leveranser bidra til å gjøre den samlede oppgaven mer kompleks. Dette innebærer at det for utbyggingsprosjektet vil være foretrukket å gjennomføre innflytting som opprinnelig planlagt. En endring, hvor prosessen gjøres mer komprimert vil for selve bygget være risikoøkende.

Analysen har ikke tatt for seg konsekvensene knyttet til klinisk drift, men vil påpeke at betydelige driftsproblemer ved tekniske anlegg, utstyr eller IKT-løsninger, kan påvirke kvaliteten og kapasiteten på pasientbehandlingen. En vurdering av hvordan de to alternative påvirker kapasitet og kvalitet på driftsorganisasjonen og klinisk drift ligger utenfor denne analysens omfang. Utbyggingsprosjektet forutsetter at man i en samlet ROS-analyse hensyntar begge perspektiv og søker å redusere den samlede risikoen for innflyttingsprosessen.

2. Formål

I denne ROS-analysen vurderes hvorvidt ulike alternativer for klinisk ibruktakelse (KIB) av Nytt sykehus Drammen (NSD) har ulik usikkerhet ved seg, sett fra prosjektorganisasjonens ansvarsområde. Prosjektorganisasjonens ansvarsområde defineres til å ivareta at byggets tekniske og funksjonelle funksjoner etableres på en trygg og forsvarlig måte for klinisk drift.

Analysen er utarbeidet i forbindelse med at Vestre Viken HF (VVHF) vurderer å endre på innflyttingsstrategi i forhold til hva som ligger til grunn i prosjektet.

3. Deltakere

Følgende personer har deltatt i utarbeidelsen av ROS analysen, gjennomført medio desember 2023.

Navn	Rolle	Organisasjon
Altø, Elin	Assisterende prosjektdirektør ansv. organisasjonsutvikling	PNSD
Benjaminsen, Trine	Områdeleder samhandling	PNSD
Brødsjø, Christian	Prosjektleder test	PNSD/PO Osloprosjektene
Christoffersen, Morten	Prosjektleder Eierskifte	PNSD
Flatholm, Per Olav	Rapport og metode	Sykehusbygg HF
Fløystad, Martin	Områdeleder igangkjøring	PNSD
Gleditsch, Jens M	Områdeleder O-IKT	PNSD
Hodne, Arnstein	Prosjektdirektør	PNSD
Jevne, Morten	Områdeleder bygg	PNSD
Knutson, Per Arne	Assisterende prosjektleder elektro	PNSD
Korsan, Jim	Prosjektleder automasjon	PNSD

Løkken, Bjørn	Områdeleder IKT	PNSD
Nagelsaker, Runar	Områdeleder utstyr	PNSD
Nødtvedt, Christian	Prosjektleder O-IKT	PO Osloprosjektene
Tveiten, Torstein	Områdeleder teknikk	PNSD

4. Flytteprosess og klinisk ibruktakelse (KIB)

Det å flytte og ta ibruk et nytt sykehus på denne størrelsen er en svært omfattende og kompleks operasjon som i samtidighet involverer svært mange aktører og med det er befestet med en naturlig høy iboende usikkerhet. Felles for de fleste aktørene er at de må tilpasse seg til nye omgivelser, prosesser og rutiner. Eksempler kan være pasienter og besøkende som gjennom offentlig eller privat kommunikasjon skal finne veien til riktig fremmøtested, ansatte innen kliniske og driftsmessige fagområder som skal ta ibruk nytt utstyr og lære seg nye arbeidsprosesser, vareleveranser som tidsriktig skal finne veien til nytt sykehus og inn til riktig hylle.

Planen for flytting og ibruktakelse skal bygge på grunnlaget om at forsvarlig drift ivaretas og at de nødvendige akutfunksjoner ved gammel og ny sykehuslokasjon tilpasses en (minimums-) ambisjon for drift og behandling. Videre er det helt essensielt at en innflyttingsplan fram mot klinisk ibruktakelse er innrettet slik at den kan absorbere uforutsette hendelser.

Sykehus er teknisk komplekse bygg med mange rom og arealsoner, teknikk og utstyr som skal fungere sammen, ofte med høy belastning og samtidig bruk av flere systemer. Bygg og teknikk vil i ferdigstillelsesfasen gjennomgå en systematisk prosess med test og verifikasjon som baserer seg på ulike scenarier av simulert drift. Selv om testene simulerer et reelt miljø så langt det lar seg praktisk gjøre, er ikke bygget og dets teknikk og utstyr testet i fullskala til annet enn testing og simulering av drift.

Med andre ord vil fullskala ibruktakelse av bygget, med ansatte, inneliggende og polikliniske pasienter ikke være testet med slikt antall personer før oppstart av klinisk drift. Bygget og teknikkens første møte med det reelle miljø vil skje når innflytting skjer og bygget tas i klinisk bruk. Det vil derfor være ulik grad av usikkerhet for bygget og teknikkens funksjonelle ytelser basert på hastigheten av innflyttingen. Selv med omfattende testing, vil det oppstå avvik som krever tiltak. Mengden avvik vil ikke nødvendigvis være påvirket av hvilket alternativ for innflytting som velges, men samtidighetsfaktoren vil påvirke feilrettingstid.

4.1. Tre alternativer for klinisk ibruktakelse

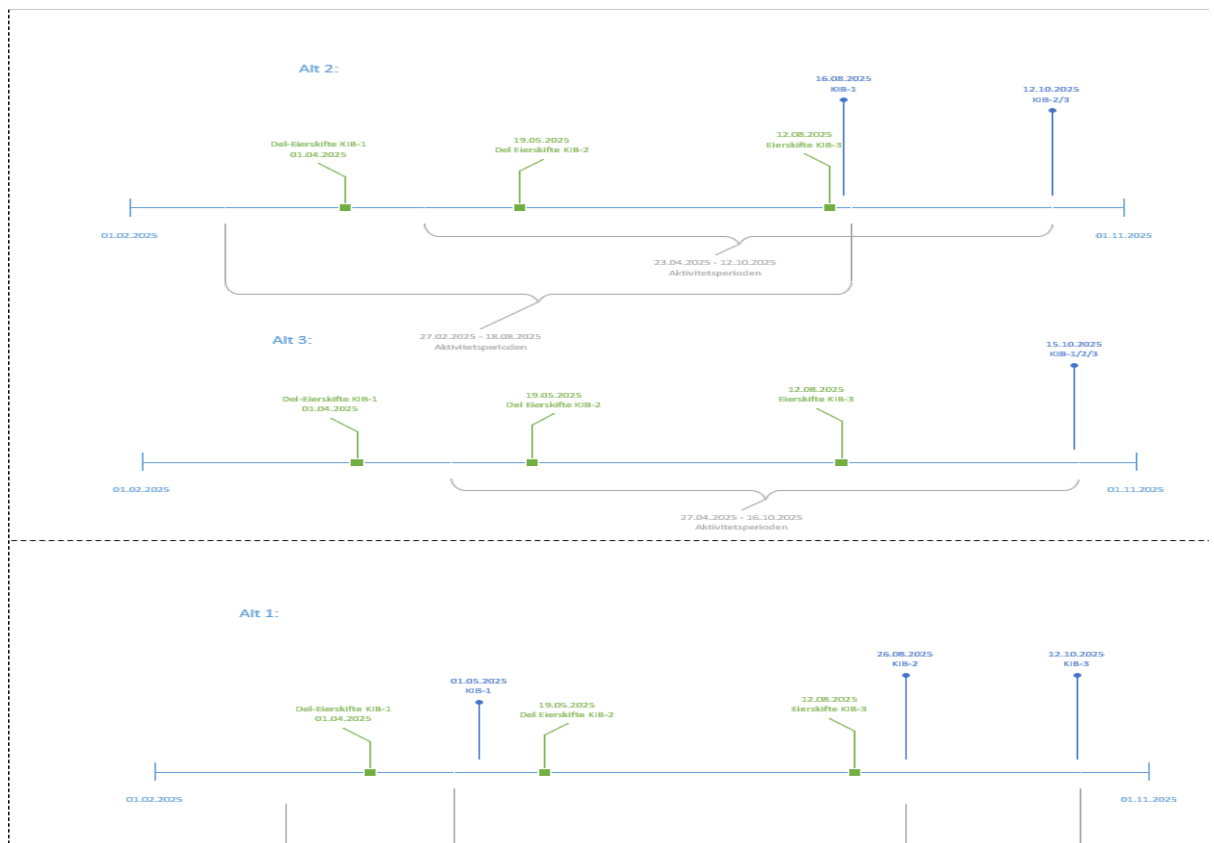
NSD er planlagt tatt i bruk i en trinnvis innflyttings- og ibruktakelse. Alternativ 1 med tre milepæler for KIB ligger til grunn for prosjektet og er den innflyttingsstrategien utbyggingsprosjektet har forholdt seg til i sin planlegging.

Høsten 2023 er ytterligere to alternativ, alternativ 2 og alternativ 3 blitt lansert som innflyttingsstrategier. Alternativ 2 har to milepæler og i alternativ 3 gjennomføres hele flyttingen i en ibruktakelse.

Både alternativ 2 og alternativ 3 legger til grunn en aktiveringsperiode som starter 6 –12 måneder før KIB. Prosjektet forutsetter at aktiveringsperioden ikke starter før etter eierskifte.

Milepæl	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
---------	--------------	--------------	--------------

2025	Trinnvis i tre steg	Trinnvis i to steg	Alt i ett steg
KIB 1 Mai	PHR, servicebygg, adkomstbygg, U1 og U2. <i>Første mulige dag med pasientrettet virksomhet NSD-PHR.</i>	Ikke aktuell milepæl. Aktivitet gjennomføres i KIB 2 og 3.	Ikke aktuell milepæl. Aktivitet gjennomføres i KIB 3.
KIB 2 Medio Aug.	Poliklinikk og deler av behandlingsbygg; lab og sterilsentral. Test av operasjonsstue med elektive pasienter. <i>Første mulige dag med elektiv pasientrettet virksomhet NSD-somatikk.</i>	PHR, Servicebygg, adkomstbygg, U1 og U2. <i>Første mulige dag med pasientrettet virksomhet NSD-PHR</i>	
KIB 3 Medio Okt.	Sengebygg og behandlingsbygg. <i>Reetablering av akuttstøyle NSD inkl. døgnbehandling somatikk.</i>	Poliklinikk, senge- og behandlingsbygg. <i>Reetablering av akuttstøyle NSD inkl. døgnbehandling somatikk og elektiv virksomhet.</i>	



5. Forutsetninger og avgrensninger

Forutsetninger for alle alternativer er at innflytting/aktiveringsperiode i nytt sykehus ikke starter opp før byggene er overtatt av VVHF. Eiendomsoverdragelse er planlagt i fire trinn som vist i figuren under:



6. Analysemetode ROS

Risiko- og sårbarhetsanalysen er gjennomført som en standard kvalitativ analyse etter NS 5814 hvor identifiserte farer beskrives og rangeres i henhold til definerte kategorier for sannsynlighet og konsekvens. Analysen ble delt inn i følgende tema:

- Bygg generelt (tilkomst utenfra, parkering, skilting og logistikk)
- Teknikk
- IKT
- Utstyr
- Annet

Risikoanalysen har identifisert tiltak som vil bidra til å redusere risiko knyttet til en aktuell uønsket hendelse og anbefales implementert i plan for innflytting og ibrugtagelse av nytt sykehus. De aller fleste tiltakene kan styres av prosjektet, flere av dem i samråd med Vestre Viken HF. Noen få tiltak må iverksettes av Vestre Viken HF alene.

6.1. Risiko

Risiko er en kombinasjon av sannsynligheten for at det skal inntreffe en uønsket hendelse / forhold og konsekvensen av hendelsen. Risiko handler om hva vi tror vil skje i fremtiden, og er derfor forbundet med usikkerhet. Usikkerheten knytter seg til om en bestemt uønsket hendelse vil inntreffe og hva konsekvensene av denne hendelsen vil bli.

6.2. Sårbarhet

Sårbarhet er et «uttrykk for de problemer et system får med å fungere når det utsettes for en uønsket hendelse, samt de problemer systemet får med å gjenoppta sin virksomhet etter at hendelsen har inntruffet».

6.3. Risikoanalyse

En risikoanalyse er en systematisk fremgangsmåte for å beskrive og/eller beregne risiko.

6.4. Gradering av konsekvenser

KONSEKVENNS	LIV-HELSE-SIKKERHET	5	Fare for dødsfall eller kritisk personskade Planlagt flytting kan ikke gjennomføres
		4	Fare for mange små personskader eller flere alvorlige personskader Flytteprosess blir forsinket/utsatt
		3	Fare for flere små personskader eller få alvorlige personskader Flytteprosess blir forsinket/utsatt
		2	Fare for små personskader Flytteprosess blir forsinket/utsatt
		1	Ingen eller få personskader Flytteprosess skjer etter plan
	KOMPETANSE/ Kapasitet i sykehuset	5	Fravær av/mangler kritisk kompetanse. Stans i pasientbehandling Planlagt flytting kan ikke gjennomføres
		4	Redusert kompetanse / tynn bemanning Redusert kapasitet i pasientbehandlingen Flytteprosess blir forsinket/utsatt
		3	Redusert kompetanse – konsekvens i pasientbehandlingen Redusert kapasitet i pasientbehandlingen Flytteprosess blir forsinket/utsatt
		2	Redusert kompetanse – noe færre pasientbehandlinger enn planlagt Flytteprosess skjer etter plan
		1	Normalsituasjon Flytteprosess skjer etter plan
	DRIFT	5	Driften stopper opp/anlegg settes ut av drift Planlagt flytting kan ikke gjennomføres
		4	Driftsforstyrrelser over lengre perioder Flytteprosess blir forsinket/utsatt
		3	Driftsforstyrrelser kortere periode Flytteprosess blir forsinket/utsatt
		2	Driftsforstyrrelser kortere periode Flytteprosess skjer etter plan
		1	Normal drift Flytteprosess skjer etter plan





6.5. Gradering av sannsynlighet

Sannsynlighet	5	Svært sannsynlig
	4	Sannsynlig
	3	Ganske sannsynlig
	2	Lite sannsynlig
	1	Usannsynlig

6.6. Konsekvensgrad

Kriteriene for anbefalt akseptabel risiko er vist under.

		Konsekvensgrad				
		1	2	3	4	5
Konsekvens	5	5	10	15	20	25
	4	4	8	12	16	20
	3	3	6	9	12	15
	2	2	4	6	8	10
	1	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5

	Ikke akseptert
	Akseptert dersom det finnes enkle tiltak
	Kan aksepteres
	

7. Resultat

Analysen viser at alternativ 2 resulterer i høyere risiko for prosjektet enn alternativ 1. Dette kommer av høyere grad av samtidighet i arbeidsoperasjoner. Høy samtidighet vil for all teknikk i bygget, spesielt IKT, men også for andre bygningsmessige leveranser bidra til å gjøre den samlede oppgaven mer kompleks. Dette innebærer at det for utbyggingsprosjektet vil være foretrukket å gjennomføre innflytting som opprinnelig planlagt. En endring, hvor prosessen gjøres mer komprimert, vil for selve bygget være risikoøkende.

Analysen har ikke tatt for seg risiko knyttet til klinisk drift. Det kan være sånn at risiko knyttet til klinisk drift avtar ved en mer komprimert prosess, på grunn av at man reduserer omfang av drift på to lokasjoner samtidig. Utbyggingsprosjektet forutsetter at man i en samlet ROS-analyse hensyntar begge perspektiv og søker å redusere den samlede risikoen for innflyttingsprosessen.

Det er to kritiske risikoer:

1. utfordringer med logistikksystemer
2. Mange nye løsninger innen IKT som skal produksjonssettes på kort tid kan resultere i at feilhåndtering blir for treg.

ROS-analysen har vurdert alternativ 2 og deretter alternativ 1. Vi fant at risikoen ved alternativ 2 er betydelig høyere enn alternativ 1. Derfor ble alternativ 1 vurdert først ved vurdering av restrisiko. I denne vurderingen fant vi at 2 risikoer ville være vanskelig å få lavere risiko på enn gul. Ettersom årsaken til dette er tid, og mange samtidige aktiviteter.

De to risikoene som har gul restrisiko ved alternativ 1 vil ha rød rest risiko ved alternativ 2. Vi fant ikke at vi ville klare å få disse risikoene gule dersom vi la alternativ 2 til grunn. Derfor er ikke alternativ 2 ytterligere vurdert.

Ved alternativ 2 vil det være minst 2 røde risikoer etter at tiltak er gjennomført. Disse risikoene vil medføre fare for liv og helse. Prosjektorganisasjonen kan derfor ikke anbefale en ibruktakelse i henhold til alternativ 2. Det er spesielt risiko knyttet til produksjonssetting av mange IKT-systemer på kort tid og igangkjøring av logistikksystemene på sykehuset (logistikksystemene inkluderer rørpost med sending av medisiner).

Gjennomføring i henhold til alternativ 1 vil være et risikoreduserende tiltak i forhold til alternativ 2. Mange av de risikoene som er størst i alternativ 2 er nemlig knyttet til en kompakt periode med innflytting og sårbarhet for samtidighet for å løse hendelser og høy belastning på teknisk- og klinisk personell i en innkjøringsperiode. Med andre ord – det viktigste tiltaket for å redusere den høye risikoen som identifiseres ved bruk av alternativ 2 er å bruke mer tid på innflyttingsprosessen – eller med andre ord, bruke en metode som ligner mer på alternativ 1.

Ettersom vi ikke klarte å få alle risikoer gule ved alternativ 2 er ikke alternativ 3 vurdert. Faktorene som er røde ved alternativ 2 er enda mer utfordrende ved gjennomføring av alternativ 3.

Etter prosjektets vurdering vil det ikke være mulig å ivareta sikker og stabil drift ved alternativ 3, og heller ikke ved alternativ 2.

8. Alternativ 2

I = Ved analysens start II = Risiko etter eksisterende tiltak. II er ikke vurdert, se omtale i kapittel Resultat.				
HENDELSE	I	II	TILTAK	KOMMENTAR
Bygg generelt (tilkomst utenfra, parkering, skilting og logistikk)				
Skilting, tilkomst og parkering fungerer ikke som tiltenkt / oppleves som uhensiktsmessig for besøkende, pasienter og ansatte.	15		<ul style="list-style-type: none"> • Skilte prøveområde • Bygge ferdig parkeringshus • Gå i dialog med offentlig transportaktør, forsøke å påvirke bussruter/togruter til å starte opp tidligere • Vurdere tiltak med etablering av shuttlebuss mellom mulig parkering og sykehuset • Vurdere å sørge for ledsagere utvendig for å styre trafikk de første månedene 	Estimert behov er 1300 plasser. Parkeringshus i Nedre Strandgate 64 vil ikke være tilgjengelig ved oppstart. Deler av ansattparkering vil være lokalisert lenger unna sykehuset enn forutsatt i reguleringsplanen. Drift vil få utvidede oppgaver (driftskonsekvens økonomisk - må kanskje sørge for shuttlebuss f.eks.) Fare for store køer inn til området dersom mange kjører i ring og leter etter parkeringsplass.
Utfordringer med logistikkssystemer	25		<ul style="list-style-type: none"> • Opplæring i systemene, viktig å sikre grundig opplæring • Logistikk knyttet til oppfylling av varer i lager må skje i forkant av oppstart klinisk aktivitet • Endose system, rørpost til bruk av dette vil være kritisk å passe på (bemanne med folk for å håndtere dette i en oppstartsfasen) • Simulere kapasitetsbehovet på rørposten (dersom denne går ned er det kritisk/rød for sykehuset) • Etablere prioritering av forsendelser i rørpost (f.eks. 1 medisiner, 2 blodposser, 3 blodprøver) og varslingsystem når ev. man kun kan sende prioriterte forsendelser) Beredskapsteam til å håndtere feil og mangler Etablere responstidsavtaler med leverandører og etablere reservedelslager på sykehuset	Overgang fra test til 100% produksjon skjer over kort tid for alle systemer i parallell. Dette krever betydelige ressurser for beredskap, feilretting og tiltak for alternative manuelle rutiner i tilfelle feil og ustabilitet. Tiden fra et avvik oppstår til det er rettet vil øke. For både alternativ 1 og 2 skal alle inneliggende somatiske pasienter flyttes til nytt sykehus i løpet av samme dag.

I = Ved analysens start II = Risiko etter eksisterende tiltak. II er ikke vurdert, se omtale i kapittel Resultat.				
HENDELSE	I	II	TILTAK	KOMMENTAR
Innendørs skilting fungerer ikke som tiltenkt/oppleves som uhensiktsmessig	8		<ul style="list-style-type: none"> • UU krav (blinde, svaksynte, personell i rullestol) egne tiltak for oppfølging av disse kravene / personellkategorien? • Besøksverter må være på plass fra starten av • Bruke markører til å være med i testfase for å også få sjekket skilting • Gjennomføre kjentmannsprøve før personell begynner i bygget, opplæring i modell • Skilte prøveområder 	Dersom alle som tar i bruk bygget samtidig er ukjent er det fare for at man bruker mer tid på forflytning fra A til B. Fare for at pasienter ikke møter til rett tid.
Teknikk (hovedsakelig U3 og U4)				

I = Ved analysens start II = Risiko etter eksisterende tiltak. II er ikke vurdert, se omtale i kapittel Resultat.				
HENDELSE	I	II	TILTAK	KOMMENTAR
Systemer er ikke innregulert til å håndtere full idriftsettelse på kort tid	20		<ul style="list-style-type: none">• Ekstra tiltak ved eks. Laboratoriearealer, luftsmittisolatene og operasjon i tilfelle trykkfall/trøbbel med trykk. Teknisk kjøling må ha personell i beredskap for å håndtere feil og mangler som kan oppstå.	Det vil være behov for innregulering etter at bygget tas i bruk. For alternativ 2 vil belastningen bli høyere og responstiden vil bli lenger. Ved dette alternativet vil sterilsentralen, gå i fra 0 til 100% produksjon i løpet av kort tid, samt andre spesialområder vil gå fra test til full drift.

I = Ved analysens start II = Risiko etter eksisterende tiltak. II er ikke vurdert, se omtale i kapittel Resultat.				
HENDELSE	I	II	TILTAK	KOMMENTAR
Perioden fra SAT til KIB er lang. Lav aktivitet i bygget medfører at man ikke vil kunne bruke perioden til å avdekke feil og mangler på samme måte som planlagt ved alternativ 1. Romkontroll må innkjøres, og eventuelle feil rettes opp.	10		<ul style="list-style-type: none"> • Beredskapsteam for å håndtere feil og mangler som oppstår 	
IKT				
Mange nye løsninger som skal produksjonsettes på kort tid kan resultere i at feilhåndtering blir for treg. Fare for at testingen ikke klarer å avdekke alle feil og mangler	25		<ul style="list-style-type: none"> • Beredskapsteam for å håndtere feil og mangler som oppstår • Stresste system i forkant av oppkjøring, gjøre kontroller på alle meldingssendere og mottakere • ELS apparat (Early life support for IT-systemene) • Alternative prosesser/ hvordan håndterer vi det om feil oppstår - back up planer/ nødprosedyrer 	Håndtering av avvik blir mer krevende ved høy samtidighet.
IKT og utstyr				

I = Ved analysens start II = Risiko etter eksisterende tiltak. II er ikke vurdert, se omtale i kapittel Resultat.			
HENDELSE	I	II	KOMMENTAR
Feil og mangler oppstår i møte mellom nye systemer og nye arbeidsprosesser og dette krever justering/ending: - Nytt pasientovervåkningssystem - Arbeidsprosesser knyttet til bredden av bildedannende utstyr og multimediaarkiv - Lab, skal fungere på nye måter og krever innkjøring Andre eksempler er: legemiddelhåndtering, matforsyning, sterilsentral, mobil arbeidsflate	12		<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetstester vil være viktige for å fange opp dette før pasienter ankommer. • Økt fokus på beskrivelse av fremtidige arbeidsprosesser fra VV er viktig for å kunne komme dette i forkjøpet/gjennomføre relevante tester/simuleringer. • Ved feil kan det bli behov for å kompensere med manuelle rutiner, dette vil belaste driftsorganisasjonen.
Utstyr			
Utstyr som skal gjenbrukes (30 %) er ikke klar/ tilgjengelig for bruk ved KIB	8		Volum og samtidighetsforskjell mellom alternativ 2 og alternativ 1

I = Ved analysens start II = Risiko etter eksisterende tiltak. II er ikke vurdert, se omtale i kapittel Resultat.				
HENDELSE	I	II	TILTAK	KOMMENTAR
Mange nye system og konsepter for brukerne på kort tid	8		<ul style="list-style-type: none"> • Tid til opplæring er essensiell, samtidig må det ikke gå for lenge fra opplæring til oppstart av de ulike systemene • Robust support organisasjon må være på plass, og denne må være mer robust ved alternativ 2 enn alternativ 1. 	AGV, rørpost til forsendelse av medisiner, avfallssug, mathåndtering, innkjøring drift

9. Alternativ 1

I = Ved analysens start II = Risiko etter eksisterende tiltak				
HENDELSE	I	II	TILTAK	KOMMENTAR
Bygg generelt (tilkomst utenfra, parkering, skilting og logistikk)				

I = Ved analysens start II = Risiko etter eksisterende tiltak				
HENDELSE	I	II	TILTAK	KOMMENTAR
<p>Skilting, tilkomst og parkering fungerer ikke som tiltenkt / oppleves som uhensiktsmessig for besøkende, pasienter og ansatte. Økt trafikkbelastning på grunn av at flere bruker mer tid på å finne parkering.</p>	8		<ul style="list-style-type: none"> • Skilte prøveområde • Bygge ferdig parkeringshus • Gå i dialog med offentlig transportleverandør for å påvirke bussruter/togruter til å starte opp tidligere • Vurdere tiltak med etablering av shuttlebuss mellom mulig parkering og sykehuset 	<p>Estimert behov er 1300 plasser. Parkeringshus i Nedre Strandgate 64 vil ikke være tilgjengelig ved oppstart. Deler av ansattparkering vil være lokalisert lenger unna sykehuset enn forutsatt i reguleringsplanen. Drift vil få utvidede oppgaver (driftskonsekvens økonomisk - må kanskje sørge for shuttlebuss f.eks.)</p> <p>Vurdering av alternativ 1 opp mot alternativ 2 Ved tre etapper vil innkjøringsperioden for dette bli mer gradvis, slik at man har mulighet til å avlaste proppene/ reruting/endre og forbedre skilting. Det er fortsatt fare for at man må etablere en shuttlebuss Bedre mulighet til å "oppdra" de ansatte til å parkere på riktig sted/reise kollektivt.</p>

I = Ved analysens start II = Risiko etter eksisterende tiltak				
HENDELSE	I	II	TILTAK	KOMMENTAR
Utfordringer med logistikksystemer	20	9	<ul style="list-style-type: none"> • Opplæring i systemene, viktig å sikre grundig opplæring • Logistikk knyttet til oppfylling av varer i lager må skje i forkant av oppstart klinisk aktivitet • Én-dosesystem, rørpost til bruk av dette vil være kritisk å passe på (bemanne med folk for å håndtere dette i en oppstartsfasen) • Simulere kapasitetsbehovet på rørposten (dersom denne går ned er det kritisk/rød for sykehuset) Beredskapsteam til å håndtere feil og mangler Etablere responstidsavtaler med leverandører og etablere reservedelslager på sykehuset • Etablere prioritering av forsendelser i rørpost (f.eks. 1 medisiner, 2 blodposer, 3 blodprøver) og varslingsystem når ev. man kun kan sende prioriterte forsendelser. 	<p>Ved å kjøre anleggene på lav kapasitet over tid har vi større mulighet til å oppdage feil og mangler og rydde dem unna underveis.</p> <p>Det vil være en fordel med en opptrapping av behovet for disse tjenestene slik at man rekker å justere dem, og også sikrer god nok opplæring og driftserfaring med brukerne, sånn at ikke alle er nye samtidig. Opplæring i systemene vil skje med en lavere aktivitet på sykehuset, noe som kan gi driftsorganisasjon mulighet / kapasitet til å håndtere hendelser.</p> <p>Vurdering av alternativ 1 opp mot alternativ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alternativ 1 gir en mer trinnvis opptrapping av systemene, og gir større sannsynlighet til å avdekke kritiske feil Alternativ 2 vil by på økt samtidighet i håndtering av avvik / til å feilrette. - Risikobildet er annerledes for poliklinikk pasienter enn for inneliggende pasienter, man har da bedre mulighet til å styre hvor syke pasienter som behandles i den aktuelle perioden.

I = Ved analysens start II = Risiko etter eksisterende tiltak				
HENDELSE	I	II	TILTAK	KOMMENTAR
Innendørs skilting fungerer ikke som tiltenkt/oppleves som uhensiktsmessig	3		<ul style="list-style-type: none"> • UU krav (blinde, svaksynte, personell i rullestol) egne tiltak for oppfølging av disse kravene / personellkategorien? • Besøksverter må være på plass fra starten av • Bruke markører til å være med i testfase for å også få sjekket skilting • Gjennomføre kjentmannsprøve før personell begynner i bygget, opplæring i modell • Skilting av prøveområder, innendørs 	Redusere muligheten for går feil i bygget/folk er mer kjent Det vil være bedre mulighet til å gjøre seg kjent i bygget ved en saktere oppkjøring
Teknikk (hovedsakelig U3 og U4)				

I = Ved analysens start II = Risiko etter eksisterende tiltak				
HENDELSE	I	II	TILTAK	KOMMENTAR
Systemer er ikke innregulert til å håndtere full idriftsettelse på kort tid		9	<ul style="list-style-type: none"> • Ekstra tiltak ved f.eks. laboratoriearealer luftsmittisolatene og operasjon i tilfelle trykkfall/trøbbel med trykk Teknisk kjøling må man ha personell i beredskap for å håndtere feil og mangler som kan oppstå. 	<p>Det vil være behov for innregulering etter at bygget tas i bruk. Ved en trinnsvis opptrapping av bruk av bygningsmassen (alternativ 1) vil prosjektet og entreprenør få en lavere belastning for oppretting av eventuelle feil / mangler samt rest-innregulering av systemer. Man vil også kunne oppnå bedre stabilitet i systemene, en mer øvd driftsorganisasjon som kan redusere responstid for utbedring, før ytterligere systemer og bygg tas i bruk ved neste steg. For alternativ 2 vil belastningen bli høyere og responstiden vil bli tregere. Ved dette alternativet vil sterilsentralen, gå i fra 0 til 100% produksjon, samt andre spesialområder vil øke aktivitet i fra test til full drift.</p>

I = Ved analysens start II = Risiko etter eksisterende tiltak				
HENDELSE	I	II	TILTAK	KOMMENTAR
<p>Perioden fra SAT til KIB er lang, med lite bruk av bygget vil ikke kunne brukes til å avdekke feil og mangler på samme måte som planlagt ved alternativ 1. Romkontroll må innkjøres, og rettes opp</p>	6		<ul style="list-style-type: none"> • Beredskapsteam for å håndtere feil og mangler som oppstår 	
IKT				
<p>Mange nye løsninger som skal produksjonssettes på kort tid kan resultere i at feilhåndtering blir for treg. Fare for at testingen ikke klarer å avdekke alle feil og mangler</p>	15	9	<ul style="list-style-type: none"> • Beredskapsteam for å håndtere feil og mangler som oppstår • Stressteste system i forkant av oppkjøring, gjøre kontroller på alle meldingssendere og mottakere • ELS apparat (Early life support for IT systemene) • Alternative prosesser/ hvordan håndterer vi det om feil oppstår - back up planer/nødprosedyrer 	<p>Ved ibruktageelse med lavrisikopasienter vil ikke konsekvensene være like store ved ustabilitet i drift. 2 måneder med drift med en moderat pasientmengde inne hver dag vil bidra til at man får luket ut feil og mangler før de kritiske pasientene kommer inn til sykehuset. Man reduserer risiko for at feil og mangler oppdages når inneliggende pasienter er i sykehuset.</p> <p>Vurdering av alternativ 1 opp mot alternativ 2 Alternativ 1 gir mulighet til å stoppe i tide ved eventuelle kritiske avvik, og reduserer dermed fare for liv og helse</p> <p>Det viktigste tiltaket for risikoreduserende tiltak på dette området er trinnvis ibruktageelse. Intensiv og føde blir ikke testet i alternativ 1 heller, dette vurderes å være håndterbart omfang.</p>

I = Ved analysens start II = Risiko etter eksisterende tiltak				
HENDELSE	I	II	TILTAK	KOMMENTAR
				For IT systemer tester man i et testmiljø helt fram til flytting, da flytter man over i driftsmiljø og dette er en endring som i seg selv kan introdusere feil. På grunn av dette er en opptrapping av aktivitet i det nye miljøet kritisk å gjennomføre.
IKT og utstyr				

I = Ved analysens start II = Risiko etter eksisterende tiltak				
HENDELSE			TILTAK	KOMMENTAR
	I	II		
Feil og mangler oppstår i møte mellom nye systemer og nye arbeidsprosesser og dette krever justering/ending: - Nytt pasientovervåkningssystem - Arbeidsprosesser knyttet til bredden av billedannende utstyr og multimediaarkiv - Lab - sterilsentral, skal fungere på nye måter Andre eksempler er: legemiddelhåndtering, matforsyning, sterilsentral, mobil arbeidsflate,	8		<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetstester vil være viktige for å fange opp dette før det er for sent. • Økt fokus på beskrivelse av fremtidige arbeidsprosesser fra VV er viktig for å kunne komme dette i forkjøpet/gjennomføre relevante tester/simuleringer. • Kan hende man må kompensere med manuelle rutiner dersom dette inntreffer, dette kan treffe driftsorganisasjonen. 	Usikkerheten er lavere ved alternativ 1 ettersom mindre del av organisasjonen eksponeres for dette, og konsekvensene blir mindre ettersom pasientene er elektive i den første fasen i alternativ 1
Utstyr				
Utstyr som skal gjenbrukes (30 %) er ikke klar/ tilgjengelig for bruk ved KIB	4			Volum og samtidighetsforskjell mellom alternativ 2 og alternativ 1

I = Ved analysens start II = Risiko etter eksisterende tiltak				
HENDELSE	I	II	TILTAK	KOMMENTAR
	Mange nye system og konsepter for brukerne på kort tid	4		

Prosjekteier: Helse Sør-Øst RHF

Prosjekt: Nytt sykehus i Drammen / Dok.nr. NSD-0000-Z-RO-0003

Tittel: ROS alternativvurdering ibruktagelse NSD

Revisjon: 01

Dato: 09.01.24

Side 25 av 25

Dato: 01. mars 2024
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Styrende dokumenter for VVHF

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i VVHF	33/2024	19.03.24

Forslag til vedtak

Styret tar oversikten over styrende dokumenter til etterretning.

Drammen, 12. mars 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Vestre Viken HF (VVHF) er heleid av Helse Sør-Øst RHF (HSØ). Formålet med virksomheten i Vestre Viken er definert i § 4 i vedtektene for foretaket:

«Vestre Viken HF skal drives med sikte på å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette. Gjennom utøvelse av oppgaver tildelt av Helse Sør-Øst RHF vil Vestre Viken HF bidra til at spesialhelsetjenestens målsetting blir oppfylt innenfor Helse Sør-Østs geografiske område.»

Oppgavene skal løses innenfor gjeldende lover, regler og forventninger til måloppnåelse, herunder spesialisthelsetjenesteloven (sykehusenes plikter), pasient- og brukerrettighetsloven (om pasientenes rett til helsehjelp) og helseforetaksloven (om organiseringen av sykehus). I tillegg til helselovgivningen vil lover for forholdet mellom virksomhet og ansatte (eksempelvis arbeidsmiljøloven) og miljølovgivning (eksempelvis forurensningsloven) gi føringer for hvordan VVHF planlegger og etterlever myndighetskrav.

HSØ utøver sin eierstyring i foretaksmøter, i praksis er dette ofte videreformidling av styringsbudskap fra statlig eier. Dette dokumentet gir en oversikt over de sentrale styrende dokumenter som legger føringer for virksomheten i VVHF.

Saksutredning

Overordnede lover

Helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven er det overordnede rammeverket for spesialisthelsetjenesten. Disse skal i hovedsak bidra til at for pasientenes rettigheter innfris etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Sentrale forskrifter

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Den tydeliggjør kravene til systematisk styring (internkontroll) av aktivitetene.

Helse Sør-Øst

HSØ sitt rammeverk for virksomhetsstyring gjelder alle foretakene i regionen. Styret i Vestre Viken behandlet det reviderte rammeverket i møte 29. november 2021, sak 103/2021. Revidert retningslinje for virksomhetsstyring i VVHF ble vedtatt i styremøte den 30. januar 2023, sak 4/2023.

HSØ styrer sine foretak via vedtekter i tillegg til styremøtene. Vedtekter for Vestre Viken ble sist endret i foretaksmøte 26. februar 2024.

HSØ er selv styrt av instruks for styret i Helse Sør-Øst RHF og har laget en regional veileder for styrearbeid. Den bygger på i Styrearbeid i regionale helseforetak av Helse- og omsorgsdepartementet. Veilederne sammenfatter gjeldende rettsregler, belyser praktiseringen av disse og gir en veiledende omtale av styrearbeid. Veilederen skal bidra til styrets rolleforståelse.

HSØ stiller årlige krav til helseforetakene. Disse bygger på krav fra Helse- og omsorgsdepartementet til HSØ:

- Oppdrag og bestilling 2024 for Vestre Viken
- Protokoll fra foretaksmøte 26. februar 2024

Post: Vestre Viken HF, Postboks 800, 3004 Drammen | **Telefon:** 03525 | **Org. Nr:** 894.166.762 | postmottak@vestreviken.no
Vår bank: DNB Bank ASA | **Kontonummer:** 1506 91 85816. | **IBAN:** NO61 1506 9185 816. | **BIC:** DNBANOKK (erstatte SWIFT)

Styret i VVHF

Styret i Vestre Viken vedtar årlig instruks for både egen virksomhet og administrerende direktør:

- Instruks for styret i VVHF, sak 34/2024
- Instruks for administrerende direktør i VVHF, sak 35/2024

Signaturrett er tildelt styreleder og administrerende direktør i fellesskap, og styreleder eller administrerende direktør i fellesskap med ett styremedlem (sak 70/2020). Prokura er gitt administrerende direktør, fagdirektør medisin og helsefag samt økonomidirektør (sak 69/2023).

Administrerende direktørs delegerte fullmakter gjennomgås årlig som en del av budsjettprosessen i desember, sist i styremøte den 18. desember 2023 (sak 126/2023).

Særlig om statlig eierskap

Som foretak eid av et regionalt foretak som igjen er statlig eid, skal Vestre Viken følge generelle prinsipper for statlig eierskap. Nærings- og fiskeridepartementets samlede oversikt over publikasjoner om statlig eierskap finnes på regjeringen.no. Nærings- og fiskeridepartementet har fastsatt retningslinjer for lønn og godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel.

Felles etiske retningslinjer gjelder for hele helseforetaksgruppen i Helse Sør-Øst. Vestre Viken har i tillegg vedtatt egne etiske retningslinjer som bygger videre på disse. Etiske retningslinjer for VVHF vedtas årlig, sist i styremøte 15. mai 2023 (sak 52/2023).

Aktuelle lenker:

Helseforetaksloven	Styrearbeid i regionale helseforetak
Spesialisthelsetjenesteloven	regjeringen.no
Pasient- og brukerrettighetsloven	Om Styret i Vestre Viken
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	Retningslinjer for lønn og godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel
	1 Innledning/Formål (helse-sorost.no)

Administrerende direktørs vurderinger

Saken beskriver de sentrale dokumenter som er førende for hvordan Vestre Viken HF styres og drives, med målsetting om å formidle dette på en oversiktlig måte.

Administrerende direktør foreslår at styret tar oversikten til etterretning.

Dato: 06. mars 2024
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Instruks for styret i VVHF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	34/2024	19.03.24

Forslag til vedtak

Instruks for styret i Vestre Viken HF regodkjennes.

Drammen, 12. mars 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

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

Instruks for styret i Vestre Viken HF ble sist fastsatt i styremøte 27. mars 2023 i sak 40/2023. Styret har lagt til grunn at instruksene legges fram for styret for en årlig gjennomgang og godkjenning, og at dette skjer på styremøtet i mars.

Saksutredning

Instruks for styret angir nærmere regler om styrets arbeid og saksbehandling. Styreinstruksene skal inneholde regler om struktur på styrearbeidet, krav til styredokumentasjon, styrets saksbehandling og styremedlemmenes plikter og rettigheter.

Det ble i 2022 gjort noen mindre endringer i instruksene for styret, herunder språklige forenklinger.

Administrerende direktørs vurderinger

Adm. direktør vurderer at instruksene er tilfredsstillende og har ikke funnet grunn til å foreslå noen endringer ved denne behandlingen av instruksene. Administrerende direktør anmoder allikevel styret om å vurdere om det er ønskelig å foreta noen endringer eller tillegg.

Administrerende direktør foreslår at styret regodkjenner instruks for styret i Vestre Viken HF, eventuelt med endringer som fremkommer i møtet.

Vedlegg: 1. Instruks for styret i Vestre Viken HF

Instruks for styret

Vestre Viken HF

1. Innledning

Instruksen for styret i Vestre Viken HF er utarbeidet i samsvar med de prinsippene som gjelder for styrearbeid i selskaper, herunder i helseforetak. Formålet med styreinstruksen er å gi retningslinjer for styrets arbeidsform og styremøtenes innhold og gjennomføring. Instruksen er rettesnor for styremedlemmenes roller, plikter og ansvar.

Uavhengig av styreinstruksen er styret bundet av de regler som følger av lov, vedtekter eller instruks i vedtak fra foretaksmøte. Det vises spesielt til helseforetaksloven.

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av foretaket og skal følge de retningslinjene og påleggene som styret har gitt. Styret skal utarbeide egen instruks for administrerende direktør.

2. Hovedmålsetting for styrearbeidet

Styret i Vestre Viken HF er det øverste utøvende organ med ansvar for en forsvarlig forvaltning av helseforetaket. Det er et kollegium der styremedlemmene ikke representerer noen interessegruppe. Hele styret skal kun ivareta de interessene som tjener Vestre Viken HF.

3. Styremedlemmenes rettigheter og plikter

Alle styrets medlemmer har ansvar for alle saker.

Styremedlemmer valgt av ansatte deltar ikke i behandlingen av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstaker, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler (jfr. vedtektene § 7).

Bortsett fra det som er særskilt angitt for styrets leder, styrets nestleder (møteleder hvis ingen av de to skulle være til stede på et styremøte) har alle styremedlemmer de samme rettighetene og pliktene.

Styrets medlemmer skal delta på styremøtene. Et styremedlem som ikke kan møte skal varsle om dette så tidlig som mulig. Hvert styremedlem har plikt til å legge frem all kjent informasjon som er av betydning for en sak styret behandler, herunder egen vurdering.

Habilitet

Styremedlem som enten selv eller via nærstående har en fremtredende personlig eller økonomisk særinteresse i en sak, skal erklære seg inhabil. Det samme gjelder dersom det er andre «særegne forhold» i saken som er «egnet til å svekke tilliten» til medlemmets upartiskhet (forvaltningsloven § 6). Et styremedlem kan dermed ikke delta i behandling eller avgjørelsen av saker der vedkommende er inhabil etter forvaltningsloven kap. II.

Det er styret som avgjør habiliteten. Den det gjelder skal ikke selv delta i disse drøftelsene ut over å gi de forklaringer styret ber om. Har et styremedlem erklært seg inhabil skal styret som hovedregel godta dette. Styremedlemmer skal ikke ha eierskap, styreverv eller utføre oppgaver og aktiviteter for virksomhet der det kan reises tvil om styremedlemmets lojalitet eller habilitet.

Taushetsplikt

Forvaltningsloven og offentleglova gjelder for styrets arbeid som dermed har taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13. Dersom Styret vurderer det som svært viktig at opplysninger fra en sak

ikke tilflyter andre enn de som har krav på informasjon, skal saken behandles konfidensielt, helseforetaksloven § 26a. Dette skal i så fall gå fram av sakspapirene.

Styreansvarsforsikring

Styrevervet er personlig og det enkelte styremedlemmet kan bli gjort ansvarlig. På bakgrunn av dette har styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 037-2011 *Styreansvarsforsikring* vedtatt at det tegnes styreansvarsforsikring for hele helseforetaksgruppen.

4. Hvilke saker skal styret behandle

Hovedoppgaver

Styrets oppgaver og kompetanse, herunder begrensninger i styrets kompetanse og myndighet, reguleres i helseforetaksloven kapittel 7 og er presisert i foretakets vedtekter.

Styrets hovedoppgaver er knyttet til:

- 1. Medisinsk og helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold*
Styret skal med basis i helseforetaksloven legge til rette for et best mulig helsetilbud ved bruk av tildelte ressurser.
- 2. Strategi og mål*
Styret har ansvar for Vestre Viken HFs strategiske utvikling.
- 3. Organisasjon og ledelse*
Styret har ansvar for en tilfredsstillende organisering og ledelse av foretakets samlede virksomhet.
- 4. Budsjett og planer*
Styret skal fastsette budsjett og planer for foretakets virksomhet.
- 5. Tilsyn med foretakets virksomhet og drift*
Styret skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i helseforetaksloven § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter, jf. helseforetaksloven § 28 tredje ledd. Styret skal blant annet føre tilsyn med administrerende direktørs ledelse av virksomheten, herunder:
 - holde seg orientert om foretakets økonomiske utvikling og plikter, og påse at virksomheten, regnskap og formuesforvaltning er godt kontrollert.
 - påse at foretaket har en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet

Virksomhetsstyring

Styret skal påse at Vestre Viken HF har et forsvarlig styringssystem, holde seg informert om at tjenestene drives forsvarlig, og at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring, jf. «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». Styringssystemet defineres som den del av helseforetakets styring som omfatter hvordan aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i helse- og omsorgslovgivningen.

Dette omfatter internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomføres. Internkontrollen skal sørge for:

- målrettet og effektiv drift herunder medisinsk forsvarlig beredskap, utredning og behandling

- pålitelig styringsinformasjon, herunder korrekt rapportering av kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, bemanning, økonomi og annen informasjon
- etterlevelse av lover, regler, styringskrav og selvpålagte krav, herunder spesielt etiske retningslinjer

Styringssystemet skal tilpasses Vestre Vikens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Styret har ansvar for at internkontrollen blir fulgt opp i et tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte. Styret skal herunder påse at det blir truffet tiltak for å korrigere svikt og følge opp rapporter fra ulike tilsyn.

5. Struktur for styrearbeidet

Det skal settes opp en årsplan for styrearbeidet. Planen angir en oversikt over hovedoppgaver og møtetidspunkter. I tillegg skal planen vise tema som skal presenteres for styret.

Det skal årlig foretas en egevaluering av styrets arbeid og arbeidsform.

Styret gjennomfører normalt 7-10 styremøter per år. Ut over dette møtes styret når styreleder, administrerende direktør eller et flertall av styrets medlemmer krever det.

Styrets leder er ansvarlig for at styret kalles inn til møte og setter opp saksliste i samråd med administrerende direktør.

Til innkallingen skal det følge en saksliste, og det skal følge med dokumentasjon som gir et tilfredsstillende behandlingsgrunnlag for den enkelte saken i sakslisten, herunder administrerende direktørs forslag til vedtak. Saker skal være påført nummer og årstall.

Administrerende direktør har rett og plikt til å delta i styrebehandlingen og til å uttale seg, med mindre noe annet bestemmes av styret i den enkelte sak. Administrerende direktør skal ha mulighet til å uttale seg om saker som skal behandles.

Styret skal behandle saker i møte med mindre styrets leder finner at saken kan forelegges skriftlig eller behandles på annen betryggende måte. Årsberetning, årsregnskap, strategisk plan og budsjett skal alltid behandles i møte. Dersom styreleder finner det forsvarlig, kan møte holdes digitalt.

Saker som ikke er ført opp på sakslisten kan styrebehandles, med mindre møteleder eller en tredjedel av de tilstedeværende styremedlemmer motsetter seg behandling.

Dersom styret har besluttet å lukke styremøtet, avgjør styrets flertall også om og eventuelt hvilke andre deltakere enn styrets medlemmer som skal gis adgang til møtet.

Brukerutvalget i Vestre Viken HF møter i styret som observatør med to representanter (jf. Helse Sør-Østs styresak 043-2017 *Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå*). Observatører eller andre som gis talerett har ikke stemmerett.

6. Innkalling til styremøte

Innkallingen sendes ut av administrerende direktør. For ordinære styremøter skal den være mottatt av styremedlemmene senest fem virkedager før styrebehandlingen. For andre styremøter skal styrets medlemmer så vidt mulig, motta innkallingen senest to virkedager i forkant.

Sist godkjent av styret i Vestre Viken HF 19.03.24, styresak 34/2024.

7. Styremøtene

Styret er vedtaksdyktig når mer enn halvparten av medlemmene er til stede. Styrets beslutninger fattes med alminnelig flertall av tilstedeværende stemmeberettigede styremedlemmer. Minst en tredjedel av disse må stemme for et forslag før dette er formelt vedtatt. I tilfelle stemmelikhet har møteleder dobbeltstemme.

Styrets medlemmer plikter å avgi stemme i alle saker styret behandler.

Styrets møter skjer som hovedregel for åpne dører, men kan lukkes når styret finner at det er et reelt og saklig behov og det er forenlig med offentlighetslovens prinsipper. Styrets møter skal alltid lukkes ved behandlingen av taushetsbelagte opplysninger.

Styrets medlemmer og andre som deltar i styrets behandling har taushetsplikt etter forvaltningsloven. Denne gjelder også etter at vervet er avsluttet.

8. Protokoller

Det skal alltid føres protokoll fra styrebehandlingen. Foreløpig protokoll skal utarbeides så snart som mulig etter styrebehandlingen og publiseres på internett. Protokollen skal angi tid og sted for styrebehandlingen, om sakene er behandlet i møte eller på annen måte, deltakere og styrets beslutninger. Protokollen blir endelig ved godkjenning i påfølgende møte.

Dersom en beslutning ikke er enstemmig, skal det angis hvem som har stemt for og imot. Styremedlem og administrerende direktør som ikke er enig i en beslutning, kan kreve egen oppfatning ført i protokollen. Protokollen skal signeres av de medlemmene som deltok i behandlingen. Styremedlemmer som ikke deltok skal ved påtegning på styreprotokollen bekrefte at de har gjort seg kjent med dens innhold.

9. Informasjon fra styremøtene

Offentleglova gjelder for Vestre Viken HF. Opplysninger fra styremøter og dokumenter skal håndteres på en måte som ikke skader styrets arbeid eller Vestre Viken HFs interesser.

Dersom styret vurderer at konkrete saksopplysninger ikke skal gis andre enn de som har krav på dem, skal saken behandles konfidensielt. Beslutningen påføres sakspapirene. Styremedlemmene har da taushetsplikt om saken.

Informasjonsoppgavene knyttet til styresaker ligger hos administrerende direktør. Styret kan også vedta en særskilt informasjonsprosedyre i enkeltsaker.

Styrets leder uttaler seg på vegne av styret og er, sammen med administrerende direktør, talsperson utad for Vestre Viken HF.

Dato: 7. mars 2024
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	35/2024	19.03.24

Forslag til vedtak

Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF regodkjennes.

Drammen, 12. mars 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

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

Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF ble sist fastsatt i styremøte 27. mars 2023, sak 41/2023. Styret har lagt til grunn at instruksen legges fram for styret for en årlig gjennomgang og godkjenning.

Saksutredning

Instruks for administrerende direktør fastsetter regler for dennes oppgaver, plikter og rettigheter. Instruks for administrerende direktør gir også en overordnet rolleavklaring mellom styret og administrerende direktør.

Administrerende direktør har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med foretakets formål, vedtekter, årsbudsjett, foretaksmøtets avgjørelser, styrets instruks og andre retningslinjer, samt aktuelle lover og forskrifter.

Det understrekes særlig at den daglige ledelse ikke omfatter saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Slike saker plikter administrerende direktør å legge fram for styret. Administrerende direktør kan likevel i helt spesielle hastesituasjoner fatte vedtak, men styrets leder skal i så fall umiddelbart informeres. Ut over dette vises til vedlagte instruks.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør vurderer vedlagte instruks som tilfredsstillende, men ber styret om å ta stilling til om det er behov for endringer eller tillegg.

Administrerende direktør foreslår at styret regodkjenner instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF, med endringer som fremkommer i møtet.

Vedlegg: 1. Instruks for administrerende direktør

Instruks for administrerende direktør

Vestre Viken HF

1. Formål med instruksen

Denne instruksen omhandler administrerende direktørs oppgaver, plikter og rettigheter. Den er basert på helseforetaksloven, eiers styringsdokumenter og vedtekter for Vestre Viken HF, samt fullmakter i Vestre Viken HF.

2. Overordnet rolleavklaring

Styret er foretakets øverste ledelse og har det overordnede ansvaret for forvaltningen av foretakets virksomhet.

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av foretaket og har gjennomføringsansvar i virksomheten. Administrerende direktør har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med foretakets formål, vedtekter, årsbudsjett, foretaksmøtets avgjørelser, instruksjoner og andre retningslinjer, samt aktuelle lover og forskrifter.

Administrerende direktør tilsettes av styret som også fastsetter administrerende direktørs lønn og andre ansettelsesvilkår. Styret gir instruksjoner og fører tilsyn med administrerende direktørs arbeid. Styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige administrerende direktør, jf. helseforetaksloven § 36.

Administrerende direktør møter i styret, eventuelt med stedfortreder, med tale- og forslagsrett, jf. helseforetaksloven § 26.

3. Administrerende direktørs myndighet

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av Vestre Viken HF og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt.

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Administrerende direktør plikter å forelegge saker av slik natur for styret. Administrerende direktør kan i helt spesielle hastesituasjoner fatte vedtak i slik sak. I slikt tilfelle skal styrets leder umiddelbart informeres.

Det vises for øvrig til bestemmelser i vedtektene og fullmakter i helseforetaket.

4. Administrerende direktørs oppgaver

Administrerende direktør skal arbeide for at Vestre Viken HF utfører sine hovedoppgaver slik de står i foretakets vedtekter og andre styrende dokumenter innenfor de vedtatte budsjetter.

Administrerende direktør har ansvaret for foretakets daglige drift og virksomhet og skal utføre de oppgaver som kreves i den forbindelse, herunder følge opp styrets beslutninger.

Administrerende direktør skal aktivt bidra til å sikre videreutvikling av medisinsk og helsefaglig kompetanse og kvalitet i Vestre Viken HF.

Nærmere beskrivelse av enkelte oppgaver som inngår i ansvaret til administrerende direktør

Virksomhetsstyring

I henhold til «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» har administrerende direktør ansvar for at styringssystemet i helseforetaket er etablert og følges opp. Styringssystemet defineres som den del av helseforetakets styring som omfatter hvordan

aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i helse- og omsorgslovgivningen. Administrerende direktørs ansvar omfatter etablering og oppfølging av internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomføres for å sørge for:

- målrettet og effektiv drift, herunder medisinsk forsvarlig beredskap og utredning og behandling
- pålitelig styringsinformasjon, herunder korrekt rapportering av kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, bemanning, økonomi og annen informasjon
- overholdelse av lover, regler, styringskrav og selvpålagte krav, herunder spesielt etiske retningslinjer

Styringssystemet må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Administrerende direktør har ansvar for å etablere et forsvarlig internkontrollsystem og å holde styret tilstrekkelig orientert. Administrerende direktør skal minst én gang årlig sørge for en samlet gjennomgang av styringssystemet for å påse at det fungerer i tråd med hensikten og bidrar til forbedring.

Informasjon til styret

Administrerende direktør har plikt til å informere styret om foretakets virksomhet, stilling og resultatutvikling.

I alle ordinære styremøter skal administrerende direktør gi styret skriftlig rapport om situasjonen i Vestre Viken HF. Rapporten skal inneholde både økonomiske og ikke-økonomiske forhold, herunder ha et spesielt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, innhold og effektivitet.

Administrerende direktør skal for hvert tertial forelegge styret en utvidet rapportering fra virksomheten. Rapporten skal inneholde risikovurderinger vedrørende måloppnåelse, status for tilsynssaker og redegjøre for kvalitet og pasientsikkerhet.

Styret kan til enhver tid kreve at administrerende direktør gir styret redegjørelse både av generell art og i saker av særskilt interesse.

Administrerende direktør har ansvaret for å holde styret informert om vesentlige forhold internt og eksternt.

Kontroll og regnskap

Administrerende direktør skal sørge for at foretakets registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger er i samsvar med lov og forskrifter og at formuesforvaltningen er ordnet på betryggende måte, jf. helseforetaksloven § 37, siste ledd.

Rapportering

Årlig melding

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til den årlige meldingen styret plikter å levere til Helse Sør-Øst RHF i henhold til helseforetakets vedtekter § 14.

Årsberetning og årsregnskap

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til årsberetning og årsregnskap til styret. Administrerende direktør har ansvar for at godkjent årsberetning og årsregnskap innsendes til foretaksregisteret.

Saksforberedelse - styremøter

Styrets leder har det formelle ansvaret for styrebehandling av saker. Saksliste settes opp av styrets leder i samråd med administrerende direktør.

Administrerende direktør forestår saksforberedelser til styremøtene i samråd med styrets leder og innstiller til vedtak i sakene. Alle saker skal forberedes og fremlegges på en slik måte at styret har tilfredsstillende behandlings- og beslutningsgrunnlag. Administrerende direktør vil i samråd med styrets leder foreta innkalling til styremøte.

Administrerende direktør skal sørge for å holde styret informert om viktige beslutninger som gjøres av ledelsen innenfor den daglige ledelse. Administrerende direktør skal rapportere fremdrift i planer og informere om eventuelle avvik til styret. Administrerende direktør skal sørge for at alle styremedlemmer får den samme informasjon til samme tid.

Administrerende direktør utarbeider forslag til årsplan for styret.

Administrerende direktør kan kreve at styret sammenkalles.

Foretaksrådet

Administrerende direktør, eventuelt stedfortreder, plikter å være til stede og har rett til å uttale seg i foretaksrådet, jf. helseforetaksloven § 17.

Representasjon

Administrerende direktør representerer foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelsen, jf. helseforetaksloven § 39.

Administrerende direktør, eventuelt stedfortreder, deltar i aktuelle fora og styrende organer i foretaket/foretaksgruppen.

Lederfora og lederkompetanse

Administrerende direktør har et overordnet ansvar for at det drives gode lederutviklingsprosesser i Vestre Viken HF.

Samarbeid med andre

Administrerende direktør skal aktivt tilrettelegge for samarbeid i foretaket slik at det totalt sett oppnås hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Administrerende direktør skal også bidra til samarbeid med andre helseforetak i Helse Sør-Øst når dette er egnet til å fremme formålet til Vestre Viken HF.

Administrerende direktør skal tilrettelegge for samarbeid med private aktører når dette bidrar til å fremme Vestre Viken HF's formål, og i et helhetlig perspektiv, bidrar til en hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Administrerende direktør skal følge opp de plikter Vestre Viken HF har i forhold til private aktører, gjennom lovverk, instruksjoner og andre styringsdokumenter, samt særskilte avtaler.

Administrerende direktør skal bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og omsorgstilbud. Det samme gjelder i forhold til fylkeskommunale samarbeidspartnere og i forhold til andre aktuelle statlige organer.

Administrerende direktør skal bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med universiteter og høyskoler, slik at Vestre Viken HF kan ivareta de til enhver tid eksisterende forpliktelser.

Administrerende direktør skal gjennom samarbeid og dialog med pasient- og brukerorganisasjoner tilrettelegge for at Vestre Viken HF sikrer den medvirkning som er beskrevet i helseforetaksloven § 35 og i vedtektene.

Administrerende direktør skal gjennom samarbeid og dialog med de foretakstillitsvalgte og verneombud legge til rette for at Vestre Viken HF ivaretar den medvirkning som er beskrevet i lov- og avtaleverk.

Informasjon og samfunnskontakt

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles gode holdninger til, rutiner og systemer for kontakt med eksterne aktører slik at offentligheten sikres innsyn i de aktiviteter Vestre Viken HF har ansvar for. Det skal praktiseres meroffentlighet.

Styret og Helse Sør- Øst RHF skal uten opphold informeres om saker som kan bli gjenstand for stor politisk og/eller mediemessig omtale.

Helse, miljø og sikkerhet

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles systemer, rutiner og gode holdninger som ivaretar helse, miljø og sikkerhet i virksomheten inkludert pasientbehandlingen.

Organisering

Administrerende direktør har ansvar for at Vestre Viken HF er riktig organisert og har kompetanse som gjør at de samlede oppgavene kan ivaretas på en god måte. Administrerende direktør har personalansvaret for de ansatte i Vestre Viken HF. Dette kan delegeres til lavere ledernivåer.

Fullmakter

Administrerende direktør kan, innenfor sin fullmakt, delegere oppgaver og avgjørelsesmyndighet til ansatte i foretaket. Administrerende direktør har ansvar for utførelsen av delegerede oppgaver og delegert myndighet.

5. Resultatkrav og evaluering av administrerende direktør

Det vil bli foretatt en årlig evaluering av administrerende direktør. Styrets leder skal årlig ha en medarbeidersamtale med administrerende direktør.

Dato: 14. mars 2024
Saksbehandler: Kristin Fagerhaug/
Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Nytt sykehus i Drammen - Parkeringsløsning

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	36/2024	19.03.2024

Forslag til vedtak

1. Styret tar fremlegget om parkeringsløsninger ved NSD til orientering.

Drammen, 14. mars 2023

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I sak 21/2023, fremla foretaket mulige parkeringsløsninger ved nytt sykehus i Drammen (NSD). I styrets vedtak bes administrerende direktør om å utrede mulighet for bygging av parkeringshus på egen grunn, samtidig som det må sikres areal for midlertidig parkering i påvente av at varige løsninger blir etablert.

I sak 112/2023 ble det fremlagt en vurdering av alternative løsninger, der bygging av to parkeringshus på egen tomt er vurdert opp mot etablering av overflateparkering og leie av parkeringsplasser i eksternt parkeringshus, på Tomtegata 64 (T64). De beregninger som foreligger, indikerer at det å bygge egne parkeringshus vil bli dyrere enn en løsning med leie av plasser gjennom en samarbeidsavtale med T64. I tillegg innebærer bygging av to egne parkeringshus en usikkerhet med tanke på tilgang til tilstrekkelig antall plasser, da markedsgrunnlaget for å bygge T64 da ikke vil være tilstede. Styret vedtok med 8 mot 1 stemme følgende:

1. Styret tar fremlegget om parkeringsløsninger ved NSD til orientering, og ber administrerende direktør gå videre i dialog med Tomtegata 64 om etablering av en mulig avtale om leie av parkeringsplasser og forvaltning av egneide parkeringsplasser. Et eventuelt forslag til avtale med T 64 skal legges frem for styret.
2. Styret ber administrerende direktør gå videre i dialog om leie av midlertidige parkeringsplasser som står tilgjengelige ved åpning av sykehuset i 2025.
3. Styret ber administrerende direktør legge frem forslag til parkeringsløsninger for prosjektstyret for NSD, og anmode om at prosjektet legger til rette for etablering av overflateparkering på parkeringsarealer ved akuttmottaket og PHR.

I sak 19/2024 behandlet styret finansieringen av etablering av overflateparkering på foretakets egneide tomter. Foretaket har i etterkant oversendt bestilling til PNSD om iverksettelse av etablering av overflateparkeringsplasser.

Arbeidet med avtaleinngåelser både for overflateparkering, p-hus på T64 og midlertidige parkeringsløsninger pågår, og vil tas til styret i samsvar med fullmaktsrutinen.

Det er i flere sammenhenger fremkommet bekymring for tilgang på parkeringsplasser ved nytt sykehus Drammen. I denne saken vil det derfor redegjøres for løsningene som er under forhandling og planlegging.

Saksutredning

Nedenfor redegjøres for dagens tilganger på parkeringsplasser og planlagt løsning i NSD.

Parkering totalt

Parkeringsområde:	Eksisterende p-tilbud (kartlagt 2018)	Planlagt løsning
Pasienter og pårørende	414	452
Parkering for ansatte	827	800
Parkering for tjenestebiler, handicap, mm	60	32
Samlet	1301	1284

Talene fordeler seg som følger:

Parkering for pasienter og pårørende

Parkeringsområde: Pasienter og pårørende	Eksisterende p-tilbud (kartlagt 2018)	Planlagt løsning
Drammen sykehus, hvorav 255 plasser er kommunale åpne p-plasser uten eksklusiv rett	328	
Blakstad sykehus	45	
BUPA	41	
NSD		
Overflateparkering egneide tomter:		
• P-øst: 78 + 10 MC-plasser		88
• P-vest 110 + 4 MC-plasser		114
Helseparken – tilgjengelig i p-kjeller		250
Samlet	414	452

I kartleggingen i 2018 var ikke parkeringsplasser ved BUPA inkludert. Dette er lagt til her. I tillegg kommer tilgang på HC plasser på foretakets eiendom på Brakerøya, som sammen med korttidsparkering og parkering for tjenestebiler utgjør 32 plasser.

Sett mot dagens løsning vil det være et bedre parkeringstilbud til pasienter og pårørende utenfor nytt sykehus Drammen. Dagens tilgang på 255 kommunale plasser i Drammen sentrum er åpent tilgjengelig for alle besøkende i Drammen sentrum, og i gangavstand til for eksempel Bragernes torg. Det er således grunn til å anta at det vil være god kapasitet på besøksparkeringen ved NSD.

Parkering for ansatte

Parkeringsområde: Ansatte	Eksisterende p-tilbud (kartlagt 2018)	Planlagt løsning
Drammen sykehus	629	
Blakstad sykehus	181	
BUPA	17	
NSD		
P-hus T64		600
Odden (frem til 2030)		200
Samlet	827	800

I kartleggingen i 2018 var ikke parkeringsplasser ved BUPA inkludert. Dette er lagt til her. Det vil i en overgangsfase være tilgang på 200 plasser på Odden, noe som gir en økt kapasitet inntil tiltak for grønn mobilitet er godt innarbeidet. Kollektivtilbudet til NSD anses som godt. Det legges opp til hyppige avganger med buss til hovedinngangen. I tillegg vil det gå regelmessige togavganger i gangavstand til sykehuset. Mulighet for sykkelparkering, garderobefasiliteter og tørkemuligheter er vesentlig bedre på NSD enn ved dagens lokasjoner.

Parkering for tjenestebiler, handicap, mm

Parkeringsområde Tjenestebiler, HC, korttid	Eksisterende p-tilbud (kartlagt 2018)	Planlagt løsning
Drammen sykehus	32	
Blakstad sykehus	22	
BUPA	6	

NSD HC-parkering, korttidsparkering og tjenestebiler		32
Samlet	60	32

I kartleggingen i 2018 var ikke parkeringsplasser ved BUPA inkludert. Dette er lagt til her. Det er ikke forventet samme behov for plasser til tjenestebiler i nytt sykehus, da en del av bilene brukes til frakt mellom nettopp dagens Drammen sykehus og Blakstad.

Oppsummert dagens tilgang på parkeringsplasser sett mot planlagt løsning i NSD

Behovsvurderingen for parkeringsplasser i nytt sykehus bygger på den kartleggingen som ble foretatt i 2018. Denne viste en samlet tilgang på 1237 plasser i 2018. Da var parkeringsplasser ved BUPA ikke inkludert med anslagsvis 64 plasser. Holdes de kommunale plassene uten eksklusivitet utenfor, hadde foretaket i 2018 tilgang på om lag 1046 plasser.

Planlagte parkeringsløsninger i NSD gir permanent tilgang på 1084 plasser, samt tilgang på 200 midlertidige plasser på Odden frem til 2030.

Tilgang til parkeringsplasser for ansatte reduseres noe i NSD etter hvert. Med de midlertidige plassene på Odden vil foretaket ha tilgang på 800 plasser mot et vurdert behov på 600 før tiltak for grønn mobilitet.

Fremdriftsplan og midlertidige løsninger

Ved innflytting i NSD høsten 2025 vil ikke parkeringshuset i T64 stå ferdig. Det er forventet at parkeringshuset vil stå ferdig tidligst høsten 2026. Dette vil løses ved utvidet tilgang på midlertidige parkeringsplasser i nærheten frem til T64 står ferdig. For ansatte vil det totalt leies ca. 780 midlertidige parkeringsplasser i gangavstand fra NSD. Når T64 står ferdig anslagsvis høsten 2026, vil det være 800 plasser tilgjengelig for ansatte frem til 2030. Det vil følgelig være god dekning for ansattparkering, og dermed godt med tid for tilpasning til de varige løsningene som legges til grunn for grønn mobilitet.

For pasienter og pårørende vil parkering i Helseparken med 250 plasser, og 202 plasser på overflateparkering på sykehusets egen tomt stå ferdige høsten 2025. I tillegg vil ulike plasser til HC-parkering, korttidsparkering og servicebiler på 32 plasser være tilgjengelige.

Det pågår dialog med grunneierne for disse løsningene, og avtaler forventes å være på plass i løpet av kort tid.

Finansiering og avtalemessig innretning

I styresak 112/ 2023 ble det angitt en løsning med Tomtegata 64 der eierne av T64 skulle drifte og forvalte samtlige parkeringsplasser på foretakets vegne – både overflateparkering på egneide tomter og leide plasser i parkeringshus. I den anledning ble det angitt at foretaket måtte stille en inntektsgaranti for Tomtegata 64. Denne modellen er det nå gått bort fra. Det fremstår som mer oversiktlig med rendyrkede ansvarsforhold. Dette innebærer at avtalen med T64 legges opp til en brutto leieavtale for parkeringsplasser til ansatte, og at VVHF får alle inntekter fra parkeringsavgift fra egne ansatte som har tilgang til parkeringshuset i T64, samt at alle inntekter fra parkering på egneide tomter (overflateparkeringen) tilfaller foretaket. Foretaket bærer da risikoen for inntektsnivået, men stiller heller ingen garantier. Dette medfører også at foretaket har kontroll på prisfastsettelse av overflateparkering overfor pasienter og pårørende.

Avtalegrunnlaget for T64 er under utarbeidelse, og må som følge av avtalens størrelse behandles av styret og oversendes Helse Sør-Øst for styrebehandling og godkjenning av Helse-omsorgsdepartementet. Det er planlagt styremøter i HSØ 25. april og 21. juni. Det er ønskelig å

rette seg inn mot møtet 25. april. Det vil derfor kunne bli nødvendig med et ekstraordinært styremøte i VVHF. Finansieringen av leien vil dekkes gjennom inntekter fra overflateparkering til pasienter og pårørende, i tillegg til egenbetaling fra ansatte. For de øvrige avtalene er det ikke forventet at verdien av disse vil overstige grensene for hva som behandles av administrerende direktør, og/ eller styret i VVHF.

Avklaringer med Drammen og Lier kommune om endret innretning på parkeringsløsninger

I bestemmelsene til detaljreguleringen for NSD står det i punkt 5.2.1.c):

«Etter kommunens vurdering kan det fravikes fra de angitte parkeringskravene for bil dersom det kan dokumenteres at samlet maksimalantall for parkeringsplasser for alle felt angitt ovenfor ikke overskrides innenfor planområdet.»

Denne bestemmelsen åpner for en helhetlig vurdering av det samlede antall parkeringsplasser innenfor området. Foretaket har dialog med Drammen kommune om midlertidige og endelige løsninger for parkering på Brakerøya, og dialog med Lier kommune om midlertidige plasser på Odden, samt nærliggende områder. Kommunegrensen går som kjent tvers gjennom adkomstbygget på NSD.

Administrerende direktørs vurderinger

Det har vært uttrykt bekymring for om antallet parkeringsplasser tilknytning til det nye sykehuset i Drammen vil være tilstrekkelig, både for ansatte og pasienter og pårørende. Saken redegjør for de planer som nå foreligger for å dekke parkeringsbehovene, og er gjennomgått i medvirkningsmøte med foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombud 14. mars.

Som det fremgår av saksgrunnlaget er det forventet tilfredsstillende dekning av parkeringsbehovet for ansatte, pasienter og pårørende ved innflytting. Det er beregnet tilgang på 1264 parkeringsplasser totalt ved åpning av sykehuset, og 1284 når parkeringshuset i T64 står ferdig omkring årsskiftet 2026/2027. Det er på nivå med dagens tilbud for de ansatte, og bedre for pasienter og pårørende. I den langsiktige løsningen lagt til grunn gradvis effekt av grønn mobilitet.

Avtaler med grunneiere og utbyggere er under arbeid. Som omtalt i saken kan det bli nødvendig med et ekstraordinært styremøte for å sikre behandling i HSØ 25. april. Administrerende direktør foreslår at styret gir Styreutvalget en utvidet rolle i vurdering av avtalen med T64 når den foreligger, og slik at styret på det grunnlag kan behandle saken pr. epost.

Det foreslås at styret tar redegjørelsen til orientering.

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Hamar
Dato:	7. mars 2024
Tidspunkt:	Kl. 09:15 – 16:00

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra brukerutvalget møtte:

Aina Nybakke	Forfall	Vara: Cathrine Moen
Odvar Jacobsen	Forfall	Vara: Sondre Bogen-Straume

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen
Fagdirektør Ulrich Spreng, eierdirektør Tore Robertsen, økonomi- og finansdirektør Line Alfarrustad, direktør porteføljestyling bygg Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, konserndirektør Mona Stensby og kommunikasjonsdirektør Gunn K. Sande

Saker som ble behandlet:

013-2024	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 7. mars 2024

014-2024	Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 9. februar 2024
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll og B-protokoll fra styremøte 9. februar godkjennes.

015-2024	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker i 2024 tas til orientering.

016-2024	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Kommentarer i møtet

Administrerende direktør orienterte om status for henvendelser til styret om organisering av tilbudet til smertepasienter i Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst RHF har etablert dialog med partene og det arbeides videre med planer for oppfølging av smertepasienter i regionen.

Styret drøftet videreutviklingen av medisinstudiet i Innlandet. Styret er opptatt av at kvaliteten i utdanningstilbudet opprettholdes ved endret organisering og at det arbeides godt med sikte på fremtidig rekruttering av medisinstudenter til Innlandet.

De tertialvise risikovurderingene er et viktig verktøy for å følge med på områder med høy risiko. Styret forventer at risikovurderingene er realistiske og at det iverksettes tiltak for å redusere risiko.

017-2024	Virksomhetsrapport per januar 2024
----------	------------------------------------

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport per januar 2024

Kommentarer i møtet

Styret ber om at den løpende rapporteringen fra de regionale IKT-prosjektene og IKT infrastrukturmodernisering videreføres også etter at ansvaret er overført til Sykehuspartner HF. Styret vil særlig legge vekt på de tertialvise rapportene.

Styret viste til tidligere merknader om utviklingen i bruk av innleie. Saken følges opp i egen sak til styret i et kommende styremøte.

Styret drøftet ulike utfordringer med den økonomiske styringen i helseforetakene, herunder økte kostnader til bemanning, økende ventetider, manglende måloppnåelse for pakkeforløp for kreft, høye avvisningsrater og økning i antall korridorpasienter. Styret ber om at utviklingen på disse områdene følges tett. Ulike tiltak for strategisk bemanningsstyring og aktiv oppgavedeling bør vurderes, herunder tiltak for å møte økningen i kostnader som følge av økt andel leger over tid.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar virksomhetsrapport per januar 2024 til etterretning.

018-2024	Årlig melding 2023 for Helse Sør-Øst RHF
----------	--

Oppsummering

Helseforetaksloven § 34 Årlig melding om virksomheten mv. i regionalt helseforetak, pålegger regionale helseforetak å utarbeide en melding om foretaket og foretakets virksomhet som forelegges departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier.

Vedtekter for Helse Sør-Øst RHF § 15 Melding til departementet fastslår at styret innen den 15. mars hvert år skal sende en melding til departementet som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år.

Saken omhandler Årlig melding 2023 for Helse Sør-Øst RHF. Meldingen behandles av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøte innen utgangen av juni 2024.

Kommentarer i møtet

Styret slutter seg til Årlig melding for 2023 med de merknader og språklige innspill som ble gitt i møtet. Styret ber blant annet om en bredere redegjørelse om investeringer i bygg. Videre bør økning i ventetider også begrunnes med en krevende økonomisk situasjon som følge av pandemien.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. På grunnlag av samlet rapportering for 2023 anser styret for Helse Sør-Øst RHF at:
 - Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har vært ivaretatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller.
 - Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2023 er søkt fulgt opp. Styret er tilfreds med dette, men påpeker samtidig at måloppnåelsen innen enkelte områder ikke er god nok, og at det må arbeides aktivt for en bedring.
2. Driften i helseforetak og sykehus har i 2023 fortsatt vært preget av høyt sykefravær og en krevende driftssituasjon. Styret berømmer innsatsen som er lagt ned for å omlegge driften og samtidig yte gode helsetjenester.
3. Administrerende direktør gis fullmakt til å slutføre årlig melding 2023 for Helse Sør-Øst RHF på grunnlag av styrets innspill i møtet. Årlig melding 2023 for Helse Sør-Øst RHF oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen 15. mars 2024.

019-2024	Økonomisk langtidspan 2025–2028 – planforutsetninger
-----------------	---

Oppsummering

Styret inviteres med denne saken til å legge føringer for helseforetakenes arbeid med økonomisk langtidspan for årene 2025–2028. I saken gis det forslag til føringer for aktivitetsutvikling og prioriteringer innen det medisinske og helsefaglige området, utvikling av bemanning og kompetanse, satsing innen informasjonsteknologi, krav til medisinsk-teknisk utstyr og vedlikehold av bygningsmassen, samt økonomiske planleggingsrammer.

På grunnlag av føringene skal helseforetakene utarbeide innspill til regionens økonomiske langtidspan for årene 2025–2028. Det er et krav at innspillene styrebehandles i helseforetakene. Økonomisk langtidspan 2025–2028 for Helse Sør-Øst vil bli forelagt styret 21. juni 2024.

Saken bygger på styresak 099-2023 *Økonomisk langtidspan 2024–2027* og styresak 131-2023 *Budsjett 2024 – fordeling av midler til drift og investeringer*. I tillegg legger styresak

134-2022 *Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040* og sak 004-2024
Oppdragsdokument 2024 premisser for planforutsetningene som omtales i denne saken.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at avsetninger og regional resultatbuffer fremgår i styrets vedtak. Styret legger til grunn at planlegging av bemanningsbehov i helseforetakene også omfatter å begrense innleie. Dette presiseres i vedtaket.

Det ble fremmet et alternativt forslag til vedtakspunkt 1 med nytt kulepunkt 12 og 13, samt et alternativt forslag til vedtakspunkt 4.

1. *Helseforetakene skal i sine økonomiske langtidsplaner for perioden 2025–2028 legge til grunn innsatsområdene i Regional utviklingsplan 2040. Videre skal følgende planforutsetninger legges til grunn:*
 - *Aktivitetsnivået må tilpasses slik at det møter befolkningens behov for helsetjenester og mål om reduserte ventetider.*
 - *For psykisk helsevern skal det planlegges for en årlig vekst innen døgnkapasitet og døgnaktivitet.*
 - *Poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn foregående år.*
 - *Kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eksklusive avskrivninger og pensjon, skal øke minst på nivå med vekst i den frie driftsbevilgningen.*
 - *Tilgjengelighet til tjenesten skal bedres, og mål om utvikling i ventetider per tjenesteområde skal oppfylles.*
 - *Bedring i kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres, herunder skal uønsket variasjon reduseres ved bruk av tilgjengelige data.*
 - *Det skal legges til rette for oppfølging av Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023-2030, inkludert bruk av storskala helsedata og ny teknologi der pasientbehandling, systematisk kunnskapsbygging og forskning er integrert.*
 - *Det skal legges til rette for bedre integrering av klinisk forskning og pasientbehandling, bl.a. gjennom flere kliniske behandlingsstudier og økt pasientdeltakelse i slike studier, i tråd med målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025.*
 - *Det skal gjennomføres analyser av framtidig bemanningsbehov. Analysene skal følges opp av tiltak som styrker arbeidet med riktig og god bruk av personell og kompetanse med basis i ivaretagelse av forsvarlighetskravet. Helseforetakene og de private ideelle sykehusene skal planlegge for å være en attraktiv arbeidsgiver og å løse sitt bemanningsbehov i all hovedsak gjennom fast ansatte.*
 - *Ved inngangen til planperioden skal antallet utdanningsstillinger for sykepleiere og antallet lærlinger være økt i henhold til oppdrag og bestilling for 2024. Lærlinger innen helsefagarbeid skal prioriteres. Nivået på antallet utdanningsstillinger og antall lærlinger skal opprettholdes eller økes ytterligere i planperioden.*
 - *Egne kartlegginger av status og behov for medisinsk-teknisk utstyr skal benyttes til å foreta prioriteringer og innarbeide anskaffelsesplaner for medisinsk-teknisk utstyr.*
 - *Det skal settes av midler til ordinært og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det ordinære vedlikeholdet over tid utgjøre minst 350 kr/kvm per år for hele bygningsmassen.*
 - *Som en planforutsetning budsjetteres det med en årlig resultatbuffer på 200 millioner kroner, sammen med nedre likviditetsmessig grense på 1 milliard kroner.*

2. *Regjeringens varslede endringer i finansieringsregimet for spesialisthelsetjenesten slik det framgår av helse- og omsorgsministerens sykehustale i 2024 legges til grunn, herunder at bevilgningen til demografisk betinget aktivitetsvekst fra og med 2025 dekkes 100 prosent, at renteberegningsmetoden endres tilbake til statsrente med påslag, og at det kan søkes om lån inntil 90 prosent av styringsrammen for nye prosjekter fra 2025.*
3. *Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner skal baseres på realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling, og tiltak for å oppnå det planlagte resultatet skal i størst mulig grad beskrives og tallfestes. Arbeidet skal skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner. Helseforetakene skal legge inntektsrammene i denne saken til grunn for sin planlegging. Det skal planlegges for å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid.*
4. *Helseforetakene skal iverksette reell utredning av trinnvis utbygging for alle større byggeprosjekter, inklusive prosjekter som er i oppstart. Gevinstrealiseringsplaner skal gjennomgås og kvalitetssikres. Realistiske forutsetninger om framtidig produktivitetsutvikling skal legges til grunn. Gevinstestimaterne skal sammenholdes og avstemmes med faktisk oppnådde gevinster i allerede gjennomførte byggeprosjekt. Byggeprosjekter hvor grunnarbeid er igangsatt skal videreføres som planlagt. I øvrige prosjekter skal kontrahering utsettes i påvente av en regional gjennomgang av prosjektenes samlede omfang og regionens samlede bæreevne. Oppdaterte priser og rentenivå skal legges til grunn.*
5. *Som en planforutsetning tildeles ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Innlandet HF for 2025 med 55 millioner kroner. Nivået vil bli vurdert på nytt og endelig fastsatt i forbindelse med budsjett 2025.*
6. *Styret slutter seg til planlagt investeringsnivå for IKT i planperioden. Nye systemer skal bidra til en mer effektiv arbeidshverdag for medarbeiderne ved å frigi tid for helsepersonell. Arbeidet med nytte- og gevinstrealisering, standardisering og sanering skal videreføres og forsterkes.*

Det ble votert over det alternative forslaget til vedtak.

Votering:

Vedtaket falt mot tre stemmer (Grimsgaard, Sølvberg og Kronkvist)

Det ble deretter votert over administrerende direktørs forslag til vedtak med de justeringer som fremkommer av styrets merknader.

V E D T A K

1. Helseforetakene skal i sine økonomiske langtidsplaner for perioden 2025–2028 legge til grunn innsatsområdene i *Regional utviklingsplan 2040*. Videre skal følgende planforutsetninger legges til grunn:
 - Aktivitetsnivået må tilpasses slik at det møter befolkningens behov for helsetjenester og mål om reduserte ventetider.
 - For psykisk helsevern skal det planlegges for en årlig vekst innen døgnkapasitet og døgnaktivitet.
 - Poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn foregående år.
 - Kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eksklusive avskrivninger og pensjon, skal øke minst på nivå med vekst i den frie driftsbevilgningen.
 - Tilgjengelighet til tjenesten skal bedres, og mål om utvikling i ventetider per tjenesteområde skal oppfylles.
 - Bedring i kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres, herunder skal uønsket variasjon reduseres ved bruk av tilgjengelige data.
 - Det skal legges til rette for oppfølging av *Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023-2030*, inkludert bruk av storskala helsedata og ny teknologi der pasientbehandling, systematisk kunnskapsbygging og forskning er integrert.
 - Det skal legges til rette for bedre integrering av klinisk forskning og pasientbehandling, bl.a. gjennom flere kliniske behandlingsstudier og økt pasientdeltakelse i slike studier, i tråd med målene i *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025*.
 - Det skal gjennomføres analyser av framtidig bemanningsbehov. Analysene skal følges opp av tiltak som styrker arbeidet med riktig og god bruk av personell og kompetanse med basis i ivaretagelse av forsvarlighetskravet. Helseforetakene og de private ideelle sykehusene skal planlegge for å være en attraktiv arbeidsgiver og å løse sitt bemanningsbehov i all hovedsak gjennom fast ansatte og begrense innleie.
 - Ved inngangen til planperioden skal antallet utdanningsstillinger for sykepleiere og antallet lærlinger være økt i henhold til oppdrag og bestilling for 2024. Lærlinger innen helsefagarbeid skal prioriteres. Nivået på antallet utdanningsstillinger og antall lærlinger skal opprettholdes eller økes ytterligere i planperioden.
 - Egne kartlegginger av status og behov for medisinsk-teknisk utstyr skal benyttes til å foreta prioriteringer og innarbeide anskaffelsesplaner for medisinsk-teknisk utstyr.
 - Det skal settes av midler til ordinært og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det ordinære vedlikeholdet over tid utgjøre minst 350 kr/kvm per år for hele bygningsmassen. Det avsettes 200 millioner kroner årlig av regionens likviditet i årene 2025-2026 til ekstraordinær prioritering av vedlikeholdsinvesteringer. Helseforetakene skal planlegge med minst samme vedlikeholds nivå i planperioden som i forrige økonomiske langtidsplan.

2. Det legges til grunn en regional resultatbuffer på 700 millioner kroner, en investeringsbuffer på 200 millioner kroner og en nedre grense på likviditet på 1 milliard kroner.
3. Regjeringens varslede endringer i finansieringsregimet for spesialisthelsetjenesten slik de framgår av helse- og omsorgsministerens sykehustale i 2024 legges til grunn, herunder at bevilgningen til demografisk betinget aktivitetsvekst fra og med 2025 dekkes 100 prosent, at renteberegningsmetoden endres tilbake til statsrente med påslag, og at det kan søkes om lån inntil 90 prosent av styringsrammen for nye prosjekter fra 2025.
4. Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner skal baseres på realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling, og tiltak for å oppnå det planlagte resultatet skal i størst mulig grad beskrives og tallfestes. Arbeidet skal skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner. Helseforetakene skal legge inntektsrammene i denne saken til grunn for sin planlegging. Det skal planlegges for å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid.
5. Som en planforutsetning viderefører styret tidligere, prioriterte store byggeprosjekter. Det skal vurderes muligheter for trinnvis utbygging i alle prosjekter og muligheter for forskyving av prosjekter som ikke er i forprosjekt- eller gjennomføringsfase. Ved store byggeprosjekter påpeker styret viktigheten av grundig, involverende og forpliktende arbeid med gevinstrealiseringsplaner og konkretisering av tiltak for tilpasning av kostnadsnivået i forkant av innflytting.
6. Som en planforutsetning tildeles ekstraordinær inntektsstøtte til Sykehuset Innlandet HF for 2025 med 55 millioner kroner. Nivået vil bli vurdert på nytt og endelig fastsatt i forbindelse med budsjett 2025.
7. Styret slutter seg til planlagt investeringsnivå for IKT i planperioden. Nye systemer skal bidra til en mer effektiv arbeidshverdag for medarbeiderne ved å frigi tid for helsepersonell. Arbeidet med nytte- og gevinstrealisering, standardisering og sanering skal videreføres og forsterkes.

Votering:

Forslaget ble vedtatt mot tre stemmer (Grimsgaard, Sølvberg og Kronkvist)

020-2024	Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje per tredje tertial 2023
-----------------	---

Oppsummering

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

Den vedlagte tertialrapporten rapporter status per 31. desember 2023. Viktige hendelser som har skjedd i porteføljen etter denne datoen, er beskrevet i dette saksfremlegget.

Kommentarer i møtet

Styret vektlegger at innføring av nye IKT-løsninger må skje i samarbeid med brukerne av løsningene. Styret ber videre om løpende oppmerksomhet på gevinstrealisering fra gjennomførte prosjekter.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per tredje tertial 2023 for de styregodkjente prosjektene i regional IKT-prosjektportefølje til orientering.

021-2024	Status og rapportering tredje tertial 2023 for programmet STIM, Sykehuspartner HF
-----------------	--

Oppsummering

Saken omhandler status og rapportering per tredje tertial 2023 for programmet STIM (standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering) som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF. Rapporten ble behandlet i styret i Sykehuspartner HF 7. februar 2024, jf. styresak 005-2024 i Sykehuspartner HF.

Saken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å holde styret orientert om status og fremdrift i programmet. Programmet er avviklet fra og med 1. januar 2024. Det vises til styresak 153-2023 *Sykehuspartner HF – oppsummering av program STIM og videreføring av moderniseringsarbeidet* den 21. desember 2023. Dette er dermed den siste tertialrapporten fra STIM-programmet. Rapportering på gjestående aktiviteter vil integreres i samlet porteføljerapport fra Sykehuspartner HF fra og med 1. tertial 2024.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status og rapportering per tredje tertial 2023 for programmet STIM, som er gjennomført i regi av Sykehuspartner HF, til orientering.

022-2024	Rapport fra følgerevisjon av program STIM per 3. tertial 2023
-----------------	--

Oppsummering

Konsernrevisjonen har over flere år gjennomført en følgerevisjon av program for standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering (STIM) etter oppdrag fra styret i Helse Sør-Øst RHF.

Program STIM ble avsluttet 31. desember 2023. I denne saken oppsummerer vi konsernrevisjonens vurderinger av programmets samlede leveranser og måloppnåelse over levetiden.

Kommentarer i møtet

Styret tar med seg de positive erfaringene med å benytte følgerevisjon som metode.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar rapport fra følgerevisjon av program STIM per 3. tertial 2023 til orientering og stiller seg bak revisjonens anbefaling.

023-2024	Årsrapport 2023 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
----------	---

Oppsummering

Årsrapporten gir styret i Helse Sør-Øst RHF en beskrivelse av konsernrevisjonens arbeid i 2023 sett opp mot instruks for konsernrevisjonen og styregodkjent revisjonsplan for 2023.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar årsrapport 2023 for konsernrevisjonen til orientering.

024-2024	Årsrapport 2023 for styrets revisjonsutvalg
----------	---

Oppsummering

Instruksen for styrets revisjonsutvalg ble revidert i 2023. For å skape et tydeligere skille mellom internrevisjonsfunksjonen og revisjonsutvalget opp mot styret blir det fra 2023 utarbeidet separate årsrapporter.

Årsrapporten gir styret i Helse Sør-Øst RHF en beskrivelse av revisjonsutvalgets arbeid i 2023 sett opp mot instruks for revisjonsutvalget.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar årsrapport 2023 for revisjonsutvalget til orientering.

025-2024	Tertialrapport 3. tertial 2023 for regionale byggeprosjekter
-----------------	---

Styremedlem Harald Nikolaisen har, som administrerende direktør i Statsbygg, meldt seg inhabil under behandling av Livsvitenskapsbygget.

Oppsummering

Styresaken redegjør for status og risikohåndtering per tredje tertial 2023 for de regionale byggeprosjektene i Helse Sør-Øst og prosjektporteføljen som helhet.

I saken inngår en kort beskrivelse av prosjektene og en overordnet vurdering av den samlede prosjektporteføljen med særlig henblikk på risikoområder, avvik og tiltak.

Kommentarer i møtet

Styret er tilfreds med en grundig rapportering på status for de regionale byggeprosjektene. Følgeevalueringen av nytt sykehus i Drammen peker på viktige læringspunkter for fremtidige byggeprosjekter.

Styret slutter seg til de bekymringer som fremkommer i følgeevalueringen og ber om at prosjektet nytt sykehus i Drammen følges tett gitt den betydelige restrisikoen i prosjektet.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar status per tredje tertial 2023 for regionale byggeprosjekter til etterretning.

026-2024	Følgeevaluering av nytt sykehus i Drammen for gjennomføringsfasen, fra 2019 til 2023
-----------------	---

Oppsummering

I sak 008-2023 *Vestre Viken HF - Revidert styringsramme for Nytt sykehus i Drammen* ble det redegjort for at prosjektet var styrket med ressurser fra Sykehusbygg HF, og at det skulle engasjeres eksternt part for å gjøre en evaluering av prosjektet frem til nå og en videre følgeevaluering. Styret ba om at administrasjonen, i samarbeide med Sykehusbygg HF, skulle komme tilbake til styret med en vurdering av styringen og gjennomføringen av prosjektet.

Sykehusbygg HF har bistått prosjektet med ledende ressurser som støtte for prosjektdirektør og til å gå igjennom entreprenørkrav. Status for dette arbeidet inngår i grunnlaget for tertialrapporteringen for regionale byggeprosjekter.

Dovre Group Consulting og NEO Consulting ble engasjert til evalueringsoppdraget og har nå gjennomført første del av evalueringen. Den tar for seg prosjektets gjennomføringsfase fra 2019 til 2023, og skal følges opp med følgeevaluering fram til ferdigstilling av prosjektet i 2025. Denne saken omhandler en oppsummering av vurderinger og anbefalinger gitt i det vedlagte notatet *Prosjekt Nytt sykehus i Drammen – Evaluering av gjennomføringsfase, Dovre Group Consulting, NEO Consulting, 19.01.2024 (U.off. §15 og §23)*.

Kommentarer i møtet

Saken ble behandlet sammen med styresak 025-2024.

Følgeevalueringen av nytt sykehus i Drammen peker på viktige læringspunkter for fremtidige byggeprosjekter.

Styret slutter seg til de bekymringer som fremkommer i følgeevalueringen og ber om at prosjektet nytt sykehus i Drammen følges tett gitt den betydelige restrisikoen i prosjektet.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar evalueringen av nytt sykehus i Drammen til orientering og ber administrerende direktør gjøre den nødvendige oppfølging overfor prosjektet nytt sykehus i Drammen og sørge for overføring av læring til andre prosjekter.

027-2024	Målretting av regionale forskningsmidler for utlysning i 2024
----------	---

Oppsummering

De regionale forskningsmidlene i Helse Sør-Øst består av Helse- og omsorgsdepartementets øremerkede midler til forskning (HOD-midler) og en avsetning fra det regionale helseforetakets eget budsjett (RHF-midler). For 2024 utgjør midlene totalt 666,5 millioner kroner til forskning og forskningsbasert innovasjon, hvorav 355,5 millioner kroner er HOD-midler (jf. styresak 131-2023). I 2023 ble det utlyst nær 150 millioner kroner¹ i en konkurransebasert prosess.

Helse Sør-Øst RHF forvalter i tillegg HODs tilskudd til Nasjonalt program for klinisk behandlingforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK) på vegne av de fire RHF-ene. Midler til KLINBEFORSK er avsatt i egen post over Statsbudsjettet og utgjør 192,2 millioner kroner for 2024. Programmidlene tildeles til kliniske multisenterstudier der det inngår samarbeidspartnere fra alle helseregioner.

I denne saken foreslås det målretting av inntil 10 millioner kroner av RHF-midlene til forskning for årets utlysning. Det gis også en overordnet beskrivelse av tildelingsprosess for disse midlene. Målrettingen vil understøtte forskning innenfor særskilte tema og områder som er viktige for videreutvikling av spesialisthelsetjenesten i tråd med oppdragsdokument og *Regional utviklingsplan 2040*. Målrettingen følger også opp den strategiske retningen satt i Helsepersonellkommissjonens rapport «Tid for handling» og regjeringens fokusområder for ny Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Forslaget innebærer at de prioriterte midlene håndteres innenfor rammen av den ordinære utlysningen av regionale forskningsmidler og legger til rette for en helhetlig håndtering av søknader om konkurranseutsatte forskningsmidler.

¹ Samlet utlysningspott til åpen utlysning, prioriterte områder og forskningsmidler til ikke-universitetssykehusene

Kommentarer i møtet

Styret ber om at krav til universell utforming ivaretas i vurderingen av forskningsprosjekter innen digitalisering.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret vedtar at inntil 10 millioner kroner av det regionale helseforetakets midler til forskning fra eget budsjett prioriteres for følgende tematiske forskningsområder i årets utlysning med presiseringer slik det framgår i saken:
 - Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
 - Desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp
 - Digitalisering
2. Styret slutter seg til at midler til ikke-universitetssykehus videreføres som en strategisk satsning på samme nivå som i 2023.

028-2024	Sykehuset Østfold HF – videreføring til konseptfase steg 2 for stråle- og somatikkbygg Kalnes
-----------------	--

Oppsummering

Styret godkjente oppstart av konseptfasen for nytt stråle- og somatikkbygg Kalnes i sak 017-2023 *Sykehuset Østfold HF – oppstart konseptfase for nytt stråle- og somatikkbygg Kalnes*.

Styret skal i tråd med fullmaktstruktur for byggeinvesteringer (styresak 118-2023 *Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst*) og *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*, behandle faseovergangen fra steg 1 til steg 2 av konseptfasen for alle investeringsprosjekter over 500 millioner kroner.

Denne saken gjør rede for arbeidet med steg 1 av konseptfasen for stråle- og somatikkbygg Kalnes, Sykehuset Østfold HF, og anbefaler valg av konsept for videreføring og utdyping i konseptfasens steg 2.

Kommentarer i møtet

Styret er positive til at mulighetene for standardisering av stråleneheter på tvers av sykehusene i regionen utredes og vurderes. Videre skal muligheten for trinnvis utbygging vurderes som et alternativ. Dette gjør at valgt alternativ for utbyggingen først kan besluttes som del av steg 2 i konseptfasen. Styret forutsetter at det er god dialog med Sykehuset Østfold i det videre arbeidet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner fremlagt *Konseptrapport steg 1 Stråle- og somatikkbygg Kalnes rev. 06*, inkludert hovedprogram, og ber om at denne legges til grunn for det videre arbeidet.

2. Styret godkjenner at konseptet bearbeides videre som hovedalternativ for stråle- og somatikkbygg, Kalnes, og videreføres til steg 2 av konseptfasen (B3A-beslutning) med følgende forutsetninger:
 - a. Styret ber om at det forberedes for at sengebygg og stråleterapienheten eventuelt kan bygges hver for seg og trinnvis.
 - b. Styret ber om at det utredes hvordan det kan legges til rette for landinger med SAR-Queen på Kalnes, i tillegg til ordinære ambulanshelikopter.
3. Styret forutsetter at Sykehuset Østfold HF arbeider videre med kostnadsreduksjon og prioritering i steg 2. Endelig styringsramme fastsettes ved behandling av konseptfasen, steg 2.

029-2024	Akershus universitetssykehus HF - videreføring til konseptfase steg 2 for kreft- og somatikkbygg
-----------------	---

Oppsummering

Styret godkjente oppstart av konseptfasen for Kreft- og somatikkbygg i sak 120-2021 *Akershus universitetssykehus HF – videreføring til konseptfase for kreft- og somatikkbygg*.

Styret skal i tråd med fullmaktstruktur for byggeinvesteringer (styresak 118-2023 *Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst*) og *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*, behandle faseovergangen fra steg 1 til steg 2 av konseptfasen for alle investeringsprosjekter over 500 millioner kroner.

Denne saken gjør rede for arbeidet med steg 1 av konseptfasen for kreft- og somatikkbygg, Akershus universitetssykehus HF, og anbefaler valg av konsept for videreføring og utdyping i konseptfasens steg 2.

Kommentarer i møtet

Muligheten for trinnvis utbygging skal vurderes som et alternativ.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner *Delrapport konsept - B3A Kreft- og somatikkbygg konseptfase, steg 1 Akershus universitetssykehus HF*, inkludert hovedprogram, og ber om at denne legges til grunn for det videre arbeidet. Videre prosjektgjennomføring planlegges med trinnvis utbygging.
2. Styret godkjenner at konseptet for strålesenter og universitetsarealer med plassering ved Nye Nord bearbeides videre som hovedalternativ for kreft- og somatikkbygg, byggetrinn 1 ved Akershus universitetssykehus HF, og at denne delen av prosjektet videreføres til steg 2 av konseptfasen (B3A-beslutning) med følgende forutsetninger:
 - a. Styret ber om at det forberedes for at stråleterapienheten og universitetsarealene eventuelt kan bygges hver for seg.

- b. Styret forutsetter at etablering av universitetsarealer for Universitetet i Oslo og OsloMet, baseres på finansieringsordningen som er etablert i Prop. 1 S Helse- og omsorgsdepartementet (2017-2018).
3. Styret tar til etterretning at det arbeides videre med konsept for trinnvis utbygging for å ivareta det prosjektutløsende behovet for økt kapasitet i somatiske funksjoner. Det videre arbeidet fordeles på delprosjektene byggetrinn 0 (kapasitetsbehov fram til 2032) og byggetrinn 2 (kapasitetsbehov 2040). Det legges til grunn at omfanget må defineres endelig og legges fram for B3A-beslutning, før videreføring av byggetrinn 0 og byggetrinn 2 til konseptfasens steg 2.
4. Endelig styringsramme fastsettes ved behandling av konseptfasen, steg 2.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra møte i brukerutvalget
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 18. januar 2024
4. Brev fra pasientene ved Klinikk for Smertebehandling og svarbrev fra Helse Sør-Øst RHF
5. Brev fra Hypopara og svarbrev fra Helse Sør-Øst RHF
6. Brev fra spesialist anesthesiologi Jørn Bremnes, Klinikk for Smertebehandling
7. Brev fra Brukerutvalget ved Sørlandets rehabiliteringssenter Eiken
8. Protokoll fra drøftingsmøte 6. mars 2024

Møtet hevet kl. 16:00

Hamar, 7. mars 2024

Svein I. Gjedrem
styreleder

Nina Tangnæs Grønvold
nestleder

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Einar Lunde

Irene Kronkvist

Harald Vaagaasar Nikolaisen

Peder Kristian Olsen

Liv Monica Stubholt

Lasse Sølvberg

Hilde Jacobsen
styresekretær

Revisjonsplan 2024

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

Behandlet av
styret i Helse Sør-Øst RHF
21. desember 2023

Innholdsfortegnelse

1. Konsernrevisjonens formål	3
2. Revisjonsplanens formål	3
3. Hovedaktiviteter 2024	3
4. Revisjoner skal bidra til læring og forbedring	3
5. Planlagte prosjekter 2024	4
5.1 REVISJONSOMRÅDE: PASIENTBEHANDLING	5
5.2 REVISJONSOMRÅDE: IKT OG SIKKERHET	6
5.3 REVISJONSOMRÅDE: VIRKSOMHETSSTYRING	7
5.4 REVISJONSOMRÅDE: BYGGEPROSJEKTER.....	8
5.5 REVISJONSOMRÅDE: OPPFØLGING AV TIDLIGERE REVISJONER	8
6. Oversikt over planlagte prosjekter i 2024	9

1. Konsernrevisjonens formål

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst er en uavhengig og objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med formål å bistå styret og ledelsen ved det regionale helseforetaket i utøvelsen av god virksomhetsstyring. Dette gjøres gjennom å vurdere virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll i det regionale helseforetaket og underliggende helseforetak. Konsernrevisjonen arbeider i overensstemmelse med de internasjonale standardene for profesjonell utøvelse av internrevisjon som er fastsatt av The Institute of Internal Auditors (IIA).

2. Revisjonsplanens formål

Revisjonsplanen skal gi styret i Helse Sør-Øst RHF et beslutningsgrunnlag for å vurdere om de planlagte revisjonsaktivitetene er hensiktsmessige og tilstrekkelige opp mot styrets behov. Videre skal planen gi konsernrevisjonen et grunnlag for å styre egne aktiviteter, samt koordinere revisjonsarbeidet med ledelsen i foretaksgruppen og andre revisjonsmiljøer.

Revisjonsplanen er utarbeidet i tråd med helseforetakslovens § 37a og instruks for konsernrevisjonen. Styret skal i henhold til § 21a i helseforetaksloven godkjenne konsernrevisjonens revisjonsplan. Revisjonsplanen skal være basert på vurderinger av risiko knyttet opp mot overordnede strategier og mål for foretaksgruppen.

Konsernrevisjonen er valgt som internrevisor av styret i Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH). Konsernrevisjonens revisjonsplan inkluderer ikke revisjoner av PKH.

3. Hovedaktiviteter 2024

Konsernrevisjonen har et budsjett med 10 stillinger i 2024. I tillegg disponerer konsernrevisjonen et budsjett tilsvarende om lag 0,15 årsverk til å engasjere helsefaglige spesialister og eksterne konsulenter ved behov for spesialkompetanse i prosjektene. Ressursene vil i 2024 bli anvendt på følgende hovedaktiviteter:

- Revisjons- og rådgivningsoppdrag i henhold til plan
- Eventuelle nye revisjoner som revisjonsutvalget beslutter gjennom året
- Oppfølging av anbefalinger i tidligere revisjonsprosjekter
- Dialog og erfaringsutveksling med Helse Sør-Øst RHF, helseforetakene og eksterne aktører
- Utvikling av konsernrevisjonens kompetanse, arbeidsprosesser og leveranser
- Aktiviteter for å opprettholde innsikt i foretaksgruppens virksomhet
- Årsplanlegging og rapportering

4. Revisjoner skal bidra til læring og forbedring

Det er et mål at resultatene fra konsernrevisjonens arbeid skal bidra til læring og forbedring i helseforetakene, i det regionale helseforetaket og på tvers i foretaksgruppen. Konsernrevisjonen arbeider kontinuerlig med å utvikle revisjonsprosessen for å skape verdi gjennom revisjonene. Vi søker å bidra til forbedring gjennom å skape innsikt fra den enkelte revisjon, samt ved å støtte ledelsen i arbeidet med å etablere et grunnlag for videre forbedringsarbeid.

Revisjonsplanen for 2024 er utformet med et mindre antall kritiske risikoområder, der det gjennomføres flere revisjoner i foretaksgruppen. Dette vil gi konsernrevisjonen mulighet til å rapportere samlet om tilstanden på styring og kontroll i foretaksgruppen innenfor disse områdene. Tilnærmingen vil samtidig gi konsernrevisjonen mulighet til å sammenligne praksis mellom helseforetakene og dele læringspunkter i foretaksgruppen.

5. Planlagte prosjekter 2024

Revisjonsplanen skal være basert på risiko og vesentlighet i foretaksgruppens virksomhet. Det er samtidig en målsetting at revisjonsoppdragene understøtter mål og krav fra eier. Dette gjelder både styringsmålene for 2024, og et lengre perspektiv uttrykt i regional utviklingsplan. Ved utarbeidelse av revisjonsplanen er det tatt utgangspunkt i oppdragsdokument og risikovurderinger for Helse Sør-Øst RHF. Tabellen under viser ledelsens rapporterte risikoområder i Helse Sør-Øst RHF per 2. tertial 2024, og hvordan planlagte revisjoner kan knyttes til identifiserte risikoområder:

Rest-risiko	Risikoområder Helse Sør-Øst RHF	Revisjoner i plan for 2024
Moderat	Risikoområde 1: Risiko for å ikke nå mål om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	1. Prioritering av helsetjenester i psykisk helsevern for voksne
Moderat	Risikoområde 2: Risiko for at manglende behandlingsskapasitet medfører lange ventetider, at pasientavtaler ikke overholdes og ikke sammenhengende pasientforløp	
Moderat	Risikoområde 3: Risiko for redusert kvalitet og pasientsikkerhet	2. Uønsket variasjon i utredning, behandling og kontroll 3. Oppfølging av kontrakter med private leverandører av helsetjenester
Moderat	Risikoområde 4: Risiko forbundet med å beholde og rekruttere personell	Tre revisjoner om kompetansestyling utført i 2022, herunder risiko forbundet med å beholde og rekruttere personell
Moderat	Risikoområde 5: Risiko forbundet med HMS og arbeidsmiljø	
Moderat	Risikoområde 6: Risiko forbundet med kostnadsnivå og kompleksitet i IKT-porteføljen	4. Regionale IKT-prosjekter 5. Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-systemer
Moderat	Risikoområde 7: Risiko forbundet med informasjonssikkerhet og personvern	6. IKT-sikkerhet (rådgivning)
Moderat	Risikoområde 8: Risiko forbundet med driftsøkonomi og resultatkrav	7. Operativ planlegging og budsjettering 8. Bruk av innleide vikarer 9. Virksomhetsstyring i OUS (rådgivning) 10. Bærekraft (rådgivning)
Høy	Risikoområde 9: Risiko forbundet med planlegging og gjennomføring av regionale byggeprosjekter	11. Risikostyring i byggeprosjekter

Tabell 1 – Ledelsens rapporterte risikoområder per 2. tertial og planlagte revisjoner

De planlagte revisjonene som er vist i tabellen ovenfor er i det videre sortert innenfor de fire revisjonsområdene pasientbehandling, IKT og sikkerhet, virksomhetsstyring samt byggeprosjekter. Under gis en kort omtale av planlagte revisjoner. Innretningen av den enkelte revisjon vil bli nærmere fastsatt i planleggingen.

5.1 Revisjonsområde: Pasientbehandling

Revisjonsområdet omhandler pasientforløp innenfor somatikk og psykisk helsevern. Dette omfatter prosessene fra det tidspunktet pasienten kommer inn til spesialisthelsetjenesten, enten som planlagt eller øyeblikkelig hjelp, og til pasienten er skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten. Det er planlagt med to nye revisjonstemaer i 2024, med flere revisjoner innenfor hvert tema. I tillegg ble en revisjon påbegynt i 2023.

Uønsket variasjon i utredning, behandling og kontroll

Å redusere uønsket variasjon i helsetilbudet er et av flere mål for å sikre likeverdige og forutsigbare helsetjenester. Medisinske kvalitetsregistre, helseatlas og annen styringsinformasjon har vist at det er uønsket variasjon i både kvalitet på pasientbehandlingen og i forbruk av helsetjenester. Uønsket variasjon gir økt risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg kan det medføre feil bruk av ressurser, ved at pasienter med liten eller ingen nytte av helsehjelp får dette på bekostning av pasienter med behov for helsehjelp. På denne bakgrunn har helseforetakene fått i oppgave å vurdere om variasjonen er uønsket eller om det er faglige grunner til dette. Både det regionale helseforetaket og helseforetakene har iverksatt tiltak for å redusere uønsket variasjon innenfor flere fagområder.

Ved hjelp av en revisjon kan det synliggjøres hvordan uønsket variasjon har blitt fulgt opp i helseforetakene. En revisjon kan kartlegge områder hvor det er stor variasjon i foretaksgruppen, samt undersøke årsakene til variasjon mellom helseforetak, eventuelt innad helseforetak. En slik revisjon vil videre bidra til å skape økt innsikt i variasjonen, og om de tiltak som er iverksatt legger et grunnlag for at regionens tilbud og kvalitet i behandlingen følger ledende praksis.

Prioritering av helsetjenester i psykisk helsevern for voksne (VOP)

Det er et mål at helsetjenestene skal være likeverdige og rettferdig fordelt i befolkningen. I psykisk helsevern varierer avvisningsratene betydelig mellom de ulike helseforetakene og de private ideelle sykehusene. I regionen samlet var andel avviste henvisninger per oktober 31,6 prosent i VOP. Målet om en andel under 20 prosent nås dermed ikke. Det er risiko for at tilgjengelig kapasitet kan påvirke vurderingene av henvisninger som er i gråsoner for rett til utredning eller behandling, og på denne måten bidrar til uønsket variasjon.

Flere helseforetak har jobbet målrettet for å redusere avvisninger, blant annet ved å ha en lav terskel for å ta pasienter inn til vurdering, men også gjennom samhandlingstiltak rettet mot primærhelsetjenesten. Felles henvisningsmottak vil på sikt bidra til bedre oversikt og riktigere bruk av samlet poliklinisk kapasitet i regionen.

En revisjon kan vurdere om praksis for vurdering av henvisninger er i tråd med retningslinjene i et utvalg av helseforetak, og belyse årsakene til variasjon i avvisningsratene. Videre kan revisjonen kartlegge gjennomførte tiltak for å redusere avvisninger, herunder samhandlingstiltak rettet mot primærhelsetjenesten. Samlet kan en revisjon bidra til økt innsikt om prioritering av helsetjenester og effekten av tiltak for å redusere variasjon.

Oppfølging av kontrakter med private leverandører av helsetjenester (pågående)

Helse Sør-Øst RHF kjøper årlig helsetjenester for over fire milliarder kroner fra en rekke private leverandører. Avtaler med private leverandører må inngås på bakgrunn av tilstrekkelige behovsvurderinger. Kravene til helsetjenestene som leveres må fremgå tydelig av inngåtte avtaler. Avtalene må sikre tilstrekkelig adgang til å følge opp leverandørene og tjenestene i kontraktperioden. Det er en betydelig omdømmerisiko knyttet til kjøp av offentlige helsetjenester fra private leverandører. Mangelfulle prosesser knyttet til inngåelse og oppfølging av avtaler kan gi risiko for at pasientene ikke får behandling av forventet kvalitet. Det kan også medføre risiko for overbehandling, og at offentlige midler ikke utnyttes på best mulig måte.

Konsernrevisjonen har i 2023 påbegynt en revisjon som vurderer om Helse Sør-Øst RHF gjennomfører tilfredsstillende oppfølging av private leverandører, slik at de tjenester som blir levert er i tråd med avtalte ytelser og pris.

5.2 Revisjonsområde: IKT og sikkerhet

Området dekker overordnet styring av IKT og informasjonssikkerhet. Det er planlagt med to revisjoner og et rådgivningsoppdrag på området i 2024.

Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger

Foretaksgruppen investerer betydelige midler i teknologi. De regionale IKT-prosjektene skal bidra til kvalitetsforbedringer og effektivisering, samt at helsetjenestene utvikles i tråd med regional utviklingsplan. De senere årene har foretaksgruppen blant annet tatt i bruk ny kurveløsning, og er i ferd med å modernisere elektronisk pasientjournal.

Innføring av ny teknologi gir alene begrenset effekt. Full effekt realiseres ikke før organisasjonen er omstilt og arbeider etter nye prosesser. Det er en iboende risiko for at man ved utviklingen og innføringen av nye IKT-løsninger ikke i tilstrekkelig grad har oppmerksomhet på endringskompetanse og -prosesser som premisser for å lykkes med omstilling til nye prosesser som støttes av ny teknologi. Realisering av planlagte effekter ved innføring av ny teknologi i store organisasjoner krever god endringsledelse. En revisjon kan kartlegge erfaringene fra innføringen av en IKT-løsning i regionen, og bidra til læringspunkter for senere innføringer.

Regionale IKT-prosjekter

Helse Sør-Øst har en betydelig portefølje med IKT-prosjekter. Valg av nye prosjekter og styring av porteføljen er en sentral del av regionens IKT-styringsmodell. Det er det regionale porteføljestyret i Helse Sør-Øst RHF som har ansvaret for styringen av porteføljen. For å forbedre styringen av porteføljen er det engasjert en ekstern kvalitetssikrer. Fra og med neste år skal porteføljekontoret og gjennomføringsansvaret for den regionale IKT-porteføljen flyttes til Sykehuspartner HF for å gi tettere styring mellom den regionale IKT-porteføljen og prosjektene i det tidligere program STIM. Endringen skal videre gi bedre koordinering mellom de ulike teknologidelporteføljene i Sykehuspartner HF og bidra til at avhengigheter styres innenfor akseptabelt risikonivå.

God styring og kontroll med regionale IKT-prosjekter krever likevel at det regionale porteføljestyret arbeider planmessig og klarer å gi ledelsen i Sykehuspartner HF tydelige og rettidige styringssignaler, slik at denne er i stand til å styre og ferdigstille igangsatte prosjekter i tråd med de bestillingene som gjøres av porteføljestyret. Mulige tilnærminger for revisjon kan være å vurdere hvordan porteføljestyringen fungerer som en del av regionens IKT-styringssystem og hvordan det regionale porteføljestyret klarer å gi ledelsen i Sykehuspartner HF tydelige styringssignaler. Videre kan en revisjon vurdere hvorvidt flyttingen av den regionale IKT-porteføljen gjør det lettere å koordinere mellom de ulike teknologidelportefølgene i Sykehuspartner HF.

IKT-sikkerhet (rådgivning)

Styret i Helse Sør-Øst har vedtatt at helseforetakene skal ha god oversikt over de høyeste risikoene. Dette inkluderer risikoer innen informasjonssikkerhet (IS). Samtidig oppleves det at oversikten over IS-risikoer ikke er tilstrekkelig god.

Konsernrevisjonen foreslår å fasilitere interne arbeidsmøter i samarbeid med helseforetakene for å kunne lage en helhetlig oversikt over de største IS-risikoene i foretaksgruppen. For å begrense omfanget av arbeidet, har konsernrevisjonen planlagt å bruke utvalgte deler av NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet som en faglig referanse. Helse- og omsorgsdepartementet i 2021 ga helseregionene i oppdrag å etterleve NSMs grunnprinsipper.

Denne kartleggingen har som målsetting å etablere et grunnlag for regionens kortsiktige forbedringsarbeid innen informasjonssikkerhet. NSMs grunnprinsipper har oppmerksomhet om tiltak. Det er viktig at alle risikoreduserende tiltak faktisk blir risikobaserte, og har effekt mot de verdiene som skal beskyttes.

5.3 Revisjonsområde: Virksomhetsstyring

Området dekker økonomi- og risikostyring samt prosesser og systemer for å sikre god styring og kontroll. Det er planlagt med fire temaer på området i 2024.

Operativ planlegging og budsjettering

Det er et mål at pasienter som får rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten skal få riktig helsehjelp til riktig tid. Resultater fra helseforetakene viser at det er store utfordringer med å nå dette målet. Styringsparametere viser at det er et stort antall fristbrudd, lange ventetider på oppstart behandling, samt at mange pasienter som har startet et forløp ikke får behandlingen de har krav på. Utfordringene kan relateres til at det ikke er samsvar mellom aktivitetsbehovet det planlegges for og den kapasiteten som er tilgjengelig. Dette gir igjen utslag i økte kostnader i form av overtid, innleie og kjøp av helsetjenester.

Flere undersøkelser viser at en sentral årsak er at bemanningen i for liten grad tilpasses variasjoner i faktisk behandlingsaktivitet. Planleggingen tar i stedet utgangspunkt i historiske forhold og tilgjengelig bemanning – og i mindre grad ut ifra det reelle behovet. Det er samtidig risiko for at enhetenes budsjetter i for stor grad videreføres fra et år til et annet. Konsekvensen kan være at budsjetteringen ikke blir realistisk og at det oppstår skjevheter i ressursfordelingen.

En mulig tilnærming vil være at konsernrevisjonen vurderer hvordan planlegging og budsjetter foregår på et operativt nivå i utvalgte foretak. I den sammenheng kan det være hensiktsmessig å undersøke likheter og forskjeller i praksis mellom avdelinger, samt undersøke årsaksforklaringer til praksisen.

Bærekraft (rådgivning)

Staten stiller krav og forventninger til at virksomhetene de eier skal opptre ansvarlig, være ledende i arbeidet med å ivareta menneskerettigheter og arbeidstakerrettigheter, redusere klima- og miljøavtrykk, samt ha en ansvarlig og etisk forretningsstyring (Meld. St. 6). Videre innføres EUs nye direktiv om bærekraftsrapportering (Corporate Sustainability Reporting Directive, CSRD) fra regnskapsåret 2024. CSRD stiller høyere krav til rapportering av bærekraftsinformasjon enn dagens regelverk. Direktivet vil kreve at rapporteringspliktige foretak utarbeider bærekraftsrapportering etter et omfattende regelverk og i samsvar med europeiske standarder. Kravene i CSRD vil favne alle områdene innenfor bærekraftbegrepet (klimate og miljø, sosiale forhold og ansvarlig forretningsførsel), og rapporteringen skal attesteres av ekstern revisor.

Det er foreløpig ikke avklart om CSRD vil omfatte helseforetakene. Gitt kompleksiteten og omfanget av rapporteringen er det imidlertid risiko for at Helse Sør-Øst per i dag ikke vil oppfylle kravene direktivet stiller. Eierskapsmeldingen stiller allerede krav om at statseide selskaper «av en viss størrelse» skal rapportere om bærekraft i henhold til den såkalte GRI-standarden. Det er derfor sannsynlig at helseforetakene vil bli pålagt å rapportere etter CSRD. Konsernrevisjonen foreslår å gjennomføre et avgrenset rådgivningsoppdrag for å vurdere hvordan vi bør forberede oss på krav til rapportering innenfor dette området.

Bruk av innleide vikarer (overført fra 2023)

Helseforetakene i regionen har en krevende driftssituasjon, med høyere bemanning og innleie av helsepersonell enn budsjettet. Det har gjennom lang tid vært et uttalt mål at bruk av innleide vikarer skal ha et så lite omfang som mulig. Det vises til at det må utarbeides gode løsninger der en mangler helsepersonell, samt gode løsninger for planlegging og avvikling av vakter både på ubekvemme arbeidstider, i helger og ferier.

En eventuell planmessig bruk av innleide vikarer ved ressursplanlegging, gir risiko for høyere kostnader. Det vil sannsynligvis også være mer krevende å gjennomføre permanente endringer i enheter med høy andel av vikarer. Bruk av vikarer forventes også å skape høyere oppstartskostnader.

I en revisjon vil det være naturlig å vurdere hvor stor andel innleie representerer av den totale lønnskostnaden innenfor ulike personellgrupper, samt hva som er rotårsaken til bruk av innleide vikarer. I den sammenheng vil

det også være hensiktsmessig å se på i hvilken grad bemanningsplanleggingen i foretakene tar utgangspunkt i en planmessig bruk av innleide vikarer, og hvor store økonomiske konsekvenser dette gir.

Virksomhetsstyring i Oslo universitetssykehus HF (rådgivning)

God virksomhetsstyring er avgjørende for måloppnåelse med effektiv ressursbruk. Virksomhetsstyring er å fastsette mål, prioritere, planlegge og budsjettere ressurser, følge opp resultater og ressursbruk og bruke informasjonen til læring og forbedring slik at målene nås på en effektiv måte.

Oslo universitetssykehus HF har identifisert et behov for å styrke dagens systemer og prosesser for virksomhetsstyring. I den sammenheng har foretaket etablert en arbeidsgruppe som vil se på forbedringer i virksomhetsstyringen. Sentrale mål er å forenkle og tydeliggjøre styringssystemet, øke etterlevelse av føringer, styrke omstillings- og endringstakten, samt utvikle en mer helhetlig og balansert styring.

Konsernrevisjonen har tidligere gjennomført flere revisjoner av virksomhetsstyringen, og anser det nå som mest hensiktsmessig å støtte ledelsen i deres videre utvikling av virksomhetsstyringen i form av rådgivning. En slik tilnærming vil innebære en løpende dialog med bistand til foretaket.

5.4 Revisjonsområde: Byggeprosjekter

Helse Sør-Øst har per oktober 2023 syv byggprosjekter i gjennomføringsfasen med en styringsramme på nesten 70 milliarder kroner. Videre har regionen et nytt byggprosjekt i forprosjektfasen og fem nye byggprosjekter i konseptfasen.

Risikostyring i byggeprosjekter

Ledelsen i HSØ RHF har vurdert restrisikoen i regionens byggprosjekter per annet tertial som høy. Forskning viser også at det er svært høy risiko ved gjennomføring av megaprojekter. En forsker innen ledelse av megaprojekter ved universitetet i Oxford har etablert en database med over 16 000 prosjekter fra 20 ulike sektorer og 136 land. Tallene viser at kun 0,5 prosent av disse prosjektene har levert innenfor planlagt kostnadsramme og tid, og samtidig gitt forventet funksjonalitet. Statistikken viser med all tydelighet at det er grunn til å ha oppmerksomhet på regionens byggprosjekter. Videre viser forskningen at mange prosjekter mislykkes som følge av organisasjonen undervurderer kompleksiteten i de prosjektene som de skal levere.

Både størrelsen og antallet av byggprosjektene i Helse Sør-Øst oppfattes å stille svært høye krav til regionens styringssystemer. Risikostyringen er av natur framoverskuende, og er derfor en viktig del av styringssystemet. Konsernrevisjonen anser det dermed som mest hensiktsmessig å vurdere utformingen av risikostyring i byggeprosjektene, og hvordan denne anvendes i praksis i styringen av prosjektene. Ved å gjennomføre flere suksessive revisjoner av risikostyring i ulike byggprosjekter, vil det bli mulig å sammenligne ulike prosjekter. Videre kan det vurderes hvordan erfaringer fra tidligere byggprosjekter tas med i nye prosjekter.

5.5 Revisjonsområde: Oppfølging av tidligere revisjoner

Konsernrevisjonen følger hvert opp anbefalingene fra revisjoner som ble utført foregående år. Formålet er å undersøke om helseforetakene har ivaretatt anbefalingene, slik at risikoer og identifiserte svakheter er tilfredsstillende fulgt opp og håndtert. Resultatet fra oppfølgingen blir rapportert til styrets revisjonsutvalg.

6. Oversikt over planlagte prosjekter i 2024

Tabellen under gir en samlet oversikt over planlagte revisjoner og rådgivningsoppdrag for 2024. Ved behov kan konsernrevisjonen også gjennomføre ad hoc-revisjoner etter godkjenning av revisjonsutvalget, eksempelvis ved endringer i risikobildet. På områder der det skal gjennomføres flere like revisjoner, vil det være aktuelt å fortsette i 2025 for å få et bedre bilde på tilstanden i foretaksgruppen.

De angitte tidspunktene er konsernrevisjonens tentative tidsplan for revisjonene. Det kan oppstå endringer i året ved behov for ad hoc-revisjoner, etter koordinering med andre revisjonsmiljøer eller ved interne forhold hos helseforetakene.

Revisjonsområde	Revisjon	Tilnærming/helseforetak	Tentativt tidspunkt
Pasientbehandling	Uønsket variasjon i utredning, behandling og kontroll	Revisjon av 2-3 foretak med oppsummering	1. - 3. tertial
	Prioritering av helsetjenester i psykisk helsevern for voksne	Revisjon av 2-3 foretak med oppsummering	1. - 3. tertial
	Oppfølging av kontrakter med private leverandører av helsetjenester	Helse Sør-Øst RHF	1. tertial
IKT og sikkerhet	Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-systemer	En revisjon som omfatter flere helseforetak	1. - 2. tertial
	Regionale IKT-prosjekter	Sykehuspartner HF	3. tertial
	IKT-sikkerhet (rådgivning)	Flere helseforetak	2. - 3. tertial
Virksomhetsstyring	Bruk av innleide vikarer	Revisjon av Sykehuset Innlandet HF	3. tertial/ 1. tertial 2025
	Operativ planlegging og budsjettering	Revisjon av 2-3 foretak med oppsummering	1. - 3. tertial
	Bærekraft (rådgivning)	Helse Sør-Øst RHF	2. tertial
	Virksomhetsstyring (rådgivning)	Oslo universitetssykehus HF	1. - 3. tertial
Byggeprosjekter	Risikostyring i byggeprosjekter	Revisjon av et utvalg byggeprosjekter	1. - 3. tertial
Oppfølging av tidligere revisjoner	Oppfølging av anbefalinger fra revisjoner utført i 2023 og tidligere	Flere helseforetak	3. tertial

Tabell 2 - Planlagte revisjoner per revisjonsområde og foretak

Foreløpig protokoll

Møte:	Brukerutvalget Vestre Viken HF
Møtedato:	20.02.2024
Tidspunkt:	1200-1800
Sted:	G32/Kolsås 1 og 2
Møteleder:	Rune Kløvtveit
Deltakere:	<p>Fra Brukerutvalget: Rune Kløvtveit , Elisabeth Schwencke (digitalt halve møtet), Mark Miller, Gudrun Breistøl (digitalt), David C. Hemmingsen, Jan Helge Tuv (digitalt), Toril Naper Hauge, Christine Malmberg, Nasim Rizvi</p> <p>Fra ungdomsrådet: Ayse Iclal Øzsatici</p> <p>Fra Administrasjonen: Anne-Lise Kristensen og Kurt Kleppe Josefsen (koordinator)</p> <p>Innledere: Tom Frost (sak 26/24) Lisbeth Sommervoll (sak 28/24) Anders Debes (sak 28/24)</p>

Sak nr.	Sak/merknad
16/24	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Kommentarer/vedtak: Godkjent</p>
17/24	<p>Protokoll brukerutvalgets møte 23.01.24</p> <p>Kommentarer/vedtak: Godkjent</p>
18/24	<p>Referat arbeidsutvalgets møte 09.02.24</p> <p>Kommentarer/vedtak: Tas til orientering</p>
19/24	<p>Saker til orientering, innkommet post</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll BU HSØ 16-17.01 • Foreløpig protokoll BU HSØ 07-08.02 • Foreløpig referat UR 30.01.24 • Henvendelse om behandling av dia 1 på RS/BS • Evaluering av BU • Årlig melding • NOU Abort

- Handlingsplan DS
- Styrepapirer 19. februar

Kommentarer/vedtak:

Foreløpig protokoll BU HSØ 16-17.01	Tas til orientering
Foreløpig protokoll BU HSØ 07- 08.02	Tas til orientering
Foreløpig referat UR 30.01.24	Stort behov for flere medlemmer i ungdomsrådet. Kurt sender rekrutteringsplakat til alle i BU med protokollen slik at de kan det det opp i lokale klinikker.
Henvendelse om behandling av dia 1 på RS/BS	Koordinator lager svar og sender innsender.
Evaluering av BU	Tas i marsmøtet. Skjema for selvaluering sendes ut i forkant av møtet.
Årlig melding	Tas til orientering
NOU Abort	BU har ingen innspill på denne.
Handlingsplan DS	Tas til orientering. Koordinator henter inn handlingsplaner for de andre klinikkene.
Styrepapirer 19. februar	Utfordrende at det er en meget streng økonomisk situasjon. Brukerutvalget registrerer at denne situasjonen ikke kan sees i brukerundersøkelsene.
Parkering NSD	BU inviterer KIS inn for en orientering om parkeringssituasjonen på NSD.

20/24

Regnskap 2023

Gjennomgang av regnskapet 2023.

Kommentarer/vedtak:

Brukerutvalget/ungdomsrådet har et underskudd på 141.000 i 2023. Det er behov for å tilpasse aktiviteten i forhold til budsjett. Det er i tillegg ønskelig at ungdomsrådets innsats økes på bekostning av brukerutvalget.

Alle må til neste møte ta en vurdering av de arbeider de er inne i og vurdere egen deltakelse ut fra prioriteringer og at engasjement må reduseres. Alle sjekker ut engasjementet som står i [monsterarket](#).

21/24

Skjema – henvendelser til Brukerutvalget
Kommentarer/vedtak:

	Nytt skjema for henvendelser til brukerutvalget tas i bruk. Lenke til skjemaet legges både ut på Internett og Intranett.														
22/24	Konferanser, seminarer Ingen invitasjoner mottatt														
23/24	Oppnevninger prosjekt, råd og utvalg <table border="1" data-bbox="316 544 1249 1039"> <thead> <tr> <th colspan="2">Oppnevninger i møtet</th> </tr> <tr> <th>Oppgave</th> <th>Oppnevning</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Kommunikasjonsavdelingen</i> Deltakelse i arbeidsmøte 21.02.24</td> <td>Rune Kløvtveit Ayse Iclal Øzsatici</td> </tr> <tr> <td><i>Helsefag – medlem i ernæringsutvalg</i> To til tre møter i året. Mangler mandatet</td> <td>Nasim Rizvi</td> </tr> <tr> <td><i>Ambulanseavdelingen – deltaker på månedlig møte om avviksmeldinger</i> Kom inn etter utsending av saksdokumenter</td> <td>Elisabeth Schwencke</td> </tr> <tr> <td><i>Drammen sykehus – nettverk for oppfølging av delprosjekt poliklinikk og dagbehandling – David er med i nettverk for døgnbehandling</i></td> <td>David C. Hemmingsen</td> </tr> <tr> <td><i>Workshop – deltakelse i forhold til innspill layout – Vestre Viken virtuelle sykehus - møte i uke 10/11. BU og UR?</i></td> <td>Ayse Iclal Øzsatici Toril Naper Hauge</td> </tr> </tbody> </table>	Oppnevninger i møtet		Oppgave	Oppnevning	<i>Kommunikasjonsavdelingen</i> Deltakelse i arbeidsmøte 21.02.24	Rune Kløvtveit Ayse Iclal Øzsatici	<i>Helsefag – medlem i ernæringsutvalg</i> To til tre møter i året. Mangler mandatet	Nasim Rizvi	<i>Ambulanseavdelingen – deltaker på månedlig møte om avviksmeldinger</i> Kom inn etter utsending av saksdokumenter	Elisabeth Schwencke	<i>Drammen sykehus – nettverk for oppfølging av delprosjekt poliklinikk og dagbehandling – David er med i nettverk for døgnbehandling</i>	David C. Hemmingsen	<i>Workshop – deltakelse i forhold til innspill layout – Vestre Viken virtuelle sykehus - møte i uke 10/11. BU og UR?</i>	Ayse Iclal Øzsatici Toril Naper Hauge
Oppnevninger i møtet															
Oppgave	Oppnevning														
<i>Kommunikasjonsavdelingen</i> Deltakelse i arbeidsmøte 21.02.24	Rune Kløvtveit Ayse Iclal Øzsatici														
<i>Helsefag – medlem i ernæringsutvalg</i> To til tre møter i året. Mangler mandatet	Nasim Rizvi														
<i>Ambulanseavdelingen – deltaker på månedlig møte om avviksmeldinger</i> Kom inn etter utsending av saksdokumenter	Elisabeth Schwencke														
<i>Drammen sykehus – nettverk for oppfølging av delprosjekt poliklinikk og dagbehandling – David er med i nettverk for døgnbehandling</i>	David C. Hemmingsen														
<i>Workshop – deltakelse i forhold til innspill layout – Vestre Viken virtuelle sykehus - møte i uke 10/11. BU og UR?</i>	Ayse Iclal Øzsatici Toril Naper Hauge														
24/24	Erfaringsutveksling <p>Kommentarer: Medlemmene har i perioden deltatt på følgende møter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ledergruppemøte Bærum sykehus fokus eHåndbok • Ortogeriatris BS • Samme Dags Innleggelse og pre-rom BS • Nettverksmøte Behovsstyrte poliklinikker i HSØ • LSU Asker og Bærum med BS • KKV Bærum sykehus • Programstyre VIDT • Prosjektstyre PNSD • Styremøte VV • Strategisk samarbeidsutvalg • Sentralt kvalitets utvalg • Ungdomsrådet kveldsmøte • Digital hjemmeoppfølging DHO • Arbeidsutvalget • Strategisk samarbeidsutvalg • KEK Bærum sykehus • Nasjonal konferanse psykisk helse og rus • KKV PHR • Programstyremøte PHR • AU til BU • Styremøte • Arbeidsgruppe kontinuerlig forbedring LMS 														

	<ul style="list-style-type: none"> • LSU Drammen sykehus • Nettverk for implementering døgnområde NSD • KKV Intern servise • KKV rs • LSU Hallingdal • Etikk komiteen • Behovskartlegging DHO • Månedlig oppfølging Kan føre til pasientskade, Ambulanse • PHT KKV • AKU og Stab/ledermøte Ambulanse • Rus og psykisk helse kongress • VV Råbra • KS KKV • KS LSU
25/24	BU diskusjonen Utgår.
26/24	Langvakt og oppgavedeling Tom Frost, foretakstillitsvalgt NSF Kommentarer/vedtak: Tom Frost informerte om NSF sine tanker om langvakter og oppgavedeling. Se presentasjon.
30/24	Teamstrening Kommentarer/vedtak: Det tas en runde med teamstrening hvert møte fremover.
28/24	Dialog/orienteringer fra AD Lisbeth Sommervoll/Anders Debes Kommentarer: <i>Robotkirurgi VV</i> I dag er det landet anskaffelse av robot (kikhull) på RS. Levering innen 5-6 uker. Pr i dag er det robot også på DS, men der er det ikke ledig kapasitet. Det skal avklares hvilke behandlinger roboten skal brukes til. Det vil da bli en del pasienter som ellers ville blitt behandlet på andre sykehus bli operert på RS. <i>Vestre Viken virtuelle sykehus</i> På tide med utvidelse, som blant annet hjemmesykehussensorer, VR etc. Her skal alle digitale tilbud samles og ikke fokusere på DHO som i dag. Vi antar at den nye sykehus- og samhandlingsplanen vil medføre aktiviteter. Blant annet skal det testes ut sensorer på RS som kan måle helseindikatorer (puls/BT og temperatur) ved bruk av kunstig intelligens basert på målintervaller. Det jobbes også videre med bredding av DHO. Det utvikles en digital klinikk hvor alle tilbudene samles. <i>Kreftsenter</i>

	<p>Kreftsenteret er en organisatorisk overbygging av all kreftbehandling på NSD. Her blir det tre strålemaskiner. Målet er at 80% av de som skal ha strålebehandling skal behandles i VV. Pr i dag er det 42% av pasientene som strålebehandles i eget hus. Det er tro om at dette skal bidra til å nå kravet om at 70% av pakkeforløpene følges og at det blir en mer likeverdig behandling i hele Vestre Viken. Ved oppstart starter vi med to maskiner på NSD.</p> <p><i>Renhold Drammen sykehus</i></p> <p>Det settes inn en ekstra innsats på renhold på sykehusene. Det er på vei en nasjonal standard på renhold. Det vil også foretas en gjennomgang av en del vedlikehold på områder som må gjøres selv om man neste år flytter inn på nytt sykehus.</p>
29/24	<p>Kontinuerlig forbedringsarbeid BU Prioritering av innsatsområder 2024</p> <p>Kommentarer/vedtak: Ut fra prioriteringsmatrisen velger Brukerutvalget å prioritere følgende områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definere i fellesskap hva BU skal ha fokus på i råd og utvalg <ul style="list-style-type: none"> ○ LSU
27/24	<p>Utgår</p>
31/24	<p>Kommende møter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrets årsplan • Brukerutvalgets års og møteplan
32/24	<p>Eventuelt</p> <p>Kampanje telefon og videokonsultasjoner Det er ønskelig at BU er aktivt med i kampanjeuken for digitale konsultasjoner.</p>

Referat

Møte:	Sentralt kvalitetsutvalg
Møtedato:	12.3.2024
Tidspunkt:	09.00-11.00
Sted:	Tyrifjord 1 og 2
Møteleder:	Direktør medisin og helsefag Anders J. Debes

Saksliste:

Saksnr.	Beskrivelse
Læring og deling	
08/2024	<p>GODKJENNING AV INNKALLING OG REFERAT v/direktør medisin og helsefag Anders J. Debes</p> <p><i>Agenda og referat ble godkjent i møtet.</i></p>
09/2024	<p>RAPPORTERING SMITTEVERN Alvorlige postoperative sårinfeksjoner (NOIS resultater) Blodbaneinfeksjoner (SVK sepsis) v/smittevernoverlege Mette Walberg</p> <p><i>Presentasjonen ble gjennomgått og kommentert i møtet.</i></p>
10/2024	<p>BRUKERSTEMMEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kort fra pasient- og brukerombudet - Brukerutvalget i VV <p><i>Ingen saker ble meldt til dette punktet.</i></p>
11/2024	<p>Influensavaksinering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultater - Hvordan nå målet? <p>v/smittevernoverlege Mette Walberg og HMS Rådgiver</p> <p>Influensavaksinering i VV ligger på 67% etterlevelse. Det må jobbes med å ledelsesforankre viktigheten av at helsepersonell vaksineres. Det kommenteres at det kan være noe skepsis til vaksinering hos ansatte i foretaket. Tallene som presenteres kan avvike noe fra virkeligheten. Det bør vurderes et system hvor ansatte som er vaksinert ute i kommunene blir registrert inn i rapporteringen til VV.</p>
12/2024	<p>SIKKER PASIENTFLYT PÅ KONGSBERG SYKEHUS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentasjon av flow styret v/Klinikkdirektør Lukas Månsson - Strukturert visitt og legejournal v/avd. Overlege Stian Kristoffersen <p>Presentasjon av hvordan Kongsberg Sykehus har innført flow styret. Dette er et mønster fra Sikker Patientflow i Danmark. Innføringen er tatt godt imot av ansatte, både leger, spl, fysio etc. Grundig evaluering av prosjektet gjenstår. De viste også til hvordan de har endret og strukturert visitten på medisinsk avdeling. Det har gitt bedre flyt, bedre informasjon til hele teamet rundt pasienten og mer effektivitet.</p>

	<i>Presentasjonen ble gjennomgått og kommentert i møtet.</i>
13/2024	<p>KAPASITETSMØTER PÅ RINGERIKE SYKEHUS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentasjon av hvordan de gjennomfører kapasitetsmøtene på RS v/klinikkdirektør May Janne Botha Pedersen. <p>Ringerike Sykehus har gjennomført systematiske kapasitetsmøter i flere år. Strammere struktur i det siste. Det gir god oversikt til alle avdelinger om kapasitet og er et nyttig verktøy for akuttinntaket når det kommer nye pasienter.</p> <p><i>Presentasjonen ble gjennomgått og kommentert i møtet.</i></p>
14/2024	<p>HJEMMEBEHANDLING MED ANTIBIOTIKA VIA DIGITAL INFUSJONSPUMPE</p> <p>v/Sørlandet Sykehus v/seksjonsleder Marianne Giske Jacobsen, Medisinsk avdeling Kristiansand</p> <p>Sørlandet Sykehus presenterte hvordan de har innført hjemmebehandling med antibiotika på pasienter som har lang behandling med antibiotika, gjerne over flere uker. Dette er pasienter som følges opp av spesialisthelsetjenesten, men de fått til et samarbeid med kommuner. De får infusjon gjennom en digital pumpe som gjør at de ikke er lenket til hverken sengen eller hjemme. Pumpen kan bringes med og pasienten har en større frihet.</p> <p>Pasienttilfredshetsundersøkelser viser at dette er pasientene veldig fornøyd med og er noe de ønsker.</p> <p>Prosedyrer fra SSHF kan deles med Vestre Viken.</p> <p><i>Presentasjonen ble gjennomgått og kommentert i møtet.</i></p>

- **Tema på SKU er Sikre Pasientforløp. Dette er knyttet til HSØ delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet:**
 - **Forbedre systemer og strukturer for virksomhetsstyring**
 - **Styrke regionens innsats innen nasjonale satsninger; tiltakspakker/nasjonale faglige råd 24/7**
- **SKU agenda knyttet opp mot områdene i Bærekraftsplanen: Standardisering, organisering og struktur;** - Redusere uønsket variasjon/ tilby likeverdige helsetjenester

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Lisbeth Sommervoll, Eli Årnot, Robert Nystuen, Trine Olsen, Kirsten Hørthe, Tom Frost, Joan Nygard, Toril Morken, Maria Gundersen, Gry Christoffersen, Bente Kristensen, Marianne Ono Njøten, Hanne Misund
Møtedato:	8.mars 2024		
Tidspunkt:	0830 - 1000		
Sted:	Teams		
Møteleder:	Lisbeth Sommervoll		
Referent:	Cecilie Søfting Monsen	Forfall:	Karoline Sunnarvik-Ween, Kristin Fagerhaug, May Janne Botha Pedersen, Inger Buene, Kristin Besseberg (Falck), Hanne Juritzen

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Godkjenning av innkalling og agenda Godkjent.
	Endelig godkjenning av referat fra 6.februar 2024 Godkjent
07/2024	<p>Fremtidens kontortjeneste Presentert ved prosjektleder Ann-Kristin Bjerke Haugen. Fremtidens kontortjeneste skal sørge for god samhandling på tvers av hele sykehuset for å ivareta pasienten på best mulig måte. Kontortjenesten skal avlaste behandlere med administrative oppgaver. I forbindelse med flytting til nytt sykehus i Drammen skal kontortjenesten endre arbeidsprosesser og arbeide mer på tvers enn i dagens organisering. Dette medfører nye måter å arbeide på. Prosjektet har tett samarbeid med berørte ansatte, brukere, tillitsvalgte og vernetjenesten.</p> <p>En utfordring med dagens løsning er at det jobbes fagspesifikt og at oppgaver løses ulikt. Det skal etableres en felles platform som vil fungere på tvers av avdeling/seksjon. I dette arbeidet er det helt nødvendig å få med behandlerne. Helsesekretærer kan utføre andre oppgaver og kunne avhjelpe helsepersonellet i større grad. Digitalisering/ helselogistikk vil også bidra til å avhjelpe.</p> <p>HAMU takker for en interessant presentasjon.</p>
08/2024	<p>Årsrapport HMS 2023 Basert på innspill fra klinikkens HMS-årsrapporter og tilhørende HMS-handlingsplaner er det utarbeidet en årsrapport for det systematiske HMS arbeidet i Vestre Viken. 3 hovedområder ses på som de største risikoene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeidsbelastning - Vold og trusler - Omstilling og endring <p>Samtlige av klinikkene har pekt på arbeidsbelastning som HMS-risiko for 2024. Det vurderes å være behov for mer systematisk forebygging med hensyn til faktorer som blant annet kompetansesammensetning, psykologisk trygghet, ledelse, pasientsikkerhet og organisering av arbeidet.</p>

<p>For alle klinikkene bortsett fra KIS og KMD, er <u>vold og trusler</u> identifisert som en av de høyeste HMS-risikoene. Også her at det er behov for økt bevissthet og kunnskap om systematisk forebyggende HMS-arbeid, som blant annet tydeligere rammer, retningslinjer og prosedyrer. Skader etter blant annet vold øker i forhold til tidligere år; flere av skadene er svært alvorlige. Antall meldte hendelser går ned i Synergi, mens i ForBedringsundersøkelsen meldes det høyere tall.</p> <p><u>Omstilling</u> i forbindelse med innflytting i Nytt Sykehus Drammen krever fortsatt gode rutiner med blant annet risikoanalyser.</p> <p><u>Systematisk forebyggende HMS-arbeid</u> skal inkluderes i virksomhetsstyringen i foretaket. Kartlegging av behov pågår, og det arbeides med å lage temaspesifikke kurs.</p> <p><u>Tilsyn</u>: Det har i 2023 vært mange tilsyn, spesielt fra Arbeidstilsynet. Det er flere pålegg som det nå arbeides med å lukke, spesielt innenfor området psykososiale faktorer.</p> <p>Utkast til handlingsplan for HMS arbeid ble lagt frem i møtet. Innspill til denne bes oversendt HMS-sjef snarest mulig.</p> <p>Konkrete forslag foreslått; Utarbeide korte, regelmessige spørreundersøkelser (puls undersøkelse) med max 5 spørsmål. Denne kan sendes ut med jevne mellomrom både til ansatte og til brukere.</p> <p>Digitalisere «Grønt kors» for å forenkle arbeidet.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none">1. HAMU tar HMS-årsrapport 2023 til etterretning, og ber om at status i arbeidet med anbefalingene blir fremlagt for HAMU innen 1. oktober 2024.2. HAMU ber AMU i klinikkene om å følge opp klinikkens HMS-handlingsplaner for 2024.

Årsplan for styret 2024

Ajourført pr. mars 2024

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Tent. mandag 29. januar Digitalt / teams (09.00 – 10.00)		Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig årsresultat 2023 	
Mandag 19. februar Digitalt / teams (09.00 - 11.00)	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2023, inkludert risikovurdering og IKT • Årlig melding 2023 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2024 • Utkast styrets årsberetning • Årsrapport 2023 Varslingsutvalget Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 9. februar • SKU 30. januar • HAMU 6. februar • Styrets årsplan pr februar • Brukerutvalg 23. Januar • Ungdomsrådet 30. januar 	
15. februar - foretaksmøte for sittende styrer			
26. februar – foretaksmøte og felles styreseminar i regi av HSØ (Gardermoen)			Oppdrag og bestilling (OBD) 2024. Program formidles når dette er klart.
Tirsdag 19. mars Bærum sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Årsberetning/årsregnskap 2023 • Styrende dokumenter for VVHF 2024 • Instruks for styret i VVHF 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 29. februar 2024 inkl. rapportering bærekraftsplan 	Eget møte mellom styret og revisor.

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
	<ul style="list-style-type: none"> • Instruks for AD i VVHF • Ledelsens gjennomgang VVHF 2023 • Protokoll fra foretaksmøte og Oppdrag og bestilling for 2024 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Bærum sykehus • Pasientombudenes årsmelding 2023 • Rapport Forebygging av vold og trusler • Rapport undersøkelse legenes arbeidsforhold <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 7. mars • Brukerutvalg 12. mars • SKU 12. mars • Styrets årsplan pr mars 	
<p>Mandag 13. mai Kongsberg sykehus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2025 – 2028 • Etiske retningslinjer i VVHF • Åpenhetsloven og samfunnsansvar - rapport • Styrets møteplan 2025 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Kongsberg sykehus <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 25/26. april • HAMU 23. april • Brukerutvalg 7. mai • Styrets årsplan pr mai 	<p>Pasient- og brukerombudet</p>
<p>Mandag 10. juni</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 1. tertial 2024 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2024 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen 	<p>Program styreseminar Forberedelser NSD Opplæring</p>

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Styremøte og styreseminar Brakerøya, Drammen		<ul style="list-style-type: none"> Status investeringsramme 2024 Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> SKU 14. mai Brukerutvalg 4. juni Styrets årsplan pr juni 	E-læringskurs "Etikk for alle"
13. juni - foretaksmøte og felles styreseminar i regi av HSØ (Grev Wedels plass 5, Oslo)			Program formidles når dette er klart
Mandag 26. august Digitalt / teams (09.00 - 10.00)		<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. juli 	
Mandag 23. september Ringerike sykehus	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr 2. tertial 2024 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2025 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Ringerike sykehus Status nytt sykehus Drammen Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> HAMU 3. september SKU 27 august Brukerutvalg 10. september Styrets årsplan pr september 	Forskning i VVHF
Mandag 21. oktober G 32, Drammen Styremøte og styreseminar	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet Lønnsoppgjør 2024 for administrerende direktør 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr 30. september 2024 Kvalitetsindikatorer Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Drammen sykehus – oppfølging bærekraftsplanen. Flytteforberedelser Nytt sykehus Drammen Budsjett 2025 Referatsaker	Program styreseminar Evaluering av styrets arbeid

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra HSØ 27. september SKU 8. oktober Brukerutvalg 15 HAMU 29. oktober Styrets årsplan pr oktober 	
Mandag 18. november Digitalt / teams (09.00 – 12.00)		<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2024 	
Mandag 16. desember Drammen	<ul style="list-style-type: none"> Budsjett og mål 2025 Styrets årsplan 2025 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 30. november 2024 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fullmakter i VVHF Nytt sykehus Drammen <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 21. november HAMU 10. desember Brukerutvalg 10. desember Styrets årsplan pr desember 	Dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet.

Merk:

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

Saker til behandling på senere tidspunkt / pendingliste styremøter:

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

Bestilling fra styret	Bestillings- dato	Forventet leveranse	Status
Sak 122/2023 Virksomhetsrapportering pr 30. november 2023 for VVHF. Styret ser frem til å få informasjon om plan og tiltak for å redusere ventetider i forbindelse med 1. tertialrapportering 2024.	18.12.23	10.06.24	
Sak 124/2023 Status nytt sykehus Drammen. Styret ber derfor om å få en gjennomgang av status på disse IKT-leveransene i styremøtet i februar. Dette med tanke på hvilke aksjonsmuligheter VVHF har for å påvirke at kritiske IKT-løsninger er på plass ved oppstart, samt at det må redegjøres for konsekvenser av en eventuell forsinkelse.	18.12.23	19.03.24	
Sak 7/2024 Investeringsrammer 2024. Styret kommenterer at dersom resultatutviklingen ikke går som forutsatt, vil dette få konsekvenser for neste års investeringsramme. Styret ber derfor om en statusorientering i junimøtet.	29.01.24	10.06.24	
Sak 127/2023 Budsjett og mål 2024. Styret konstaterer at implementeringen av DIPS Arena og forberedelsene til innflytting i nytt sykehus i Drammen kommer til å kreve mye ressurser i 2024. Det ble etterspurt nærmere informasjon om forventede kostnader forbundet med dette og hvordan de er synliggjort i budsjettene. Som følge av foreliggende resultat for november 2023 og usikkerhet til det endelige resultatet for året er det ønskelig å avvente å gi fullmakter til investeringer utover rammen av investeringstilskuddet fra HSØ. Så snart regnskap for 2023 er avsluttet vil revidert forslag investeringsramme legges frem.	18.12.23	19.03.24	Det vises til sak 7/2024 Investeringsrammer 2024 til styremøtet 29. Januar 2024.
Sak 15/2024 Virksomhetsrapportering pr. 31. Januar 2024. Styret bemerker paradokset ved økning i brutto månedsverk samtidig som det er mangel på kvalifisert helsepersonell, og ønsker å få nærmere informasjon i marsmøtet om hvilke områder som har vekst og hvilke områder som mangler ressurser.	19.02.24	19.03.24	

