

**Til:** Styret ved Vestre Viken  
**Dato utsendt: 25. mai**  
**Vår ref.** Styresekretær

**Møtetype:** Styremøte  
**Møtedato:** 31. mai 2021  
**Møtetid:** kl. 10.00 -15.00  
**Møtested:** Digitalt møte

Publikum og media som ønsker å følge møtet, må gi beskjed til styresekretær på mail innen søndag 30. mai kl.18.00 slik at en kan prøve å tilrettelegge for digital deltagelse. ([elin.onsoyen@vestreviken.no](mailto:elin.onsoyen@vestreviken.no))

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

**Ved forfall vennligst gi beskjed til:**

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

Med vennlig hilsen  
*For styreleder Siri Hatlen*

Elin Onsøyen

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
44/2021	10.00 5 min	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b> Vedlegg: Innkalling til styremøte 31. mai
45/2021	10.05 5 min	<b>Godkjenning av møteprotokoll 26. april 2021</b> Vedlegg: Foreløpig protokoll 26. april 2021
46/2021	10.10 20 min	<b>Driftsorientering fra administrerende direktør</b>
47/2021	10.30  90 min	<b>Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 1. tertial 2021</b> Presentasjoner Vedlegg: 1. Virksomhetsrapportering pr. 1. tertial 2021 2. Rapportering gevinstplan NSD og økonomisk bærekraft VVHF pr. 1. tertial 2021 3. NSD IKT fase 1 – statusrapport 1. tertial 2021
	12.00 20 min	<b>Pause</b>
48/2021	12.20  30 min	<b>Risikovurdering av virksomheten i Vestre Viken HF</b> Presentasjon Vedlegg: 1. Risikovurderinger pr. 1. tertial 2021 relatert til oppdrag og bestilling for 2021 og budsjett 2021 2. Risikovurderinger pr. 1. tertial 2021 relatert til langsiktig utvikling av foretaket frem til innflytting i NSD og oppnåelse av økonomisk bærekraft for foretaket samlet 3. Modell for risikovurdering i VVHF
49/2021	12.50  10 min	<b>Konsernrevisjonens revisjonsrapport 8/2020 – varslingsystemet. Status på oppfølgingstiltak.</b> Presentasjon Vedlegg: 1. Rapport fra arbeidsgruppen 2. Handlingsplan 3. Prosedyre for saksbehandling av varslingsaker 4. Mandat for varslingsutvalget 5. Skjema for varslings 6. Hjelpeskjema for leder 7. Kommunikasjonsplan
50/2021	13.00  5 min	<b>Styrets møteplan 2022</b> Vedlegg: Møteplan i Vestre Viken 2022 (årskalender for foretaket pr. mai 2021)
	10 min	<b>Pause</b>
51/2021	13.15  30 + 30 min  30 min	<b>Andre orienteringer:</b>  • Klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar årsrapport 2020 (presentasjon)</li> <li>• Nytt sykehus Drammen (notat ettersendes)</li> </ul>
<b>52/2021</b>	14.45	<b>Eventuelt</b>
<b>53/2021</b>		<b>Referatsaker</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Årsrapport 2020 VVHF (endelig dokument)</li> <li>2. HAMU referat 4. mai 2021</li> <li>3. Ekstraordinært styremøte HSØ 7. mai</li> <li>4. SKU referat 11. mai 2021</li> <li>5. Veileder for styrearbeid i helseforetak HSØ mai 2021</li> <li>6. Brukerutvalg 26. mai 2021 (ettersendes)</li> <li>7. Referat fra styreutvalg 21. mai (ettersendes)</li> <li><b>8. Styrets årsplan pr mai 2021</b></li> </ol>
	1500	Møteslutt

Dato: 25. mai 2021  
Saksbehandler: Elin Onsøyen

## Saksfremlegg

### Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	44/2021	31.05.2021

### Forslag til vedtak

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Drammen, 25. mai 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 31. mai 2021



Dato: 25. mai 2021  
Saksbehandler: Elin Onsøyen

## Saksfremlegg

### Godkjenning av møteprotokoll 26. april 2021

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	45/2021	31.05.2021

### Forslag til vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 26. april 2021 godkjennes.

Drammen, 25. mai 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 26. april 2021

Dato: 26. april 2021  
Saksbehandler: Elin Onsøyen  
Direkte telefon: 95812504

## Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

**Møtested:** Digitalt møte/Drammen, møterom Tyrifjord (DT)  
**Dato:** 26. april  
**Tidspunkt:** Kl. 10 – 14.25

---

### Følgende medlemmer deltok:

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

---

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

### Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

Navn	Funksjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør (DT)
Halfdan Aass	Direktør medisin
Ulrich Spreng	Direktør fag (DT)
Mette Lise Lindblad	Direktør økonomi
May Janne Botha Andersen	Klinikkdirektør Ringerike
Rune A. Abrahamsen	Prosjektdirektør
Elin Onsøyen	Spesialrådgiver/styresekretær (DT)

\*Til stede DT på sak

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

**Sak 34/2021 Godkjenning av innkalling og saksliste****Styrets enstemmige****Vedtak:**

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

**Sak 35/2021 Godkjenning av styreprotokoll 22. mars 2021****Styrets enstemmige****Vedtak:**

Møteprotokoll fra styremøtet 22. mars 2021 godkjennes.

**Sak 36/2021 Virksomhetsrapportering pr. mars 2021**

Innledende presentasjon til behandling av saken ved administrerende direktør.

**Oppsummering innhold:**

Koronapandemien har vesentlig innvirkning på aktivitet og økonomi. Foretaket er fortsatt i gul beredskap, og dette innvirker på aktivitet. Tilskudd i 2021 vedrørende koronapandemien, samt overførte midler fra 2020 er nå brukt opp. Pandemien har negativ innvirkning på resultat og forventes å ha det en god stund fremover. Det skal fordeles ytterligere midler fra HSØ, men dette vil ikke være tilstrekkelig til å dekke forventede netto merkostnader i 2021. Den fremtidige økonomien, herunder forutsetningene for økonomisk langtidsplan, avhenger nå av eventuelle nye tildelinger gjennom RNB.

Norge er i den tredje bølgen av covid-19 og det ser ut som at denne bølgen har nådd toppen rundt påske. Pr. 25.04.21 er 25 pasienter innlagt i Vestre Viken HF..

Grunnet høyt antall innlagte pasienter med covid-19 gikk Vestre Viken HF i gul beredskap 18.3.21. Dette medfører en reduksjon i planlagt aktivitet.. Nesten 7000 ansatte i Vestre Viken har blitt vaksinert med minst en vaksinedose.

**Kommentarer i møtet:**

Styret ønsker mer informasjon om hvordan det jobbes med sykefravær i foretaket og hvordan fraværet fordeler seg mellom de ulike yrkesgruppene. Administrerende direktør understreket at det er enkelte yrkesgrupper som bruker å ligge høyere, f.eks. renhold. Pandemien har påvirket sykefravær blant annet med personell i karantene, men etter hvert som vaksinasjon av ansatte er gjennomført, vil det bli mindre fravær blant de som har pasientnært arbeid.

Styret ønsker en nærmere gjennomgang av HR-relaterte tema (sykefravær, hel- og deltid, kompetanse, turnover, rekruttering mv).

Styret påpeker at bruk av videokonsultasjoner innen klinikk for psykisk helse og rus er bra, men en må være sikker på at det er de rette personene som får dette tilbud om behandling. Administrerende direktør understreket at videokonsultasjon skal brukes i samråd med pasienten.

Styret uttrykte bekymring for den dramatiske endringen i prognosen. Administrasjonen er forsiktige og har ikke forutsatt full dekning av kostnadene knyttet til pandemien. Styret

påpekte at Vestre Viken er tungt belastet med koronapasienter, og at det er viktig å få kompensert disse kostnadene. Det må tas opp med Helse Sør-Øst.

Styret ønsker en nærmere redegjørelse for de økte pensjonskostnadene og hva foretaket kan forvente på dette området framover. Risikovurderingene vil en komme tilbake til i forbindelse med 1. tertialrapportering i styremøtet i mai.

Styret setter pris på å få den korte ukentlige rapporten fra administrerende direktør.

Styret ble informert om en forventet mediasak ad. kirurgi og komplikasjoner. Arbeidet med kvalitet i foretaket er et tema i styrets årshjul og vektlegges i rapporteringene til styret.

### **Styrets enstemmige**

#### **Vedtak:**

Styret tar virksomhetsrapport pr. mars 2021 til orientering

### **Sak 37/2021 Økonomisk Langtidsplan(ØLP) 2022 – 2025**

Innledende presentasjon til behandling av saken ved økonomidirektør.

#### **Oppsummering innhold:**

De viktigste forutsetningene for og endringene i ØLP sammenliknet med fjorårets ble gjennomgått i møtet. Økonomisk langtidsplan for 2022 – 2025 innebærer en økt utfordring for foretaket som følge av endrede inntektsforutsetninger og økte kostnader. Oppdatering av inntektsmodellen i HSØ medfører at foretaket får negative omfordelingseffekt vedrørende pensjonselementet i modellen. Modellen fordeler midler etter foretakenes opptaksområder og når foretakets pensjonskostnader øker forholdsmessig mye mer enn de fleste andre helseforetakene gir det negativt utslag. De forholdsmessig høyere pensjonskostnadene i Vestre Viken skyldes at foretaket må resultatføre en større del av tidligere års estimatavvik. Dette kan endre seg over tid, men innebærer et inntektstap i ØLP. Økte kostnader gjelder først og fremst vekst innenfor ambulansetjenesten og behandlingshjelpemidler. Den økte utfordringen er løst ved krav til noe økt arbeidsproduktivitet i tillegg til en forutsetning om midlertidig inntektsstøtte fra Helse Sør-Øst pga. betydelig økte pensjonskostnader. Det er prioritert å øke midler til forskning i planperioden slik at foretaket kan oppnå målet om at minst en prosent av samlet driftsbudsjett går til forskning. Eventuell ytterligere satsning på intensivkapasitet og økt utdanning av helsepersonell vil bli vurdert i forbindelse med kommende års budsjett. Oppnåelse av resultatkravene i perioden forutsetter realisering av planen for økonomisk bærekraft for hele foretaket og gevinstrealisering NSD.

#### **Kommentarer i møtet:**

Styret ønsker at det satses på øke midlene til forskning da dette bidrar til god pasientsikkerhet. Investeringsmidler til BRK må sees i sammenheng med midlene som ligger til vedlikehold av bygningsmassen. Prosjektmidler som ikke blir brukt på grunn av pandemien forsvinner ikke og tas med videre. Vestre Viken har fått gjort mye vedlikehold med sysselsettingsmidlene på 50 MNOK som foretaket mottok i 2020. MTU-investeringene må være tilstrekkelige.

Styret understreker at endelig prioritering av midler for 2022 vil komme i forbindelse med budsjettbehandling til høsten. Styret ber om en oppdatering av ØLP før budsjettbehandling da det er mer enn vanlig uavklarte forhold knyttet til pandemi, periodiseringsutfordringer, pensjon og effektivisering av driften.

Styret vil følge utviklingen nøye. Styret godkjenner fremlagt ØLP, men vil vurdere om det er behov for å forsterke produktivitetsveksten nå, slik at det ikke bygger seg opp behov for tiltak om noen år som vil bli for tøffe. Det påpekes også viktigheten av å arbeide med salg av eiendom der det er hensiktsmessig.

## Styrets enstemmige

### Vedtak:

1. Styret legger til grunn følgende resultatmål i planperioden basert på de forutsetninger som er beskrevet i saksfremlegget:

MNOK	2022	2023	2024	2025
Resultatmål fra ordinær drift	234	275	249	50
Gevinst ved salg av eiendom	0	0	0	561
Resultatmål ØLP 2022-2025	234	275	249	611

Resultatmålene i planperioden forutsetter at omstillingstiltakene og gevinstplanen for Nytt sykehus i Drammen gir forventede effekter.

Planforutsetninger ØLP 2022 - 2025 legges til grunn for det videre arbeidet med budsjett 2022.

Resultatmålene bygger på følgende investeringsrammer for planperioden 2022 – 2025:

ØLP 2022-2025 (MNOK)	2022	2023	2024	2025
BRK-prosjektet	36	131	115	104
PHR	10	10	10	10
Bygg øvrige	-	-	-	-
Ambulanser	27	29	24	24
MTU	101	101	101	101
IKT og bygnær IKT	45	28	22	16
EK innskudd pensjon	15	15	15	15
Annet (grunnutrustning, mm)	35	30	30	30
Mammografibusser	8	8	0	8
<b>SUM investeringer</b>	<b>276</b>	<b>352</b>	<b>317</b>	<b>308</b>
<i>Herav finansiert med finansiell leasing</i>	24	26	22	22
<i>Herav finansiert av RHF</i>	8	8	0	8
<i>Herav finansiert med egen likviditet</i>	244	317	296	279

Fordeling av investeringsrammer konkretiseres i de årlige budsjettprosessene.

Styret legger til grunn at planene for rehabiliteringen av BRK opprettholdes som forutsatt i tidligere vedtak gjennom samlet ramme til henholdsvis investeringer og vedlikehold i tråd med prosjektplanen.

2. Styret forutsetter at rammen til finansiell leasing holdes innenfor finansstrategien i Helse Sør-Øst RHF.
3. Det fremlagte forslag til økonomisk langtidsplan for perioden 2022 – 2025 vedtas med forbehold om at de økonomiske konsekvensene av den pågående koronapandemien kan resultere i vesentlig endringer i rammeforutsetningene for planperioden. Eventuelle justeringer av resultatmål og investeringsplaner må gjøres når situasjonen er mer avklart.
4. Styret tar videre forbehold om eventuelle justeringer som måtte tilkomme etter behandlingen i Helse Sør Øst RHF. Dette omfatter forutsetningen som er lagt til grunn om inntektsstøtte fra Helse Sør-Øst som følge av omfordelingseffekter i inntektsmodellen vedrørende pensjon.

### **Sak 38/2021 Instruks for styret i Vestre Viken HF**

#### **Kommentarer i møtet:**

Styret ønsket at hovedoppgaven knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet og styrets ansvar for strategi blir stående for å understreke dette, selv om det fremgår av helseforetaksloven som det henvises til. Setningen om at styreleder er den som uttaler seg til media på vegne av styret er strøket under punkt 3 da omtalt også under punkt 9. Styreinstruksen ligger tett opp til HSØs mal for instruks.

#### **Styrets enstemmige**

##### **Vedtak:**

Instruks for styret i Vestre Viken HF godkjennes med de endringer som fremkom i møtet.

### **Sak 39/ Informasjonssikkerhet og personvern i Vestre Viken HF**

Innledende presentasjon til behandling av saken ved administrerende direktør

#### **Oppsummering innhold:**

Status og pågående tiltak for å ivareta informasjonssikkerhet og personvern i Vestre Viken ble presentert i møtet. Informasjonssikkerhet og personvern er områder som har økt i kompleksitet og omfang de siste årene. Digitalisering og bruk av ny teknologi gir behov for nye tiltak og bedre oversikt over status på IKT-systemene. Styret i Helse Sør-Øst har nylig godkjent mål og strategi for informasjonssikkerhet, hvor det presiseres at informasjonssikkerhetsarbeidet skal være risikobasert, og at ansvar og myndighet for informasjonssikkerhet følger det ordinære linjeansvaret. Vestre Viken iverksetter tiltak

for å tydeliggjøre lederansvaret for informasjonssikkerhet og for å styrke ledelsens oppfølging på området.

**Kommentarer i møtet:**

Styret understreket at det er viktig at det arbeides med sikkerhetskulturen i foretaket, og at alle ansatte har obligatorisk opplæring i informasjonssikkerhet og personvern. Styret understreket betydning av at det jobbes proaktivt på dette området.

**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Styret tar redegjørelsen for foretakets status og pågående tiltak for å ivareta informasjonssikkerhet og personvern til orientering og legger til grunn at administrerende direktør rapporterer videre arbeid i tertialrapportene.

**Sak 40/2021 Andre orienteringer**

Innledende presentasjon til behandling av saken ved administrerende direktør.

**Ringerike sykehus**

Klinikkdirektøren orienterte om driften ved Ringerike sykehus og Hallingdal sjukestugu og klinikkens bidrag til bærekraft og gevinstrealisering i foretaket. Klinikkens samarbeid med øvrige sykehus i foretaket ble poengtert i gjennomgangen.

**Kommentarer i møtet:**

Det er viktig for styret å se hvordan en jobber sammen på tvers av lokasjoner og i nettverk, og hvordan nye digitale løsninger tas i bruk i pasientbehandlingen og endrer helsetjenesten. Hallingdal sjukestugu er et eksempel på hvordan samhandlingsreformen kan fungere i praksis.

**Prosjekt nytt sykehus i Drammen**

Prosjektdirektør Rune A. Abrahamsen redegjorde for status og omfang for pågående delprosjekter og aktiviteter i organisasjonsutviklingsarbeidet. For detaljert innhold vises det til vedlagte presentasjon.

**Kommentarer i møtet:**

Styret ser fram til å få besøke Brakerøya i juni.

**Sak 41/2021 Eventuelt**

Ingen saker ble tatt opp under dette punktet.

**Sak 42/2021 Referatsaker**

Ingen kommentarer i møtet.

**Drammen 26. april 2021**

Siri Hatlen  
styreleder

Margrethe Snekkerbakken  
nestleder

Bovild Tjønn

Morten Stødle

Tom R. H. Frost

John Egil Kvamsøe

Robert Bjerknæs

Ane Rongen Breivega

Hans-Kristian Glesne

Toril A. K. Morken

Gry Lillås Christoffersen



Dato: 25.05.2021  
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

## Saksfremlegg

### Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 1. tertial 2021

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	47/2021	31.05.2021

#### Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. 1. tertial 2021 til etterretning.

Drammen 25. mai 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

## Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. 1. tertial 2021 i tråd med styrets årshjul. Rapporteringen pr. tertial omfatter en rekke flere indikatorer enn de som rapporteres månedlig.

## Saksutredning

### Økonomi

2021 er i stor grad påvirket av koronapandemien. Økonomisk resultat pr. 1. tertial viser et overskudd på 10,5 MNOK, som er 70,9 MNOK bak budsjett. Det er beregnet en brutto negativ økonomisk effekt på 239,8 MNOK på grunn av koronapandemien. Netto resultat effekt av pandemien er 97,5 MNOK etter inntektsføring av 142,3 MNOK i bevilget øremerkede midler og avsetninger foretatt pr 31.12.2020. Det er også en høyere andel vedlikehold bygg over drift enn forutsatt i budsjettet. Dette utlignes mot lavere investeringer.

Det er ikke tatt hensyn til forventede effekter av årets lønnsoppgjør i resultatet pr. 1.tertial da forhandlingene fortsatt pågår. Frontfagene har landet på et nivå som er høyere enn forutsetninger i statsbudsjettet, og forventes til å gi en kostnadsøkning utover budsjett på om lag 26,1 MNOK i 2021. Resultateffekt innarbeides ikke i resultatet før forhandlingene er avsluttet.

Vestre Viken rapporterte en prognose for året pr. april 2021 på -123,5 MNOK, som er 367,5 MNOK bak budsjett. Inkludert i dette er økte pensjonskostnader som følge ny aktuarberegning foretatt i januar 2021 på 91,3 MNOK, og forventede merkostnader i forbindelse med årets lønnsoppgjør på 26,1 MNOK. Prognose resultatavvik eksklusive pensjon utgjør følgelig 276,2 MNOK. Resterende resultatavvik skyldes betydelig inntektstap og fortsatt høye kostnader tilknyttet pandemien, samt overforbruk på byggvedlikehold som møtes av lavere investeringer. Prognosen inkluderer ikke forventede økte midler vedrørende pandemien og pensjonskostnader i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett (RNB), og heller ikke forventet tildeling fra Helse Sør-Øst fra tilbakeholdte midler fra budsjett 2021 til finansiering av merkostnader som følge av pandemien. Tilleggsbevilgninger vil forbedre prognose tilsvarende.

### Aktivitet

#### *Somatikk*

På grunn av koronasituasjonen er somatisk aktivitet om lag 9 % lavere enn budsjett målt i antall DRG-poeng produsert i eget foretak. Aktivitetsreduksjonen er størst knyttet til døgntil behandling. Det er iverksatt tiltak for å øke dag- og poliklinisk aktivitet for å redusere ventetider og antall ventende. Aktiviteten i april er noe høyere enn perioden januar-mars, og antall polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger er høyere enn budsjett. Samtidig oppleves en vedvarende reduksjon i antall døgntil behandling, herunder en reduksjon i antall øyeblikkelig hjelp-pasienter. Reduksjon i døgntil behandling er gjennomgående i alle sykehusene, og oppleves også i andre helseforetak.

Aktivitetsprognosen forutsetter at elektiv og poliklinisk aktivitet øker til et nivå som er i tråd med eller bedre enn budsjett ut året, og at døgntil opphold kommer opp til et nivå omlag 5 % lavere enn budsjett. Tiltak for å øke aktiviteten fremover inkluderer etablering av kveldspoliklinikk og elektive operasjoner i helgene. Prognose gir lavere døgntil opphold enn budsjettet som følge av fallet i øyeblikkelig hjelp pasienter, hovedsakelig medisinske pasienter.

Foretaket fikk i april 2021 tildelt midler fra HSØ til å stimulere til reduserte ventetider innen medisinsk avdeling Drammen sykehus og KMD.

#### *Psykisk helse og rus*

Poliklinisk aktivitet er pr. april over budsjett innen BUP, mens den er litt bak budsjett innen VOP/TSB. Det har vært en positiv utvikling innen VOP/TSB i april, slik at det negative avviket er redusert betraktelig. Det negative avviket som har vært tidligere, er hovedsakelig koronarelatert. Det har medført at en del avtalte polikliniske konsultasjoner har blitt avlyst. En

del gruppekonsultasjoner har blitt enten avlyst eller gjennomført med færre pasienter pr. gruppe i tidsrom med forsterkede smittetiltak i samfunnet. Det jobbes med å få til flere gruppebehandlinger og økte gruppestørrelser når smittesituasjonen tillater det. En del vakante stillinger er i ferd med å bli besatt. Midlertidig kveldspoliklinikk er etablert ved Drammen DPS og Bærum DPS. Det vurderes også kveldspoliklinikk andre steder. Det jobbes med tiltak for å øke produktiviteten i eksisterende FACT-team. Det er innvilget tilskudd til etablering av 2 nye FACT-team. Det forventes en gradvis vekst i aktiviteten som følge av tiltakene, men full effekt kan ikke forventes før over sommeren.

Foretaket fikk i april 2021 tildelt midler fra HSØ til å stimulere til reduserte ventetider innen BUP og DPS.

Det har vært et vedvarende overbelegg ved Seksjon for akutt og spiseforstyrrelser siden desember 2020, hvor man har måtte ta i bruk stuer og kontorer for å ha plass til pasientene. Det har medført vanskelige driftsforhold. For å bedre denne situasjonen er det besluttet å ta i midlertidig bruk ledige lokaler ved Bærum DPS i Dr. Høstsvei for Enhet for spiseforstyrrelser. Flytting er planlagt og gjennomført svært raskt med oppstart 10. mai. Dette tiltaket gir bedret kapasitet og ikke minst plass. Samtidig er det en utfordring med kapasiteten i barne- og ungdomspsykiatrien samlet sett, som gjør at avdelingen kommer for sent til, pasienters symptomer forsterkes, og behandlingen forlenges. Behandlingseffekt reduseres også av at så mange sosiale arenaer for barn og unge er stengt ned. Det er iverksatt kveldspoliklinikker for pasienter med ADHD-problematikk og for pasienter med tvangslidelse. De fem poliklinikkene for barn og unge styrkes også midlertidig med 10 nye stillinger.

### Kvalitet

Pr 1. tertial er ventetid somatikk 56 dager og ventetid psykisk helse og rus 43 dager. Andel korridorpatienter innen somatikk i april er 0,5 %. Behandling innen standard forløpstid i pakkeforløp for kreft er pr. 1.tertial på 63 %, som er under målkravet på 70 %. Andel overholdte pasientavtaler er 90,9 % pr 1.tertial, som er under målet på 94 %. I motsetning til våren 2020 (1. koronabølge) hvor all planlagt aktivitet ble redusert til et minimum, har klinikkene denne våren (3. koronabølge) opprettholdt den polikliniske aktiviteten og dermed hindret at mange pasientavtaler måtte utsettes. Tildelte stimuleringsmidler fra HSØ skal brukes målrettet til å redusere etterslepet og ventetider.

### HR

#### *Brutto månedsverk*

Brutto månedsverk pr. mai er 7779, som tilsvarer 131 brutto månedsverk mer enn budsjett. Av dette er 310 knyttet til korona. Mange ansatte har vært i karantene, det har vært et stort omfang merarbeid og overtid, og det er brukt mye tid på opplæring og omrokking av personell. Vestre Viken var i perioden 18. mars til 4. mai i gul beredskap, og et betydelig antall koronapatienter har vært inneliggende ved våre sykehus.

Foretaket vil utrede bemanningssituasjonen og legge planer for hvordan merårsverk knyttet til pandemien kan trappes ned når situasjonen tillater det.

Årsprognosen rapportert pr. april er 7686 brutto månedsverk, som er 19 årsverk lavere enn budsjettet basert på trenden hittil i år. Det forventes fortsatt merforbruk av månedsverk ut året knyttet til korona og smitteverntiltak.

#### *Sykefravær*

Det var gjennomsnittlig 8,6 % sykefravær i januar, februar og mars 2021. Korttidsfraværet gikk ned fra 3 % i januar til 2,7 % i mars. Dersom fravær som er registrert med karantenerelaterte fraværskoder trekkes fra, er øvrig fravær i snitt 7,3 % de tre første månedene i 2021. Basert på

vanlig utvikling i sykefraværet og stadig økt omfang av vaksinerings, forventes lavere sykefravær i vår- og sommermånedene.

Det totale sykefraværet har i 2021 vært høyt, og en del av dette er knyttet direkte til koronasituasjonen. Fraværet antas å gå ned i tiden fremover, og vurderingen er derfor at det ikke planlegges med nye tiltak for å redusere sykefraværet på nåværende tidspunkt. Foretaket har gode rutiner for oppfølging av sykefravær, og utviklingen vil bli fulgt nøye i tiden fremover.

### *AML-brudd*

Pr. april var det AML-brudd tilsvarende 2,5 % av alle vakter i foretaket, og det har vært tilsvarende høyt over tid. AML-bruddene gjenspeiler den krevende situasjonen klinikkene har stått i gjennom vinterhalvåret.

Det er inngått lokale avtaler mellom Vestre Viken og de fleste arbeidstakerorganisasjonene om høyere overtidssatser og kronetillegg for merarbeid som kan knyttes direkte eller indirekte til koronapandemien. Avtalene ble inngått i mars 2021 for å sikre tilstrekkelig bemanning i forbindelse med koronapandemien, og inneholder også avtale om utvidet arbeidstid. Dette vil bidra til at brudd på arbeidstidsbestemmelsene reduseres.

Det arbeides kontinuerlig med reduksjon av AML-brudd i foretaket. Den pågående pandemien har imidlertid forsinket arbeidet med tiltak i vedtatt handlingsplan. Arbeidet er nå tatt opp igjen, med gjennomgang av tiltak i HAMU 9. mars 2021. Opplæring for ledere, og utvikling av e-læringskurs for alle ansatte, samt oppdatering av avtaler med organisasjonene er noen av tiltakene i planen. Det er også etablert et regionalt partsarbeid i Helse Sør-Øst hvor Vestre Viken er med.

### Tertialvise rapporteringsområder

#### *Sykehusinfeksjoner*

Det gjennomføres vanligvis fire prevalensundersøkelser av sykehusinfeksjoner årlig ved helseforetakene i Helse Sør-Øst. Det er ikke gjennomført slik undersøkelse i 1. tertial 2021 som følge av nødvendig prioritering av arbeidet med covid-19-pandemien.

#### *HMS*

Antallet i indikatoren HMS-hendelser har etter en jevn økning flatet ut, og det har vært en liten nedgang totalt i meldte hendelser i 1. tertial 2021. Det vurderes å være relatert til et stabilt nivå for meldekultur i foretaket. HMS-hendelser fordelt på kategori viser at hendelser innen smittevern har hatt en stor økning i 1. tertial begrunnet i covid-19. Det er fremdeles høy forekomst av hendelser innen vold og trusler, etterfulgt av psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø. Aktuelle saker følges opp for å sikre læring og kontinuerlig forbedring.

#### *Utilsiktete hendelser*

Antall utilsiktede hendelser som førte til eller kunne ha ført til betydelig skade er på omtrent samme nivå som tidligere. Det er sendt varsler om 23 alvorlige hendelser til Statens Helsetilsyn. 14 av disse er innen psykisk helsevern. Fem av disse hendelsene følges opp tilsynsmessig av Statsforvalter. Som tidligere er de fleste varsler sendt til Statens Helsetilsyn grunnet selvmord. Foretaket følger handlingsplanen for forebygging av selvmord som Regjeringen nylig har lagt frem.

#### *Bruk av tvang*

Reduksjon av bruken av tvangsmidler (§ 4-8) er et viktig forbedringsarbeid i Klinikken for psykisk helse og rus, og det har blitt utarbeidet handlingsplaner for flere seksjoner. Antall pasienter med minimum ett tvangsmiddelvedtak har blitt redusert fra 94 i 1. tertial 2020 til 67 i 1. tertial 2021 ved Blakstad og utviklingen fremover følges tett. Innen barne- og ungdomspsykiatrien har det

vært en økning i antall tvangsinnleggelses. Denne økningen må sees i sammenheng med en vesentlig økning i antall øyeblikkelig hjelp innleggelses og innleggelses av pasienter med alvorlige spiseforstyrrelses. Økningen antas å ha sammenheng med pandemien.

#### *Eksterne tilsyn*

En rekke instanser fører tilsyn med ulike deler av foretakets virksomhet. Påviste avvik følges opp systematisk til de er lukket. Det vises til oversikt i vedlegg.

Det vises til nærmere detaljer om overnevnte punkter i vedlegget Virksomhetsrapportering pr 1. tertial 2021.

#### *Informasjonssikkerhet og personvern*

Økt digitalisering og økt kompleksitet i teknologiske løsninger og tjenester, øker behovet for oversikt over informasjonssikkerhetsrisiko, herunder trusselbildet, sårbarheter, tiltak og hendelser. Det ble gitt en status om arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern i styremøte 26. april 2021, sak 39/2021. Saken redegjorde for risikoområder og pågående aktiviteter for å redusere risikoen.

Sentrale tiltak i planen som ble redegjort for i nevnte styremøte, er blant annet en tettere oppfølging fra foretaksledelsen og en regelmessig rapportering til styret. Det vises til kapittel 5 i vedlegget Virksomhetsrapportering pr 1. tertial 2021, hvor det gis en oversikt over status for risiko- og sårbarhetsvurderinger pr 1. tertial. Foretaksledelsen behandlet statusrapporten 11. mai 2021. Det er noen konkrete saker som er løftet til foretaksledelsen i første tertial der det har vært behov for å foreta avveininger av informasjonssikkerhet opp mot andre hensyn.

#### Rapportering på gevinstplan

Det vises til vedlagte rapport for rapportering på status i arbeidet med gevinstrealisering NSD og økonomisk bærekraft i Vestre Viken. Modellen for rapportering er fastsatt og gir en kort oppsummering av status og kommende milepæler. Det er ingen vesentlige endringer i vurderingen av måloppnåelse og risiko siden forrige rapportering ved utgangen av 3. tertial 2020. Planlagte gevinster i 2021 vil ikke oppnås fullt ut. Budsjett 2021 forutsetter 62 MNOK i realiserte gevinster. Vurderingen pr. 1. tertial er at 32 MNOK vil oppnås rimelig sikkert. 16 MNOK er trukket i ramme for klinikkene og forutsettes realisert gjennom tiltak i klinikkene. Som følge av at koronapandemien sterkt innvirker på klinikkenes økonomiske resultat, er det vanskelig å måle om effekter faktisk oppnås. Forbedringsaktiviteter er også forsinket som følge av pandemien. Foretaket er tildelt midler til barne- og ungdomspsykiatrien, i tillegg til at negative økonomiske effekter vedrørende koronapandemien forventes delvis kompensert.

Det er definert seks områder som de viktigste å følge mht fremdrift i gevinstrealiseringen:

1. Innføring av Aktivitetsstyrt ressursplanlegging
2. Spesifikke gevinster knyttet til NSD
3. Spesifikke gevinster knyttet til innføring av ny teknologi
4. Spesifikke gevinster knyttet til de konkrete områdene:
  - a. Medikamentkostnader
  - b. Rehabiliteringskostnader
  - c. Gjestepasientkostnader
5. Reduksjon av utilsiktede hendelser, beste praksis og bedre utnyttelse av samlet kapasitet
6. Akuttforløpene

Koronapandemien har medført forsinkelser i flere aktiviteter både i 2020 og 2021. Dette har resultert i at gevinstrealiseringen er noe forsinket frem i tid i forbindelse med utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan (ØLP) for 2022 – 2025. Dette medfører at foretaket har en svakere

EBITDA utvikling i siste ØLP, og også svakere enn den EBITDA utviklingen som lå til grunn for forprosjektrapporten for nytt sykehus i Drammen.

Foretaket er godt i gang med arbeidet med å etablere et porteføljestyre, og prosessen med rekruttering av leder til et prosjektkontor er igangsatt. Det er fastsatt mandat for porteføljestyret og for prosjektkontorets arbeid. Dette vil, når det er i drift, sikre at foretaksledelsen får rapportert status på det som er vurdert som kritiske prosjekter og fortløpende kan sikre at tiltak iverksettes om resultatmål ikke nås som forutsatt. I første omgang er det vurdert at foretaksledelsen må ha regelmessig oppfølging av følgende prosjekter:

1. BRK
2. Avhending Blakstad og Drammen
3. Organisering Blakstad 21 – 25
4. Innføring video AMK
5. Mottaksprosjekt Helselogistikk
6. Innføring ARP
7. Digital hjemmeoppfølging

Prosjektene favner hele virksomheten og kommer i tillegg til oppfølgingen av gevinstplanen. Porteføljen omfatter prosjekter som griper inn i store deler av virksomheten og som vil være kritiske for den videre utviklingen.

#### IKT NSD fase 1

Det vises til vedlagte rapport for rapportering på IKT-prosjekter som er viktige for Nytt Sykehus i Drammen (IKT NSD fase 1). Rapporten viser at det er god fremdrift i 1. tertial på mange av prosjektene som er viktige for NSD, og at Vestre Viken blir prioritert for innføring av nye regionale løsninger og for oppgradering av IKT infrastruktur gjennom programmet STIM. Beslutning om igangsettelse av neste fase for helselogistikk i styret i HSØ 22. april en viktig milepæl for Vestre Viken. Noen av prosjektene har forsinkelser, som for eksempel STIM-prosjektet regional telekomplattform, som er forsinket med 3,5 måneder grunnet utfordringer knyttet til innføring av regional telekomplattform i OUS. Det er fortsatt en betydelig risiko knyttet til leveransekapasitet hos Sykehuspartner, og det er dialog med Sykehuspartner om tiltak for å øke leveransekapasiteten på kort og lang sikt.

#### **Administrerende direktørs vurderinger**

Den økonomiske situasjonen i 2021 er svært usikker som følge av koronapandemien. Tilskudd til å håndtere pandemien i budsjett 2021 er brukt opp i mars måned, og det samme gjelder de midlene foretaket overførte fra 2020. Inntektsbortfall og merkostnader belaster dermed foretakets resultat fra og med april måned. Dette påvirker også prognosen, og medfører et vesentlig negativt resultatavvik. Det understrekes at prognosen er satt uten forventet økte tilskudd i 2021, både fra ufordelte midler HSØ og gjennom revidert nasjonalbudsjett. Det forventes også økte midler til dekning av merkostnader for pensjon. Pandemiens videre utvikling vil være avgjørende for resultatutviklingen fremover.

Etterslepet i pasientbehandlingen skal tas inn, men fortsatt smitte i samfunnet og nødvendige smitteverntiltak påvirker effektiviteten og kostnadsnivået. Ventetider og måloppnåelsen i pakkeforløp for kreft påvirkes av den reduserte aktiviteten. Konkrete tiltak er satt i verk for å forbedre resultatene. Det er for tidlig å si om trenden med reduserte døgnopphold vil vedvare. Foretaket skal utrede bemanningssituasjonen nærmere for å kunne korrigere nivået etter hvert som situasjonen normaliseres.

Det gjøres mye godt arbeid innen HMS-området i foretaket. Likevel er det nødvendig å ha en tett oppfølging av HMS-arbeidet i oppfølgingsmøtene med klinikkene og videre i hele lederlinjen. Dette er en naturlig del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet i foretaket. Verktøyet «Snakk om forbedring» setter pasientsikkerhet og HMS i sammenheng, og understøtter dermed en åpen



og lærende kultur. Alle enheter er bedt om å benytte dette verktøyet i arbeidet med å utforme sine HMS handlingsplaner. Som en del av dette er alle også oppfordret til å gjennomføre elæringskurset i etikk.

Administrerende direktør er opptatt av at ledelsen i Vestre Viken skal ta et tydelig lederansvar for informasjonssikkerhet og personvern. Som er konsekvens av dette vil sentrale foretaksovergrepene funksjoner, herunder informasjonssikkerhet og personvern, knyttes nærmere administrerende direktør. Det foreligger planer for opplæring i digitalt lederskap i seminarer som skal avholdes i løpet av høsten.

Det er foretatt en gjennomgang av status i realisering av gevinster beskrevet i planen for gevinstrealisering NSD og økonomisk bærekraft for Vestre Viken. For 2021 vurderes planlagte besparelser innenfor medikamentområdet og innkjøpsområdet som realistisk. Det er god fremdrift i implementering av ARP (aktivtetsstyrt ressursplanlegging) innenfor psykisk helse og rus. Det er imidlertid risiko knyttet til realisering av øvrige deler av planen for 2021. Pandemien er en vesentlig årsak til dette. Kravene til måloppnåelse er ikke endret, men effektene vil bli realisert senere enn forutsatt. Dette påvirker resultatutviklingen negativt i de nærmeste årene, og nye tiltak må derfor vurderes suksessivt.

Tertialrapporten for IKT NSD fase 1 viser at det er mange IKT-prosjekter som er viktige for nytt sykehus i Drammen. Det er derfor avgjørende at prosjektene holder planlagt fremdrift, slik at planlagte gevinster kan tas ut. Leveransekapasitet hos Sykehuspartner vurderes til å være den største risikoen. Vestre Viken har bedt om at Sykehuspartner i neste kundemøte fremlegger konkrete planer for å øke kapasiteten både på kort og lang sikt.

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

Vedlegg:

1. Virksomhetsrapportering pr. 1. tertial 2021
2. Rapportering gevinstplan NSD og økonomisk bærekraft VVHF pr. 1. tertial 2021
3. NSD IKT fase 1 – statusrapport 1. tertial 2021

## Vedlegg

### Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr 1. tertial 2021

## Innhold

1.	Økonomi og aktivitet.....	2
1.1.	Resultat pr. 1. tertial 2021.....	4
1.2.	Resultatprognose pr. 1. tertial 2021.....	6
1.3.	Resultatavvik pr. klinikk.....	8
1.4.	Innleie.....	8
1.5.	H-resepter.....	9
1.6.	Likviditet.....	11
1.7.	Investeringer og byggvedlikehold.....	11
1.8.	Innsatsstyrt finansiering somatisk aktivitet.....	14
1.9.	Aktivitet psykisk helse og rus.....	15
1.10.	Telefon- og videokonsultasjoner.....	17
1.11.	Prioriteringsregelen.....	18
2.	Kvalitets- og styringsindikatorer.....	19
2.1.	Ventetid.....	19
2.2.	Overholdelse av pasientavtaler.....	20
2.3.	Korridorpasienter somatikk.....	21
2.4.	Pakkeforløp for kreft.....	21
2.5.	Sykehusinfeksjoner.....	22
2.6.	Utilsiktete hendelser og avvik og varsler til Statens Helsetilsyn.....	22
2.7.	Bruk av tvang.....	23
3.	Medarbeidere - status.....	25
3.1	Brutto månedsverk.....	25
3.2	Deltid.....	27
3.3	Sykefravær.....	29
3.4	Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML).....	30
4.	HMS indikatorer.....	32
4.1	Fraværsskedefrekvens.....	32
4.2	HMS-hendelser.....	32
4.2.1	Vold og trusler.....	33
4.3	HMS/arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.....	33
4.4	Covid-19.....	34
5.	Informasjonssikkerhet og personvern.....	35
6.	Eksterne tilsyn.....	36



## 1. Økonomi og aktivitet

### Sammendrag

Pr. 1. tertial 2021 er resultat 70,9 MNOK bak budsjett. Totale inntekter er 4,2 MNOK lavere enn budsjett og totale kostnader er 68,1 MNOK høyere enn budsjett.

#### *Pensjonskostnader – ny aktuarberegning*

Av det samlet resultat avvik pr april 2021 skyldes 30,4 MNOK økte pensjonskostnader i forbindelse med oppdatert aktuarberegning foretatt i januar 2021. Beregningen gir en økning på 91,3 MNOK for året, som følge av endrede renteforutsetninger. Det vil bevilges midler for å kompensere for pensjonsøkning i revidert nasjonalbudsjett, i tråd med tidligere års praksis. Fordelingen på helseforetakene blir først klarlagt på et senere tidspunkt.

#### *Koronaeffekter*

Pr. april kan 97,5 MNOK av budsjettavviket relateres til koronapandemien. Akkumulert pr. 1. tertial er det rapportert brutto negative resultateffekter på 239,8 MNOK knyttet til pandemien. Effekten er redusert ved inntektsføring av øremerkede midler bevilget i budsjett 2021, samt avsatt beløp pr 31.12.2020. I resultat pr. 1. tertial er det inntektsført 142,3 MNOK i koronamidler. Resterende midler avsatt pr. 1. tertial utgjør 42,6 MNOK, og skal inntektsføres i takt med avskrivninger på koronarelaterte investeringer.

NOK tusen	Total beløp	Benyttet hittil i år	Restbeløp
<b>Avsatt pr 31.12.2020</b>			
Investeringer 2020	36 000	1 410	34 590
Storvolumlab. økt analysekapasitet	8 000		8 000
<b>Sum til å dekke investeringer</b>	<b>44 000</b>	<b>1 410</b>	<b>42 590</b>
Merkostnader Korona drift 2021	58 187	58 187	
<b>Totalt avsatt pr 31.12.2020</b>	<b>102 187</b>	<b>59 597</b>	<b>42 590</b>
Øremerket tilskudd B21 (HSØ)	82 718	82 718	
<b>SUM covid midler</b>	<b>184 905</b>	<b>142 315</b>	<b>42 590</b>

Det vil bevilges midler for å kompensere for merkostnader relatert til pandemien i revidert nasjonalbudsjett. Fordelingen på helseforetakene blir først klarlagt på et senere tidspunkt. I tillegg har Helse Sør-Øst tilbakeholdte midler i budsjett 2021 som skal fordeles på foretakene. Det forventes at de fordeles i løpet av mai/ juni.

Helse Sør-Øst RHF har i Stortingets behandling av Prop. 79 S Endringer i statsbudsjettet 2021 (økonomiske tiltak i møte med pandemien), jf. Innst. 233 S (2020-2021), fått tildelt 53,8 MNOK som en midlertidig bevilgning til psykisk helsevern barn og unge og 18,9 MNOK til kostnader ved koronavaksinasjon. Vestre Vikens andel av bevilgningen utgjør 8,6 MNOK for oppbygging av poliklinisk behandling og døgnbehandling innenfor barne- og ungdomspsykiatri og 2,4 MNOK i kompensasjon for koronavaksinering av ansatte. Midlene tildeles som basisramme, og skal inntektsføres over fem måneder fra og med august. Midlene er ikke hensyntatt i prognosen pr. april.

#### *Prognose for året*

VVHF rapporterte en prognose for året pr. april 2021 på -123,5 MNOK, som er 367,5 MNOK bak budsjett. Inkludert i dette er økte pensjonskostnader som følge ny aktuarberegning foretatt i januar 2021 på 91,3 MNOK, og forventede merkostnader i forbindelse med årets lønnsoppgjør på 26,1 MNOK. Resterende resultatavvik skyldes inntektstap og fortsatt høye kostnader tilknyttet pandemien, samt overforbruk på byggvedlikehold som møtes av lavere investeringer. Prognosen inkluderer ikke forventede økte midler vedrørende pandemien, og pensjonskostnader forventet dekket av bevilgning i revidert nasjonalbudsjett (RNB), og heller ikke forventet tildeling fra Helse Sør-Øst fra tilbakeholdte midler fra budsjett 2021 til finansiering av merkostnader som følge av pandemien. Tilleggsbevilgninger vil forbedre prognosen tilsvarende.

#### *Salg av eiendom*

Det planlegges med salg av Evje Barnehager i Bærum kommune høsten 2021. Salget er behandlet av styret i møte 27. juni 2018, sak 36/2018, og var opprinnelig planlagt i 2019 og 2020. Salget er forsinket på grunn av uavklarte eierforhold for deler av tomtene med Bærum kommune. Gevinst ved salg knyttet til barnehagene er estimert til 14,5 MNOK. Det er ikke budsjettert med gevinst ved salg av eiendom i 2021. Eventuell gjennomføring av salgene i 2021 vil derfor gi et positivt avvik mot budsjett. Om salget ikke gjennomføres, må investeringsnivået reduseres. Det er ikke tatt høyde for gevinst ved salg av eiendom i prognosen pr. 1. tertial. Eventuell gevinst ved salg vil forbedre resultatet tilsvarende.

#### *Sande/Holmestrand*

Etter kommunesammenslåingen mellom Sande og Holmestrand belastes kostnader for tidligere Sandepasienter (gjestepasientkostnader, H-resepter mm) Sykehuset Vestfold (SiV) som en del av nye Holmestrand kommune. Vestre Viken har ansvar for disse kostnadene, da Sandepasientene fortsatt tilhører Vestre Vikens opptaksområde. Da det ennå ikke er på plass en god metodikk for å isolere faktiske kostnader for tidligere Sandepasienter, må 2021-kostnader belastes basert på historiske fordelingsnøkler. Hittil er 2021-kostnader belastet basert på budsjett 2021. Budsjett 2021 tar utgangspunkt i forbruk i 2019 justert for forventet vekst og prisstigning.

## 1.1. Resultat pr. 1. tertial 2021

Tabellen under spesifiserer regnskapsmessig rapportering til HSØ pr. 1.tertial 2021.

pr april 2021	Regnskap	Budsjett	Avvik		Regnskap	Budsjett	Avvik	
	denne perioden	denne perioden	denne perioden	Avviks %	hittil i år	hittil i år	hittil i år	Avviks %
Basisramme inkl. KBF	542 529	542 529	- 1	0 %	2 115 728	2 115 729	- 1	0,0 %
ISF inntekter	245 675	258 113	- 12 438	-5 %	982 114	1 083 815	- 101 701	-9 %
Gjestepasientinntekter	11 127	12 782	- 1 655	-13 %	48 910	56 284	- 7 374	-13 %
Andre pasientrelaterte inntekter	44 124	42 920	1 204	3 %	174 731	179 331	- 4 601	-3 %
Øvrige driftsinntekter	34 929	37 415	- 2 486	-7 %	261 657	152 147	109 510	72 %
Gevinst ved avgang av anleggsmidler								
<b>SUM Inntekter</b>	<b>878 384</b>	<b>893 759</b>	<b>- 15 376</b>	<b>-2 %</b>	<b>3 583 140</b>	<b>3 587 307</b>	<b>- 4 167</b>	<b>0 %</b>
Varekostnader	118 720	118 523	- 197	0 %	477 244	462 397	- 14 847	-3 %
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	76 516	72 035	- 4 481	-6 %	293 613	288 717	- 4 896	-2 %
Innleid arbeidskraft	3 281	1 239	- 2 042	-165 %	11 625	4 633	- 6 992	-151 %
Lønnskostnader	556 840	552 090	- 4 751	-1 %	2 240 771	2 235 648	- 5 123	0 %
Avskrivninger og nedskrivninger	24 931	25 639	708	3 %	98 942	101 093	2 151	2 %
Andre driftskostnader	106 575	103 363	- 3 211	-3 %	420 398	411 176	- 9 222	-2 %
Netto finanskostnader	53	536	483	90 %	1 055	2 308	1 253	54 %
<b>SUM Driftskostnader inkl. finans</b>	<b>886 916</b>	<b>873 425</b>	<b>- 13 490</b>	<b>-2 %</b>	<b>3 543 648</b>	<b>3 505 973</b>	<b>- 37 675</b>	<b>-1 %</b>
Resultat eks. pensjonsøkning	- 8 532	20 334	- 28 866	-142 %	39 492	81 334	- 41 842	-51 %
Pensjonsøkning januar 2021 aktuar	- 7 612		- 7 612		- 30 449		- 30 449	
<b>Resultat totalt</b>	<b>- 17 555</b>	<b>20 334</b>	<b>- 37 889</b>	<b>-186 %</b>	<b>10 453</b>	<b>81 334</b>	<b>- 70 881</b>	<b>-87 %</b>

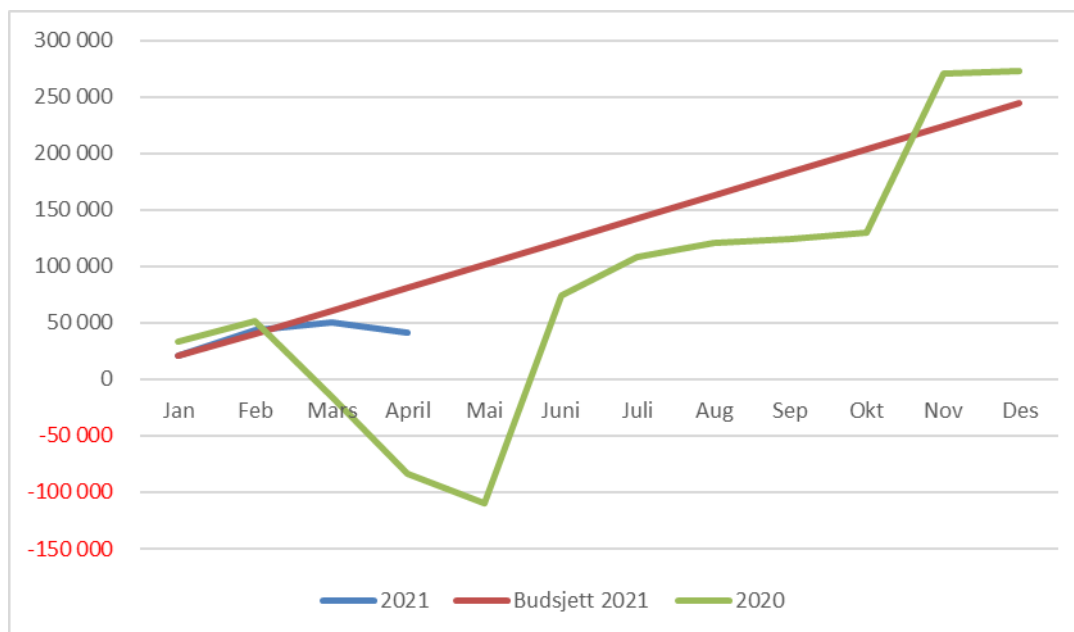
Totale inntekter er 4,2 MNOK lavere enn budsjett pr. 1. tertial. Det er beregnet et inntektsfall på 128,3 MNOK som følge av koronapandemien, herav 114,7 MNOK knyttet til redusert pasientbehandling, og 13,5 MNOK knyttet til redusert omsetning på kiosk, kantine, parkering og selvbetalende pasienter. Det er inntektsført 142,3 MNOK i koronamidler pr. 1. tertial, inkludert i øvrige driftsinntekter.

Totale driftskostnader eksklusiv pensjonsøkning er 37,7 MNOK mer enn budsjett pr. 1. tertial. Det er beregnet 111,6 MNOK i merkostnader som følge av koronapandemien, hovedsakelig knyttet til lønnskostnader, innleie, varekost og andre driftskostnader.

Andre driftskostnader er 9,2 MNOK høyere enn budsjettet hittil i år. Andre driftskostnader tilknyttet pandemien er beregnet til 16,8 MNOK, hovedsakelig til anskaffelse av mindre medisinskteknisk utstyr, adgangskontroll/sikkerhetstiltak og andre smitteverntiltak. Det er budsjettet med 12,1 MNOK i andre driftskostnader knyttet til pandemien pr. april. Kostnader for byggvedlikehold utgjør 18,2 MNOK mer enn budsjettet hittil i år. Kostnader hittil i år er lavere enn budsjettet på flere områder, inklusive IKT-tjenester, andre tjenestekjøp, møtekostnader, reisekostnader, renovasjonskostnader og tap på fordringer.

Utover koronaeffektene skyldes det samlede negative avviket pr. april i hovedsak økte pensjonskostnader og høyere andel vedlikehold over drift.

### Resultatutvikling akkumulert



Resultatutvikling 2021 er eksklusiv pensjon.

### Lønn eksklusiv pensjon

Pr. 1. tertial er det et overforbruk på lønnsområdet eksklusiv pensjon på 4,7 MNOK. Pr. april er det prosjektført 64,6 MNOK i koronakostnader. Grensedragningen mellom ordinær drift og prosjektførte koronakostnader er utfordrende. Rapporterte koronakostnader bygger på faktisk registrering med prosjektkode, og det vil alltid være feilkilder i denne registreringen. Det kan både være overregistrering og underregistrering. Overforbruk i drift skyldes høyt fravær og forsinket effekt av budsjetterte omstillingstiltak. Mye ferie ble utsatt i fjor pga. pandemien. Avvikling av ferie, samt opptrapping av aktivitet ut året, øker utfordringen med å sikre god og effektiv drift. Det er etablert kveldspoliklinikk og operasjonsaktivitet i helgene. Dette vil øke variable lønnskostnader ut året.

Følgende prosjekter/tiltak vil bidra til å redusere overforbruket:

- Sengepostprosjekt
- Forbedringsarbeid i akuttmottakene
- Reduksjon av variabel lønn blant annet ved mer effektiv bruk av vikarer og engasjementstillinger, samt forlengelse av insentivordningen for å stimulere til at flere tar helgevakter.
- Endrede bemanningsplaner.

Det er inngått særskilte lønnsavtaler frem til sommeren med flere ansattgrupper som gir økt godtgjørelse for arbeidsinnsats knyttet til pandemien. Avtalene trådte i kraft i mars. Første utbetaling vil komme i mai, og er beregnet å gi en kostnadsøkning på 8,5 MNOK for mailønn.

### Lønnsoppgjør

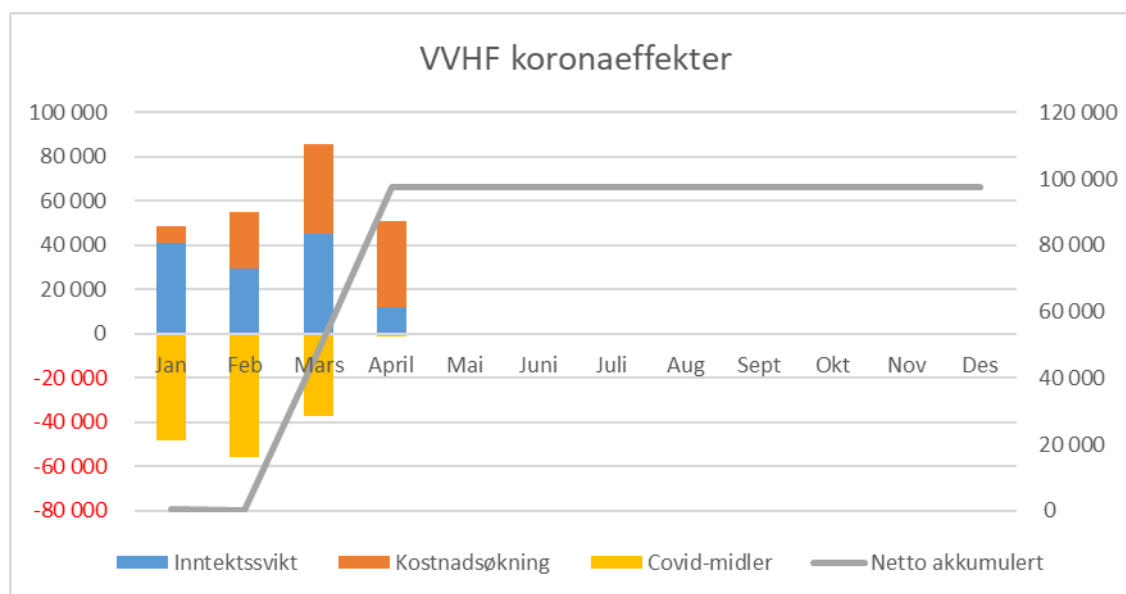
Det er ikke tatt hensyn til forventede effekter av årets lønnsoppgjør i resultatet pr. 1. tertial da forhandlingene fortsatt pågår. Frontfagene har landet på et nivå på 2,7 % som er høyere enn forutsetningen i statsbudsjettet på 2,2 %. Om årets lønnsoppgjør lander på 2,7 %, vil det gi en kostnadsøkning på om lag 26,1 MNOK i forhold til budsjettforutsetningen. Overforbruk på lønnsområdet (økt variabel lønn) utover budsjettforutsetningen vil øke effekten ytterligere.

Resultateffekt vil innarbeides først etter at forhandlingene er avsluttet, men er hensyntatt i prognose pr. 1.tertial.

#### Økonomiske konsekvenser av koronapandemien pr. 1.tertial

Koronaeffekter resultat 2021	MNOK
Reduserte inntekter pasient behandling	114,7
Redusert øvrige inntekter	13,5
Økte lønnskostnader	64,6
Økte driftskostnader	47,0
Koronaeffekter pr. 1 tertial	239,8
Inntektsført koronamidler	-142,3
<b>Netto koronaeffekter hittil i år</b>	<b>97,5</b>

Hittil i år er det rapportert om koronaeffekter på 239,8 MNOK. Det er inntektssvikt som har gitt størst utslag. Økte kostnader som følge av koronapandemien er i hovedsak innen lønnsområdet og andre driftskostnader.



Grafikken over viser koronaeffekter pr. måned. I perioden til og med mars er koronamidler inntektsført i tråd med kostnadsutvikling. Resterende koronamidler er knyttet til investeringer, og vil inntektsføres i takt med avskrivninger på investeringene.

### 1.2. Resultatprognose pr. 1. tertial 2021

Resultatprognosen ved avgivelse av april regnskap er estimert til et underskudd på 123,5 MNOK, som er 367,5 MNOK bak budsjett. Prognosen inkluderer økte pensjonskostnader på 91,3 MNOK og estimerte effekter av årets lønnsoppgjør på 26,1 MNOK. Det resterende avvik på 250 MNOK er følge av pandemien. Det forventes ekstra bevilgninger over revidert nasjonalbudsjett knyttet til både pensjonsøkning og pandemien. Eventuelle bevilgninger vil forbedre prognosen tilsvarende.

<b>pr april 2021</b>				
	<b>Budsjett i år</b>	<b>Estimat 2021</b>	<b>Avvik</b>	<b>Avviks %</b>
<b>Basisramme inkl. KBF</b>	<b>6 359 160</b>	<b>6 359 160</b>		0,0 %
<b>ISF inntekter</b>	<b>3 127 710</b>	<b>2 893 116</b>	<b>- 234 594</b>	-7,5 %
<b>Gjestepasientinntekter</b>	<b>159 562</b>	<b>144 390</b>	<b>- 15 172</b>	-9,5 %
<b>Andre pasientrelaterte inntekter</b>	<b>524 386</b>	<b>513 386</b>	<b>- 11 000</b>	-2,1 %
<b>Øvrige driftsinntekter</b>	<b>465 644</b>	<b>553 831</b>	<b>88 187</b>	18,9 %
<b>Gevinst ved avgang av anleggsmidler</b>				
<b>SUM Inntekter</b>	<b>10 636 462</b>	<b>10 463 883</b>	<b>- 172 579</b>	-1,6 %
<b>Varekostnader</b>	<b>1 426 652</b>	<b>1 463 652</b>	<b>- 37 000</b>	-2,6 %
<b>Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester</b>	<b>855 956</b>	<b>868 956</b>	<b>- 13 000</b>	-1,5 %
<b>Innleid arbeidskraft</b>	<b>26 667</b>	<b>44 867</b>	<b>- 18 200</b>	-68,2 %
<b>Lønnskostnader</b>	<b>6 510 853</b>	<b>6 549 801</b>	<b>- 38 948</b>	-0,6 %
<b>Avskrivninger og nedskrivninger</b>	<b>311 191</b>	<b>308 991</b>	<b>2 200</b>	0,7 %
<b>Andre driftskostnader</b>	<b>1 254 593</b>	<b>1 254 414</b>	<b>179</b>	0,0 %
<b>Netto finanskostnader</b>	<b>6 549</b>	<b>5 349</b>	<b>1 200</b>	18,3 %
<b>SUM Driftskostnader inkl. finans</b>	<b>10 392 461</b>	<b>10 496 030</b>	<b>- 103 569</b>	-1,0 %
<b>Resultat eks. pensjonsøkning</b>	<b>244 000</b>	<b>- 32 147</b>	<b>276 147</b>	-859,0 %
<b>Pensjonsøkning januar 2021 aktuar</b>		<b>- 91 348</b>	<b>91 348</b>	
<b>Resultat totalt</b>	<b>244 000</b>	<b>- 123 495</b>	<b>- 367 495</b>	297,6 %

Prognosen ut året preges av pandemien, og merkostnader i forbindelse med pågående opptrapping av elektiv virksomhet gjennom bl.a. kveldspoliklinikk og operasjoner i helgene, og reduserte ISF-inntekter som følge av reduksjon av øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

Årsprognosen pr. april gir et samlet overforbruk på 38,9 MNOK på lønnsområdet eksklusiv pensjon. Årsprognosen på lønnsområdet er økt for effektene av årets lønnsoppgjør og forventet overforbruk på variabel lønn, men er redusert for økte lønnsrefusjoner som følge av høyt sykefravær og reduserte kostnader knyttet til kurs og seminarer som følge av pandemien.

### 1.3. Resultatavvik pr. klinikk

Tabellen nedenfor viser akkumulert avvik mot budsjett pr. klinikk pr. 1.tertial for henholdsvis inntekter, kostnader og resultat fra ordinær drift.

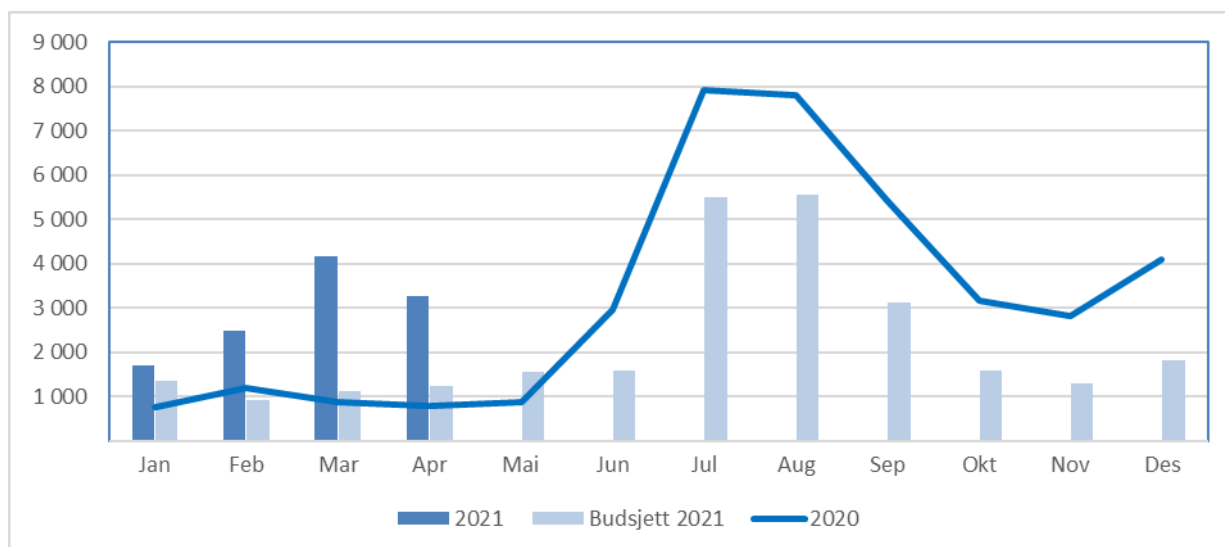
Avvik mot budsjett pr april	Inntekter		Kostnader		RESULTAT	
	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	Avvik som % av total budsjett
<b>Drammen sykehus</b>	- 63 771	-8,9 %	- 22 085	-3,1 %	- 85 857	-12,0 %
<b>Bærum sykehus</b>	- 31 387	-7,3 %	- 2 799	-0,7 %	- 34 185	-8,0 %
<b>Ringerike sykehus</b>	- 14 800	-6,4 %	1 286	0,6 %	- 13 514	-5,8 %
<b>Kongsberg sykehus</b>	- 15 827	-13,0 %	- 986	-0,8 %	- 16 814	-13,8 %
<b>Intern Service</b>	2 978	1,3 %	- 4 105	-1,8 %	- 1 127	-0,5 %
<b>Psykisk Helse og Rus</b>	- 2 968	-0,5 %	- 9 760	-1,6 %	- 12 729	-2,0 %
<b>Prehospitaltjenester</b>	1 363	1,2 %	- 3 179	-2,7 %	- 1 816	-1,6 %
<b>Medisinsk Diagnostikk</b>	1 768	0,6 %	- 3 490	-1,3 %	- 1 722	-0,6 %
<b>Stabene</b>	4 413	1,1 %	- 412	0,0 %	4 001	2,0 %
<b>Byggvedlikehold</b>	- 2 729		- 15 688	-135,3 %	- 18 417	-158,8 %
<b>Varekost BHM</b>			711	1,6 %	711	1,6 %
<b>SP IKT</b>			6 552	4,5 %	6 552	4,5 %
<b>Pasientreiser</b>	520		- 2 241	5,7 %	- 1 721	-5,9 %
<b>Overordnet VVHF</b>	116 274	-28,7 %	19 932	5,7 %	136 206	32,6 %
<b>Avvik i forhold til budsjett</b>	- 4 167	0,1 %	- 36 265	-1,0 %	- 40 432	-1,2 %
<b>Endret pensjonskostnader</b>			- 30 449	-0,9 %	- 30 449	0,9 %
<b>Total budsjett avvik</b>	- 5 577	0,2 %	- 66 714	-1,9 %	- 72 292	-2,1 %

Det er inntektsført 142,3 MNOK i koronamidler under området Overordnet VVHF.

Klinikker med direkte pasientkontakt viser et samlet underskudd på 166,6 MNOK. De samme klinikker rapporterer negative konsekvenser av pandemien på til sammen 193,6 MNOK pr. april, hovedsakelig som følge av inntektssvikt.

### 1.4. Innleie

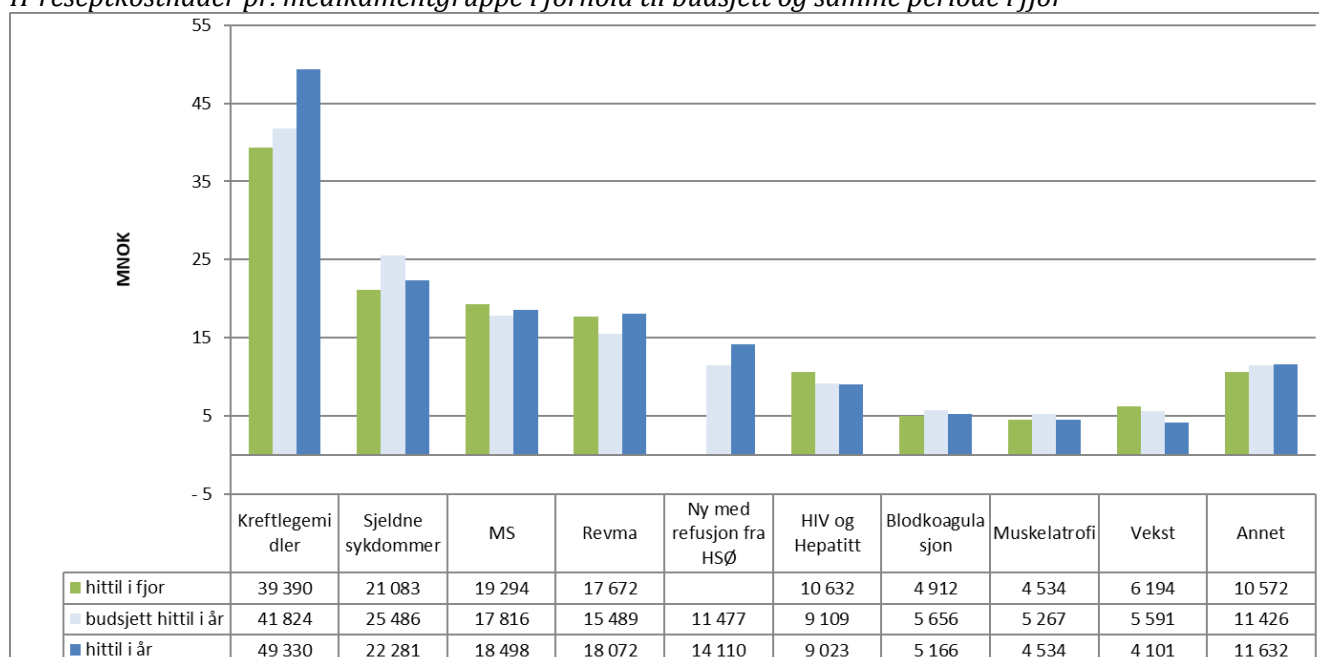
Innleie hittil i år er 7 MNOK høyere enn budsjett, og 8 MNOK høyere enn samme periode i fjor. Det er beregnet at 2,3 MNOK av overforbruket er knyttet til pandemien, bl.a. som følge av økt sykefravær/ karantene. Det resterende overforbruket er i stor grad knyttet til spesialavdelinger (intensiv og operasjon), der det til tider oppleves mangel på kvalifisert personell, samt innenfor psykisk helsevern der det har vært høy aktivitet spesielt innen BUPA. Årsprognosen gir et overforbruk på 18,2 MNOK, basert på trenden hittil i år.



### 1.5. H-reseptor

Kostnader knyttet til H-reseptor har hatt en vesentlig økning de siste årene. Veksten skyldes økt forbruk, og at flere medikamenter kommer inn i H-reseptordningen hvert år. Veksten dempes ved at prisen på enkelte medikamenter gradvis reduseres, og ved medikamentbytte.

*H-reseptorkostnader pr. medikamentgruppe i forhold til budsjett og samme periode i fjor*



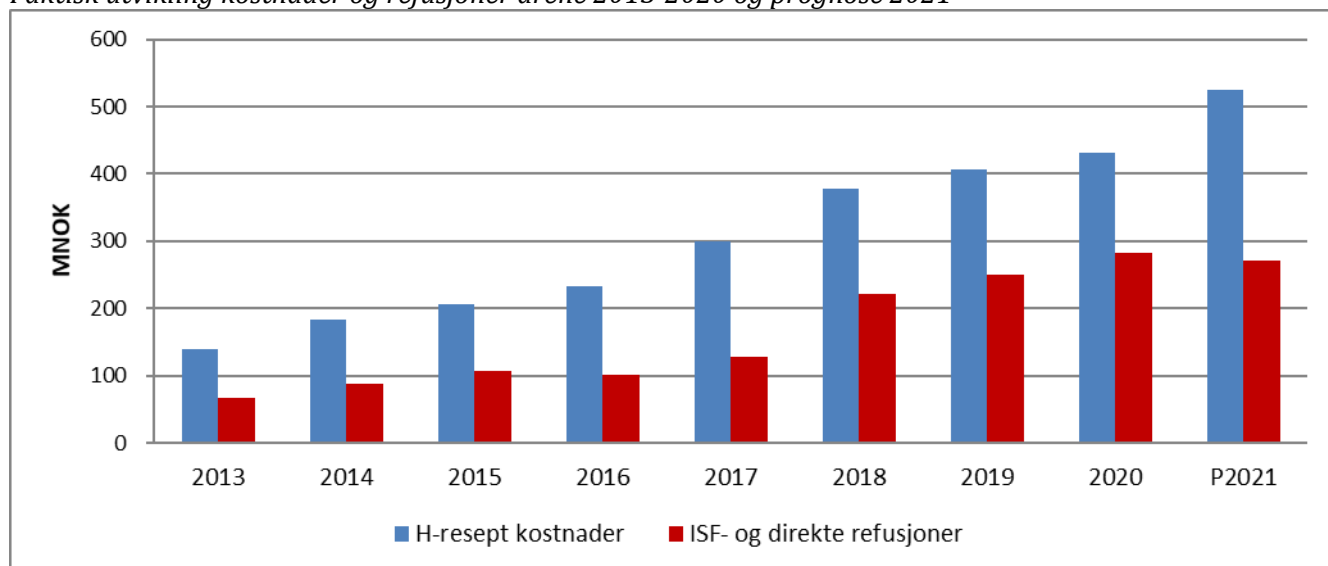
Budsjett 2021 for H-reseptor er økt med 66 MNOK i forhold til 2020-nivå for å ta høyde for overføring av finansieringsansvar for nye medikamenter til foretakene, økt forbruk av eksisterende medikamenter og prisendringer (både prisøkninger og prisreduksjoner). Budsjett er redusert med 5 MNOK tilknyttet planlagte tiltak i gevinstplan, der det er satt mål om lavere kostnader gjennom bedre oppfølging og medikamentbytte.



For å bidra til at gevinstene realiseres, er det etablert en arbeidsgruppe som følger opp klinikkene mht. bytte av medikamenter når det kommer til nye avtaler. Flere områder er fulgt opp, og har gitt vesentlig besparelser gjennom medikamentbytte i 2020.

Hittil i år er VVHF belastet 156,7 MNOK for bruk av H-reseptmedikamenter. Dette er 7,6 MNOK mer enn budsjettet. Økning skyldes hovedsakelig økt forbruk av kreftmedikamenter.

*Faktisk utvikling kostnader og refusjoner årene 2013-2020 og prognose 2021*

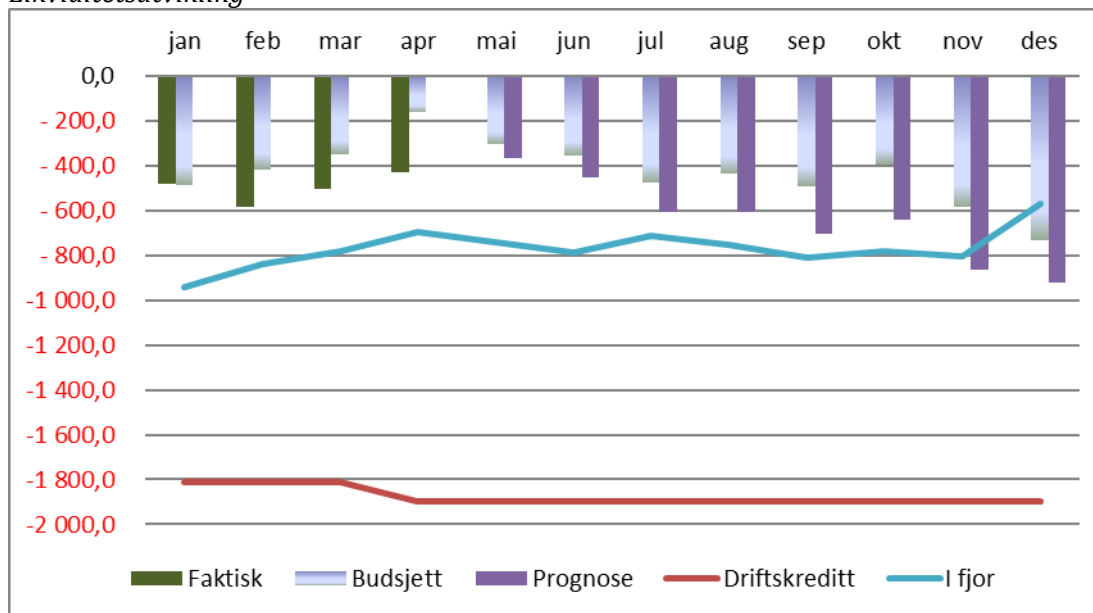


ISF og direkte refusjoner vokser noe mindre enn kostnadsveksten, da ikke alle medikamenter er innenfor ISF-ordningen, og fordi det kun gis ISF-refusjon for ett medikament pr. pasient pr. år (noen pasienter har flere medikamenter). Hittil i år er det rapportert ISF-refusjoner for H-resepter på 3246 DRG-poeng, som er 227 poeng høyere enn budsjett. H-resept refusjoner gir et positivt avvik mot budsjett på 5,2 MNOK, som må sees i sammenheng med økte kostnader hittil i år. Prognosen for året for ISF-refusjon på H-resepter er 7200 DRG-poeng, som er 11,8 MNOK mer enn budsjett. Tilbakemeldinger fra HELFO pr. april viser at Vestre Viken har opptjent 6730 poeng hittil i år.

Vestre Viken refunderes direkte fra Helse Sør-Øst for faktisk bruk av medikamenter for sjeldne sykdommer innført 1. februar 2020, og nye medikamenter innført 1. september 2020 og 1. februar 2021. Forbruk på disse medikamenter er 1,2 MNOK høyere enn budsjett pr. april samlet sett, men gir ingen resultat effekt da refusjoner har økt tilsvarende.

## 1.6. Likviditet

### Likviditetsutvikling



Pr. 30. april var trekket på kassekreditten 429,2 MNOK. Dette er høyere enn budsjett men lavere enn samme periode i fjor. Prognosen for året viser trekk som er over budsjett, men godt innenfor driftskreditrammen. Forklaringen til forverret likviditet i forhold til budsjett skyldes hovedsakelig økte pensjonskostnader og negative resultateffekter som følge av pandemien.

## 1.7. Investeringer og byggvedlikehold

Investeringer - MNOK	Budsjett i år	Overført fra i fjor	Ekstern finansiering	Disponibelt i år totalt	Investering hittil i år	Gjenstående ramme
BRK	85,0	68,3	0,5	153,8	16,1	137,8
Øvrige bygg	31,3	10,5	0,2	42,0	8,5	33,5
NSD	40,0	0,0	0,0	40,0	5,6	34,4
MTU	101,0	27,7	9,5	138,2	30,5	107,7
Annet	15,0	8,6	0,0	23,6	5,0	18,6
Ambulanse	22,0	0,5	0,0	22,5	13,4	9,1
IKT	39,0	26,2	1,4	66,6	5,5	61,1
EK-innskudd	11,9	0,0	0,0	11,9	0,0	11,9
Leasing	0,0	1,9	0,0	1,9	0,0	1,9
Ikke fordelt	9,9	35,8	0,0	45,7	0,0	45,8
<b>Totale investeringer</b>	<b>355,1</b>	<b>179,5</b>	<b>11,6</b>	<b>546,2</b>	<b>84,6</b>	<b>461,8</b>

Hittil i år er det foretatt investeringer for 84,6 MNOK. Total ramme for investeringer i 2021 er 546,2 MNOK da det er overført 179,5 MNOK fra 2020 og det foreligger ekstern finansiering på 11,6 MNOK. Dette gir en resterende investeringsramme på 461,8 MNOK pr. 1. tertial. Rapporterte investeringer pr. 1. tertial omfatter kun de investeringer som det er mottatt fakturaer på. Det gir følgelig ikke uttrykk for faktisk fremdrift i prosjektene. Regnskapsføring av investeringene vil normalt ligge et stykke bak plan som følge at fakturering skjer etter ferdigstillelse.

Det er kostnadsført 28,4 MNOK i vedlikehold og anskaffelse av mindre MTU og røntgenrør pr. april (35,5 MNOK inkl. mva.). Årsbudsjett er 54 MNOK for vedlikehold som tas over drift (inkl. mva.). Prognose for året gir et overforbruk på 21 MNOK på vedlikehold (inkl. mva.).

#### *Bygg og anlegg*

Koronapandemien har påvirket fremdriften i BRK-prosjektet og har resultert i et forventet etterslep på om lag 68 MNOK sett mot disponible midler for 2021. Foretaket ble tildelt 50 MNOK av HSØ i 2020, dedikert til BRK. Beløpet er bevilget gjennom statsbudsjettet for stimulering av sysselsettingen i samfunnet. Disse midlene er satt i aktivitet, og bidrar til økt aktivitet også i 2021.

BRK følges nøye opp av programforvalter og styringsgruppen. Mindre oppgraderinger ved Drammen Sykehus og i Klinikk for psykisk helse og rus er i henhold til plan.

Byggeprosjekter følger en årskurve der mesteparten av kostnadene synliggjøres i de siste 4-5 månedene av året. Produksjonen pr. 1. tertial er så langt høyere i år enn det som har vært vanlig i tidligere år. Det er derfor grunn til å tro at man vil klare å realisere opp mot budsjettet for året samlet sett.

#### *MTU*

MTU-anskaffelsene er godt i rute. MR til Kongsberg har tilbudsfrist i disse dager og er forventet installert primo november. Fram mot installasjon klargjøres lokalene byggteknisk for å kunne huse MR-maskinen.

#### *Ambulanser*

Fire nye ambulanserbiler er anskaffet så langt i år. Det er planlagte med investering i totalt 8 ambulanser og en akuttbil med tilhørende utstyr i løpet av året. Investeringsbudsjett på 22 MNOK vil brukes i sin helhet til disse formål.

#### *IKT – inklusive bygnær IKT*

IKT-investeringer har et underforbruk i forhold til budsjett. En viktig årsak til underforbruk er leveransekapasitet hos Sykehuspartner. Det er tett dialog med Sykehuspartner om fremdrift for pågående leveranser og behov fremover, herunder behovet for økt kapasitet for å sikre leveranser til Nytt sykehus Drammen.

Bygnær IKT er område som er i vekst. Derfor er samarbeidet mellom Intern service og Teknologi styrket, for blant å sikre god planlegging og styring.

#### *Koronaanskaffelser*

Det er iverksatt ombygginger og anskaffet MTU i forbindelse med koronapandemien. Deler av anskaffelsene er inkludert i de respektive linjer i tabellen over, mens noe er tatt over drift.

Det er rapportert 36,8 MNOK i investeringer og anskaffelser knyttet til korona siden oppstart av pandemien. Disse finansieres ved avskrivningstilskudd som inntektsføres i tråd med avskrivningskostnader.

#### *Stimuleringsmidler*

I forbindelse med RNB ble Vestre Viken tildelt 59,2 MNOK for tiltak som kan stimulere til økt sysselsetting. Av dette er 50 MNOK øremerket fremskynding av planlagte aktiviteter innen BRK-programmet. Resterende midler er fordelt med 6 MNOK til tiltak for å øke digital

hjemmeoppfølging og 3,2 MNOK til tiltak for å sikre opprettholdelse av operasjonskapasiteten ved Drammen sykehus med pågående ekstra smitteverntiltak.

Status pr. april 2021:

Området	MNOK	Påløpt pr april 2021	Forventet ferdigstillelse
Covid 19 tiltak for opprettholdelse av operasjonskapasitet	3,2	3,1	des.20
Digital hjemmeoppfølging	6,0	0,9	apr.22
Vedlikehold av Bærum sykehus, Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus (BRK-prosjektet)	50,0	50,2	mai.21
<b>SUM</b>	<b>59,2</b>	<b>54,2</b>	

Prosjektene finansieres ved at foretaket fakturerer HSØ fortløpende for faktisk forbruk.

- Covid-19 tiltak for opprettholdelse av operasjonskapasitet ved Drammen sykehus. Tiltaket omfatter ombygning av lokaler for etablering av en intensivstue for 4 respiratorpasienter ved Drammen Sykehus for å sikre opprettholdelse av operasjonskapasiteten. Tiltaket er gjennomført høsten 2020.
- Økt pasientvolum til digital hjemmeoppfølging  
Følgende tiltak pågår:
  - Tilsetning av ressurser for å styrke arbeidet med digital hjemmeoppfølging i klinikk, 4,5 MNOK hvorav 3 MNOK nok påløper i 2021 og resterende i 2022. To prosjektledere hadde oppstart i hhv desember 2020 og januar 2021. Videre er det tilsatt en ressurs til oppfølging av løsning for egenregistrering med oppstart i juni 2021. En fjerde ressurs planlegges fra høsten.
  - Tilpasse areal og arbeidsplasser til digital hjemmeoppfølging, 1,4 MNOK. Tiltaket innebærer å tilpasse lokaler i klinikkene slik at de er best mulig egnet for digitale konsultasjoner. Det er under etablering fire slike rom på hhv Drammen sykehus, Blakstad sykehus, Ringerike sykehus og Hallingdal sjukestugu. Rommene er interiørmessig ferdigstilt, og tekniske installasjoner forventes levert innen utgangen av juni.
- BRK- prosjektene  
Vestre Viken er bevilget 50 MNOK i stimuleringsmidler knyttet til BRK-prosjektene. Midlene disponeres til fremskynding av aktiviteter i BRK-programmet som er planlagt frem i tid. Tiltakene ble gjennomgått med klinikkene og prioritert i forhold til hva som lett kunne iverksettes uten for store driftsmessige tilpasninger, samt at det bidrar til økt sysselsetting. Tiltaket innebærer at gjennomføringen av BRK-programmet er trygget økonomisk gjennom at foretaket tilføres likviditet i en tidligere fase enn investeringsplanen ellers kunne legge opp til.

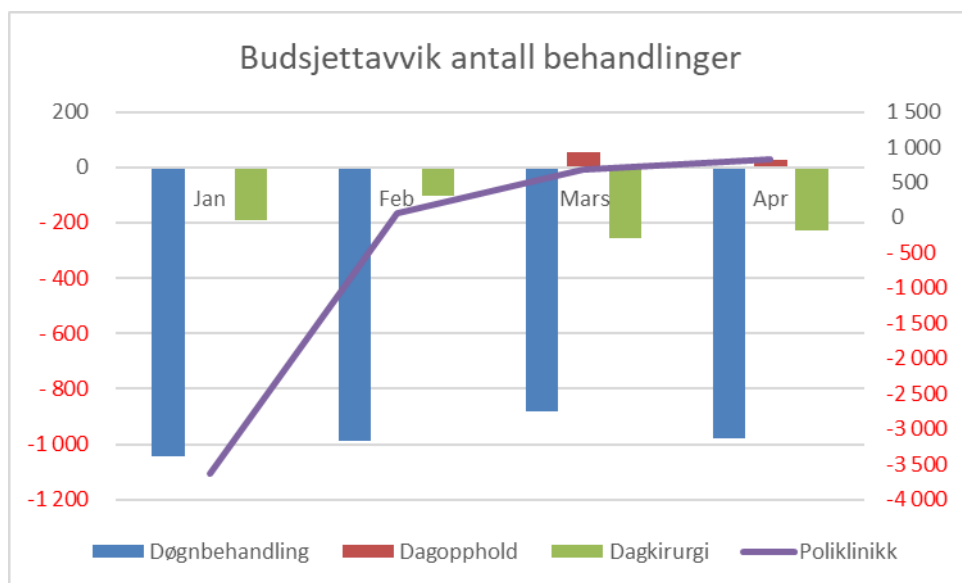
### 1.8. Innsatsstyrt finansiering somatisk aktivitet

pr april	Hittil i år	Avvik mot budsjett	% avvik	Hittil i fjor	% ift i fjor	Års-budsjett	Års-estimat	% avvik
DRG poeng dag og døgn "sørge for"	28 163	-4 378	-13,5 %	27 648	1,9 %	96 054	85 923	-10,5 %
DRG poeng poliklinikk "sørge for"	7 657	-202	-2,6 %	6 866	11,5 %	22 903	22 569	-1,5 %
SUM DRG-poeng "sørge for" døgn, dag og poliklinikk	35 820	-4 581	-11,3 %	34 514	3,8 %	118 957	108 492	-8,8 %
DRG poeng H-reseptor	3 246	227	7,5 %	3 456	-6,1 %	6 695	7 200	7,5 %
Utført i eget foretak	35 971	-4 632	-11,4 %	34 636	3,9 %	119 548	109 096	-8,7 %
Gjennomsnittlig liggetid	3,3	0,0	0,0 %	3,5	5,7 %	3,3	3,3	0,0 %
Antall utskrevne pasienter døgn	20 474	-3 893	-16,0 %	21 187	-3,4 %	72 376	62 932	-13,0 %
Antall liggedøgn - døgnbehandling	68 119	-12 745	-15,8 %	74 095	-8,1 %	240 071	209 064	-12,9 %
Antall dagopphold	11 657	-700	-5,7 %	10 768	8,3 %	35 984	34 413	-4,4 %
Antall polikliniske konsultasjoner	153 108	-2 049	-1,3 %	126 665	20,9 %	442 137	447 295	1,2 %

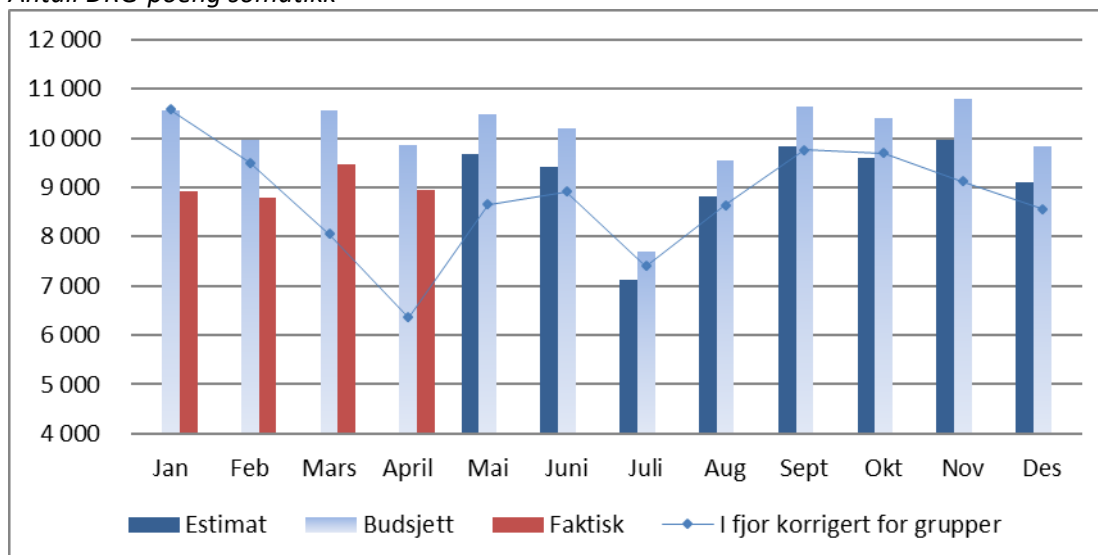
Samlet aktivitet pr. april i antall "sørge-for" ISF-poeng er 4581 poeng lavere enn budsjett. Det er avsatt 301 DRG-poeng i glidning pr. april. Kvalitetssikring av koding pr. 1 tertial pågår frem mot 21. mai, og eventuelle mer/mindre aktivitet som følge av stenging av 1. tertial vil bli rapportert i mai.

Det har vært lavere aktivitet hittil i år som følge av koronapandemien. Planlagte utredninger og behandlinger har blitt utsatt der dette ikke har vært forbundet med prognosetap for pasienten. I tillegg har mange pasienter selv avlyst/utsatt behandlinger. Det har også vært reduksjon i øyeblikkelig hjelp.

Det er iverksatt tiltak for å øke dag- og poliklinisk aktivitet for å redusere ventetider og antall ventende. Den siste måneden er antall dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner i tråd med budsjett, og trenden er god. Samtidig oppleves en vedvarende reduksjon i dagkirurgi og antall døgnbehandlinger og et fall i antall øyeblikkelig hjelp pasienter. Da døgnoppholdene er de som gir høyest DRG-refusjon, blir antall DRG-poeng betydelig redusert.



### Antall DRG-poeng somatikk



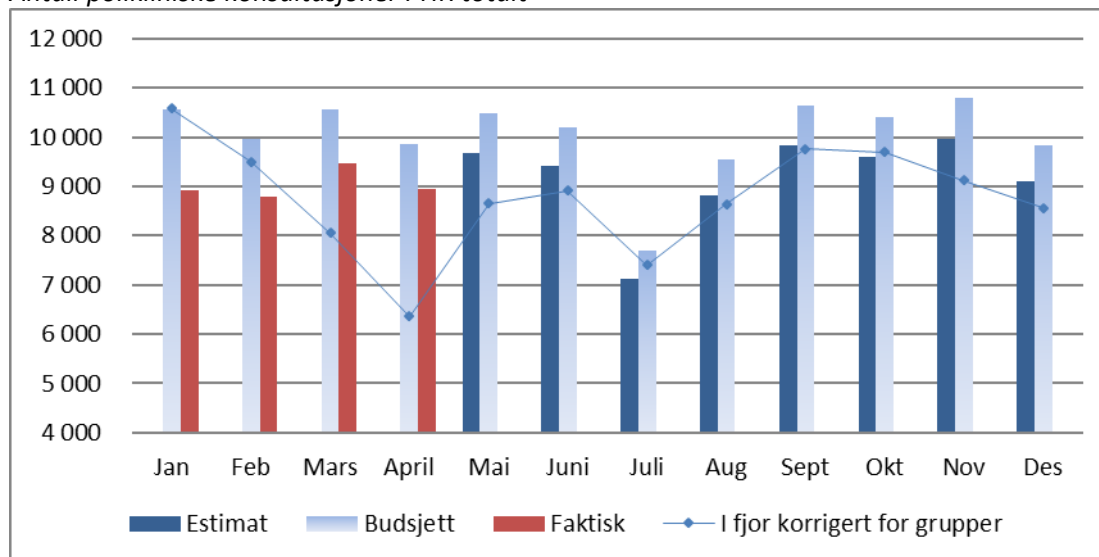
### 1.9. Aktivitet psykisk helse og rus

pr april	År 2023			År 2022		Års-budsjett	Års-estimat	% avvik
	Hittil i år	Avvik mot budsjett	% avvik	Hittil i fjor	% ift i fjor			
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt totalt	1 317	56	4,4 %	1 327	-0,8 %	3 842	4 012	4,4 %
Antall liggedøgn samlet totalt	25 908	1 103	4,4 %	26 319	-1,6 %	75 443	78 802	4,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner VOP og TSB	62 093	-1 153	-1,8 %	56 990	9,0 %	175 678	174 577	-0,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner BUP	33 255	1 674	5,3 %	28 971	14,8 %	87 150	91 769	5,3 %
Antall DRG-poeng, poliklinikk eget HF	21 042	-531	-2,5 %	15 158	38,8 %	59 714	59 137	-1,0 %

Aktivitet innenfor PHR er over plan når det gjelder liggedøgn. Dette gjelder særlig innen BUP. Dette sees i sammenheng med en vesentlig økning i antall øyeblikkelig hjelp-innleggelse og innleggelse av pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, som antas å ha en sammenheng med pandemien. Det har vært et vedvarende overbelegg ved Seksjon for akutt og spiseforstyrrelser siden desember 2020, hvor man har måttet ta i bruk stuer og kontorer for å ha plass til pasientene. Det har medført vanskelige driftsforhold. På grunn av dette har det blitt besluttet å ta i bruk lokaler ved Bærum DPS i Dr. Høstsvei midlertidig for Enhet for spiseforstyrrelser. Flytting er gjennomført svært raskt, med oppstart 10. mai. Det gir bedret kapasitet og ikke minst plass. Samtidig er det en utfordring med kapasiteten i Barne- og ungdomspsykiatrien samlet sett, noe som medfører at avdelingen kommer for sent i kontakt med pasienten, pasienters symptomer forsterkes, og behandlingen forlenges. Behandlingseffekt reduseres også av at så mange sosiale arenaer for barn og unge er stengt ned.

Poliklinisk aktivitet er pr. april over budsjett innen BUP, mens det er litt bak budsjett innen VOP/TSB. Det har vært en positiv trend innenfor VOP/TSB i april, slik at det negative avviket er redusert betraktelig. Det negative avviket som har vært, er hovedsakelig koronarelatert. Det har medført at en del avtalte polikliniske konsultasjoner har blitt avlyst. En del gruppekonsultasjoner har blitt enten avlyst eller gjennomført med mindre gruppestørrelse i tidsrom med forsterkede smittetiltak i samfunnet. Det jobbes med å få til flere gruppebehandlinger og økte gruppestørrelser når smittesituasjonen tillater det. En del vakante stillinger er i ferd med å bli besatt. Midlertidig kveldspoliklinikk er etablert ved Drammen DPS og Bærum DPS. Det vurderes også kveldspoliklinikk andre steder. Det jobbes med tiltak for å øke produktiviteten i eksisterende FACT-team. Det er innvilget tilskudd til etablering av 2 nye FACT-team. Det forventes en gradvis vekst i aktiviteten som følge av tiltakene, men full effekt kan ikke forventes før over sommeren. Vestre Viken har mottatt stimuleringsmidler fra HSØ som skal brukes målrettet for å øke kapasiteten i BUP.

Antall polikliniske konsultasjoner PHR totalt

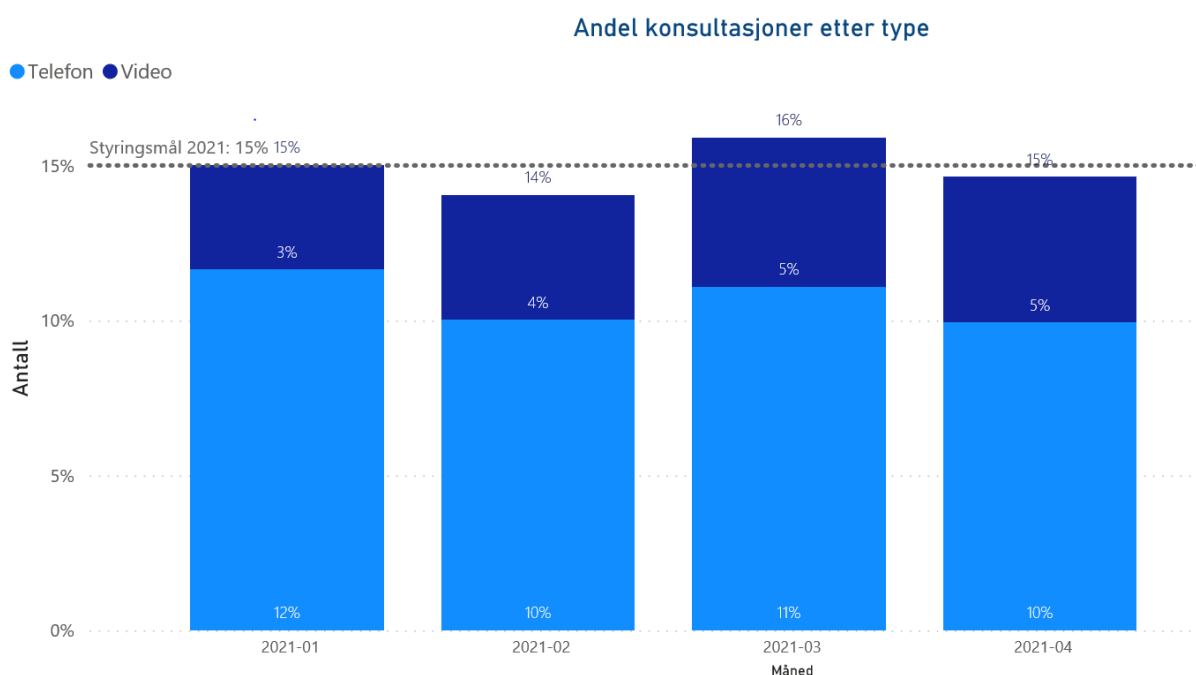


Det er et negativt avvik i aktivitetsbaserte inntekter på 0,7 MNOK målt mot budsjett hittil i år, selv om antall polikliniske konsultasjoner totalt sett er foran budsjett. Avvik skyldes at budsjetterte effekter av grupperendringer 2021 ikke synes å inntreffe som forutsatt. Etter stenging av 1. tertial skal gruppereffekten analyseres for å finne årsak til dette.

Det er en klar positiv trend innen økonomien fordi balansen mellom andel telefonkonsultasjoner og andel oppmøtekonsultasjoner (inkl. video) er tilbake til nivået slik det var før koronapandemien, og fordi telefonkonsultasjoner vektet på samme måte som oppmøtekonsultasjoner.

### 1.10. Telefon- og videokonsultasjoner

Behovet for og bruk av telefon- og videokonsultasjoner er økt som følge av pandemien. Figurene nedenfor viser månedlig utvikling i digitale konsultasjoner i 1. tertial. I første tertial er det foretatt 27 302 telefonkonsultasjoner (10,7 % av alle polikliniske konsultasjoner) og 10 865 videokonsultasjoner (4,2 %). Bruk av telefon- og videokonsultasjoner ligger tett opp på styringsmål på 15 %.



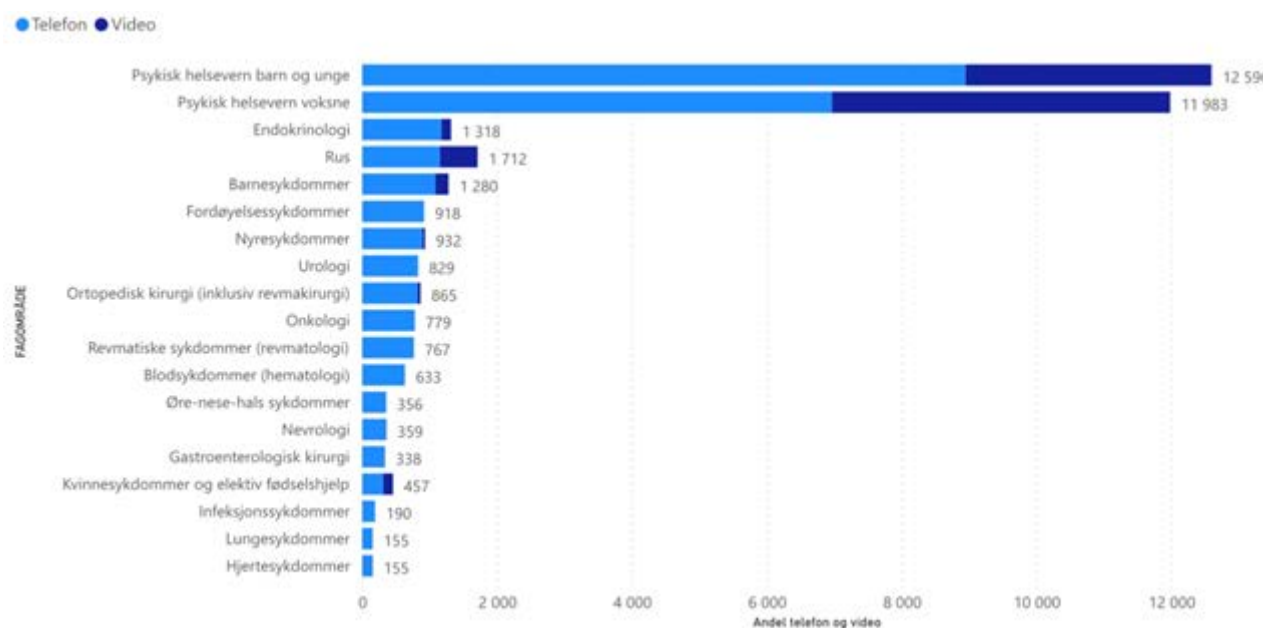
#### *Andel telefon- og videokonsultasjoner pr. måned i Vestre Viken i 1. tertial 2021*

Harmonisering av takst for telefonkonsultasjoner med takst for oppmøtekonsultasjoner har gjort det mulig å innføre digitale konsultasjoner uten å tape på det økonomisk.

Bruk av videokonsultasjoner er foreløpig mest utbredt innen psykisk helsevern og rus og innen habilitering ved Drammen sykehus.

Figurene under viser antall videokonsultasjoner pr. måned pr. fagområdene i Vestre Viken pr. 1.tertial.





*Fagområder med høyest antall videokonsultasjoner i 1. tertial 2021 i Vestre Viken*

Vestre Viken har etablert program for digital hjemmeoppfølging som blant annet støtter klinikkene i innføring av videokonsultasjoner. Gruppen jobber bl.a. med følgende tiltak:

- Systematisk opplæring og støtte/rådgiving ved innføring av videokonsultasjoner i somatiske klinikker
- Administrasjon av virtuelle møterom i Norsk Helsenett og koordinering av utstørsbehov
- Utarbeidelse av informasjonsmateriell til intranett og internett
- Utarbeidelse av veileder for registrering av videokonsultasjoner i DIPS
- Etablering av kontaktnett i klinikkene og superbrukernettsverk

Utover dette arbeider program for digital hjemmeoppfølging med innføring av egenregistrering (f.eks. pasienten registrerer status for sin epilepsi) og bruk av sensorteknologi (f.eks. fjernavlesning av data fra pustehjelpsapparater som pasienter bruker hjemme). Program for digital hjemmeoppfølging har som hovedoppgave å lage strukturer for digital hjemmeoppfølging. Stimuleringsmidler fra HSØ brukes til dette.

### 1.11. Prioriteringsregelen

Det er et overordnet krav om høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) enn innen somatikk.

*Utvikling hittil i år i forhold til samme periode i fjor*

pr april	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor	Estimat i år	Året i fjor	Årsestimat ift i fjor
<b>Polikliniske konsultasjoner</b>						
<b>Somatikk</b>	<b>153 108</b>	<b>150 169</b>	<b>2,0 %</b>	<b>449 240</b>	<b>438 707</b>	<b>2,4 %</b>
VOP	48 736	43 691	11,5 %	135 523	<b>130 036</b>	4,2 %
BUP	33 255	28 971	14,8 %	91 769	<b>84 324</b>	8,8 %
TSB	13 357	13 299	0,4 %	39 054	<b>37 088</b>	5,3 %
<b>SUM PHR</b>	<b>95 348</b>	<b>85 961</b>	<b>10,9 %</b>	<b>266 346</b>	<b>251 448</b>	<b>5,9 %</b>

I 2020 opplevde somatisk virksomhet et vesentlig fall i poliklinisk aktivitet, mens psykisk helse opprettholdt aktiviteten gjennom pandemien blant annet som følge av utstrakt bruk av telefon- og videokonsultasjoner. Budsjett 2021 forutsetter at somatisk aktivitet er tilbake på et «normalt nivå», det vil si uten pandemieffekter. Dette gir utfordringer i forhold til prioriteringsregelen når aktivitetsvekst måles i forhold til samme periode i fjor for somatikk. Av denne grunn måles prioriteringsregelen i 2021 i forhold til budsjettert aktivitet i 2020 for somatikken. Som det fremgår av tabellen overfor oppnås prioriteringsregelen for samtlige tjenesteområder med unntak av TSB pr. april 2021, men det forventes at også TSB vil øke aktiviteten utover året og dermed at prioriteringsregelen oppnås for samtlige områder innen utgangen av året.

*Kostnader pr tjenesteområde*

Kostnader pr tjenesteområde eks. avskrivning, legemidler og pensjon	2020	2021	2021	Estimat 2021 - Faktisk 2020	
	Faktisk	Budsjett	Estimat	tusen NOK	endring i %
Somatikk	5 809 062	5 922 562	6 062 905	246 285	4,2 %
Voskenpsykiatri	1 217 425	1 289 757	1 265 332	44 046	3,6 %
Barne- og ungsomspsykiatri	338 243	360 059	378 243	39 582	11,7 %
Tverrfaglig rusbehandling	207 925	219 869	214 888	6 677	3,2 %
Annet	424 290	456 058	433 906	9 490	2,2 %
<b>Sum alle tjenesteområder</b>	<b>7 996 944</b>	<b>8 248 305</b>	<b>8 355 274</b>	<b>346 081</b>	<b>4,3 %</b>

Årsestimat pr. 1. tertial for kostnader pr. tjenesteområde (eks. avskrivning, legemidler og pensjon) viser lavere vekst innenfor voksenpsykiatri og tverrfaglig rusbehandling enn i somatikk. Koronapandemien påfører somatisk virksomhet en betydelig kostnadsvekst, mens klinikk for psykisk helse og rus viser en kostnadsutvikling om lag i tråd med budsjett samlet sett.

Faktiske kostnader pr. 1. tertial er fordelt tjenesteområdene basert på regnskap hittil i år. I estimatet, er budsjettavvik ut året fordelt på tjenesteområdene basert på fordelingsnøkler. Det er derfor usikkerhet knyttet til årsestimat pr. tjenesteområde.

## 2. Kvalitets- og styringsindikatorer

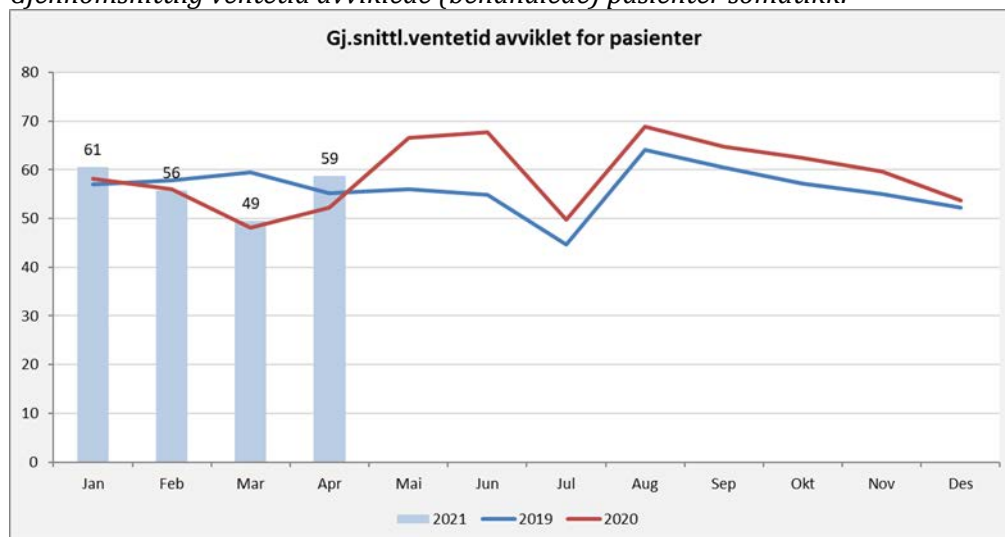
### 2.1. Ventetid

*Ventetid somatikk*

Ventetiden for avvirket helsehjelp innen somatikk er 59 dager i april og akkumulert 56 dager hittil i år, som er 2 dager over målet. Fordi aktivitet er lavere enn forutsatt i budsjett, forventes det at ventetiden vil ligge om lag på nivå med i fjor frem mot sommeren. Etter sommeren forventes det noe høyere ventetider. Helseforetaket har god oversikt over de ventende og

pasienter som trenger behandling mest prioriteres. Økt tilbud av kveldspoliklinikk vil bidra til at etterslepet av behandlinger vil reduseres. Prognose for ventetiden i 2021 er derfor satt til 54 dager, i tråd med mål.

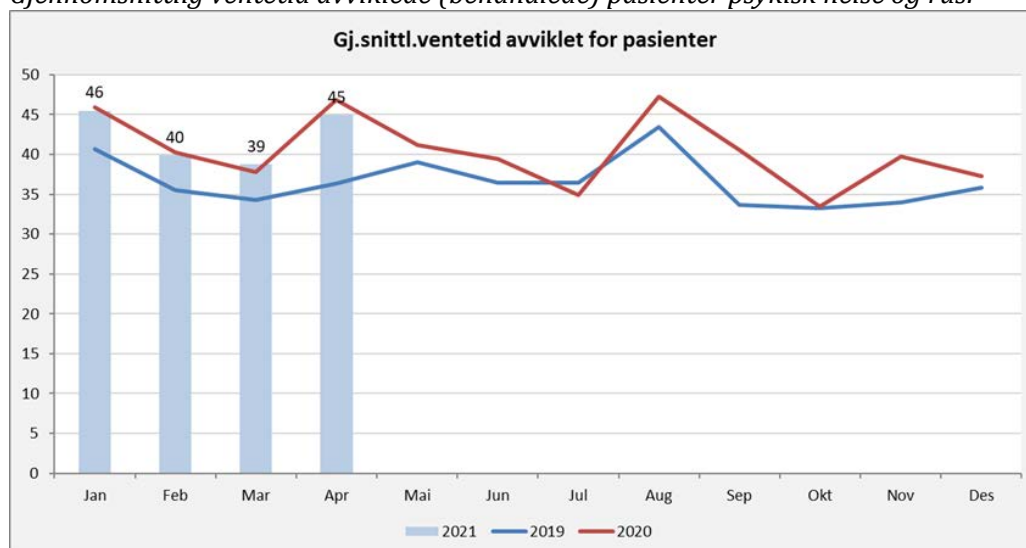
*Gjennomsnittlig ventetid avviklede (behandlede) pasienter somatikk:*



*Ventetid psykisk helse og rus*

Innen PHR er ventetiden i april på 45 dager og dermed lengre enn tidligere måneder. Den akkumulerte ventetiden for 2021 er på 43 dager. Antall henvisninger er høyt, spesielt i barne- og ungdomspsykiatrien. Det er satt i gang en rekke tiltak for å øke kapasiteten og det forventes en svak forbedring ut året og prognose for ventetiden er satt til 40 dager i snitt for alle fagområder, som er 2 dager over målet. Stimuleringsmidler som mottas fra HSØ brukes målrettet i dette arbeidet.

*Gjennomsnittlig ventetid avviklede (behandlede) pasienter psykisk helse og rus:*

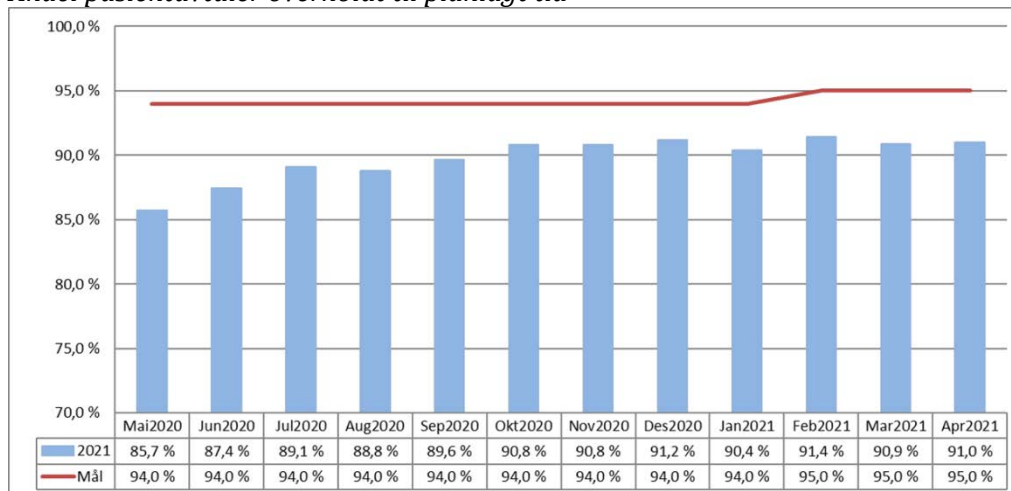


## 2.2 Overholdelse av pasientavtaler

Andel overholdte pasientavtaler er 91 % pr. 1. tertial 2021, altså noe under målet på 94 %. Koronasituasjonen har ført til at timeavtaler har blitt forsinket. Det er rutiner som skal sikre at

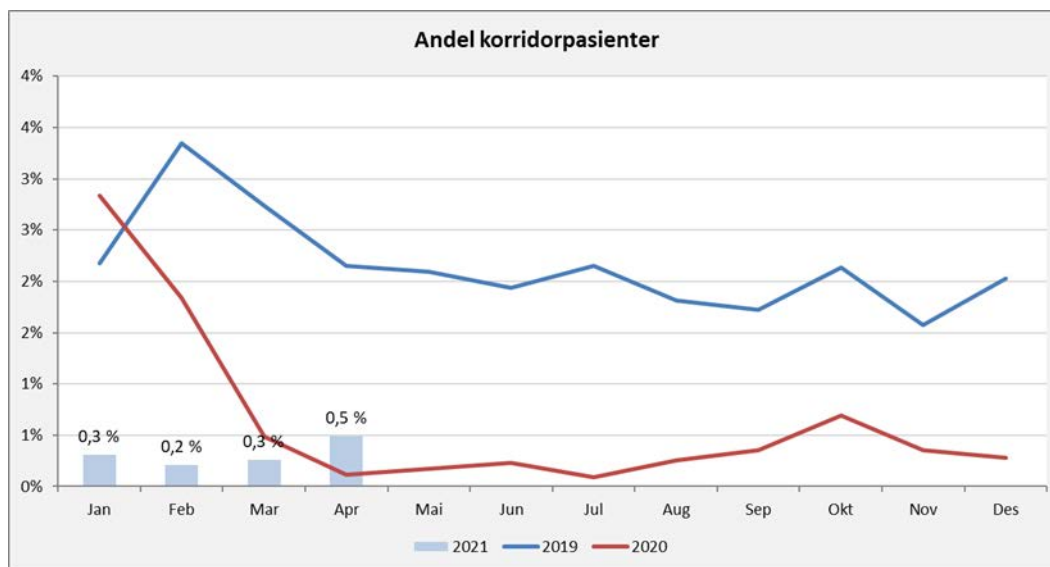
forsinkelser er medisinsk forsvarlige. Det er blant annet iverksatt nye rutiner ved Kongsberg sykehus som har resultert i betydelig forbedring av resultatene.

### Andel pasientavtaler overholdt til planlagt tid



### 2.3 Korridorpasienter somatikk

Andel korridorpasienter lavt (0,5 %) i april. Både reduksjon i elektiv behandling og ø-hjelp har medført mindre trykk på sengepostene i perioden med pandemien. Effekter av de tiltak som er iverksatt for å utbedre situasjonen med korridorpasienter, spesielt på Ringerike sykehus, påvirker også utviklingen positivt.

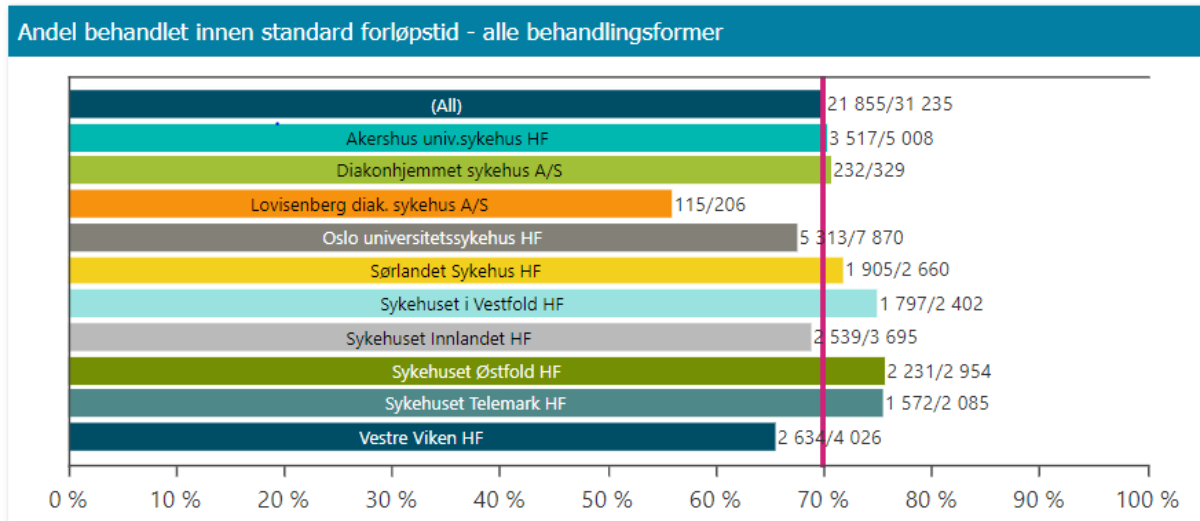


### 2.4 Pakkeforløp for kreft

Vestre Viken oppnår hittil i år ikke målkravet for pakkeforløp for kreft som tilsier at 70 % skal få behandling innenfor standard forløpstid. I april var andelen 54 %, og i perioden januar til april var andelen 63 %. Behandling av kreftpasienter er en prioritert oppgave også under pandemien. Området følges tett opp på de ulike fagområdene, og tiltak iverksettes for de forløpene som ikke oppnår målsettingen. Prognosen for 2021 er at målet på 70 % nås.

Figuren nedenfor viser status for 1. tertial 2021 i Helse Sør-Øst.

*Andel pasienter i pakkeforløp for kreft behandlet innen standard forløpstid, jan-april 2021:*



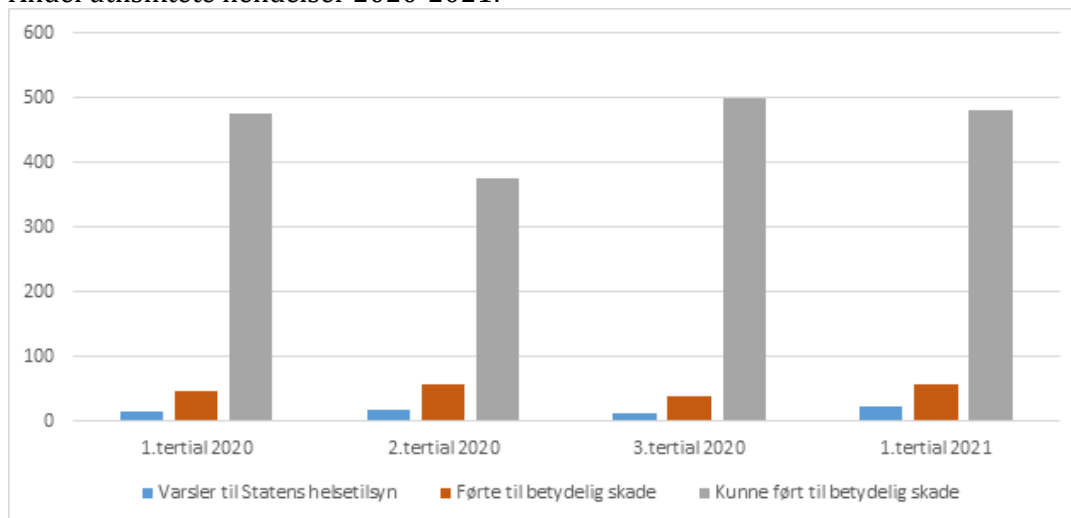
## 2.5 Sykehusinfeksjoner

Det gjennomføres vanligvis fire prevalensundersøkelser av sykehusinfeksjoner årlig ved helseforetakene i Helse Sør-Øst. I 2020 var andelen pasienter som fikk en sykehusinfeksjon på 2,7 %. Den planlagte prevalensundersøkelsen for 1. tertial 2021 ble ikke gjennomført, fordi avdeling for smittevern prioriterte arbeidet med covid-19 pandemien.

## 2.6 Utilsiktete hendelser og avvik og varsler til Statens Helsetilsyn

Utilsiktete hendelser skal meldes i foretakets avvikssystem. Statistikk over utilsiktete hendelser publiseres på Vestre Vikens nettsider. Figuren nedenfor viser registrerte utilsiktete hendelser som førte til, eller kunne ha ført til, betydelig skade, samt antall varsler til Statens helsetilsyn, tertialvis i 2020 til 1.tertial i 2021.

Andel utilsiktete hendelser 2020-2021:



I 1. tertial 2021 er det meldt 58 hendelser som førte til betydelig skade. I 23 av disse hendelsene er det sendt varsler til Statens Helsetilsyn. 14 av disse er innen psykisk helsevern. Fem av disse hendelsene følges opp tilsynsmessig av statsforvalteren. De øvrige ble avsluttet etter samtale. 9 hendelser ble meldt innen somatikk.

Under pasientatferd dominerer selvmord og hendelser hvor pasienten har dødd under uklare omstendigheter. Det er arbeidet systematisk med selvmordsforebygging gjennom flere år bl.a. som ledd i pasientsikkerhetsprogrammet, men selvmord innen psykisk helsevern er stadig en utfordring. Regjeringens har nylig lagt frem en handlingsplan for forebygging av selvmord for perioden 2021-2025.

Fall er et betydelig problem hos pasientene under opphold i sykehus. De aller fleste fall fører ikke til skade, men i noen tilfeller blir skaden betydelig. Fallforebygging har vært et av innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet gjennom flere år. Alle pasienter som innlegges skal risikovurderes for fall innen ett døgn, og tiltak skal vurderes.

I alle saker hvor det sendes varsler blir behandlingsforløpet grundig gjennomgått (hendelsesgjennomgang) for intern vurdering og læring.

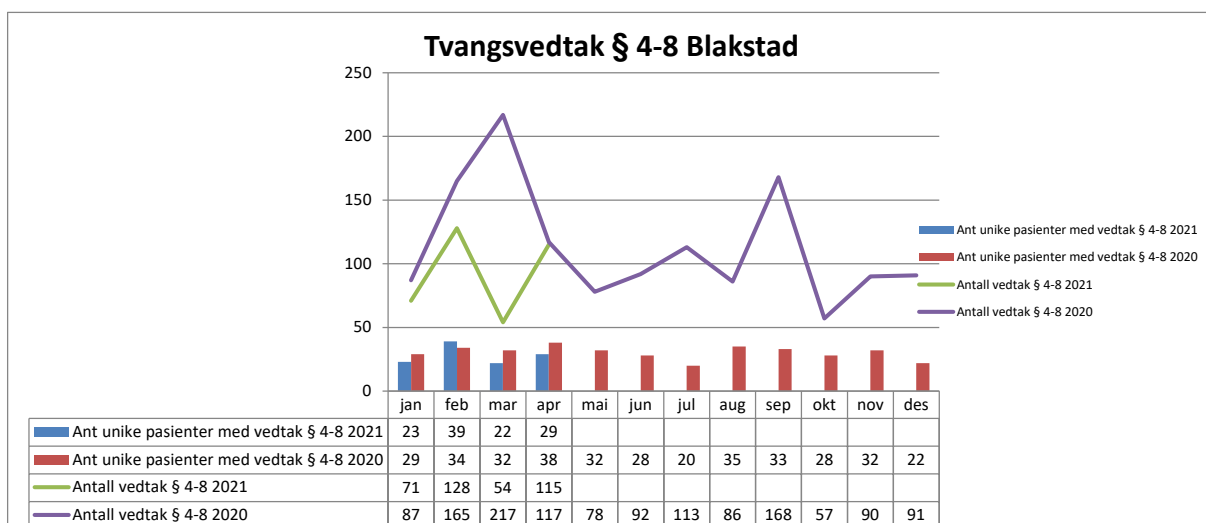
Oppfølging av utilsiktede hendelser er et ledelsesansvar. Hendelser med betydelig skade gjennomgås i klinikkenes kvalitetsutvalg med tanke på forbedring. Det er økt oppmerksomhet i Vestre Viken HF om å bruke hendelsene til å lære på tvers av klinikker og fagområder.

Helseforetaket har nå etablert en ny funksjon i avvikssystemet "Synergi" som heter læringsnotater. Ut fra en aktuell avviksmelding vil "team pasientsikkerhet" utarbeide anonymiserte læringsnotater som både distribueres internt, og som også kan deles utenfor Vestre Viken.

## **2.7 Bruk av tvang**

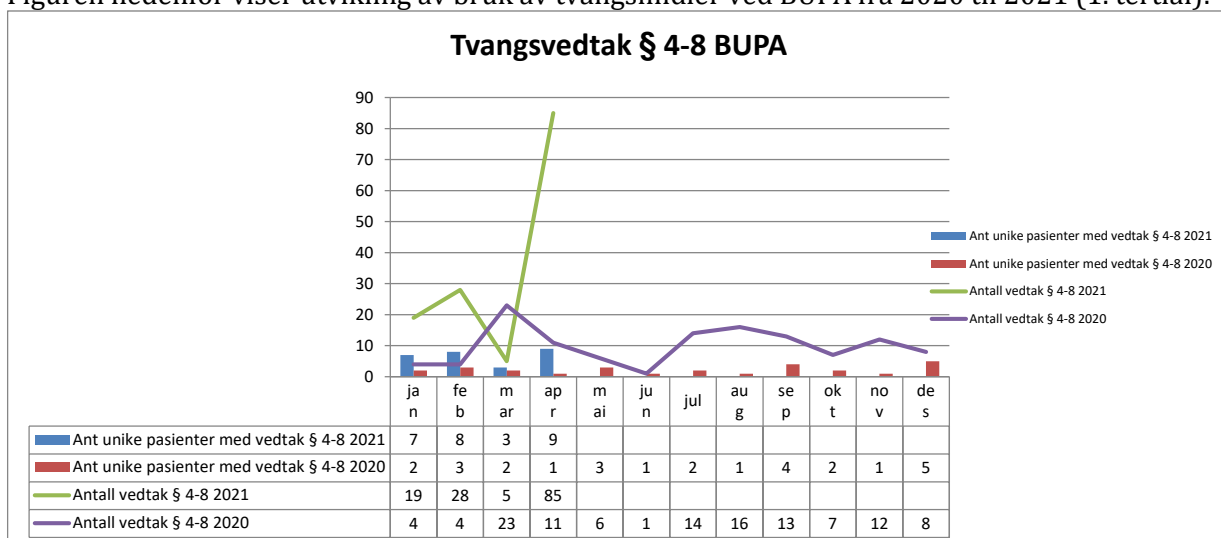
Reduksjon av bruken av tvangsmidler (§ 4-8) er et viktig forbedringsarbeid i klinikk for psykisk helse og rus og det har blitt utarbeidet handlingsplaner for flere seksjoner. Antall pasienter med minimum ett tvangsmiddelvedtak har blitt redusert fra 94 i 1. tertial 2020 til 67 i 1. tertial 2021 ved Blakstad. Reduksjonen i bruken av tvangsmidler er positiv og utviklingen fremover følges tett.

Figuren nedenfor viser utvikling av bruk av tvangsmidler ved Blakstad fra 2020 til 2021 (1. tertial):



Innen BUPA har utviklingen gått motsatt vei med en økning fra 4 til 17 pasienter med minimum ett tvangsvedtak. Dette sees i sammenheng med en vesentlig økning i antall øyeblikkelig hjelp-innleggelses og innleggelses av pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, som antas å ha sammenheng med pandemien, jf. omtale under aktivitet overfor.

Figuren nedenfor viser utvikling av bruk av tvangsmidler ved BUPA fra 2020 til 2021 (1. tertial):



### 3. Medarbeidere - status

#### 3.1 Brutto månedsverk

Utvikling i totale brutto månedsverk hittil i år (faste og variable månedsverk), sammenlignet med i fjor og budsjett

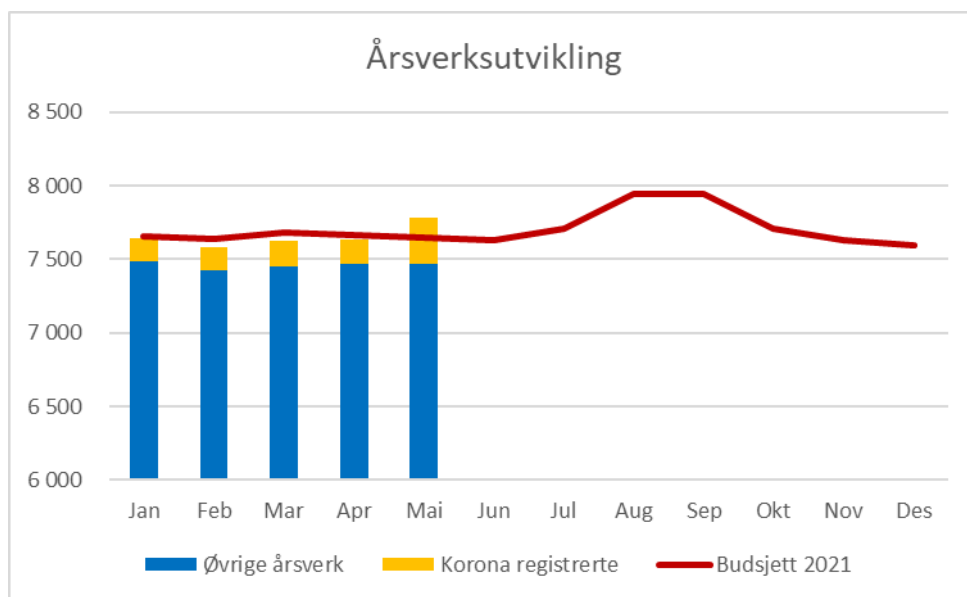


Brutto månedsverk pr. mai er 7779, som tilsvarer 131 brutto månedsverk mer enn budsjett. Av dette er 310 knyttet til korona.

Lønn knyttet til korona merkes med prosjektnummer. Månedsverk knyttet til korona er markert i figuren under. Det er en stor økning i månedsverk knyttet til koronasituasjonen. Mange ansatte har vært i karantene, det har vært et stort omfang merarbeid og overtid.

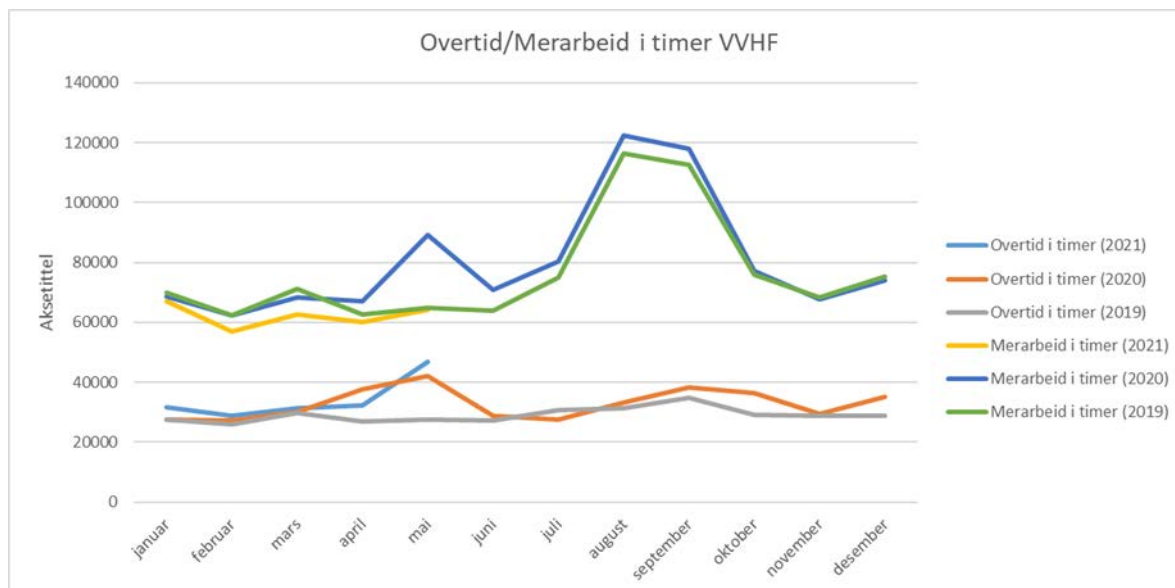
Fra mars måned opplevde Viken fylke en «tredje bølge» med korona, med økt smittetrykk i samfunnet som følge av det muterte viruset. Vestre Viken var i perioden 18. mars til 4. mai i gul beredskap, og et betydelig antall koronapasienter har vært inneliggende ved våre sykehus.





I tillegg til økte årsverk på grunn av koronasituasjonen forklares merårsverk med forsinkede effekter av planlagte tiltak. I første kvartal var det høyt sykefravær ved enkelte avdelinger.

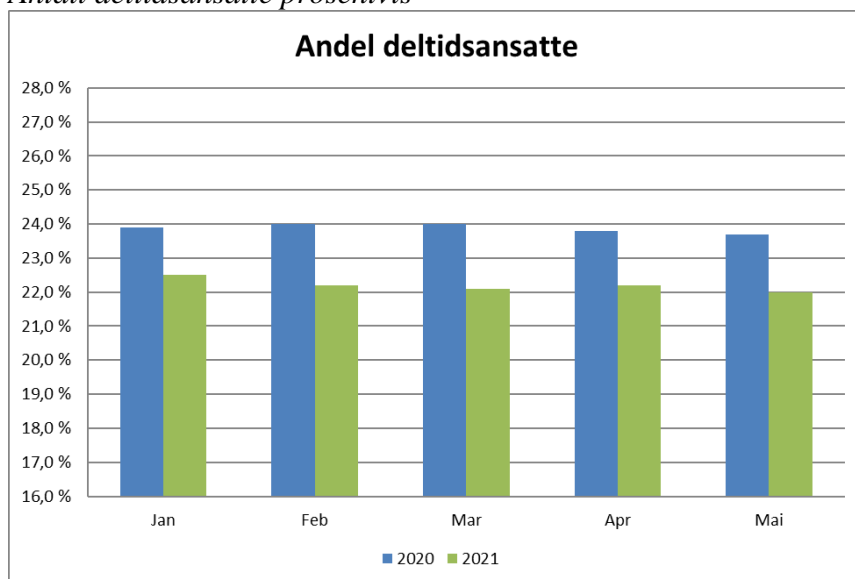
Det er fortsatt et stort avvik som kan relateres til koronapandemien, og det forventes fortsatt merforbruk av månedsverk så lenge det er utvidede smitteverntiltak. I tillegg kommer opptrapping av aktivitet, blant annet kveldspoliklinikk, i forbindelse med etterslep i pasientbehandling.



Variabel lønn (merarbeid og overtid) utbetales etterskuddsvis og vises først som månedsverk måneden etter faktisk forbruk. Variabel lønn utgjør 5,2 % av gjennomsnittlig brutto månedsverk hittil i år.

### 3.2 Deltid

#### Antall deltidsansatte prosentvis



Indikatoren viser andel deltid blant ansatte som foretaket har en forpliktende fast arbeidsavtale med. Andel deltidsansatte beregnes ut fra antall ansatte som har en fast deltidsstilling, dividert på antall faste stillinger totalt. Indikatoren er justert for deltid som er forårsaket av at arbeidstaker ikke ønsker eller ikke kan jobbe i en høyere stillingsprosent. Dersom en ansatt registrerer i Personalportalen at vedkommende har ønsket deltid<sup>1</sup> vil de ikke inkluderes som deltidsansatt. Denne indikatoren er viktig i forhold til å finne hvilket potensiale arbeidsgiver har for å redusere deltid. Dersom det ikke justeres for ønsket deltid, er deltidsandelen 31 %.

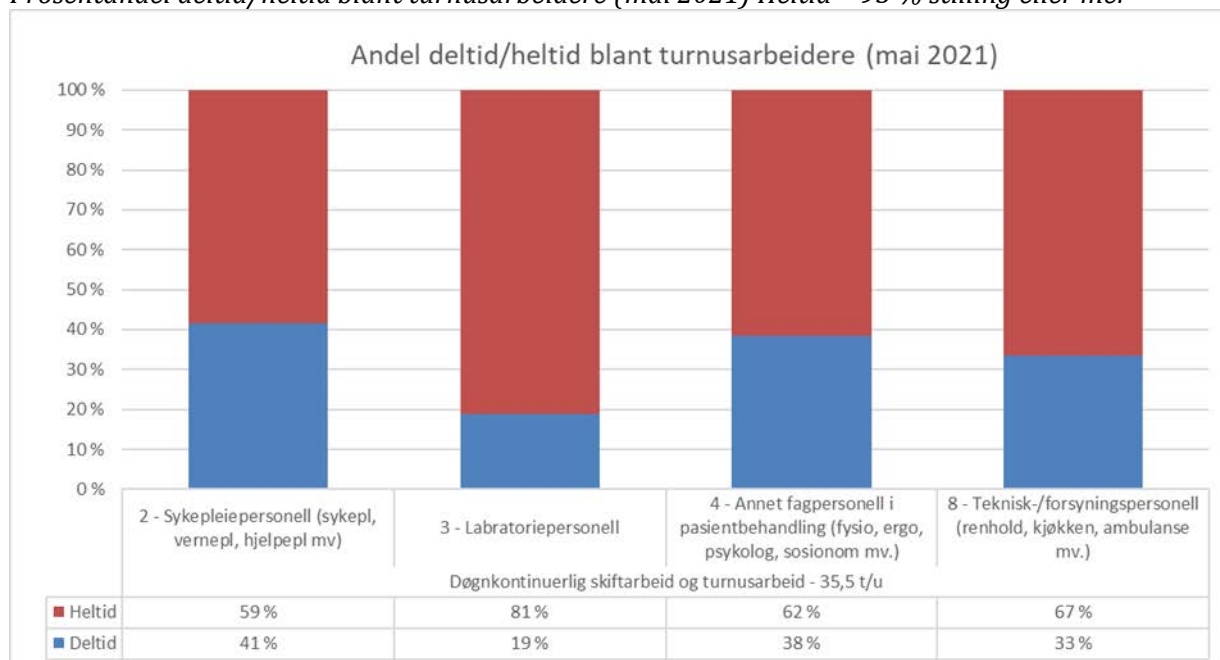
Det gjøres nå en innsats for å kartlegge hvorfor noen ansatte jobber deltid, og få en oversikt over de som ønsker økt stillingsstørrelse. I den forbindelse har alle faste deltidsansatte fått en påminnelse om å registrere seg på skjema «ønsket eller uønsket deltid» i personalportalen. Registreringene vil bli tatt ut i rapporter som vil bli grunnlag for en videre analyse. I samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene blir det jobbet videre med å finne og iverksette tiltak. Oppdaterte registreringer vil gi mulighet til å følge utviklingen over tid.

Vestre Viken har heltidskultur som et satsningsområde. Høy grad av tilstedeværelse er viktig for kvalitet, pasientsikkerhet og de ansattes kompetanse. Det er også viktig at det er samsvar mellom aktivitet og bemanning. Det arbeides nå med innføring av aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) og implementering av metodikk for samskapt planlegging. I denne forbindelse er det igangsatt arbeid med å opprette et foretaksovergripende Bemanningssenter, etablere stillinger for ressursplanleggere og et utviklingsarbeid for å få gode og tilgjengelige styringsdata innen ARP.

<sup>1</sup> Alle deltidsansatte skal registrere hvorvidt deres deltid er ønsket eller uønsket. Denne meldingen går til den respektive leder, og registreres i vedkommende sin mappe i personalportalen. Dette gir den enkelte leder oversikt over hvilke medarbeidere som ønsker å utvide stillingen sin, og leder skal bruke dette i arbeidet med å redusere andelen deltid blant sine medarbeidere. De ansatte må selv sørge for at denne informasjonen holdes oppdatert i Personalportalen.

Blant turnusarbeidere er deltidsandelen høyere enn for dagarbeidere. I denne gruppen har ca. 60 % heltid og 40 % deltid. Siden september i fjor har heltidsandelen i denne gruppen økt med 2 %. Disse tallene er ikke justert for ønsket/uønsket deltid.

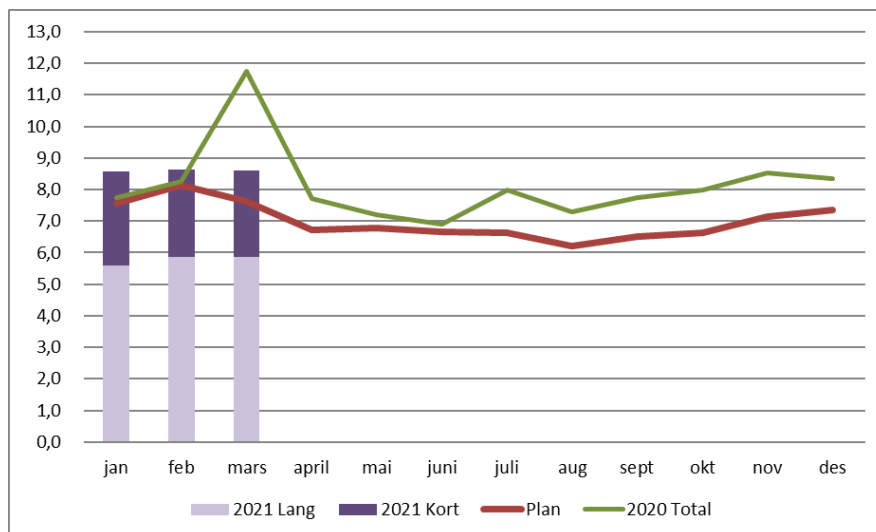
*Prosentandel deltid/heltid blant turnusarbeidere (mai 2021) Heltid = 95 % stilling eller mer*



Det er viktig å påpeke at det er interne variasjoner i foretaket, og at enkelte klinikker har en høy andel heltid. I Prehospitale tjenester er deltidsandelen så lav som 5 %. I de somatiske klinikkene er deltidsandelen over 30 %.

Tiltakene som ble igangsatt i 2018/2019 viser resultater. I 2019 ble det vedtatt at stillinger som hovedregel skal utlyses som 100 % stillinger så fremt det er ledig, og at det må søkes dispensasjon for å kunne fravike fra dette. Det arbeides med heltidskultur i klinikkene, noe som følges opp i klinikkenes AMU, og rapporteres videre til HAMU. Det skal arbeides videre med tiltak knyttet til helgearbeidsutfordringer, og målrettede tiltak som å tilby utvidet stilling tilknyttet Bemanningsenheten. Dette ses i sammenheng med implementering av aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) i foretaket. Det er videre fortsatt nødvendig med restriktiv håndtering av permisjon fra stilling.

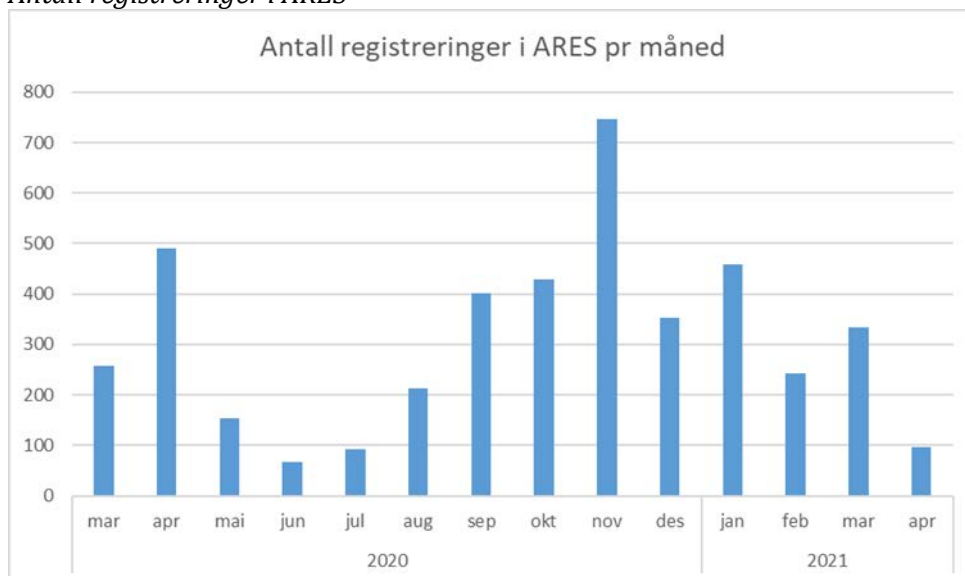
### 3.3 Sykefravær



Det var 8,6 % sykefravær i januar, februar og mars 2021. Korttidsfraværet gikk ned fra 3 % i januar til 2,7 % i mars. Dersom vi trekker fra fravær som er registrert med karantenerelaterte fraværskoder, er øvrig fravær i snitt 7,3 % de tre første månedene i 2021. Basert på vanlig utvikling i sykefraværet og stadig økt omfang av vaksinerings, forventes lavere sykefravær i vår- og sommermånedene.

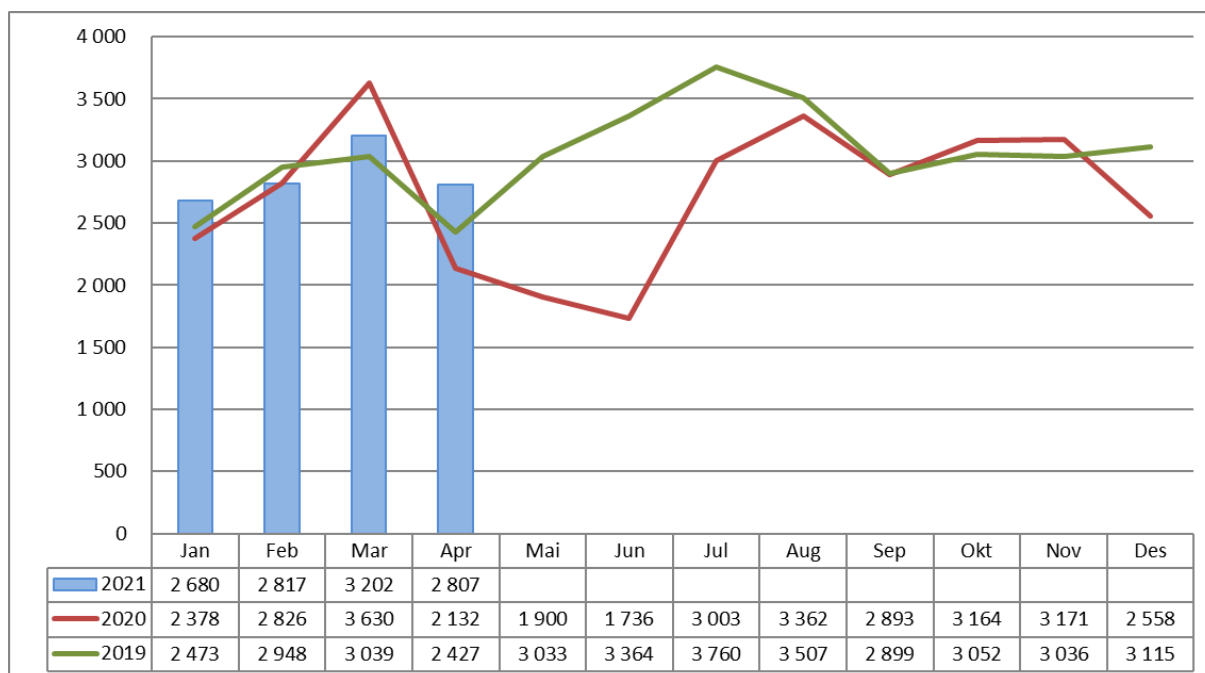
I 2020 ble programmet ARES (Ansatte registrerer egen status) tatt i bruk for å få oversikt over sykefravær knyttet til Covid-19. Ansatte registrerte om de var i isolasjon, karantene eller hadde symptomer på luftveisinfeksjon. I løpet av 1. tertial 2021 er antall registreringer vesentlig redusert, og det rapporteres nå kun en gang pr. uke. Dette henger sammen med at en betydelig andel av de ansatte er vaksinert.

#### Antall registreringer i ARES



Samtlige klinikker har inngått samarbeidsavtaler med NAV Arbeidslivssenter og satt mål for redusert sykefravær. Klinikkene skal arbeide med oppfølging av avtalen med oppmerksomhet på arbeidsmiljøarbeid og tiltak for å redusere sykefravær i løpet av perioden 2021 – 2022.

### 3.4 Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML)

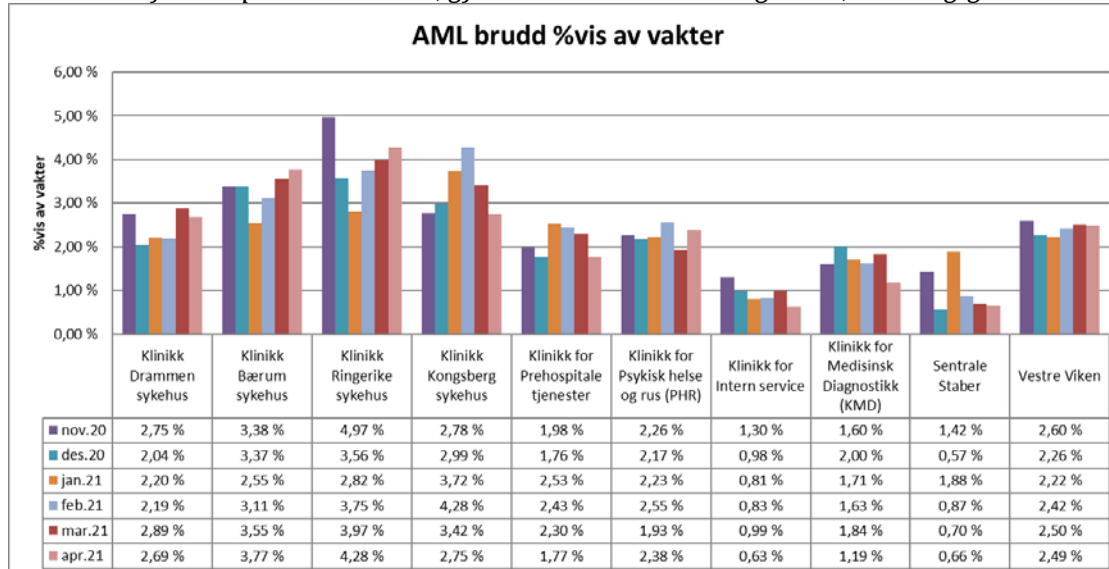


AML-bruddene så langt i 2021 er på tilsvarende nivå som i 2019. I 2020 var det en stor økning i mars forårsaket av koronasituasjonen.

I april 2021 var det 2807 AML-brudd. Dette tilsvarer brudd på 2,5 % av alle vakter i foretaket. I april er 25 % av registrerte brudd knyttet til koronapandemien.

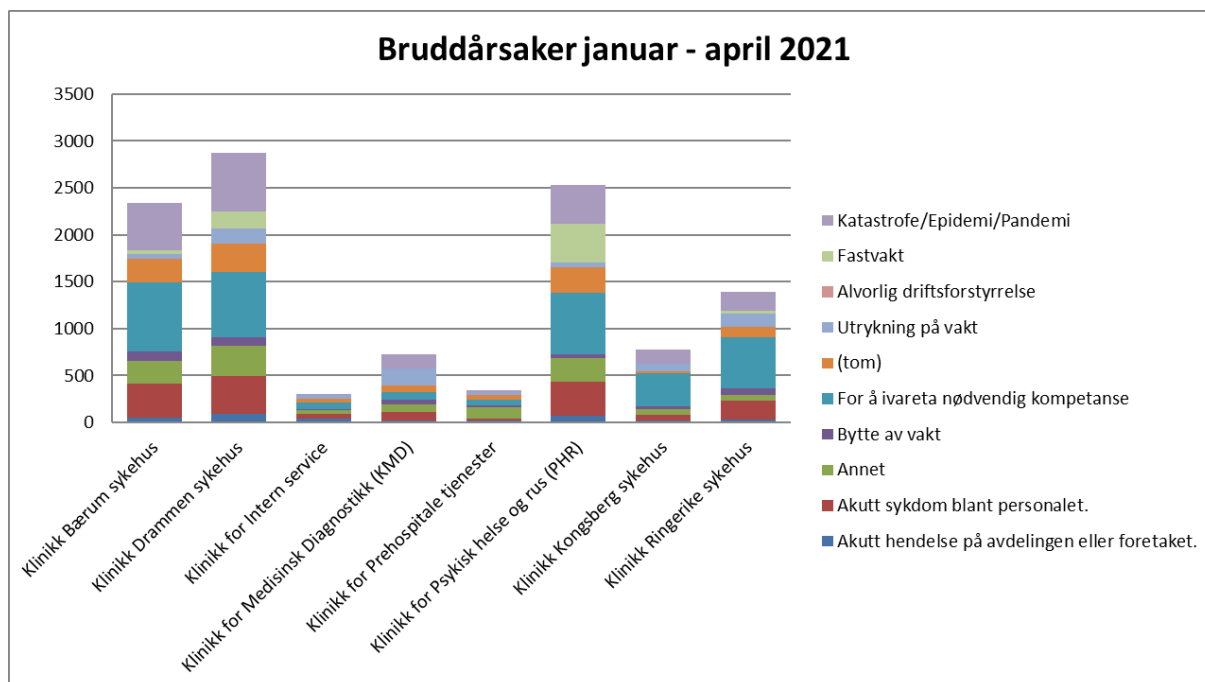
Så langt i år (tom april) tilsvarer AML-brudd 2,4 % av alle vakter i foretaket. Prognosen for året er 2,5 % brudd. AML-brudd som følge av koronapandemien blir registrert med en egen kode, og så langt er det registrert 2159 (19 % av totalt antall) AML-brudd begrunnet i koronapandemien.

AML-brudd fordelt på antall vakter, gjør klinikkene sammenlignbare, uavhengig av størrelse.



AML-bruddene gjenspeiler den krevende situasjonen klinikkene har stått i gjennom vinterhalvåret. Vestre Viken har over lang tid vært i gul beredskap, og et betydelig antall koronapasienter har vært innlagt ved sykehusene.

Det er inngått lokale avtaler mellom Vestre Viken og de fleste arbeidstakerorganisasjonene om høyere overtidssatser og kronetillegg for merarbeid som kan knyttes direkte eller indirekte til koronapandemien. Avtalene ble inngått i mars 2021 for å sikre tilstrekkelig bemanning i forbindelse med koronapandemien.



Figuren over viser AML bruddtyper så langt i 2021, til og med april. I de fleste klinikker er kompetanse den største bruddårsaken, etterfulgt av pandemi og sykdom. Kategorien «annet» er en sekkepost som brukes ved ulike årsaker, hvor leder ikke finner mer spesifikk kategori.

Når det gjelder årsakskoden «tom» er ikke dette en årsakskode som leder velger som en forklaring. Den opprettes automatisk i GAT som følge av at avtalene for arbeidsplanen ikke er lagt inn i arbeidsplanoppsettet i GAT før arbeidsplanen iverksettes. De fleste arbeidsplaner i Vestre Viken krever at dette er lagt inn, fordi man går utover rammene til arbeidsmiljøloven, og må ha en dispensasjon/avtale med fagforeningene om utvidede grenser.

Ved vaktbytter eller andre endringer i arbeidsplanen, kan GAT generere et brudd automatisk, som følge av at ekstravakter som allerede er lagt inn i samme periode, gir et brudd. Leder får da ikke valgt årsakskode. Derfor vises denne type AML-brudd i årsakskode «tom».

## 4. HMS indikatorer

Helse Sør-Øst (HSØ) har etablert indikatorer for å måle og følge opp HMS som det enkelte foretak skal benytte til intern oppfølging og læring.

Det er tertialvis rapportering på følgende områder til HSØ: Fraværsskadefrekvens, HMS-hendelsesfrekvens, vold- og trusselfrekvens (somatikk og psykiatri) og lukkerate HMS-hendelser.

### 4.1 Fraværsskadefrekvens

Tertial	T1-19	T2-19	T3-19	Snitt 19	T1-20	T2-20	T3-20	Snitt 20	T1 21
Antall skadde	9	7	3		14	6	18		71
Fraværsskadefrekvens	2,5	2,1	0,8	1,8	3,7	1,7	4,7	3,4	
Snitt HSØ				4,7				3,3	

Det skal registreres som fraværsskade når hendelsen fører til at den ansatte blir borte fra arbeid på neste vakt. Det er en betydelig økning 1. tertial 2021 sammenlignet med 3. tertial 2020. Økningen skyldes smitte grunnet covid-19. Vestre Viken har iverksatt smitteverntiltak som er anbefalte av FHI, samt tiltak utover anbefalinger, som for eksempel krav til karantene og testing for utenlandske vikarer og faste ansatte. Likevel har det ikke vært mulig å stoppe smitten helt. Dette viser at det fortsatt må være stor oppmerksomhet på etterlevelse av de etablerte tiltak og god håndtering av avvik som oppstår.

### 4.2 HMS-hendelser

Antall registrerte HMS-hendelser i 1. tertial er 1054. Det er en liten nedgang i antall HMS-hendelser fra 3. tertial 2020 (1075). Antall HMS-hendelser var gjennom 2020 ganske jevnt, og type hendelser er erfaringsmessig de samme. Hendelsestype smittevern har naturlig nok hatt den største økningen denne perioden. Dette skyldes hendelser knyttet til covid-19. For øvrig viser oversikten det samme bildet som tidligere med vold/trusler/utagerende atferd som den dominerende kategorien, etterfulgt av psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø.

For å kunne jobbe forebyggende må Vestre Viken ha oversikt over uønskede hendelser. Det forutsetter at alle hendelser registreres i Synergi. Avvikshåndtering er derfor en del av den obligatoriske lederopplæringen i Vestre Viken. I tillegg tilbys utvidet opplæring i avviksbehandling. Oversiktene over HMS-hendelser legges frem i de enkelte AMU, samt at håndtering av hendelsene etterspørres.

### Lukkerate HMS hendelser

Det er lukket færre saker i 1. første tertial 2021 enn i 3. tertial i 2020. Dette skyldes at klinikkene har hatt en krevende situasjon med et stort antall smittede ansatte, flere smitteutbrudd, samt organisering og gjennomføring av vaksinerings av ansatte mot covid-19. Sistnevnte har medført et betydelig merarbeid for i klinikkene selv om sentrale staber også har bidratt. Det må iverksettes tiltak for å følge opp og lukke saker om HMS-hendelser, samt følge opp det systematiske HMS-arbeidet. Dette vil bli satt opp som tema i oppfølgingsmøter med klinikkene.

#### **4.2.1 Vold og trusler**

*Total oversikt over hendelser vold og trusler*

<b>Vold og trussel hendelser</b>	<b>T1 -19</b>	<b>T2 -19</b>	<b>T3-19</b>	<b>T1-20</b>	<b>T2-20</b>	<b>T3-20</b>	<b>T1-21</b>
VV total	328	368	399	325	250	267	195
Drammen sykehus	18	7	11	16	24	6	15
Bærum sykehus	17	24	26	17	27	13	25
Ringerike sykehus	4	2	9	2	3	2	6
Kongsberg sykehus	3	2	4	3	2	6	2
KIS	2	2	4	6	2	0	2
PHR	269	318	329	259	181	232	147
PHT	14	9	13	18	10	8	9
KMD	1	4	3	4	1	0	1

### Vold og trusler i Klinikk psykisk helse og rus

Hendelser innen vold og trusler har vist en god nedgang fra 3. tertial 2020 (232) til 1. tertial 2021 (147). Det antas at gjennomførte HMS-tiltak i 2020 har hatt en positiv effekt for dagens tall.

Aktuelle gjennomførte HMS-tiltak er etablert system for håndtering og opplæring. I Klinikk for psykisk helse og rus er det etablert et undervisnings- og treningsopplegg (MAP) som så langt har vist god effekt. Dette er et verktøy for håndtering, trening og opplæring av hendelser innenfor vold, trusler og aggresjon i psykiatrien. Erfaringen er at dette er godt mottatt og benyttet.

### Vold og trusler i de somatiske og tversgående klinikkene

Det er en økning av hendelser fra 3. tertial 2021 (35) til 1. tertial 2021 (59). Det erfares at de helsemessige forhold kan være sammensatt for denne pasientgruppen, noe som kan være krevende i gitte situasjoner. I de somatiske sykehusene og i de tversgående klinikkene gjennomføres grunnleggende opplæring i forebygging og håndtering av vold og trusselsituasjoner. Det utarbeides nå et utvidet tilbud med scenariotrening for spesielt utsatte enheter, eksempelvis akuttmottak. På grunn av covid-19 er deler av dette gjennomført digitalt, og det antas at det vil være større effekt når situasjonen tillater at denne opplæringen kan gjennomføres ved fysisk oppmøte.

#### **4.3 HMS/arbeidsmiljø og pasientsikkerhet**

Godt arbeidsmiljø er viktig for pasientsikkerheten. Et godt forebyggende HMS-arbeid er nødvendig for å utvikle og beholde et best mulig arbeidsmiljø. Vestre Viken har etablert flere verktøy (bl.a. ForBedringsundersøkelsen, HMS-runden, medarbeidersamtaler, avvikssystemet mv.) som skal brukes, og som utfyller hverandre. Dette skal bidra til at man får god oversikt over risikobildet i den enkelte enhet, men det forutsetter at verktøyene blir benyttet. Oppfølging etter Forbedringsundersøkelsen, HMS-runder mv. og status for arbeidet med HMS-handlingsplaner og tiltak gjøres i oppfølgingsmøtene med klinikkene. Støtte og opplæring blir gitt til de lederne som



har behov for det. «Snakk om forbedring» er et relativt nytt verktøy som kan få frem sammenhengene mellom HMS og pasientsikkerhet på en god måte, og vil være et godt supplement til verktøykassen.

Team Pasientsikkerhet (TPS) er etablert med ukentlige møter hvor håndtering av alvorlige hendelser blir gjennomgått, herunder også å se særskilt på de hendelsene som omhandler både HMS og pasientsikkerhet. Gjennomgang viser at tidspress/bemanning går igjen i de fleste HMS-hendelser som omhandler pasientsikkerhet, men dette må kartlegges videre i arbeidet fremover.

#### 4.4 Covid-19

*Oversikt over antall smittede ansatte pr. klinikk*

<b>Antall smittede 1. tertial 2021</b>	
<b>Klinikk</b>	<b>Antall</b>
Klinikk Drammen sykehus	61
Klinikk for psykisk helse og rus	42
Klinikk Bærum sykehus	11
KMD Klinikk for medisinsk diagnostikk	3
Klinikk Ringerike sykehus	4
Klinikk for intern service	10
Kompetanse	2
Klinikk for Prehospitale tjenester	3
Klinikk Kongsberg sykehus	13
<b>Totalt antall</b>	<b>149</b>

*Oversikt over antall vaksinerte pr. klinikk*

<b>Antall vaksinerte 1. tertial 2021</b>	
<b>Klinikk</b>	<b>Antall</b>
Klinikk Drammen sykehus	1788
Klinikk for psykisk helse og rus	1733
Klinikk Bærum sykehus	1053
KMD Klinikk for medisinsk diagnostikk	614
Klinikk Ringerike sykehus	565
Klinikk for intern service	438
Kompetanse	375
Klinikk for Prehospitaltjenester	342
Avtalespesialister	310
Klinikk Kongsberg sykehus	292
Sykehusapotekene	46
Teknologi	35
Støtte medisinske fag	34
Øvrige ansatte	28
Administrasjon og kommunikasjon	2
Økonomi	1
<b>Totalt antall</b>	<b>7656</b>

Vaksinering av avsatte er gjennomført ved 5 ulike lokasjoner, av ansatte på klinikkene og med bidrag fra stabene. Dokumentasjon på vaksiner er registret i ansatte-journalen (Exstensor), med jevnlig rapportering av status til FHI og HSØ.

## **5. Informasjonssikkerhet og personvern**

Det ble gitt en status om arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern i styremøte 26. april 2021, sak 39/2021. Saken redegjorde for risikoområder og pågående aktiviteter for å redusere risikoen.

Etter innføring av personvernforordningen (GDPR) i 2018 og i forlengelse av overordnet GDPR prosjekt, er det foretatt en systematisk gjennomgang av status på IKT-systemene i foretaket. Dokumentasjonsnivået er forbedret, og det er igangsatt tiltak for bedre IKT systemforvaltning. Dette er en del av foretakets internkontroll knyttet til den operasjonelle informasjonssikkerheten i IKT-systemer.

Foretaksledelsen behandlet 11. mai 2021 status for informasjonssikkerhet og personvern pr 1. tertial 2021. Det er i perioden gjennomgått, vurdert og utarbeidet 12 lokale og 25 regionale risiko- og sårbarhetsvurderinger, som vist i tabellene under:

*Lokale risiko og sårbarhetsvurdering for Vestre Viken HF i 1. tertial 2021*

Virksomhetsområde	Anbefalt	Anbefalt m/ restanse	Kommentar
Intern service	2		Verktøy for eiendomsforvaltning
Prehospitale tjenester		1	AMK video
Medisinsk diagnostikk	1	3	Labområdet
Fag - foretaksnivå	1	1	Endringer i DIPS og kurve
Fag	1	1	Smittevern og kvalitet
Administrasjon	1		Intranett
<b>Totalt antall</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	

*Regionale risiko og sårbarhetsvurderinger i 1. tertial 2021*

Virksomhetsområde	Antall	Kommentar
Medisinsk diagnostikk	4	3 godkjent med restanse, 1 venter på behandling
Fag - foretaksnivå	6	5 godkjent med restanse, 1 trenger mer utredning
Fag	2	Begge godkjent med restanse
Kompetanse	2	Begge godkjent med restanse
Økonomi	1	Godkjent med restanse
Teknologi	6	3 godkjent med restanse, 3 orienteringssaker
Administrasjon	2	Begge godkjent med restanse
Annet	2	Saker ikke relatert til VVHF
<b>Totalt antall</b>	<b>25</b>	

Det er i samme periode gjort 26 personvernmessige vurderinger av forskningssaker og intern kvalitetssikring.

Det er utarbeidet 2 lokale risikonotater i 1. tertial 2021. Notatene er gjenstand for oppfølging og forankring i aktuell klinikk, før det eventuelt forankres i foretaksledelsen.

Informasjonssikkerhetsenheten arbeider aktivt for å forbedre rapportenes innhold. Det arbeides p.t. med å få inn parametere som omhandler DPIA (vurdering av personvernkonsekvens).

Vestre Viken har i 1. tertial 2021 hatt en sak av en alvorlig type informasjonssikkerhetsbrudd som ble meldt til Datatilsynet. Dette omhandlet publisering av bilder i sosiale medier.

Datatilsynet har lukket saken basert på foretakets redegjørelse for iverksatte tiltak for å lukke avvik og begrense konsekvensene.

## 6. Eksterne tilsyn

En rekke eksterne instanser fører tilsyn med ulike deler av foretakets virksomhet. Det har vært gjennomført få tilsyn under pandemien. Følgende rapporteres:

- Branntilsyn ved Blakstad sykehus høst 2020 av Asker og Bærum brann og redning. Det ble påvist 3 avvik knyttet til dokumentasjon av sikkerhetsnivå og tiltak for å unngå risiko for brann. Foretaket har gitt tilbakemelding og denne er funnet tilfredsstillende i brev av 04.05.21. Brannvesen ønsker å følge opp av handlingsplan, ber om ny tilbakemelding innen 16.08.21 og vil gjøre etterkontroll i 2022.

Arbeidstilsynet hadde høst 2020 tilsyn med vold og trusler ved Avd. for rus og avhengighet. Det ble påpekt behov for forbedring vedrørende kartlegging, risikovurdering og tiltak for å redusere

risiko for at arbeidstaker blir utsatt for vold og trusler. Tilbakemelding er gitt og tilsyn lukket 12.01.21.

Riksrevisjonen gjennomfører for tiden en forvaltningsrevisjon om investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene. Vestre Viken har svart ut de henvendelser som er kommet så langt.

Det er ikke gjennomført systemtilsyn ved Statsforvalteren eller Helsetilsynet i 1. tertial 2021.

## **Vedlegg**

### **Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr. 1. tertial 2021**

#### **Rapportering økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD**

### **Innhold**

Rapportering gevinstrealisering NSD økonomisk bærekraft i Vestre Viken .....	2
1. Aktivitetsstyrt bemanning og ressursplanlegging (ARP) .....	4
2. Spesifikke gevinster knyttet til NSD .....	5
3. Spesifikke gevinster knyttet til definerte områder.....	7

## Rapportering gevinstrealisering NSD økonomisk bærekraft i Vestre Viken

Det vises til styresak 20/2020 Gevinstrealisering NSD og økonomisk bærekraft i Vestre Viken og sak 26/2020 Rapportering gevinstplan. Planen for gevinstrealisering og økonomisk bærekraft angir konkrete beløp som forventes realisert i perioden frem til innflytting i nytt sykehus i Drammen og i perioden frem til 2030. Som følge av koronapandemien er flere av tiltakene forsinket, og det ble i ØLP 2022 – 2025 lagt inn en senere realisering av gevinster. Flere av aktivitetene vil ikke planlegges i detalj før tidspunkt for gevinstuttaket er nærmere i tid. Det er derfor lagt opp til at foretaket i de tertialvise virksomhetsrapportene først og fremst angir status på de tiltak som skal ha økonomisk effekt i de nærmeste 12 – 16 månedene, samt tiltak som må iverksettes i denne perioden for å gi effekt i kommende år.

Ved avslutning av 1. tertial 2021 er det de seks områdene som er definert i gevinstplanen som følges opp i rapporten:

1. Innføring av Aktivitetsstyrt ressursplanlegging
2. Spesifikke gevinster knyttet til NSD
3. Spesifikke gevinster knyttet til innføring av ny teknologi
4. Spesifikke gevinster knyttet til de konkrete områdene:
  - a. Medikamenterkostnader
  - b. Rehabiliteringskostnader
  - c. Gjestepasientkostnader
5. Reduksjon av utilsiktede hendelser, beste praksis og bedre utnyttelse av samlet kapasitet
6. Akuttforløpene

### *Oppsummert vurdering av planen*

Tabellen nedenfor viser statusrapporteringen ved utgangen av 1. tertial 2021.

Mottaksprosjektet for NSD har trappet opp sin virksomhet. Det vises i den anledning til særskilt redegjørelse for styret 27. april 2021 om fremdrift i prosjektet. De deler av gevinstplanen som skal realiseres etter innflytting i det nye sykehuset, er foreløpig ikke omfattet av denne rapporten, men det tas sikte på å få dette inkorporert i rapporteringen fra og med 2. tertial 2021.

Tilsvarende gjelder de tre siste områdene «Bedre utnyttelse av samlet kapasitet», «Beste praksis – reduksjon av utilsiktede hendelser» og «Akuttforløpene». Disse områdene er ikke prosjektert som et klinikkovergripende prosjekt, og aktiviteter foregår lokalt i klinikkene.

Gevinstrealiseringen er håndtert som rammetrekk for klinikkene og forutsettes inngå i de respektive klinikkens planer for budsjettoppnåelse. Styret har eksplisitt bedt om at det også rapporteres på status på disse områdene, og foretaket utreder nærmere hvilke KPI-er som gir best grunnlag for en status i fremdriften. Med den pågående pandemien og de effekter dette har på de økonomiske resultatene, og ikke minst fremdrift i forbedringsarbeid i klinikkene, er det foreløpig vanskelig å måle effekter av tiltak.

Området «Ny teknologi» inngår ikke i rapporteringen. Det henvises til egen rapportering for styret om IKT fase 1 i tilknytning til NSD, jf. vedlegg 3 til denne styresaken. Det skal konkretiseres gevinster til innføring av ny teknologi. Dette skal inkluderes i rapporteringen når gevinster er identifisert og det er dedikerte gevinsteiere til realiseringen.

Gevinstområde	Vurdering pr. 1. tertial 2021						Vurdering pr. 3. tertial 2020	
	Samlet status	Tid/ Fremdrift	Kostnad/ Ressurser	Kvalitet	Risiko	Gevinst	Samlet status	Risiko
Klinikk Drammen sykehus	Under arbeid							
Klinikk for Intern service	Under arbeid							
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	😊	😊			😊	😊	😊	😊
Administrasjon og merkantil tjeneste	😊	😊			😊	😊	😊	😊
PHR - tiltak tilknyttet NSD	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Omstilling PHR prosjektuavhengig NSD	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Innføring ARP VVHF, eksklusiv PHR	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Innkjøpsområdet	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Medikamentkostnader	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Rehabiliteringskostnader - kjøp fra private	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Gjestepasientkostnader	😊	😊	😊	😊	😞	😊	😊	😞
Bedre utnyttelse av samlet kapasitet	Under arbeid							
Beste praksis - reduksjon av utilsiktede hendelser	Under arbeid							
Akuttforløpene	Under arbeid							

### Gevinstplan 2020 – 2030

Tabellen nedenfor viser samlet forventet gevinst i henhold til gevinstplanen (styresak 20/2020) og faktisk realisert, eller prognose forventet realisering pr. 1. tertial 2021. Det er ikke angitt prognose for områdene som ikke er behandlet i rapporten, jf. omtale under statusrapporten overfor. Realisering av gevinster er i rute for ARP PHR, men resultatopptakene reduseres som følge av nødvendig oppbemanning innen BUPA som følge av økt aktivitet. Området er tilført ekstra midler som medfører at negativ resultat effekt reduseres. Dette må følges opp når nye tiltak er besluttet, slik at det foreligger et grunnlag for beregning av årseffekten for 2021. Det er foreløpig ikke konkretisert gevinster for somatikken hva gjelder ARP. Medikamentkostnader og innkjøpsområdet vurderes å være i rute. Rehabilitering, gjestepasientkostnader, samt merkantile tjenester får forsinket resultat effekt.

Gevinstområde	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Klinikk Drammen sykehus											11,5 MNOK
Klinikk for Intern service											13,2 MNOK
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)		1,1 MNOK							24,9 MNOK	23,8 MNOK	
Administrasjon og merkantil tjeneste		0 MNOK							34,8 MNOK	34,8 MNOK	
PHR - tiltak tilknyttet NSD	0,75 MNOK					48 MNOK			47 MNOK		
Omstilling PHR prosjektuavhengig NSD	4,8 MNOK					44,1 MNOK			39,3 MNOK		
Innføring ARP VVHF, eksklusiv PHR	0 MNOK					80,4 MNOK			80,4 MNOK		
Innkjøpsområdet		12,2 MNOK	3,3 MNOK			8,9 MNOK					
Medikamentkostnader		19 MNOK	35 MNOK			16 MNOK					
Rehabiliteringskostnader - kjøp fra private			5,6 MNOK			35 MNOK			29,4 MNOK		
Gjestepasientkostnader		1,8 MNOK			20 MNOK				10 MNOK		
Bedre utnyttelse av samlet kapasitet					10 MNOK						
Beste praksis - reduksjon av utilsiktede hendelser					10 MNOK						

## 1. Aktivitetsstyrt bemanning og ressursplanlegging (ARP)

Rapporten omfatter følgende tre områder: PHR - tiltak tilknyttet NSD, omstilling PHR uavhengig av NSD og innføring ARP VVHF, eksklusiv PHR. ARP-programmet er ikke ansvarlig for omstillingstiltakene i PHR som omhandler driftsmessige tilpasninger til nytt sykehus og implementering av FACT, og det bør tilrettelegges for at dette rapporteres særskilt fra og med 2. tertial 2021.

Dato 14.05.2021	Prosjektnavn ARP	Prosjekteier Eii Årnot	Prosjektleder Thor Audun Gulbrandsen	Utarbeidet av Thor Audun Gulbrandsen	Clarity prosjekt ID IA	Øko prosjekt ID IA	Mandat godkjent dato 28.01.2021
Samlet status 	Tid/Fremdrift 	Kostnad/Ressurser 	Kvalitet 	Risiko 	Gevinst 		
<p><b>Status</b></p> <p>Prosjektframdrift følger planen i PHR, med unntak av BUPA (Barne- og ungdomspsykiatrien). BUPA har en betydelig vekst i poliklinisk behandling og døgntilpasning fra og med 2. halvår 2020. Aktivitetstilpasning til økt aktivitet er også et ARP tiltak, men dette gir ikke tilsvarende økonomiske gevinster som gevinstplanen forutsetter. Foretaket tilføres midler gjennom HSØ for å styrke kapasiteten i BUPA. ARP team har bidratt i bemanningsløsninger og søknad til HSØ om ekstraordinære aktivitetstilskudd. ARP programmet har startet opp arbeid ved den siste avdelingen i PHR, Blakstad sykehus. Framdrift så langt tilsier at dette arbeidet ikke er ferdig før 2. halvår 2021.</p> <p>Framdrift i somatikk er forsinket grunnet korona. Utviklingsarbeidet er i god framdrift ved Bærum sykehus - operasjonsvirksomhet. Framdrift tilsier en modell klar for beslutning til sommeren 2021. Drammen sykehus medisin er alle analyser gjennomført i løpet av mai og klar for beslutninger før sommeren 2021. I tillegg arbeider ARP team med å innføre ressursplanleggere, et felles bemanningscenter for foretaket og styringsdata ARP.</p>							
<p><b>Milepæler siden forrige statusrapport</b></p> <p>Ferdig gjennomgang av DPS og ARA i tråd med plan. Gevinster følger plan. BUPA: Betydelig aktivitetsvekst grunnet corona, ARP har bistått med søknad om ekstra ressurser og nye bemannings- og aktivitetsplaner.</p> <p>Startet arbeidet med:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ressursplanleggere for alle klinikker i VVHF.</li> <li>- Samle dagens tre bemanningsenheter og videreutvikle disse til et felles Bemanningscenter for alle klinikker i VVHF</li> <li>- Utvikle styringsdata for ARP i Rapportcenteret i VVHF.</li> </ul> <p>Startet arbeidet med:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gjennomgang av bemanning og kompetanse ved Blakstad sykehus, PHR.</li> <li>- Utvikle og forbedre operasjonsforløp ved Bærum sykehus. Målet er å utbedre flaskehals og redusere ventetider mellom operasjoner.</li> </ul> <p>Gjennomført forbedringsarbeid orto</p> <p>Igangsetter tilsvarende arbeid på gyn og kirurgiske områder</p> <p>Påbegynt beslutningsgrunnlag medisin Drammen sykehus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beslutningsgrunnlaget er klart til juni 2021.</li> </ul>				<p><b>Milepæler frem til neste statusrapport</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Starte opp de første ressursplanleggere: I løpet av 2021 vil dette bidra til flere samordnede planer for bemanning og aktivitet. Dvs. bedre samsvar mellom planlagt og faktisk bemanning og mellom faktisk bemanning og aktivitet. Utarbeide detaljplaner for implementering.</li> <li>2) Slutfase samling av tre bemanningsenheter i nytt Bemanningscenter. Starte arbeid med utvikling av bookingfunksjon og sommerrekruttering 2022.</li> <li>3) Opplæring av ledere i bruk av styringsdata ARP døgntilpasning, styrke arbeidet til ressursplanleggere. Klargjøre neste prioriterte område for utvikling av styringsdata (i tråd med beslutningsprosess).</li> <li>4) Støtte i arbeid med omstilling av operasjonsforløp fase 1 i BS - implementeringsarbeid igangsatt.</li> <li>5) Planlegge omstilling fase 2 på DS - medisinsk avdeling.</li> <li>6) Avklare videre utvikling av prosjektet på Blakstad sykehus.</li> </ol>			
<p><b>Budsjettoversikt</b></p> <p>Gevinstplan 2021:                      Gevinstplan totalt:</p> <p>PHR 26 MNOK                              92 MNOK</p> <p>Somatikk 5 MNOK                              80 MNOK</p> <p>Prosjektet gjennomføres med interne ressurser.</p> <p>PHR identifisert gevinster på 24 MNOK. Foreløpig ikke beregnet gevinster i somatikk.</p> <p>Målsatt samlet gevinst opprettholdes.</p>		<p><b>Risiko</b></p> <p>Forsinket fremdrift både fra 2020 og 2021 fortsatt risiko for forsinkelser som følge av pandemien.</p> <p>Risiko for manglende involvering og forankring hos tillitsvalgte, ansatte og ledere.</p> <p>Mangler tilstrekkelige styringsdata som underlag etter avsluttet analysefase.</p>		<p><b>Tiltak</b></p> <p>Tillitsvalgte og vernetjeneste er involvert i:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styringsgruppe ARP</li> <li>• Partssammensatt utvalg utredning av tiltak for å styrke ARP</li> <li>• Omstilling følger reglene i VVHF vedr. involvering</li> </ul> <p>Tillitsvalgte og vernetjeneste deltar systematisk i møter og deltar i styringsgrupper i samtlige prosjekter.</p> <p>Styringsdata prioriteres utviklet 1. halvår. I tillegg kompenseres mangel av data ved analysekapasitet i ARP teamet.</p>			
<p><b>Tidslinje/Plan</b></p> <p>Ressursplanleggere: Rekruttering og opplæring av planleggere oppstart fom. sept. 2021, ferdigstilt 2. halvår 2022. Opplæring av ledere prioritert første runde sengeposter/døgntilpasning fra september 2021 og gjennomført 1. halvår 2022. Evaluere og korrigerer modeller og fortsette utrulling.</p> <p>Styringsdata ARP: Rekkefølge på nødvendige analyser klar i løpet av august 2021. Opplæring av ledere samkjørt med utrulling av ressursplanleggere fra og med september 2021.</p> <p>Bemanningscenter: Felles rutiner og arbeidsprosesser, samle dagens tre enheter og utvikle SLA med klinikker. Felles framstøt rekruttering og utvikle bookingfunksjon i Bemanningscenter i løpet av 2. halvår 2021. 1 halvår 2022 igangsette omfattende sommerrekruttering for fast ansatte til Bemanningscenteret og ferievikarer.</p> <p>BS operasjon: Fra september 2021 igangsette implementering av fase 1 i forbedringsarbeidet, preoperative rutiner. Starte opp runde 2 av forbedringsarbeid med preoperativ forbedring.</p>							



## 2. Spesifikke gevinster knyttet til NSD

Prosjektavhengige gevinster knyttet til bygging og innflytting i nytt sykehus vil iht. gevinstplanen i hovedsak gi effekt fra klinisk ibruktakelse i 2025. Kun innenfor Klinikk medisinsk diagnostikk (KMD) og kontortjenesten ved Drammen sykehus er det definert gevinster fra 2021.

### Kontortjenesten

Dato 18.05.2021	Prosjektnavn Kontortjeneste NSD	Prosjekteier Rune A. Abrahamsen	Prosjektleder Klinikkdirektører DS, PHR, KMD, KIS	Utarbeidet av VV-NSD	Clarity prosjekt ID IA	Øko prosjekt ID IA	Mandat godkjent dato
Samlet status 	Tid/Fremdrift 	Kostnad/Ressurser	Kvalitet	Risiko 	Gevinst 		
<b>Status</b> For nytt sykehus (NSD) er det lagt til grunn innføring av helselogistikk, med blant annet at pasienten selv skal foreta innsjekk, utsjekk og betaling vha. terminaler eller egen smarttelefon. Antall resepsjoner, med tilhørende bemanning, er redusert iht. dette i nytt bygg. Innføring av helselogistikk er utsatt iht. tidligere forventninger og realisering av beregnede gevinster er derfor forsinket og vil ikke kunne realiseres i inneværende år. Som kompensierende tiltak og forberedelse til innføring av helselogistikk, er det under planlegging en redesign av medisinsk kontortjeneste. Det er innvilget prosjektmidler fra Stimulab for å gjennomføre et tjenesteinvasjonsprosjektet med planlagt oppstart høsten 2021.							
<b>Milepæler siden forrige statusrapport</b> 5.5.21: Mottatt tilsagn om midler fra Stimulab til innovasjonsprosjektet "Fremtidens kontortjeneste for bedre pasientflyt". HSØ har besluttet at Helselogistikk skal piloteres i blant annet Vestre Viken i perioden 2022/2023.				<b>Milepæler frem til neste statusrapport</b> Gjennomføre oppstartsmøte med Stimulab og forberede for oppstart og etablering av prosjektet fra høsten 2021.			
<b>Budsjettoversikt</b> Budsjettert gevinst 2021: 2,4 MNOK, samlet i prosjektperioden frem til 2029: 34,8 MNOK. Forventes ingen gevinstrealisering i 2021.			<b>Risiko</b> Risikoen vurderes å være høy mht realisering innenfor Drammen Sykehus i 2021, men på sikt vil innføring av helselogistikk og redesign av kontortjenesten bidra til mulig realisering.		<b>Tiltak</b>		
<b>Tidslinje/Plan</b>							
Aktivitet			Start		Slutt		
Ansette intern prosjektleder for delprosjektet			05.05.2021		01.07.2021		
Etablere prosjektmandat			01.06.2021		01.09.2021		
Oppstart delprosjekt			01.09.2021				
<b>Kommentar</b> Forventet gevinst i 2021 er trukket i basisramme for klinikk Drammen Sykehus og inngår dermed i samlet plan for budsjettoppnåelse for klinikken, uten at det er konkrete tiltak knyttet til kontortjenesten i klinikken. Budsjettoppnåelse klinikk Drammen Sykehus i 2021 vil dermed innebære at planlagt gevinst realiseres. Med dagens usikre økonomiske situasjon som følge av koronapandemien er det pt. ikke realistisk at Drammen Sykehus oppnår budsjett.							

## Klinikk Medisinsk diagnostikk

Dato	Prosjektnavn	Prosjekteier	Prosjektleder	Utarbeidet av	Clarity prosjekt ID	Øko prosjekt ID	Mandat godkjent dato
18.05.2021	Gevinstoppfølging KMD	Wesley Caple	Avd.sjefer KMD	VV-NSD			
Samlet status	Tid/Fremdrift	Kostnad/Ressurser	Kvalitet	Risiko	Gevinst		
😊	😊			😊	😊		
<b>Status</b> Gevinstmålene i klinikken er basert på merproduktivitet som inntreffer både før og etter innflytting i nytt sykehus. Gevinstene er beregnet på grunnlag av gjennomført aktivitet opp mot virkelig bemanning. Det er utarbeidet egen gevinstmodell for å måle produktivitet og aktivitet opp mot forutsetninger lagt til grunn for nytt sykehus.  Det er lagt til grunn en betydelig teknologisk utvikling innen automatiserte intelligente diagnostiseringsverktøy innenfor medisinsk diagnostikk og er avhengig av valg av IKT-løsninger og utstyr i nytt bygg. Dette følges opp gjennom etablerte anskaffelsesprosesser for utstyr, bygg og IKT.							
<b>Milepæler siden forrige statusrapport</b> Utarbeidelse av gevinstmodell (90 % ferdigstilt) Ferdigstilt fremdriftsplan delprosjekter for Bildediagnostikk				<b>Milepæler frem til neste statusrapport</b> Ferdigstille gevinstmodell Ferdigstille fremdriftsplan for delprosjekter innen avdelingene Patologi og Laboratoriemedisin			
<b>Budsjettoversikt</b> Budsjettert gevinst 2021: 1,1 MNOK, samlet i perioden frem til 2030 utgjør 25 MNOK. Planlagt gevinst i 2021 er trukket i basisramme for KMD og forventes realisert innenfor dette budsjettet.			<b>Risiko</b> Det er først og fremst koronapandemien som medfører risiko for realisering.		<b>Tiltak</b> Ingen nye tiltak planlagt.		
<b>Tidslinje/Plan</b>							
Aktivitet			Start	Slutt			
Fremdriftsplan delprosjekter Laboratoriemedisin			01.04.2021	01.07.2021			
Fremdriftsplan delprosjekter Patologi			01.04.2021	Høsten 2021			
Ferdigstille gevinstmodell				01.07.2021			

### 3. Spesifikke gevinster knyttet til definerte områder

Området omfatter medikamentkostnader, rehabiliteringskostnader, gjestepasientkostnader, andre innkjøpskostnader og kostnader intern logistikk.

#### Medikamentkostnader

Dato	Prosjektnavn	Prosjekteier	Prosjektleder	Utarbeidet av	Clarity prosjekt ID	Øko prosjekt ID	Mandat godkjent dato
14.05.2021	Medikamentkostnader	Halfdan Aass	Gruppe høykostmedisin	Halfdan Aass	IA	IA	IA
Samlet status	Tid/Fremdrift	Kostnad/Ressurser	Kvalitet	Risiko	Gevinst		
<b>Status</b>							
<p>Utviklingen på medikamentområdet er tilfredsstillende. Sykehusinnkjøp utarbeider regelmessige rapporter om forbruk av medikamenter som har innkjøpsavtaler. De gir et godt grunnlag for oppfølging i tillegg til egne data. Arbeidet er hovedsakelig over i en driftsfase. Det er inngått avtale med apotekene om at de fra 2021 skal foreta såkalt generisk bytte av en del medikamenter. Det betyr at apoteket skal velge billigste avtalepreparat når like preparater (samme virkestoff) varierer i pris. Utsteder kan reservere mot slikt bytte. Avtalen reduserer arbeidet med å bytte ut resepter, og vil gi raskere overgang til billigste preparat ved nye LIS-avtaler for de legemidler dette gjelder. Det gjelder ikke biotilsvarende legemidler. Stortinget har imidlertid nylig vedtatt endringer i legemiddeloven og apotekloven som gjør det mulig å innføre tilsvarende ordninger for biotilsvarende legemidler. Lovendringene forventes å gjelde fra 01.07.21 og åpner for tilsvarende bytteordning også for disse legemidlene.</p>							
<b>Milepæler siden forrige statusrapport</b>				<b>Milepæler frem til neste statusrapport</b>			
<p>1. Innføring av generisk bytte i apotek fra januar 2021 medfører raskere overgang til rimeligste preparat for de legemidlene dette gjelder.</p> <p>2. Reviderte avtaler er gjennomgått og distribuert og følges opp for å sikre gjennomføring.</p>				<p>Innføring av bytte for likeverdig biotilsvarende legemiddel på apotek forventes innført i løpet av 2021.</p>			
<b>Budsjettoversikt</b>		<b>Risiko</b>		<b>Tiltak</b>			
<p>Budsjettert gevinst 5 MNOK 2021. Gevinst i 2021 forventes innfridd, det er oppnådd besparelser på de medikamentene hvor forventet. Inngår i H-reseptregnskapet, som imidlertid er sammensatt.</p> <p>Samlet gevinstplan 2020 - 2023 utgjør 35 MNOK, der 19 MNOK ble realisert i 2020.</p>		<p>Resultat for 2021 forventes oppnådd. Risiko er knyttet til senere år da det allerede er tatt ut betydelige besparelser. Gevinster avhengig av at LIS-avtaler gir prisreduksjoner. Medikamenter forskrives også av spesialister ved andre helseforetak og avtalespesialister, krever avtalelojalitet fra deres side.</p>		<p>Tett oppfølging av nye avtaler for å sikre gevinst. Forbedre rapporteringsdata på forskrivernivå for å lette oppfølging mot andre helseforetak og avtalespesialister, betydning av dette redusert som følge av avtalen om generisk bytte. Nylig inngått avtale om generisk bytte i apotek muliggjør rask bytte av denne type legemidler. Innføring av samme type bytte for likeverdige biotilsvarende legemidler, forventet i løpet av 2021.</p>			
<b>Tidslinje/Plan</b>						<b>Start</b>	<b>Slutt</b>
<p>1. Tettere samarbeid med avtalespesialistene - innen 31.12.21.</p> <p>2. Forbedre intern rapportering på forskrivernivå - innen 31.12.21.</p>							<p>31.12.2021</p> <p>31.12.2021</p>
<b>Kommentar</b>							
<p>Legemiddelområdet er sammensatt. Innen legemiddelområdet gir nye innkjøpsavtaler muligheter for kostnadsreduksjoner, noen ganger betydelige ved utløp av patenter. Samtidig kan godkjenning av nye medikamenter medføre kostnadsøkninger. Finansiering av stadig flere medikamenter har også blitt overført fra "blåreseptordningen" til helseforetakene. Betydelige prisreduksjoner vil etter noen tid påvirke den innsatsstyrte finansieringen. I gevinst-planen ligger kostnadsreduksjoner knyttet til legemidler brukt utenfor sykehus. Arbeidet med høykostmedisin omfatter også legemidler brukt i sykehus med gevinster i klinikkene, disse er ikke tatt inn i gevinstplanen, men bidrar til klinikkens økonomiske resultat.</p>							

## Rehabilitering

Dato 14.05.2021	Prosjektnavn Riktig bruk av rehabiliteringsressurser	Prosjekteier Halfdan Aass	Prosjektleder Mai Bente Myrvold og Christine Furuholmen	Utarbeidet av Halfdan Aass	Clarity prosjekt ID IA	Øko prosjekt ID IA	Mandat godkjent dato 12.03.2019 (handlingsplan)
Samlet status 	Tid/Fremdrift 	Kostnad/Ressurser 	Kvalitet 	Risiko 	Gevinst 		
<b>Status</b> Gevinst realiseres gjennom redusert rammetrekk for bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner i inntektsmodellen i Helse Sør-Øst. Baseres på gjennomsnitt av de siste 3 års forbruk. På grunn av de spesielle forholdene med pandemi i 2020 besluttet Helse Sør-Øst å bruke aktiviteten i 2019 som antatt aktivitet for 2020. Dette medfører et års forsinkelse på realiserte tiltak i 2020. Forventer å realisere omlag 1/3 av målsatt gevinst for perioden 2021 - 2022. Effekter av tiltak i 2021 vil først få effekt i 2023.							
<b>Milepæler siden forrige statusrapport</b> 1. Gjennomgått forbruksdata for 2020 i foretaksledelsen 02.03.21, klinikkene følger opp sitt forbruk sett opp mot etablerte retningslinjer. 2. Etablert at henvisning til døgnopphold for behandling av sykelig overvekt fra Vestre Viken kun skal skje fra senter for forebygging ved Bærum sykehus.				<b>Milepæler frem til neste statusrapport</b> 1. Følge opp dialog med HSØ om standardisering av oppholdslengde og forlengelse av opphold ved privat rehabilitering, forbruksdata og bruk av arbeidsrettet døgnrehabilitering. 2. Gjennomgå forbruksdata etter 2. tertial 2021. 3. Ta opp rehabilitering i brukerutvalget for dialog og involvering.			
<b>Budsjettoversikt</b> Rammetrekk i inntektsmodell ut fra historisk gjennomsnittlig forbruk siste 3 år. Gevinst 2021: Oppnådd 2,4 MNOK, budsjett 5 MNOK Gevinst 2022: Oppnår 3,2 MNOK, budsjett 10 MNOK Totalt budsjettert gevinst 2021-2024 35 MNOK Gevinst forventes oppnådd, men forsinket.			<b>Risiko</b> Forsinket fremdrift på grunn av koronapandemien. Bruk av rehabiliteringsinstitusjonene styres ikke bare av VV. Avhengig av fastlegers henvisningspraksis og rammebetingelsene fra HSØ.		<b>Tiltak</b> 1. Etablering av tværfaglig tilbud i VV for pasienter med sykelig overvekt skal redusere behovet for døgnrehabilitering for denne pasientgruppen. 2. Oppfølging av forbruksdata for riktig bruk. 3. Utvikle foretakets tilbud til pasienter med skjelett/muskellidelser i samarbeid med kommunene. 4. Dialog med HSØ om styring av henvisninger til tilbudene og lengde av opphold.		
<b>Tidslinje/Plan</b> 1. Oppnå bedre forbruksdata fra HSØ - får tertialvise rapporter, forbedret innhold. 2. Dialog med HSØ om fastsettelse av standard oppholdslengde på rehabiliteringsopphold og forlengelse av opphold. 3. Samordne tilbudet ved foretakets "arbeid og helse"-poliklinikker med fastlegenes henvisning til arbeidsrettet rehabilitering. Krever samarbeid med fastleger, kommuner og HSØ. Har startet et samarbeid med Drammen kommune. 4. Involvere brukerutvalget for dialog og involvering ved alle tiltak.						<b>Start</b> 01.05.2021  01.05.2021  01.01.2021  01.05.2021	<b>Slutt</b> 31.12.2021  31.12.2021  31.12.2022  31.12.2021
<b>Kommentar</b> Koronapandemien påvirker både bruk av rehabiliteringstilbudene, og forsinket arbeid med forbedringer. Formålet med arbeidet er riktig bruk av rehabiliteringsressurser sett i sammenheng med andre tilbud, slik at pasientene får et samlet godt behandlingstilbud. Gevinsten er forsinket, men forventes oppnådd. Dette vil samlet gi et kvalitativt godt tilbud til pasientene med bruk av noe mindre økonomiske ressurser på privat rehabilitering.							

## Gjestepasientkostnader

Dato 14.05.2021	Prosjektnavn Reduksjon i gjestepasient-kostnader	Prosjekteier Halfdan Aass	Prosjektleder Halfdan Aass	Utarbeidet av Halfdan Aass	Clarity prosjekt ID IA	Øko prosjekt ID IA	Mandat godkjent dato 03.09.2019
Samlet status 	Tid/Fremdrift 	Kostnad/Ressurser 	Kvalitet 	Risiko 	Gevinst 		
<b>Status</b> Planlagte aktiviteter er forsinket som følge av koronapandemien. Gjennomføring av tidligere identifiserte tiltak som ikke var i drift ved forrige rapportering går etter plan. 1. Etablering av PETH-analyser i VV. 2. Etablering av molekylær patologi. 3. Utvidelse av CT koronar og etablering av CT TAVI ved avd. for bildediagn. 4. Etablering av senter for forebygging med mer helhetlig tilbud til pasienter med sykelig overvekt. Det har ikke vært gjort ytterligere arbeid på området pga. koronapandemien. Det har vist seg vanskelig å identifisere tiltak innen gjestepasientområdet som gir reduserte kostnader utover det som allerede er identifisert.							
<b>Milepæler siden forrige statusrapport</b> 1. PETH-analyse ferdig etablert og nå på analyserepertoaret. 2. Etablering av utvidet molekylær patologi går etter plan, planlagt i rutine fra høst 2021. 3. Utvidet CT-bruk fra høst 2021 går etter plan. 4. Seksjon for forebyggende medisin er etablert- gir bedre tverrfaglig tilbud til pasienter med sykelig overvekt				<b>Milepæler frem til neste statusrapport</b> Replanlegging av videre arbeid og organisering av dette.			
<b>Budsjettoversikt</b> Budsjettet 5 MNOK i 2021, 20 MNOK i 2021-2024. Foreløpig beregnet effekt er 1,8 MOK MNOK i 2021. Beregnet totaleffekt er 6 MNOK i perioden inklusive opptrapping av PET-virksomheten. Potensiale for ytterligere gevinster.		<b>Risiko</b> Utfordrende å identifisere pasientgrupper som kan "hentes hjem". Det er også forutsetning for økonomisk gevinst at foretaket kan behandle selv til lavere kostnad. Arbeidet er forsinket pga. koronapandemien. Fastleger og spesialister henviser til andre enn		<b>Tiltak</b> Ytterligere analyser av utvikling på gjestepasientområdet for å identifisere flere pasientgrupper. Videre dialog med fastleger.			
<b>Tidslinje/Plan</b> Analyse av utvikling på gjestepasientområdet for å identifisere flere pasientgrupper. Systematisk dialog med fastleger.						<b>Start</b>	<b>Slutt</b> 30.09.2021 31.12.2021
<b>Kommentar</b> Det har vist seg vanskelig å finne tiltak innen gjestepasientområdet som gir reduserte kostnader utover de som er identifisert over. Gevinst i 2021 er forsinket pga. koronapandemien. Så langt er det identifisert tiltak for perioden på kun om lag 25 %. Risiko for gevinstrealisering er således høy. Rapporteres likevel på gul, da det fortsatt er tid til å arbeide videre med tiltak. Det er behov for å replanlegge videre arbeid og organiseringen av dette, da effekten av arbeid til nå synes å være tatt ut.							

## Innkjøpsområdet

Dato 10.05.2021	Prosjektnavn Innkjøp	Prosjekteier Mette Lise Lindblad	Prosjektleder Cathrine M. Fuhre	Utarbeidet av Cathrine M. Fuhre	Clarity prosjekt ID IA	Øko prosjekt ID IA	Mandat godkjent dato IA
Samlet status 	Tid/Fremdrift 	Kostnad/Ressurser 	Kvalitet 	Risiko 	Gevinst 		
<b>Status</b> Total gevinst akkumulert for innkjøp i første tertial 2021 er 1.157 MNOK mot forventet 958.000 NOK. Flere anskaffelser er forsinket grunnet covid-19. Implementeringen av nye avtaler er forskjøvet til juni og september. Business case er utarbeidet for øye og radiologi som skal implementeres 2.tertial. Flere anskaffelser er også utsatt til 2022. Gevinstplan oppdateres gjennom 2021. Identifisert gevinster for 3,2 MNOK i 2021 så langt. Ytterligere tiltak iverksettes for å oppnå målsettingen for året. Resultatmål for kvalitetsindikatorerne er ikke oppnådd og status derfor justert til gul.							
<b>Milepæler siden forrige statusrapport</b> Total gevinst akkumulert for innkjøp første tertial er 1.157 MNOK. Implementert ny kontrakt på sprøyter og kanyler i tredje kvartal 2020. Realisert gevinst på kr. 426.000 i 2020, ytterligere kr. 177.000 første tertial 2021. Implementert ny kontrakt på infusjonssett tredje kvartal 2020. Realisert gevinst på kr. 1,7 MNOK i 2020, ytterligere 43.000 første tertial 2021. Implementert ny kontrakt på endoskopisk forbruksmateriell realisert gevinst første tertial 587.000. Implementert ny kontrakt på artroskopi i 2020. Realisert gevinst på 606.000 i 2020, ytterligere 249.000 første tertial 2021. Kar thorax realisert gevinst på 120.000 i 2020, ytterligere 25.000 første tertial 2021. Omlegging av bestillingsrutiner for ernæringsdrikker i 2020. Realisert gevinst på kr. 122.000 i 2020, og ytterligere kr. 76.000 1.tertial 2021.  <u>Implementert følgende kontrakter:</u> LIS infusjon og skyllevæsker, ernæring til infusjon. Mulig realisering av gevinst i andre tertial. LAB transporthylser. Ingen gevinst ift gammel avtale. BHM Bilevel CPAP/PAP maske. Ingen gevinst ift gammel avtale.  Kjøp på avtale: 71 % Kjøp i system: 64 % Kvalitet på lokale avtaler 28,5 %				<b>Milepæler frem til neste statusrapport per 2.tertial</b> Kjøp på avtale økes fra 71 % til 75 % Kjøp i system økes fra 64 % til 68 %  Øke kvaliteten på lokale avtaler fra 28,5 % til 36 %  <u>Implementering av følgende kontrakter:</u> LIS Sondeernæring og andre med.ernæringsmidler MGU Strålevernststyr KIR Radiologi forbruksmateriell BHM Søvnappeskiner KIR Urologiske produkter KIR Øyeimplantater, instrumenter og forbruksmateriell			
<b>Budsjettoversikt</b> Gevinstplan 2021: Mål 2021 er 4,368 MNOK og 4,618 i 2022. Realisering av 3,2 MNOK er beregnet oppnåelse i 2021 før nye tiltak.  Forventet økt gevinst gjennom 2021 ifm effekt av implementering kontraktsadministrasjonsverktøyet (KGV).		<b>Risiko</b> Koronapandemien har hindret oppstart av anskaffelser i Sykehusinnkjøp HF og kan fortsatt forsinke implementering og effekt av gevinster.		<b>Tiltak</b> Sørg for effektiv implementering av nye avtaler i foretaket når de foreligger.  Kontinuerlig arbeid med nye business case og løpende oppdatering av gevinstplan når casene er avklarte og prosess for kontraktsimplementering kan starte.			
<b>Tidslinje/Plan 2021</b> Implementering kontrakter på hygieneprodukter, inkontinensprodukter og radiologisk forbruksmateriell. <b>Oppfølging av klinikk</b> Kjøp på avtale økes til 81 % Kjøp i system økes til 74 % Andel katalogkjøp økes fra 93 % til 94 % Øke kvaliteten på lokale til 50 %							

# Nytt Sykehus i Drammen

## NSD IKT Fase 1

### Statusrapport 1. tertial 2021

Status reflekterer informasjon mottatt fra prosjektledere pr 25.04.2021  
Teksten er oppdatert med status frem til godkjenningstidspunktet

**GODKJENT AV:**

Navn	Stilling	Dato	Versjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør	18.05.2021	1.0

## INNHOOLD

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>OVERORDNET STATUS FASE 1</b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>VIKTIGE FUNKSJONELLE LEVERANSER</b> .....	<b>6</b>
3.1	Helselogistikk.....	6
3.2	Laboratoriedataløsning.....	7
3.3	Sterilsentral NSD.....	8
3.4	Lukket legemiddelsløyfe.....	8
3.5	Sporing og lokalisering.....	9
3.6	MTU/BTU-oppkoblinger (medisinskteknisk/byggteknisk utstyr).....	9
3.7	AIVO kostdatasystem.....	10
<b>4</b>	<b>VIKTIGE INFRASTRUKTURLEVERANSER</b> .....	<b>11</b>
4.1	Datanettverk.....	11
4.2	Telefoni (IP, mobil/5G og alarm og meldingstjenester).....	12
4.3	Felles regional plattform, inkl. migrering.....	13
4.4	Regional testplattform.....	14
4.5	Mobilitet.....	14
<b>5</b>	<b>VIKTIGE REGIONALE GRUNNMURSLEVERANSER</b> .....	<b>15</b>
5.1	Entydig strekkoding (GS1).....	15
5.2	Multimediearkiv.....	16
5.3	Regional data- og analyseplattform.....	16
5.4	Digitalisering av bygg (BIM).....	17
<b>6</b>	<b>RISIKO</b> .....	<b>18</b>
	<b>VEDLEGG 1 – OVERSIKT OVER UNIKE PROSJEKTER</b> .....	<b>19</b>











## 1 Innledning

I henhold til vedtak i prosjektstyret Nytt Sykehus Drammen (NSD) i oktober 2019 har Vestre Viken HF (VVHF) ansvar for rapportering tertialvis til prosjektstyret på IKT NSD Fase 1. I VVHFs styremøte 14.12.2020 ble det gjort en gjennomgang av viktige IKT-prosjekter frem mot innflytting i NSD, og det ble avtalt at styret skal motta samme rapportering som prosjektstyret.

Aktuelle IKT-problemstillinger for NSD koordineres mellom Sykehuspartner, Helse Sør-Øst, prosjektorganisasjonen for NSD (PNSD) og Vestre Viken i månedlige koordineringsmøter. Tidsfrister for rapporteringen i 2021 ble fastlagt i koordineringsmøtet 18.03.2021. Rapporteringsomfanget pr 1. tertial 2021 er basert på innspill fra PNSD og gjennomgang i koordineringsmøte 22.04.2021.

Prosjektrapporteringen fremhever sentrale milepæler pr prosjekt/prosjektområde. Valg av milepæler er gjort basert på sentrale risikoelementer:

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

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

Rapporteringen bygger på rapporteringsformatet fra tidligere tertialrapporter. Status er innhentet fra porteføljestyrringsverktøyet Clarity og direkte fra prosjektledere/kontaktpersoner. I prosjektoversikten fremgår det hvor sterk avhengighet NSD har til det enkelte prosjektområdet, kategorisert som følger:

1. IKT-løsninger som NSD er driftsmessig avhengig av (merket ①)
2. IKT-løsninger som hvor det er identifisert en avhengighet (merket ②)
3. IKT-løsninger som er ønskelig, men uten driftsmessig avhengighet (merket ③)

Bruk av Clarity som regionalt porteføljestyrringsverktøy har blitt forsterket i siste tertial, og det er positivt at Vestre Viken nå kan finne oppdatert status på tilnærmet alle prosjektene som eies av Helse Sør-Øst og Sykehuspartner i Clarity. Vestre Viken er i ferd med å etablere forsterket prosjekt- og porteføljestyrring i foretaket, og i løpet av neste tertial vil Clarity tas i bruk i enda større grad også i Vestre Viken.

## 2 Overordnet status Fase 1

Siden foregående tertial er følgende prosjekter nye i rapporteringen:

- AIVO, kjøkkenløsning (funksjonell leveranse innen virksomhetsområde Intern Service)
- Alarm- og meldingsprosjekt (IKT infrastruktur)

EPJ modernisering er tatt ut av rapporten siden forrige rapportering. Vestre Viken vil følge de regionale planene for modernisering av DIPS, og legger ikke opp til særskilte tiltak knyttet til NSD.

Antall overordnede IKT-prosjekter/prosjektområder som det rapporteres på er dermed økt fra 16 til 17 siden forrige tertialrapport, med følgende fordeling:

- 7 funksjonelle leveranser
- 6 infrastrukturleveranser (økt fra 5)
- 4 regionale grunnmursleveranser

Antall unike prosjekter som berører prosjektområdene er økt fra 28 til 31, jf vedlegg 1.

Det er overordnet god fremdrift på IKT-prosjekter som er viktige for NSD. Vestre Viken får som hovedregel prioritet i viktige regionale prosjekter, noe som innebærer at Vestre Viken på flere områder vil være et av de første foretakene som tar i bruk nye regionale løsninger.

I forbindelse med utarbeidelse av økonomisk langtidsplan 2022-2025 er det identifisert økte kostnader til IKT i årene fremover. Vestre Viken vil få økte kostnader til brukernært IKT-utstyr (telefoner, nettbrett, informasjonsskjermer) og til bygningsmessige tilpasninger ved Vestre Vikens lokasjoner gjennom Sykehuspartners krav til strøm, kjøling, kabling av nettverk og arealbehov i lokale datarom. Det er på flere områder usikkerhet knyttet til hvordan og når investeringskostnader og drifts- og vedlikeholdskostnader for de regionale prosjektene vil fordeles til helseforetakene gjennom avskrivninger og tjenestepris fra Sykehuspartner.

Følgende hendelser fra første tertial 2021 kan trekkes frem spesielt:

- Vestre Viken har i første tertial besluttet opprettelse av en sentral funksjon for prosjekt- og porteføljestyring, og rekrutteringen pågår.
- Vestre Viken har i første tertial startet to lokale prosjekter relatert til IKT-systemer i NSD: Sterilforsyning og Sporing og lokalisering i NSD.
- Styret i Helse Sør-Øst godkjente 11.03.2021 fase 3.2.2 av STIM-prosjektet regional telekomplattform inkludert investeringsmidler for pilotering i Vestre Viken, og besluttet samtidig at helseforetakene selv må dekke kostnader til medfølgende utskiftning av telefoner.
- STIM-prosjektet regional telekomplattform varsler en forsinkelse på 3,5 måneder pga utfordringer i utrulling hos OUS. Planlagt pilotering ved Ringerike sykehus forskyves dermed fra fjerde kvartal 2021 til første kvartal 2022.
- Styret i Helse Sør-Øst tok investeringsbeslutning for oppstart helselogistikk 21.04.2021.
- Planleggingsfasen for labdatasystem i Vestre Viken (LVMS) er forlenget med ca en måned, og BP3 planlegges nå etter sommeren 2021. Forlengelsen skyldes hovedsakelig ressursutfordringer som følge av koronapandemien.
- Sykehuspartner har som en del av STIM-programmet etablert et nytt prosjektet for alarm- og meldingstjenester. Prosjektet er i planleggingsfasen.
- Helse Sør-Øst godkjente oppstart konseptutredninger for BIM (digitalisering av eiendom) og AIVO (kjøkkensystem) i IKT porteføljestyre 05.05.2021.

Vestre Viken jobber tett med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner for å kartlegge avhengigheter og ressursbehov for IKT-prosjekter og -løsninger. Arbeidet med IKT arkitektur er styrket med en virksomhetsarkitekt fra Sykehuspartner som er 100% allokert til Vestre Viken.

Helse Sør-Øst har startet et omfattende arbeid for å identifisere og dokumentere avhengigheter mellom regionale prosjekter, STIM-leveranser og byggeprosjektene. Vestre Viken er i dialog med de aktuelle fagmiljøene og planlegger å ta i bruk de samme malene og verktøyene for kartlegging av avhengigheter i fase 1.

I forbindelse med ressurskartleggingen er det utviklet en estimeringsmodell for å estimere behovet for ressurser fra Sykehuspartner, og foreløpige tall ble lagt frem for IKT-koordineringsmøtet 18.03.2021. Prosjektene estimerer vil kvalitetssikres for et mer presist underlag, og det vil gis ny status i IKT-koordineringsmøtet i juni-2021.

Vestre Viken og Sykehuspartner har i første tertial 2021 hatt mye dialog om mulige tiltak for å styrke Sykehuspartners leveranseevne for å møte dagens og fremtidens behov i Vestre Viken. Det er vanskelig å få tak i IKT-kompetanse i samfunnet generelt, og det jobbes med konkrete tiltak for å øke kapasiteten hos Sykehuspartner, bl.a.

- På kort sikt: økt bruk av markedet, dvs innleie av konsulenter
- På lang sikt: samarbeid om rekrutteringstiltak rettet mot unge/nyutdannede IKT-ressurser, med opplegg for hospitering i foretakene

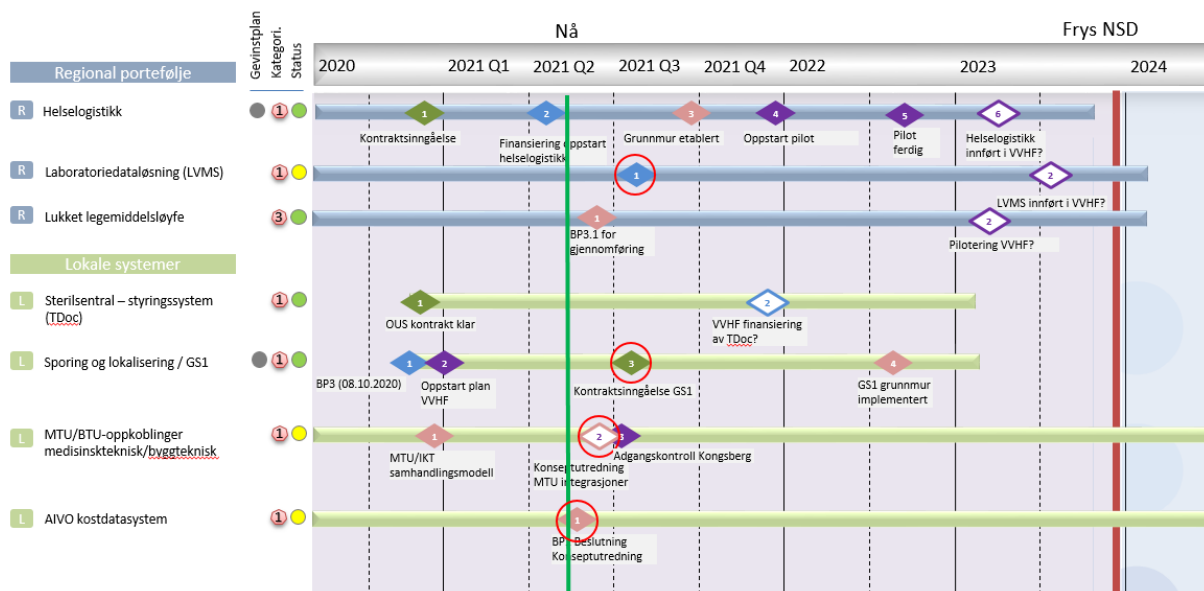
VVHF jobber også sammen med Sykehuspartner for etablering av leveransemetodikk (gjennom bl.a SMIL2 - leveransefabrikken i Sykehuspartner) og for synliggjøring av hvilke leveranser som er kritiske for NSD, slik at disse merkes spesielt for å sikre prioritet.

Tabellen under gir oversikt over status oppimot risiko for leveranse i tråd med behov og tidsplan for NSD. Status er angitt med fargekode grønn (liten risiko), gul (middels risiko) og rød (høy risiko). Prosjektene status og VVHFs vurdering beskrives etterfølgende kapitler/vedlegg.

	Status		Kategori	VVHF virksomhets- område
	T3-2020	T1-2021		
<b>FUNKSJONELLE LEVERANSER</b>				
Helselogistikk	GUL	GRØNN	1	Teknologi
Laboratoriedataløsning	GUL	GUL	1	Medisinsk diagnostikk
Sterilsentral NSD	GRØNN	GRØNN	1	VV-NSD
Sporing og lokalisering (GS1)	GRØNN	GRØNN	1	VV-NSD
MTU/BTU-oppkoblinger / integrasjoner	GUL	GUL	1	Teknologi
Lukket legemiddelsøyfe	GRØNN	GRØNN	3	VV-NSD
AIVO (kjøkkenløsning)	N/A	GUL	1	Intern service
<b>INFRASTRUKTURLEVERANSER</b>				
Datanettverk	GUL	GUL	1	Teknologi
Telefoni (IP & mobil/5G)	GRØNN	GUL	1	Teknologi
Felles regional plattform, inkl. migrering	GUL	GUL	2	Teknologi
Regional testplattform	GUL	GUL	2	Teknologi
Mobilitet	GUL	GRØNN	1	Teknologi
Alarm- og meldingsprosjekt	N/A	GUL	1	Teknologi
<b>REGIONALE GRUNNMURSLEVERANSER</b>				
Entydig strekkoding (GS1)	GRØNN	GRØNN	2	Teknologi
Multimediearkiv	GUL	GUL	3	Teknologi
Regional data- og analyseplattform	GRØNN	GRØNN	3	Økonomi
Digitalisering av bygg (BIM)	GUL	GUL	3	Intern service

### 3 Viktige funksjonelle leveranser

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



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

- Beslutning om finansiering og oppstart innføring labdatasystem (LVMS), planlagt i Q3'2021
- Kontraktssinnegåelse for regional anskaffelse av grunnmurskomponenter for strekkoding GS1, planlagt i Q3'2021
- Leveranse av konseptutredning for MTU-integrasjoner, planlagt i Q2'2021
- AIVO kostdatasystem, oppstart konseptutredning godkjent i porteføljestyremøte mai-2021

#### 3.1 Helselogistikk



Det regionale helselogistikkprosjektet har inngått rammeavtaler med leverandører og fått godkjenning for å starte fase 3. Viktige milepæler:

- 1: Innstilling til valg av leverandører ble godkjent av porteføljestyret i HSØ 10. november 2020. Kontrakt er inngått med Imatis for område A og B og med Ascom for område C.
- 2: Helse Sør-Øst RHF godkjente i styremøte 21.04, finansiering og gjennomføring av fase 3 for regional løsning for helselogistikk
- 3, 4 og 5: VV er planlagt som pilot med oppstart Q4'2021 og vil pågå 18 måneder frem til Q3'2022.

Følgende er gjennomført i første tertial 2021:

- Arbeidsgruppen og referansegruppen i Vestre Viken har gjennomført en gjennomgang av prioritert funksjonalitet, gevinstrealisering og tekniske avhengigheter. Resultatene er gjennomgått i foretaksledelsen i Vestre Viken. Noe arbeid med sluttrapport gjenstår.

- Beslutning om faseovergang (BP3.3) for det regionale helselogistikkprosjektet, ble tatt i styret i Helse Sør-Øst den 21. april 2021. Vestre Viken, sammen med Telemark og Vestfold er besluttet som pilot for område A, B og C. OUS er besluttet som pilot for område A

Følgende aktiviteter planlegges i neste periode:

- Planlegging av pilotperioden pågår i samarbeid med det regionale prosjektet. Pilotperioden går over 18 måneder frem til Q3'2022, og innebærer etablering av en grunninstallasjon og uttesting ved en begrenset del av pilotforetaket. Det er avtalemessig lagt til rette for at pilotforetakene kan bredde løsningene til resten av foretaket etter ferdigstilt pilotering.
- Pilotlokasjon i Vestre Viken vil besluttes i foretaksledelsen i Vestre Viken i Q2'2021
- Planlegging av Vestre Viken mottaksprosjekt pågår

VVHFs vurdering av status for helselogistikk er endret fra **GUL** til **GRØNN**, siden finansiering og igangsetting av fase 3 (gjennomføring) er avklart siden sist rapportering og prosjektet er i henhold til plan.

### 3.2 Laboratoriedataløsning

Som besluttet i styringsgruppen 5. januar 2021, kjøres LVMS Patologi og LVMS mikrobiologi og biokjemi som separate prosjekter:

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

Den viktigste milepælen er beslutning om VVHF skal innføre LVMS for mikrobiologi og biokjemi. Fremdriften i prosjektet er god, men koronapandemien har medført at det er behov for noe mer tid for å ferdigstille prosjektdokumentasjonen. Styringsgruppen har derfor besluttet å forlenge planleggingsfasen med noen uker, noe som innebærer at måldato for beslutning om oppstart gjennomføringsfase (BP3) flyttes fra juni til august 2021. Det er vurdert at det ikke har noen vesentlig betydning for videre arbeid dersom innføring besluttes. Det forventes at innføringen vil ha et finansieringsbehov som fordrer at endelig beslutning må tas i styret i HSØ.

Det regionale prosjektet for LVMS Patologi rapporterer overordnet status for fase 3 som rød pga status på tid, og varsler forsinkelser i utrulling av LVMS patologi ved OUS pga. pandemien. Prosjektet jobber med alternative scenarier for en "Plan B". Dette vil kunne medføre forsinkelser for prosjektets fase 4-aktiviteter som Vestre Viken inngår i, men foreløpig vurdering er at forsinkelsen ikke bør bli av særlig betydning. Innføring i Vestre Viken er planlagt i produksjon i oktober/november 2022.

LVMS patologi er forutsatt innført i planleggingen i NSD, og derfor kritisk at innføres. Det er avgjørende å få avklart om LVMS også skal innføres for medisinsk biokjemi og mikrobiologi før innflytting. Innføring krever en stram tidsplan. Teknisk infrastruktur som integreres mot labsystemet må tilpasses de valgte løsningene. Et felles system vil redusere kompleksiteten i integrasjonene.

VVHFs vurdering av status for laboratoriedataløsning er uendret **GUL** på bakgrunn av prosjektenes kompleksitet, finansieringsbehov, status RØD for LVMS patologi og stramme tidsrammer for gjennomføring før fryns NSD.

### 3.3 Sterilsentral NSD

Vestre Viken har etablert et delprosjekt for å utrede en effektiv og helhetlig steriltforsyning i nytt sykehus. Dette omfatter utarbeidelse av arbeidsprosesser, underlag til utstyrsanskaffelser og etablere sporingssystem som bidrar til effektivisering og automatisering av prosesser.

Utkast til mandat for prosjektet ble behandlet i styringsgruppen for NSD mottaksprosjekt 16. april 2021. Sluttrapport skal ferdigstilles innen 31.12.2021.

Drammen sykehus har ikke et fullverdig sporingssystem for sterilt utstyr som kan videreføres til nytt sykehus, og eksisterende løsning dekker ikke det funksjonelle behovet i nytt sykehus. Det er derfor behov for å etablere et sporingssystem som vil være klar til bruk ved flytting til nytt sykehus og som eventuelt kan tilrettelegges for bruk på andre lokasjoner i Vestre Viken.

Oslo universitetssykehus HF (OUS) har signert kontrakt for system for logistikk og kvalitetsstyringssystem for sterilsentral (T-Doc) med Getinge Norge AS. Kontrakten omfatter opsjon for andre helseforetak å tiltre kontrakten og Vestre Viken kan gjøre avrop på denne. Prosjektet vil vurdere T-Doc løsningen som er anskaffet av OUS opp mot behovene i NSD.

VVHF's vurdering av status for styringssystem sterilsentral er uendret **GRØNN** på bakgrunn av avtalen mellom OUS og Getinge om T-Doc og tilgjengelig tid for gjennomføring før frys NSD.

### 3.4 Lukket legemiddelsløyfe

Regionalt prosjekt for lukket legemiddelsløyfe er i planleggingsfase, og det er planlagt med beslutning om gjennomføring (BP3) før sommeren 2021. Pilotering av løsning starter regionalt sannsynligvis i løpet av 2022, men vil neppe involvere Vestre Viken før i 2023.

VV-NSD har startet et prosjekt sammen med Sykehusapotekene hvor hele legemiddelkjeden i nytt sykehus gjennomgås. Mandat ble behandlet i styringsgruppen for NSD mottaksprosjekt 16. april 2021. Prosjektet planlegges ferdig i løpet av 2021. Det baseres på tidligere vedtatt konsept for legemiddelforsyning i nytt sykehus som er en kombinasjon av:

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

Pilotering av fremtidige løsninger i dagens sykehus og økt bruk av endoser og halvfabrikata vurderes igjen når regionalt prosjekt om lukket legemiddelsløyfe er ferdig med planfasen for gjennomføring.

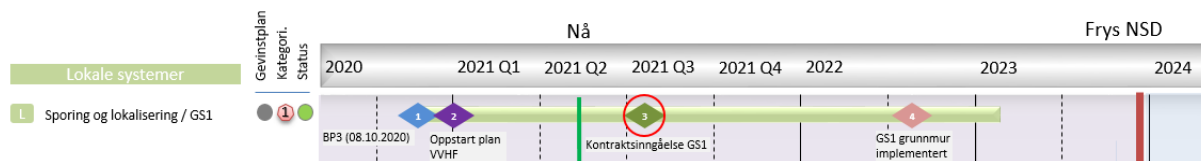
Innføring av lukket legemiddelsløyfe forutsetter at elektronisk kurve (Metavision) er innført. Innføring av Metavision pågår i VVHF og er planlagt fullført medio oktober 2021, med følgende leveranser:

- RS og HSS, Drammen dagkir, BS føde barsel mai 2021
- DS Føde og barsel og hele klinikk PHR september 2021

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



### 3.5 Sporing og lokalisering



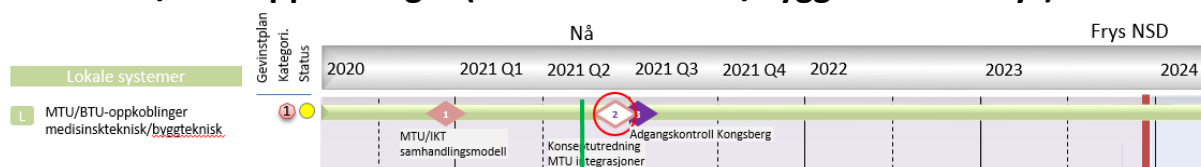
Vestre Vikens prosjekt for kartlegging av behov for sporing og lokalisering i nytt sykehus pågår, og første styringsgruppemøte ble avholdt 26.04.2021. Prosjektet er avhengig av det regionale prosjektet for etablering av grunnmur for entydig strekkoding ihht GS1-standarden.

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

Formålet med VVs prosjekt for sporing og lokalisering er å få avklart hvordan og hvor det skal etableres infrastruktur for sporing og lokalisering. Videre er det behov for å få avklart innenfor hvilke forretningsområder det er lønnsomt og mulig å etablere støtte for GS1.

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

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



Det pågår aktiviteter og prosjekter på flere områder under MTU/BTU, både organisatoriske og tekniske. Særlig MTU-området vurderes som svært viktig for det videre arbeid med NSD. MTU-oppkoblinger er et område hvor VVHF opplever utfordringer i daglig drift knyttet til leveranser fra Sykehuspartner, og dette er adressert til ledelsen i Sykehuspartner i kundemøte i desember. VV er opptatt både av prosesser for MTU og IKT, samt spørsmålet om kapasitet til å håndtere det omfang av utstyr som skal etableres og integreres mot øvrige systemer frem mot nytt sykehus.

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

- HSØs prosjekt for MTU/IKT samhandlingsmodell
- HSØs prosjekt for konseptutredning MTU Integrasjoner
- Adgangskontroll

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

#### **MTU/IKT samhandlingsmodell**

VVHF har vært godt representert i prosjektet for utarbeiding av samhandlingsmodellen for MTU/IKT for å sikre en klar rollefordeling mellom Sykehuspartner og helseforetakene på MTU-området. Samhandlingsmodellen MTU-IKT består av tre hovedelementer

1. 9 tjenestemodeller med tilhørende HUKI-matrise som definerer roller og ansvar
2. Prosess for innplassering i tjenestemodellen

### 3. Styringsprinsipper og føringer for valg av tjenestemodell

VVHF har pilotert samhandlingsmodellen i samarbeid med Sykehuspartner og Ahus. Sluttrapport for piloteringen ble behandlet i styringsgruppen i februar 2021. Styringsgruppen anbefalte i samme møte at samhandlingsmodellen legges frem for direktørmøtet for formell godkjenning. HSØ vil fremme saken for direktørmøtet for beslutning.

#### ***Konseptutredning MTU integrasjoner***

Prosjektet skal skissere standarder for å forenkle og sikre integrasjoner mellom MTU og fagsystemer, samt sikre felles strategisk tilnærming til integrasjon med MTU gjennom bruk av standardiserte integrasjonsprofiler.

VVHF er med i styringsgruppen som ble konstituert 04.04.2021. VVHF har representanter i referansegruppen fra flere deler av foretaket.

Konsept MTU-IKT har vært til BP Sikring i sykehuspartners arkitekturråd (SPARK) den 12.4 og Regionalt Arkitekturforum (RARK) den 15.04. Etter sist styringsgruppemøte 22.04 er det foreslått å legge frem konseptutredning for BP2 i juni-2021.

#### ***Adgangskontroll***

For å sikre en helhetlig løsning for Adgangskontroll i Vestre Viken, er det siden forrige Tertialrapportering påstartet et arbeid med etablering av ett samlet prosjekt for Adgangskontroll i foretaket. Dette i dialog og samarbeid med PNSD for løsningen som også skal inn på Nytt Sykehus Drammen.

Det foreligger en skisse til mandat for prosjektet, og det jobbes med allokering av prosjektleder.

Løsningen vil basere seg på inngått kontrakt i PNSD sin entreprise 5401 med Bravida for anskaffelse av Integra løsning for sikkerhet/adgangskontroll. Det er en opsjon på kontrakten for etablering av løsningen på de andre sykehusene i VVHF (BRK). VVHF har gjort avrop på denne avtalen og Kongsberg Sykehus (KS) er valgt som pilotprosjekt.. Endelig design fra Bravida er forventet levert 01.05.21

### **3.7 AIVO kostdatasystem**

Leverandøren av AIVO kostdatasystem har varslet Helse Sør-Øst at dagens løsning ikke vil bli videreutviklet eller vedlikeholdt (end-of-life (EOL)) fra og med våren-2022. Vestre Viken er også avhengig av en løsning som kan tas i bruk på Nytt sykehus i Drammen.

Regionalt porteføljestyre godkjente 05.05.21 oppstart konseptutredning for regionalt kjøkkensystem basert på et utarbeidet endringsbehov (Idé-3873: RHF - Erstatning for kostdatasystem AIVO (EOL 2022)). Endringsbehovet er knyttet til en vurdering av behov, anskaffelse og innføring av løsning som erstatning for AIVO. I innstilling til porteføljestyret er det anbefalt igangsetting av konseptutredning for kostdatasystem.

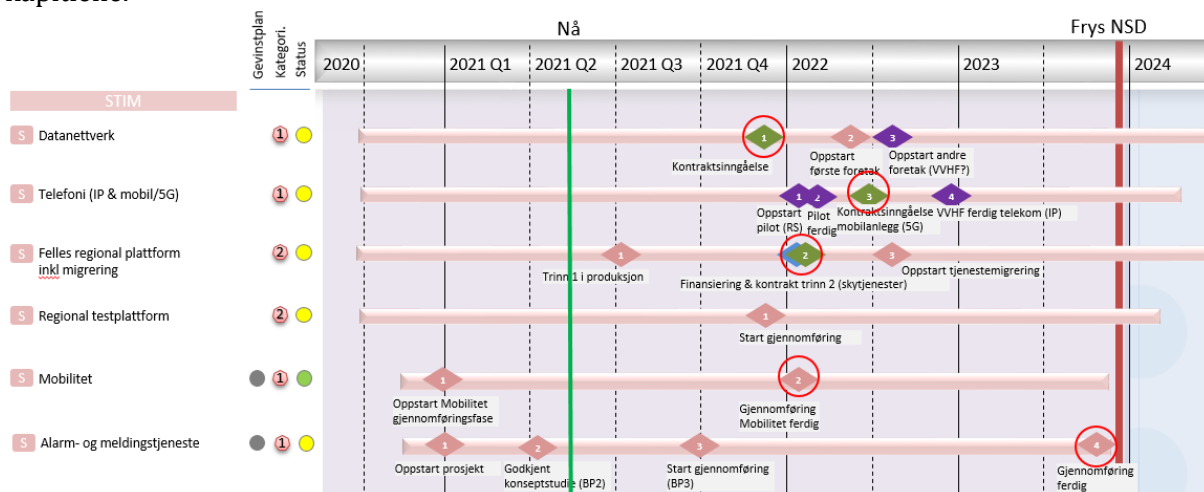
Dersom arbeidet i regional regi ikke resulterer i en anskaffelse av regionalt kjøkkensystem, eller saken utsettes igjen, må VV ta stilling til om anskaffelse skal gjøres i egen regi eller i samarbeid med andre Helseforetak. Anskaffelsen vil inkludere krav som ivaretar behovene for nytt sykehus.

Vestre Viken vurderer i øyeblikket status som **GUL**, da dette er en løsning som snart er EOL og tidskritisk viktig for Nytt sykehus i Drammen.



## 4 Viktige infrastrukturleveranser

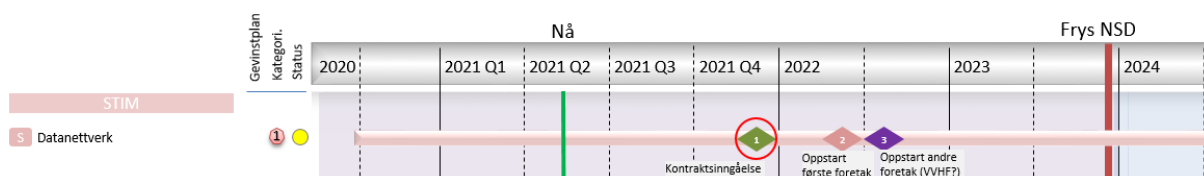
Det er spesielt 6 overordnede prosjekter/prosjektområder med viktige infrastrukturleveranser som berører NSD. Alarm- og meldingsprosjektet sorteres under Telefoni, men fremhevet på egen linje siden denne rapporteres for første gang i tertial 01-2021. Alle prosjektene inngår i Sykehuspartners infrastrukturmoderniseringsprogram STIM. Sentrale milepæler er illustrert i figuren under, og status for hvert enkelt prosjekt/prosjektområde gis i de etterfølgende kapitlene.



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

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

### 4.1 Datanettverk



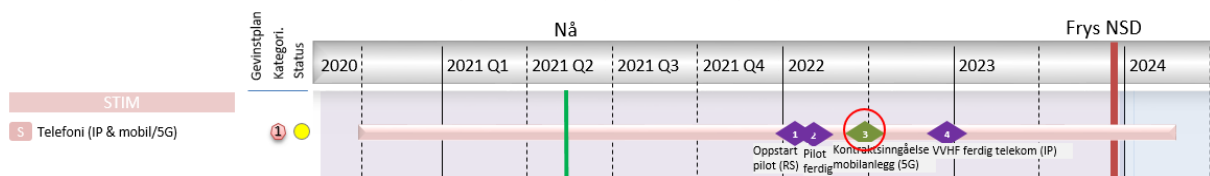
STIM-prosjektet «Modernisering av nett» vil modernisere og standardisere nettverkene ved sykehusene og skifte alle nettverkskomponenter (rutere, svitsjer, brannmurer, mm.) som ikke passer i en modernisert nettverkløsning. Prosjektet planlegger å starte med det første foretaket i løpet av 2022, og det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

Grovkartlegging av eksisterende infrastruktur er gjennomført, og viser et vesentlig behov for bygningsmessige oppgraderinger ved Vestre Vikens eksisterende sykehus. Det er estimert at Vestre Viken vil få kostnader på om lag 50 mill kr til bygningsmessige utbedringer som hovedsakelig må gjennomføres i 2023. Økonomisk langtidsplan 2022-2025 har tatt høyde for kostnadene.

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

VVHF's vurdering av status for modernisering av nett er **GUL** på bakgrunn av prosjektets omfang, kompleksitet, finansieringsbehov og stramme tidsramme for gjennomføring før frys NSD.

## 4.2 Telefoni (IP, mobil/5G og alarm og meldingstjenester)



Tre viktige prosjekter pågår på telefoniområdet:

- Utrulling av regional telekomplattform (IP-telefoni)
- Forberedelser til fremtidige avtaler om innendørs mobilnett i sykehus (5G)
- Alarm og meldingstjenester

VVHF's vurdering av status for telefoni er endret fra **GRØNN** til **GUL**, basert på status i de tre prosjektene og tilgjengelig tid for gjennomføring før frys NSD.

### **Telekomplattform (IP-telefoni)**

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

STIM-prosjektet rapporterte i månedsrapporten pr utgangen av mars 2021 overordnet status som GUL og status tid som RØD. Prosjektet har blitt 3,5 måneder forsinket på grunn av utfordringer avdekket under utrulling ved OUS. Som følge av forsinkelsen er tidspunkt for pilotering ved Ringerike Sykehus endret fra Q4'2021 til Q1'2022.

Fase 3.2.2 (ferdigstilling av utrulling i OUS og pilot i Vestre Viken) ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst 11.03.2021, men finansiering av terminaler (telefoner) ble trukket ut av prosjektet. Dette gir Vestre Viken en økt kostnad på størrelsesorden 11 mill kr som i hovedsak vil påløpe i 2022. Økonomisk langtidsplan 2022-2025 har tatt høyde for kostnadene.

Lokal mottaksprosjektleder er utpekt og lokalt mottaksprosjekt i VVHF er under etablering.

VVHF's vurdering av status for telefoni er endret fra **GRØNN** til **GUL**, basert på status i det regionale prosjektet og tilgjengelig tid for gjennomføring før frys NSD.

### **Innendørs mobildekning/5G**

Prosjekt «Innendørs mobildekning/5G» ledes av Sykehuspartner og skal, basert på konseptstudien «Innendørs mobildekning i sykehusbygg» fra desember 2019, videreføre utredningen av hvordan 5G kan tas i bruk i Helse Sør-Øst. I første tertial er det gjennomført en begrenset pilotering (Proof of Concept - POC) ved Ullevål og Kongsberg sykehus. Testene var vellykket, men det er avdekket utfordringer ved å løse behovet for autonomi og behovet for multioperatørstøtte i samme teknologiske løsning. 5G-teknologien oppleves som umoden og det er lite erfaring med etablering av 5G-installasjoner innendørs i Norge.

Prosjektet har overlevert sluttrapport fra BP1 og tar sikte på et BP2-forslag innen juli 2021. Det er besluttet at arbeidsgruppen vil bestå videre inn i neste fase, og at man etablerer en tettere knytning mot NSD. Siden teknisk løsningskonsept fortsatt er uavklart, planlegges det med en anskaffelsesprosess med pilotering før utrulling. Finansiering av og opplegg for pilotering er uavklart og representerer en risiko for fremdriften i prosjektet.

VVHF's vurdering av status for 5G/innendørs mobildekning er endret fra **GRØNN** til **GUL**, basert på nåværende status i prosjektet og tilgjengelig tid for gjennomføring før frys NSD.

### **Alarm- og meldingsprosjektet**

Helseforetakene i Helse Sør-Øst bruker alarm- og meldingstjenester både i pasientbehandling og administrativt. Tjenesten har alarmer med høy kritikalitet på eksempelvis akuttmottak og psykiatri, samt mindre kritiske informasjonsmeldinger. Dagens tekniske plattform som bærer tjenesten er aldrende, fragmentert og desentralisert.

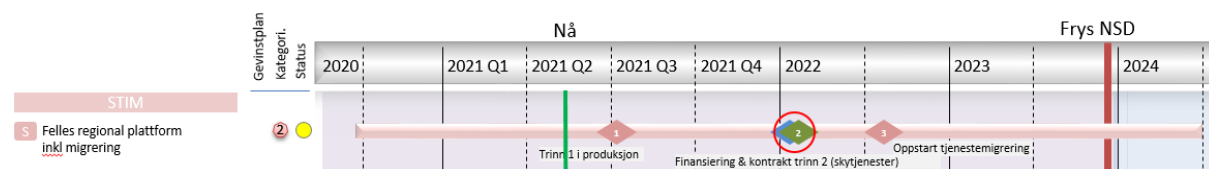
SP STIM programmet har etablert prosjektet Alarm- og meldingstjenester, som skal levere en tjeneste med utgangspunkt i helseforetakenes behov og Sykehuspartner HF sine driftsutfordringer.

Prosjektet startet 04.01.2021 og vil pågå ut Q4'2023. Prosjektet fikk godkjent konseptstudie 21.04 og er nå over i planleggingsfasen.

Prosjektet anbefaler et konsept for funksjonsområdet som kan startes forholdsvis raskt, bygger på kjente rammebetingelser og tilbyr muligheter for å heve kvalitet og funksjonsdybde innenfor med en viss grad av forutsigbarhet. Eksisterende rammeavtale fra blant annet helselogstikk vil gjenbrukes.

VVHF vurderer status til **GUL** på grunn av tidslinjen opp mot frys NSD.

## **4.3 Felles regional plattform, inkl. migrering**



Felles regional plattform består av flere prosjekter:

- Felles plattform trinn 1 (oppgradert SIKT med leveranse av test- og produksjonsmiljø til enkelte regionale løsninger)
- Felles plattform trinn 2 (ny skybasert plattform)
- Tjenestemigrering

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

Det regionale prosjektet felles plattform trinn 2 har GUL overordnet status, og varsler at fremdriftsplanen er revidert og at beslutning om oppstart gjennomføring (BP3.1) må flyttes fra Q1'2021 til utgangen av Q3'2021. Flere prosjekter som er viktige for NSD har en avhengighet til ny felles plattform, bl.a. regionalt multimediearkiv.

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

#### **4.4 Regional testplattform**

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

Prosjektet er i planleggingsfasen og jobber for å nå ferdigstillelse av leveransene før sommerferien og har planlagt faseovergang 9. august 2021.

Gjennomførte leveranser:

- Presentert et case som viser livssyklusen for tjenesteleveransen til et innovasjonsprosjekt ved et helseforetak for styringsgruppen 18. mars 2021
- Arkitekturdesigndokument utarbeidet til versjon 0.6
- Etablere grunnlag for markedsundersøkelse (RFI) på Test Environment Management-verktøy.

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

#### **4.5 Mobilitet**

Prosjekt mobilitet består av Mobilitet og Mobilitetsplattform (sluttført)

Hensikten med prosjektet er å etablere en tjeneste der mobile enheter blir et brukervennlig verktøy som bidrar til å gi kliniker mer tid til pasientrettet arbeid. Prosjektet skal levere en helhetlig arkitektur for mobile enheter, en løsning for brukerautentisering for mobile tjenester og en drift- og forvaltningsmodell hos Sykehuspartner.

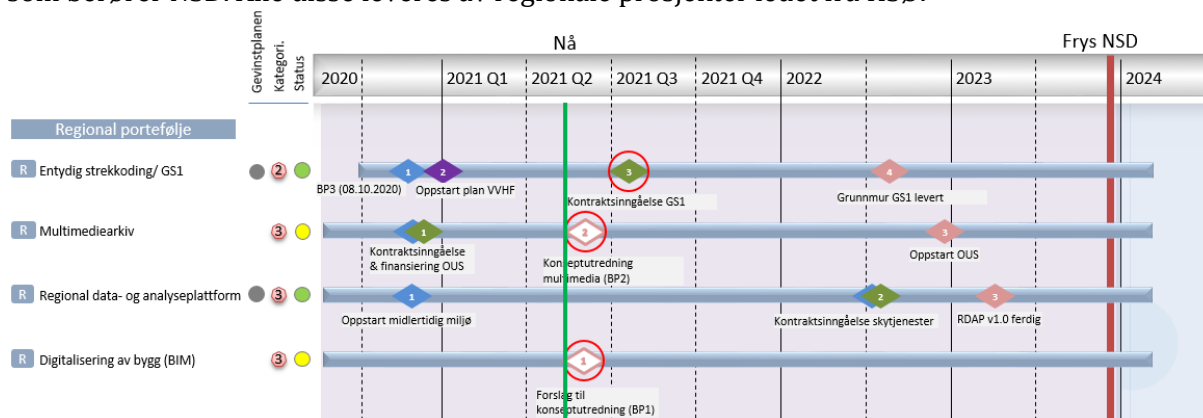
Prosjekt mobilitet er viktig for NSD i forbindelse med bruk av mobile løsninger i nytt sykehus, eksempelvis ifm bruk av ny løsning for Helselogistikk som VVHF har behov for å anskaffe mobile terminaler (mobiltelefoner/nettbrett mm) til.

Prosjektet har igangsett arbeidsgrupper med utvalgte foretak, blant annet VVHF. Prosjektet vil i løpet av 2021 gi en anbefaling om hvilke valg som bør tas ved fremtidige anskaffelser. Det har fra forrige tertial blitt vedtatt å etablere mobilitet som en forretningstjeneste hos Sykehuspartner, noe som forsterker oppmerksomheten rundt dette området. Det er allikevel viktig at VVHF følger med på utviklingen i prosjektet slik at dette kan understøtte viktige fremtidige leveranser for VVHF og NSD.

VVHF's vurdering av status for mobilitet endres fra **GUL** til **GRØNN** på bakgrunn av status, omfang og tidsramme for gjennomføring før frys NSD.

## 5 Viktige regionale grunnmursleveranser

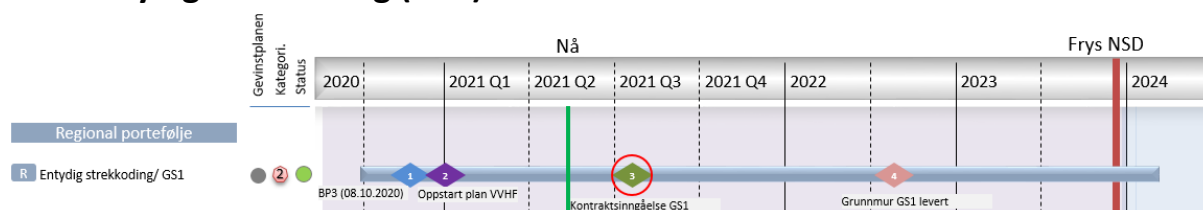
Det er spesielt 4 overordnede prosjekter/prosjektområder med viktige grunnmursleveranser som berører NSD. Alle disse leveres av regionale prosjekter ledet fra HSØ.



For grunnmursleveranser er følgende tre milepæler vurdert som spesielt viktige for NSD:

- Kontraktsinngåelse for anskaffelse av GS1 grunnkomponenter, planlagt i Q3'2021
- Konseptutredning multimediaarkiv, planlagt i Q2'2021
- Konseptutredning BIM, beslutning i det regionale porteføljestyret i mai-2021

### 5.1 Entydig strekkoding (GS1)



Prosjektet er i gjennomføringsfasen etter passert BP3 i oktober 2020.

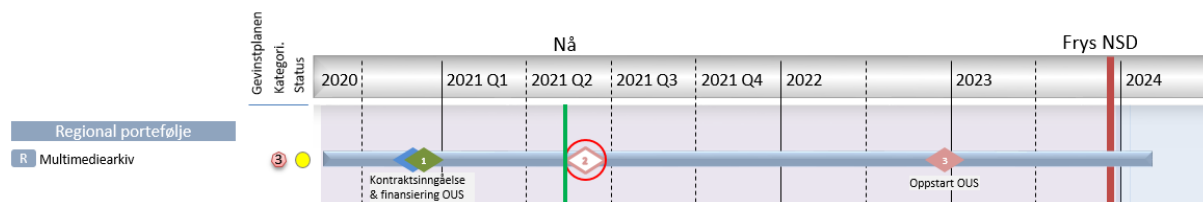
Kunngjøring av anskaffelsen for anskaffelse av grunnmurskomponenter GS1 ble sendt ut den 24. november, og det ble mottatt forslag fra leverandører 01.03.2021 med påfølgende dialogmøter. En viktig milepæl er kontraktsinngåelse for anskaffelsen av grunnmurskomponenter GS1, som etter planen skal skje i Q3'2021.

Prosjektet startet Proof Of Concept (PoC) i mars-2021.

VVHF sitt prosjekt for sporing og lokalisering i VVHF, er avhengig det regionale prosjektet for etablering av grunnmur for entydig strekkoding iht GS1-standarden. Se omtale i kapittel 3.5.

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

## 5.2 Multimediearkiv



På multimediearkivområdet pågår det tre sentrale aktiviteter

- Innføring av regionalt RIS/PACS og multimediearkiv i OUS
- Konseptutredning strategi for multimediearkiv i regi av HSØ
- Kartlegging av status og behov for multimediearkiv i Vestre Viken

Prosjektet Regional radiologiløsning og multimediearkiv ved Oslo universitetssykehus er i forberedende fase. VVHF er representert i styringsgruppen. Prosjektet er planlagt avsluttet høsten-23.

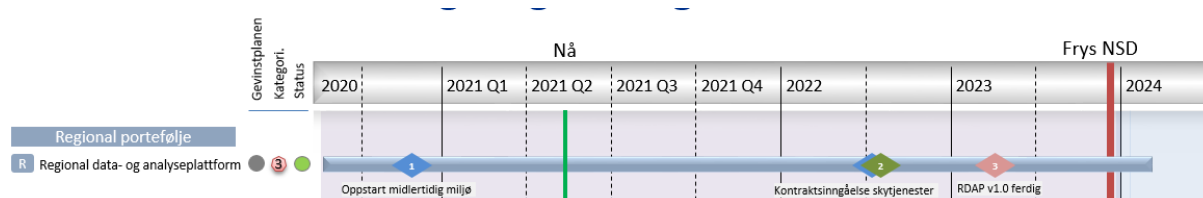
HSØ sin konseptutredning for å kartlegge og foreslå en strategi og standard for bruk av multimedia i HSØ pågår. Utredningen skal bl.a. foreslå plan for innføring av multimediearkiv i foretak utover OUS. VVHF er med i styringsgruppen som ble konstituert 04.04.2021. En første gjennomgang av funn fra konseptutredningen ble gjennomgått i styringsgruppen 22. april. Det er etablert en referansegruppe for arbeidet og VVHF har oppnevnt to representanter til denne.

VVHF er i gang med behovskartlegging for multimediearkiv i foretaket. Det legges opp til at kartleggingsrapporten skal foreligge i juni 2021.

Multimediearkiv er viktig for NSD, spesielt i forbindelse med anskaffelse og oppkobling av MTU. Dersom det ikke foreligger et multimediearkiv vil bildefiler fra billeddannende MTU lagres i ulike løsninger, noe som vil være kompliserende og potensielt fordyrende for NSD. Dersom innføring av multimediearkiv må vente til etter innflytting i NSD, risikerer foretaket å gå glipp av muligheter for forbedring av arbeidsprosesser og forenkling av teknisk arkitektur som multimediearkiv legger til rette for.

VVHFs vurdering av Multimediearkiv er fortsatt **GUL**, basert på status i konseptutredningen. Det blir viktig fremover å følge tett opp de regionale planene for multimediearkiv med sikte på innføring i VVHF i forbindelse med NSD.

## 5.3 Regional data- og analyseplattform



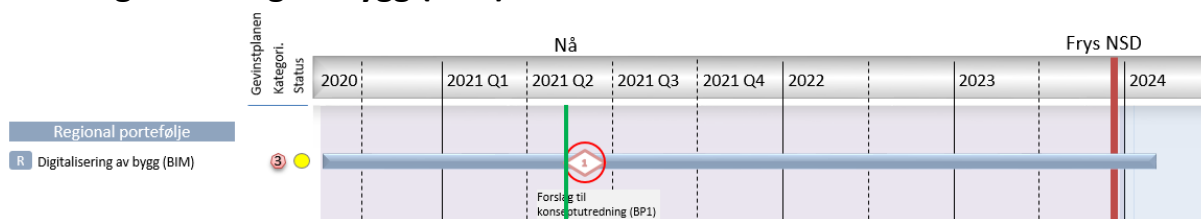
Prosjekt for etablering av regional data- og analyseplattform (RDAP) skal sikre en strategisk og strukturert tilnærming til datafangst og datautnyttelse i HSØ. RDAP vil fungere som en «motorvei» for uthenting, behandling, lagring og utlevering av data for en rekke bruksområder.

Prosjektet er i Gjennomføringsfase etter at prosjektet fikk sin BP3 beslutning 02.12.2020.

I styringsgruppemøte 24.03 ble det besluttet at prosjektet skal opp i HSØ styret i slutten av oktober 2021 for å sikre at prosjektet har nok tid til å høste erfaringer i bruk av midlertidig miljø, og vil legge frem revidert fremdriftsplan i styringsgruppen den 28.04.2021.

VVHF's vurdering av status for RDAP er fortsatt **GRØNN**, basert på status i det regionale prosjektet.

## 5.4 Digitalisering av bygg (BIM)



Det er pt ikke startet noe prosjekt for etablering av IKT-løsning for digitalisering av eiendomsforvaltningen i Helse Sør-Øst eller nasjonalt. Bygg og eiendomsavdelingen i Helse Sør-Øst RHF, la i Juni-2020 frem forslag om oppstart av en konseptfase for digitalisering av eiendomsforvaltningen som del av den regionale IKT-porteføljen. Dette ble ikke prioritert av porteføljestyret. Forslaget ble fremmet på nytt og godkjent godkjent i det regionale porteføljestyret i mai 2021.

VVHF vurderer status til **GUL** på grunn av tidslinjen opp mot frys NSD.

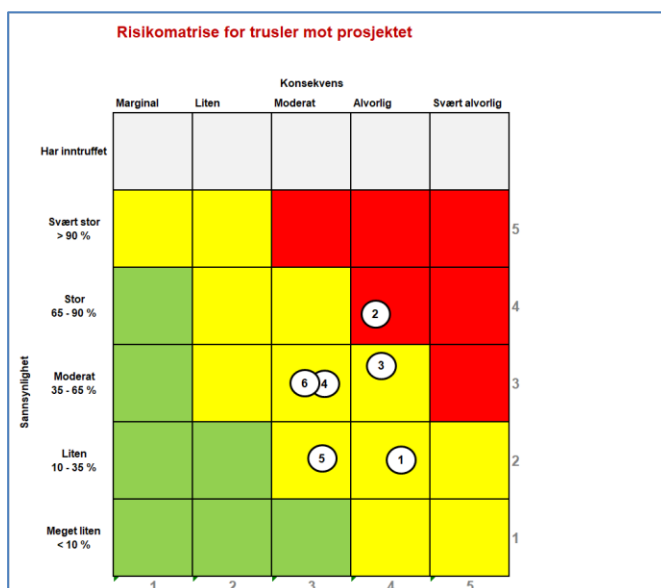


## 6 Risiko

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

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

ID	Risikobeskrivelse (Bruk formatet: <i>Hendelse/tilstand</i> kan føre til <i>virkning</i> )	Sannsynlighet	Konsekvens	Totalskår	Tiltaksbeskrivelse (Presis beskrivelse, gjerne punktliste)
1	Forsinkelser i innføring av regionale løsninger kan få konsekvenser for arbeidsprosesser og løsninger som er forutsatt i NSD	2	4	8	VVHF følger prosjektene tett og deltar med ressurser i kritiske prosjekter
2	Manglende kapasitet/økonomiske rammer i Sykehuspartner kan gi manglende leveranser og/eller fremdrift	4	4	16	Tett oppfølging av kundeplan. VVHF har foreslått en tettere dialog på direktørnivå. *) Etablert en arbeidsgruppe med deltakelse fra SP, VV og RHF for å fremskaffe ressursbehov som underlag til bl.a Kundeplan og ØLP. *) Det pågår etablering av SP SMIL2-leveransefabrikk for å sikre økt fokus på leveranser som er knyttet til byggeprosjektets behov.
3	Manglende kapasitet i VVHF kan gi forsinkelser eller mangler for leveranser i fase 1.	3	4	12	Styrket porteføljestyling av IKT-prosjekter i HSØ og VVHF for å gi bedre forutsigbarhet og oversikt over ressursbehov.
4	Mangelfull kontroll av teknisk arkitektur og avhengigheter mellom leveranser kan gi feil løsningsvalg, merarbeid og økte kostnader for senere faser.	3	3	9	Styrke kompetansen på teknisk arkitektur knyttet til VVHFs spesifikke situasjon og planer. VVHF har bestilt arkitektressurs fra SP og rekruttering pågår. *) Arkitekt fra SP er koblet på ressurs- og avhengighetsarbeidet som beskrevet i punktene over. Prosjektene i IKT-planen for fase 1 tegnes ut, og samarbeider med arkitekt for PNSD. Tegninger legges i felles SPARX database som er tilgjengelig for både Fase1 og PNSD.
5	Uklare ansvarsforhold og uavklart finansiering mellom HSØ, SP og VVHF kan medføre forsinkelser	2	3	6	Beslutningsmøte NSD IKT er en arena hvor slike saker kan adresseres.
6	Det er en risiko for ytterligere forsinkelser for flere av prosjektene grunnet Koronasituasjonen	3	3	9	Beslutningsmøte NSD IKT er en arena hvor slike saker kan adresseres.





## Vedlegg 1 – Oversikt over unike prosjekter

Funksjonelle leveranser	Eier	ProsjektID	Organisering/roller utenfor Vestre Viken	Organisering/roller i Vestre Viken
RHF - RKL Regional løsning for helselogistikk	Helse Sør-Øst	PRJ11251	Prosjekteier: Rune Simensen Prosjektleder: Eldrid Schei	Vestre Viken er i styringsgruppen (C Løken) og bidrar med ressurser i prosjektet.
VVHF - mottaksprosjekt Helselogistikk	Vestre Viken	PRJ06607		Prosjekteier: Cecilie B Løken Prosjektleder: Jan Terje Henriksen
RHF - RKL Innføring LVMS for alle fagområder ved Vestre Viken	Helse Sør-Øst	PRJ15873	Prosjekteier: Lars Eikvar Prosjektleder: Karina Prados Vik	Vestre Viken leder styringsgruppen (H Aass) og har mange representanter i styringsgruppen og i prosjektet.
RHF - RKL Innføring LVMS for patologi	Helse Sør-Øst	PRJ11390	Prosjekteier: Prosjektleder: Inger Nina Farstad/ Gjermund Bjordal	Følges opp av avdelingsleder patologi (B Casati) gjennom fagråd patologi. Vestre Viken deltar i styringsgruppen (Direktør KMD Klinikkløse og stab, Wesley Caple)
VVHF Sterilisentral - styringssystem (Tdoc)	Vestre Viken	PRJ14837	Tett samarbeid med tilsvarende prosjekt i OUS.	Prosjekteier: Rune Abrahamsen Prosjektleder: Anne Karine Poulsson
VVHF Lokalisering og sporing	Vestre Viken	PRJ14882	Tett samarbeid med HSØs prosjekt for GS1, PRJ11794.	Prosjekteier: Rune Abrahamsen Prosjektleder: Mehmet Özdemir
Regionalt MTU/IKT samhandlingsmodell	Helse Sør-Øst		Prosjekteier: Rune Simensen	Vestre Viken er i styringsgruppen (C Løken) og i arbeidsgruppen (R Fredriksen). Ifm pilot ble det etablert intern referansegruppe.
RHF - Regionale standarder for integrasjon av medisinsk-teknisk utstyr	Helse Sør-Øst	PRJ14606	Prosjekteier: Ulf E W Sigurdson Prosjektleder: Egil Utheim	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (C Løken)
VVHF Adgangskontroll Kongberg	Vestre Viken	52B377 BRK K12	Tett samarbeid med PNSDs prosjekt for Adgangskontroll	Prosjekteier: Narve Furnes Prosjektleder: Solveig Klevstad / Sigmar Karason
PNSD Adgangskontroll	PNSD	Entrepriise 5401 - Sikkerhet	Prosjekteier: Bjørn Løkken Prosjektleder: Lars Oma	Følges opp av VV-NSD og er i tett dialog med Vestre Vikens prosjekt for adgangskontroll v/Kongsberg.
RHF - RKL Regional EPJ modernisering	Helse Sør-Øst	PRJ11244	Prosjekteier: Eli Stokke Rondeel Prosjektleder: Mariann Seland	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (A. Kvam). Følges også opp av systemeier DIPS (H. Aass) og DIPS-forvaltning/klinisk IKT.
RHF - RKL Lukket legemiddelslyfe	Helse Sør-Øst	PRJ15527	Prosjekteier: Ulf E W Sigurdson Prosjektleder: Arve Melum	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (H Aass)
Legemiddelkjeden NSD	Vestre Viken		Prosjekteier: Bente Løkken Kjøge (Sykehusapotekene)	Prosjekteier: Rune Abrahamsen Vestre Viken deltar i styringsgruppen (H Aass)
RHF - RKL Regional kurve- og medikasjonsløsning fase 3	Helse Sør-Øst	PRJ11228	Prosjekteier: Bente Tømta Larsson Prosjektleder: Jan Frich	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (H Aass)
RKM MetaVision innføringsprosjekt i VVHF – er en del av regionalt prosjekt Regional kurve- og medikasjonsløsning fase 3	Vestre Viken			Prosjekteier: Halfdan Aass Prosjektleder: Vibecke Storhaug
AIVO (kjøkkeløsning)	Helse Sør-Øst	IDE-3873	Idéer: Ulf E W Sigurdson	Sorterer under virksomhetsområde Intern Service
<b>Infrastrukturleveranser</b>	<b>Eier</b>	<b>ProsjektID</b>	<b>Organisering/roller utenfor Vestre Viken</b>	<b>Organisering/roller i Vestre Viken</b>
SP-STIM Program	Sykehuspartner		Programmer: Gro Jære	STIM-programmet følges opp av avdeling IKT-A i stab teknologi, (avdelingsleder T Lyngstad) og SPOC (Single Point of Contact) for STIM i Vestre Viken (M Sauthon).
SP-STIM Nettverk - Modernisering av nett	Sykehuspartner	PRJ09653	Prosjekteier: Terje Takle Johnsen Prosjektleder: Geir Scott Nielsen	Følges opp som linjeaktivitet i avd IKT-A
SP-STIM Regional telekomplattform (P)	Sykehuspartner	PRJ09212	Prosjekteier: Ståle Sivertsen Prosjektleder: Harald Vassal	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (M Sauthon).
VVHF - mottaksprosjekt reg telekomplattform	Vestre Viken			Prosjekteier: Cecilie B. Løken Prosjektleder: Stig Stornes
SP-STIM 5G innendørs mobildekning - Konseptbevis	Sykehuspartner	PRJ14932	Prosjekteier: Kenneth Iversen Prosjektleder: Bjørn Møllerbråten	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (C Løken) og i arbeidsgruppene (innkjøp og teknologi).
SP-STIM Felles plattform Trinn 2 (P)	Sykehuspartner	PRJ09954	Prosjekteier: Olav Ulvund Prosjektleder: Jan Henrik Stubberud	Følges opp som linjeaktivitet i avd IKT-A
SP-STIM Tverrgående tjenester - Tjenestemigrering (P)	Sykehuspartner	PRJ13669	Prosjekteier: Marianne Østvand Prosjektleder: Eli Sødem	Følges opp som linjeaktivitet i avd IKT-A
SP-STIM Modernisering - Regional testplattform (P)	Sykehuspartner	PRJ13478	Prosjekteier: Marianne Østvand Prosjektleder: Robyn Lisa Köhlberg	Følges opp som linjeaktivitet i avd IKT-A
SP-STIM Arbeidsflate - Mobilitet (P)	Sykehuspartner	PRJ13760	Prosjekteier: Erling Wold Prosjektleder: Marion Løbak	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (M Sauthon).
VVHF - Lokale datarom	Vestre Viken			Prosjekteier: Cecilie B Løken Prosjektleder: Stig Stornes
STIM - Alarm- og meldingsprosjekt	Sykehuspartner	PRJ16075	Prosjekteier: Ståle Sivertsen Prosjektleder: Jostein Finserås	Følges opp som linjeaktivitet i avd IKT-A
<b>Regionale grunnmursleveranser</b>	<b>Eier</b>	<b>ProsjektID</b>	<b>Organisering/roller utenfor Vestre Viken</b>	<b>Organisering/roller i Vestre Viken</b>
RHF - Entydig strekkoding (GS1)	Helse Sør-Øst	PRJ11794	Prosjekteier: Rune Simensen Prosjektleder: Atle Petter Frøeng, Jørgen Cornelussen overtar	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (C Løken), i referansegruppen (mange deltakere), i arbeidsgruppe anskaffelse og arbeidsgruppe PoC.
RHF - RKL Regional radiologiløsning og multimediaarkiv ved OUS	Helse Sør-Øst	PRJ15875	Prosjekteier: Eli Stokke Rondeel Prosjektleder (OUS): Hilde Myhren	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (C Løken) og har etablert en intern referansegruppe.
RHF - Strategi og standard for bruk av multimedia	Helse Sør-Øst	PRJ13987	Prosjekteier: Ulf E W Sigurdson Prosjektleder: Steinar Gjøvik	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (C Løken).
RHF - VIS Regional data- og analyseplattform	Helse Sør-Øst	PRJ11512	Prosjekteier: Rune Simensen Prosjektleder: Finn Holm	Vestre Viken er representert i styringsgruppen (ML Lindblad)
BIM	Helse Sør-Øst		Kontaktperson: Jonny Kildal	

Dato: 25. mai 2021  
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

## Saksfremlegg

### Risikovurdering av virksomheten i Vestre Viken HF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	48/2021	31.05.2021

### Forslag til vedtak

Styret tar vurdering av risiko pr. 1. tertial 2021 til etterretning.

Drammen, 25. mai 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

### **Bakgrunn**

VVHF har store oppgaver foran seg knyttet til forberedelsene til overtakelse av nytt sykehus i Drammen, og sikring av økonomisk bærekraft i perioden frem til overtakelsen og etter innflytting. Dette berører hele foretaket, og ikke kun de enheter som skal inn i det nye sykehuset. Risikostyring er et viktig virkemiddel for styret og ledelsen for tidlig å avdekke faresignaler som vil påvirke de langsiktige planene, men også den løpende drift.

Vestre Viken har et pågående arbeid med utforming av modell for risikovurderinger. Det er også etablert et nettverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst, som vil videreutvikle modeller for risikovurderinger for helseforetakene i gruppen. Dette vil følgelig være et kontinuerlig arbeid som fortløpende vil bli justert i tråd med innspill og utvikling i foretaket og i fellesskap med andre aktører, herunder styret.

Risikovurderingen er grunnlaget for virksomhetens risikostyring og innebærer å identifisere hvilke risikoområder som kan true oppfyllelsen av virksomhetens mål og krav, både på kort og lang sikt. I forbindelse med budsjett og ved mottak av oppdrag- og bestillingsdokumentet (OBD) gjør foretaket en vurdering av risiko. I tillegg er det formaliserte rutiner for risikovurdering i forbindelse med vesentlige endringer i driften. Risikoen vedrørende oppnåelse av budsjett og OBD vurderes tertialvis. Denne viser risiko slik ledelsen i foretaket vurderer den ved inngangen til neste tertial og omhandler den løpende drift. Det er i tillegg foretatt en vurdering av risiko vedrørende virksomhetens utvikling på lengre sikt, samt oppnåelse av økonomisk bærekraft til å håndtere nødvendige investeringer og overtakelse og egenfinansiering av nytt sykehus i Drammen. Med økonomisk bærekraft menes i denne sammenheng foretakets evne til å sikre finansiering av nødvendige investeringer og betjene den gjelden som pådras i forbindelse med overtakelse av det nye sykehuset i Drammen gjennom årlige resultatoppnåelser.

### **Saksutredning**

Risikovurderingen viser områder der det er et spesielt behov for å følge utviklingen tettere enn det som kan gjøres gjennom ordinær rapportering og monitorering. Vurderingen er knyttet opp til styringsmålene for foretaket. Planlagte og pågående tiltak bidrar til å ta risikoen ned.

En detaljert beskrivelse av vurderingen av definerte risikoområder følger som vedlegg.

Vurderingen er gjennomgått i dialogmøte med foretakets tillitsvalgte og vernetjeneste gjennom HAMU.

*Vurdering av risiko relatert til oppdrag og bestilling for 2021 og budsjett 2021 pr. 1. tertial 2021*  
Ved inngangen til 2021 er det identifisert 8 risikoområder. Pr. 1. tertial 2021 er det supplert med et nytt risikoområde vedrørende informasjonssikkerhet og personvern.

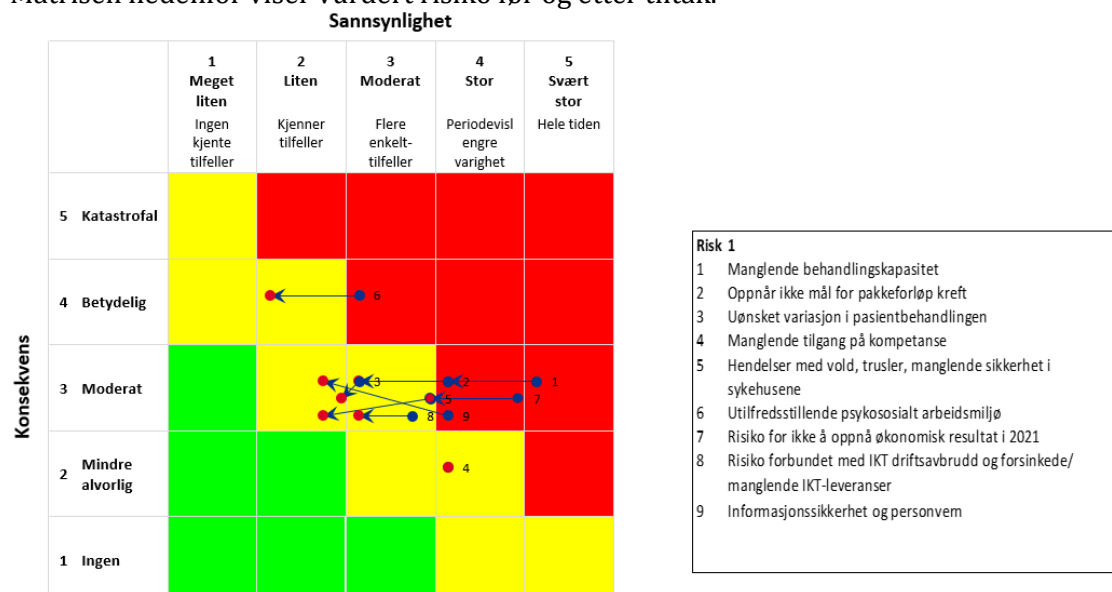
Koronapandemien er fortsatt en viktig faktor i vurderingen av risikoen relatert til behandlingsskapitet, arbeidsmiljø og økonomi. Det er iverksatt forebyggende tiltak, og det pågår arbeid med nye tiltak som kan underlette situasjonen. Utover disse forhold er det fortsatt IKT-området som vurderes å ha høy risiko. Dette handler om kompleksiteten i området, og ikke minst kapasitet hos Sykehuspartner til å levere i henhold til kundeplanen og etablere sikre løsninger.

Det er kun marginale endringer i vurderingen sammenholdt med situasjonen pr. 3. tertial 2020. Risikoen for at manglende behandlingsskapitet medfører lengre ventetider, fristbrudd mv., at foretaket ikke oppnår mål for pakkeforløp for kreft, samt oppnåelse av foretakets økonomiske resultatmål for 2021 er økt. Med de tiltak som er planlagt forventes det likevel at risiko etter tiltak er på samme nivå som ved utgangen av 2020. Hva gjelder det økonomiske resultatet er det forventet at det tildeles midler både fra resterende bevilgning som er tilbakeholdt i HSØ for budsjett 2021, og gjennom revidert nasjonalbudsjett. Det er fra HSØ i tillegg tildelt 9,15 MNOK til

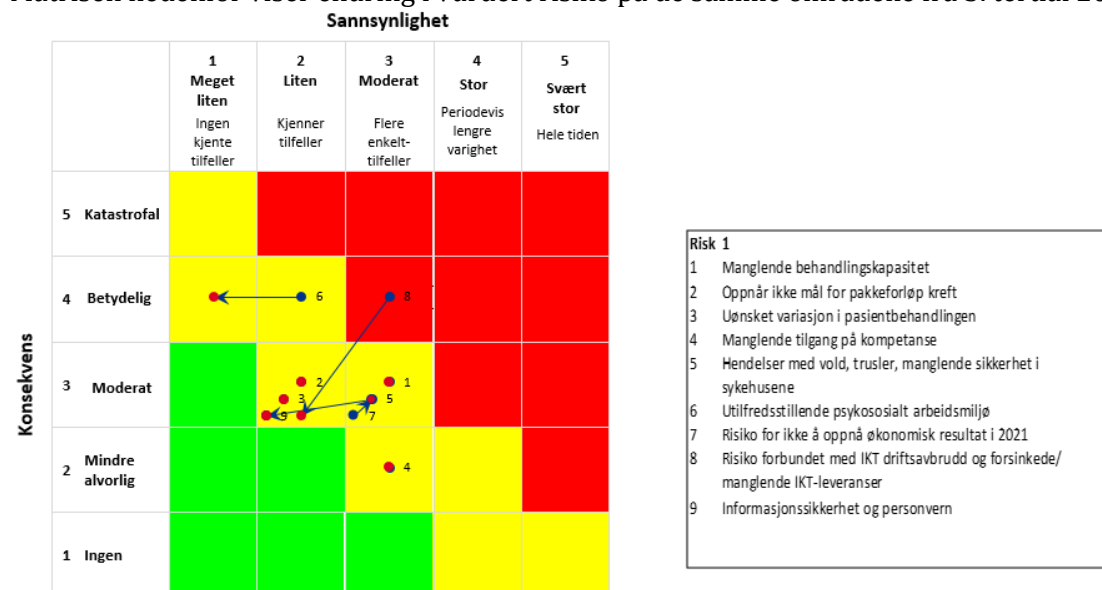
konkrete aktiviteter for å stimulere til økt aktivitet for å redusere ventetider, og det er besluttet å tildele 8,5 MNOK til psykisk helsevern og 2,4 MNOK for dekning av merkostnader vedrørende vaksiner. Dette dekker deler av de merkostnader som har oppstått, og som forventes pådratt de kommende måneder. Foretaket har en prognose på 276 MNOK i resultatavvik før nye tildelinger. En konsekvens vurdert til 3 innebærer et resultatavvik på 50 MNOK, og med 4 i konsekvens vil resultatavviket være på 100 MNOK. Det forventes at foretaket tildeles midler som resulterer i et avvik mellom 3 og 4 i konsekvensvurderingen.

For risikoområde 8, IKT driftsavbrudd og forsinkede/ manglende IKT-leveranser er konsekvensen nedjustert til 3 siden forrige rapportering. Det er ingen reelle endringer på dette området, men det er fremkommet at foretaket har kompensierende aktiviteter som medfører at konsekvensen om hendelsen inntreffer, ikke lenger vurderes å være av samme omfang.

Matrisen nedenfor viser vurdert risiko før og etter tiltak.



Matrisen nedenfor viser endring i vurdert risiko på de samme områdene fra 3. tertial 2020.



*Vurdering av risiko relatert til langsiktig utvikling av foretaket frem til innflytting i NSD og oppnåelse av økonomisk bærekraft for foretaket samlet*

Det er vurdert fem risikoområder som anses å ha stor betydning for å sikre at foretaket utvikler seg i riktig retning, og etablerer en trygg økonomi som gir evne til å håndtere investeringsbehovene frem i tid, egenfinansiering av nytt sykehus og nedbetaling av gjelden etter overtakelsen av NSD.

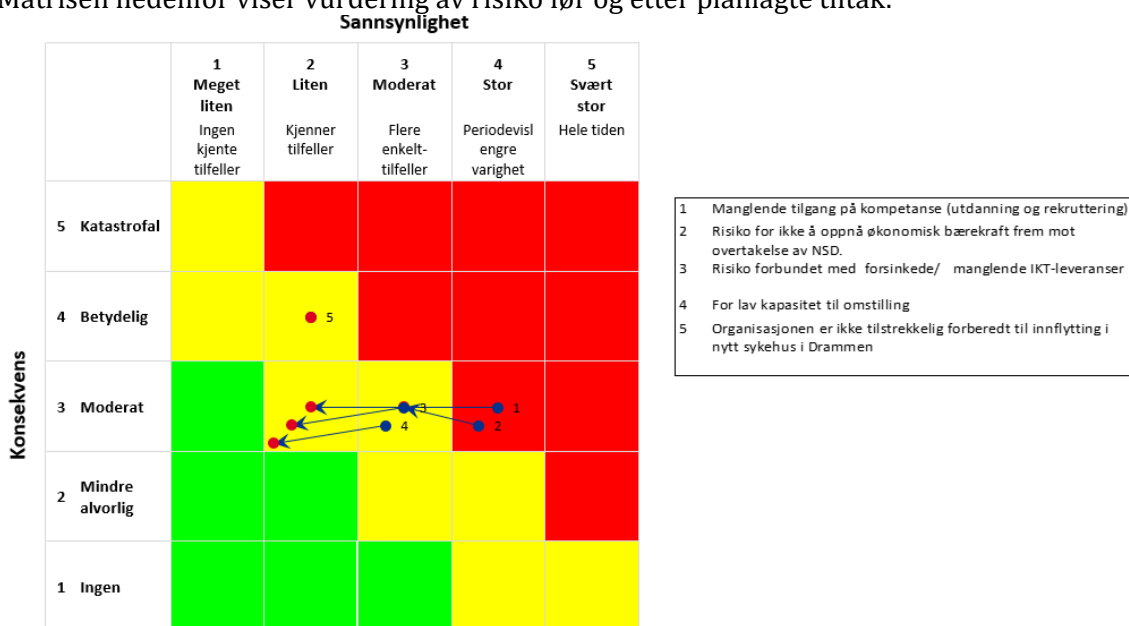
Tilgang på nødvendig kompetanse vurderes å ha høy risiko på lengre sikt. Det er ventet mangel på sykepleiere, og det vurderes at for få etterutdannes til spesialisering. I tillegg har Vestre Viken flere områder der alderssammensetningen medfører risiko for stort frafall av kompetanse som kan treffe virksomheten brått om ikke dette planlegges og tilrettelegges på lang sikt. Flere tiltak er under arbeid og vil bli utviklet videre. Det er ingen endring i vurdert risiko pr 1. tertial 2021 sammenholdt med forrige rapportering.

Sannsynligheten for at foretaket ikke oppnår det økonomiske resultatet, er økt også i vurderingen på lang sikt. Dette bygger først og fremst på de økonomiske konsekvensene av pandemien. Det forventes økte tildelinger, men det er usikkert om samlet resultatavvik kompenseres. Et lavere resultat i 2021 medfører mindre midler til investeringer i de kommende årene.

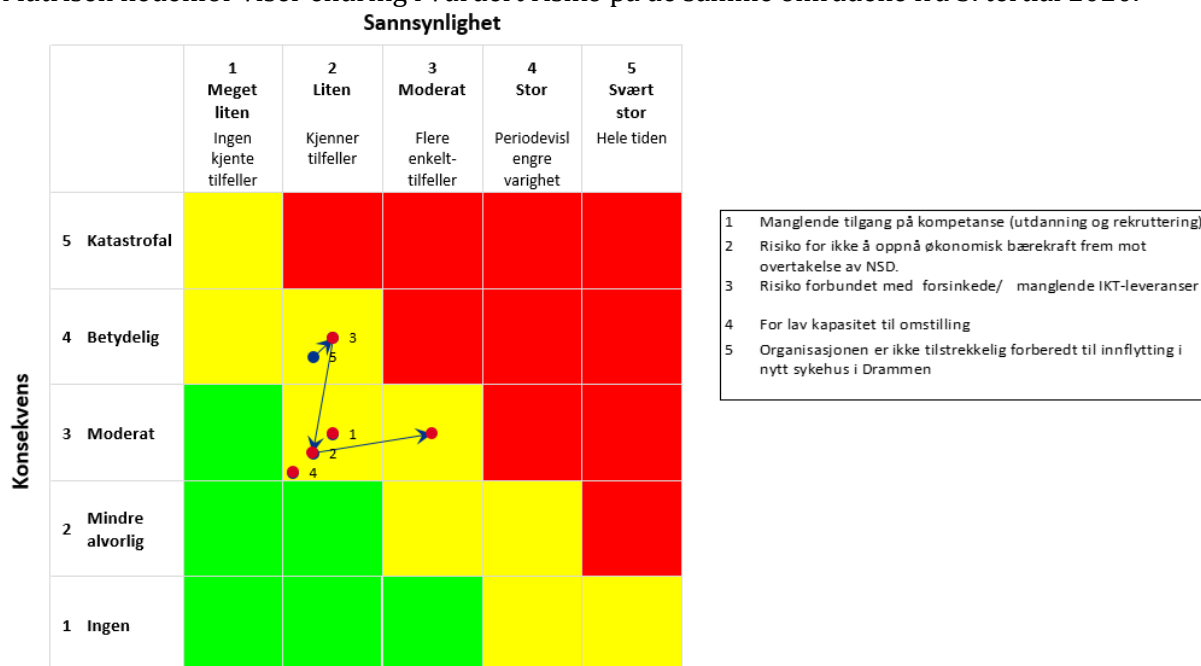
IKT-området er også en vesentlig risikofaktor på lang sikt, ikke minst i forhold til etablering av planlagt ny teknologi i tilknytning til nytt sykehus i Drammen. Styret følger planen for IKT fase 1 tett i forbindelse med rapportering til prosjektstyret for NSD. Dette er også sentrale tema i styreutvalget. Som for risikoen på IKT-området på kort sikt, er konsekvensen også tatt ned på lang sikt som følge av kompenserende aktiviteter i virksomheten om hendelsen inntreffer.

Mottaksprosjektet for NSD og organisasjonsutviklingen som må skje frem mot innflytting, er også vurdert å ha høy risiko, men sannsynligheten for at hendelsen inntreffer er tatt ned til liten siden forrige rapportering. Dette bygger på at mottaksprosjektet har kommet lenger i planleggingen og er godt i gang med endringsarbeidet. Det er fortsatt stor variasjon i hvor langt de ulike virksomhetsområdene har kommet i forberedelsene. Forsinket fremdrift vil kunne få store negative konsekvenser etter innflytting, både mht kapasitet og økonomi. Styret følger også disse aktivitetene tett i det etablerte styreutvalget.

Matrisen nedenfor viser vurdering av risiko før og etter planlagte tiltak:



Matrisen nedenfor viser endring i vurdert risiko på de samme områdene fra 3. tertial 2020.



### Administrerende direktørs vurderinger

Identifikasjon og vurdering av risikoområder er initialt foretatt av ledelsen. Tillitsvalgte og vernetjeneste har gitt innspill på ledelsens vurderinger. Risikovurderingene settes på agendaen tertialvis i ledergruppen, og tilsvarende i møte med tillitsvalgte og vernetjeneste. Dialogen gir merverdi for forståelsen av risiko, og hva som må til for å skape forbedringer.

Samlet sett vurderes situasjonen som forholdsvis krevende. Det er risikoområder som anses som betydelige, og hvor det ikke er identifisert tilstrekkelige tiltak til å ta risikoen ned. Likeledes er det områder med moderat risiko, som heller ikke etter tiltak kan tas ned til ubetydelig/ liten risiko. Koronapandemien er en vesentlig årsak til vurderingen av risiko for driften og økonomien i 2021. Foretaket har foran seg en periode der realisering av gevinstplanener blir avgjørende for å sikre økonomisk bærekraft. Dette følges tett opp av styret og styreutvalget. Utfordringen med leveranse fra Sykehuspartner er en vedvarende risiko, og vil få økende betydning i årene frem mot innflytting i nytt sykehus i Drammen.

Realisering av planene som ligger til grunn for gevinstberegningene vil kunne redusere risiko på mange områder. Innføring av aktivitetsstyrt ressursplanlegging er et sentralt grep. Organisasjonsutviklingsprosjektet for nytt sykehus intensiveres. Dette arbeidet vil ha stor oppmerksomhet internt i Vestre Viken HF, og følges tett opp av styret.

Modellen for virksomhetsstyring skal utvikles videre, slik at elementene i virksomhetsplanen og oppfølgingen av den fremstår mer koordinert i forhold til prinsippene for kontinuerlig forbedring – planlegge – gjennomføre – evaluere og korrigere. Foretaket er i ferd med å etablere et porteføljestyre som skal følge opp de prosjekter som vurderes som kritiske for den fremtidige utviklingen. Dette vil danne grunnlag for mer profesjonell rapportering, og sikre at ledelsen løpende blir oppmerksomme på nye risikoområder og eventuelle forsinkelser i fremdrift. Det vil gjøre foretaket i stand til å iverksette tiltak i tide, men også varsle styret og Helse Sør-Øst når det er nødvendig. Integrering av risikostyring i alle deler av virksomheten er et pågående arbeid.

Administrerende direktør foreslår at styret tar fremlagt risikovurdering til etterretning. Vurderingen vil bli oppdatert minimum tertialvis og rapporteres i tilknytning til tertialrapporteringen til styret.

Vedlegg:

1. Risikovurderinger pr. 1. tertial 2021 relatert til oppdrag og bestilling for 2021 og budsjett 2021
2. Risikovurderinger pr. 1. tertial 2021 relatert til langsiktig utvikling av foretaket frem til innflytting i NSD og oppnåelse av økonomisk bærekraft for foretaket samlet
3. Modell for risikovurdering i VVHF

# Vedlegg 1

## Vurdering av risiko relatert til oppdrag og bestilling for 2021 og budsjett 2021



**Risikoområde 1: Manglende behandlingsskapasitet fører til lange ventetider, fristbrudd, og til at pasientavtaler ikke oppfylles, med konsekvens for behandlingsskvalitet og/eller pasientsikkerheten.**

*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Covid-19 situasjonen er viktigste årsak til at området er vurdert å ha moderat risiko. Dette omfatter både pågang av pasienter som er smittet, samt redusert behandlingsskapasitet som følge av smitteverntiltak, og fravær av helsepersonell grunnet isolasjon eller karantene. Et stort antall innlagte covid-19 pasienter, hvorav mange som trenger intensivbehandling har krevd at Vestre Viken har vært i gul beredskap fra 18.3.21 til 4.5.21 og har redusert elektiv aktivitet. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge har pasientpågangen økt betydelig. Antall henvisninger til poliklinikken var 53 prosent høyere perioden august 2020 til mars 2021 sammenlignet med perioden august 2019 til mars 2020. Aktiviteten innen barne- og ungdomspsykiatri har vært 7 prosent høyere i 1. tertial 2021 sammenlignet med 1. tertial 2020. Den betydelige pågangen har likevel ført til en økt ventetid som er 54 dager i snitt i april 2021. Innenfor somatikken har samlet poliklinisk aktivitet vært som planlagt i 1. tertial 2021. Operasjonskapasiteten (spesielt døgnekirurgi) måtte reduseres i mars og april 2021 for å kunne takle den tredje bølgen i koronapandemien, og er noe redusert ellers også.

*Forebyggende tiltak*

Aktivitetsutviklingen følges på ukesbasis. Det gjøres fortløpende risikovurdering av ventelistene med prioritering av pasienter utfra behov. Pasienter med fare for prognosetap blir prioritert (f.eks. behandling av kreftsykdommer). Barn og unge blir også prioritert. Samarbeid med avtalespesialister fungerer bra og kapasitet hos private avtaleparter brukes ved behov. Foretaket ble tildelt ekstra midler i 2020 til tiltak som styrker kapasiteten til innføring av digital hjemmeoppfølging, og andel pasienter som behandles med digitale konsultasjoner ligger på rundt 15 prosent.

*Konsekvens av risikoen*

Forsinket behandling for pasientene kan påvirke pasientens sykdomsforløp på en negativ måte. Manglende kapasitet til behandling kan medføre økte gjestepasientkostnader. Svekket omdømme.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• Etter 3. tertial 2020	3	3		Moderat
• Pr. 1. tertial 2021	4	3		Betydelig
Prioriterte risikoreduserende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Intensivere program for digital hjemmeoppfølging, og dermed øke tilgjengelighet og kapasitet ved bruk av digitale konsultasjoner.				31.12.2021
Økt bemanning innenfor psykisk helsevern for barn og unge				31.08.2021
Planlagt økt behandlingssaktivitet i budsjett 2021				31.12.2021
<b>Nytt tiltak:</b> Foretaket fikk i april 2021 tildelt midler fra HSØ til å stimulere til reduserte ventetider innen BUP, DPS, Medisinsk avdeling DS og KMD. Innen barne- og ungdomspsykiatri er det etablert kveldspoliklinikker, og det etableres 10 midlertidige stillinger i tillegg til at ressurser omdisponeres internt. Fra uke 18 økes døgnkapasitet innen akuttpsykiatri og innen døgnbehandling av spiseforstyrrelser i BUPA.				31.12.2021
<b>Nytt tiltak:</b> Innen somatikk er man i gang med å utarbeide planer for økt operasjonsaktivitet. Dette innebærer både lengre operasjonstid i ukedagene og ekstraordinær drift.				31.12.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	3		Moderat

**Risikoområde 2: Oppnår ikke mål for pakkeforløp for kreftpasienter.**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Foretaket har hatt en god utvikling på dette området i 2020, dog ligger resultatet for 1. tertial 2021 under målet. Dette skyldes at man ikke er godt nok koordinert internt, flaskehalsproblematikk og ikke god nok koordinering med OUS om pasientens forløp.

*Forebyggende tiltak*

Systematisk arbeid med pakkeforløp med forbedringsteam innenfor lungekreft, brystkreft og prostatakreft. I 2021 skal det gis økt oppmerksomhet også mot pakkeforløp lymfom og kreft i bukspyttkjertel.

Godt samarbeid med Oslo universitetssykehus HF rundt pakkeforløp hvor pasientene diagnostiseres/behandles både i VVHF og OUS HF.

Kapasiteten innenfor patologi har blitt styrket og ventetid til PET-undersøkelse er redusert etter at helseforetaket har fått tilgang til egen PET.

*Konsekvens av risikoen*

Forsinket behandling kan påvirke sykdomsforløpet for pasienten. Dette kan påvirke behandlingsresultatet. Utover dette vil dette kunne føre til et negativt omdømme.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	2	3		Moderat
• Pr. 1. tertial 2021	3	3		Moderat
Prioriterte risikoreduserende/-stabiliserende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Ytterligere oppfølging og forløpsgjennomganger.				31.12.2021
<b>Nytt tiltak:</b> Klinikker skal til enhver tid ha dedikerte personer som fyller rollen som forløpskoordinator.				30.06.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3		Moderat

**Risikoområde 3: Uønsket variasjon i pasientbehandlingen.**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

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

*Forebyggende tiltak*

Systematisk bruk av tilgjengelige data (kvalitetsregistre, avvik, tilsyn, klager etc.) anvendes til forbedring.

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

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

*Konsekvens av risikoen*

Variierende forbruksrater og resultater av behandlingen ved foretakets klinikker, samt variierende komplikasjonsrater. Ulik arbeidsbelastning og unødvendig merbelastning på fast personell.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	2	3		Moderat
• Pr. 1. tertial 2021	2	3		Moderat
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Etablering av fagnettverk i helseforetaket				31.12.2021
Sammenligning av forbruksrater med andre HF				30.06.2021
Innføring av ARP for å sikre rett bemanning til rett tid og redusere innleie				31.12.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3		Moderat

**Risikoområde 4: Manglende tilgang på kompetanse**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Enkelte avdelinger har utfordringer med tilstrekkelig bemanning med rett kompetanse, spesielt knyttet til helg og i forbindelse med ferieavvikling.

Som følge av covid-19 er det en utfordring med ansatte som må i isolasjon eller karantene, samt lavere terskel for fravær enn normalt for å hindre smitte. Usikkerhet rundt smittesituasjonen kan medføre kritisk mangel på intensivkapasitet, herunder tilgang på personell fra utlandet.

Stor pågang føder utfordrer kapasiteten innen føde/barsel.

*Forebyggende tiltak*

Samarbeid på tvers av avdelinger og klinikker. Oppbygging av bemanningscenter og innføring av ARP. Kontinuerlig rekruttering av nødvendig personell. Klinikkerne prioriterer til enhver tid å sikre nødvendig personell. Retningslinje for ekstraordinære økonomiske virkemidler for å sikre kompetanse under ferieavvikling.

Pågående vaksinerings av ansatte vil redusere fravær grunnet isolasjon og karantene. Vaksinasjon av befolkningen vil redusere antall som trenger sykehusinnleggelse.

Løpende vurdering av tiltak tilknyttet pandemien i beredskapsledelsen.

*Konsekvens av risikoen*

Manglende kompetanse til stede i avdelingene til pasientbehandling. Utsiktede pasienthendelser, utilfredsstillende arbeidsmiljø, brudd på arbeidstidsbestemmelsene, økte kostnader til innleie og variabel lønn.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	2		Moderat
• Pr. 1. tertial 2021	3	2		Moderat
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Utdanning av intensivsykepleiere, samt forlengelse av beredskapsavtalen med MHH				31.12.2021
Implementering av ARP ved DPS, BUPA, samt utvalgte enheter innen somatikken				31.12.2021
<b>Nytt tiltak:</b> Avtale om utlån av intensivsykepleiere fra HNT HF og UNN HF				31.05.2021
<b>Nytt tiltak:</b> Avtaler med organisasjonene for å sikre tilstrekkelig bemanning med rett kompetanse ifbm koronapandemien				20.06.2021
<b>Nytt tiltak:</b> Omdisponering av personell med formell kompetanse fra sentrale staber til støttepersonell i klinikk og vaksinerings				31.08.2021
<b>Nytt tiltak:</b> Forsterket samarbeid om fødekapasitet på tvers av klinikkene for sommerferien 2021.				31.08.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	2		Moderat

**Risikoområde 5: Hendelser med vold og trusler som følge av manglende sikkerhet i sykehusene.**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Manglende kunnskap om hvor, eller hvilke områder, som er sårbare, og manglende gjennomføring av risikoanalyser og vurderinger.

Manglende kompetanse og få ressurser innen enkelte av HMS-områdene, eksempelvis innenfor sikringsrisikoanalyser.

Etablerte systemer og metodikk for å følge opp arbeidsmiljø benyttes ikke som forutsatt.

Tiltak forbundet med skallsikring er for begrenset.

*Forebyggende tiltak*

Forsterket adgangskontroll og besøksrestriksjoner ved sykehusene i forbindelse med covid-19.

Midler avsatt i budsjett 2020 til sikringstiltak er videreført i budsjett for 2021. Det gjennomføres tilpasset opplæring.

Snakk om Forbedring er tatt i bruk for å se pasientsikkerhet og helse, miljø og sikkerhet i sammenheng.

Forbedringsundersøkelsen og HMS-vernerunde gjennomføres årlig.

Handlingsplaner utarbeides i Synergi, og tiltak gjennomføres og følges opp i alle enheter (vernerunder, personalmøter, dialogmøter med tillitsvalgte/vernetjeneste, AMU/HAMU mv.) samt i administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikkene.

*Konsekvens av risikoen*

Ansatte og pasienter kan komme til skade. Uønsket turnover, og tap av kritisk kompetanse.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	3		Moderat
• Pr. 1. tertial 2021	3	3		Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Systematisk oppfølging av tiltak i handlingsplanene etter sikringsrisikoanalysene. Målrettet opplæring tilpasset klinikken/avdelingen.				31.12.2021
Gjennomføre opplæring i risikostyring/vurdering				31.12.2021
Følge opp gjennomførte sikringsrisikoanalyser med planlagte tiltak				31.12.2021
Komplettere sikringsrisikoanalysene med PHT og PHR				30.06.2021
Vurdere nye tiltak i fbm budsjettprioriteringene for 2022				30.09.2021
Vurdering av restrisiko			Sannsynlighet	Konsekvens
• etter gjennomførte tiltak	2	3		Moderat

**Risikoområde 6: Utilfredsstillende psykososialt arbeidsmiljø**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Etablerte systemer og metodikk for å følge opp psykososialt arbeidsmiljø benyttes ikke i tilstrekkelig grad. Manglende åpenhetskultur, reelle problemer tas ikke tak i.  
Ikke tilstrekkelig kultur og holdning for å teste ut nye måter å jobbe på, eksempelvis andre arbeidstids- og turnusordninger, kompetansesammensetning, oppgavedeling og bruk av nye teknologiske muligheter.  
Ikke tilstrekkelig involvering i omstillingsprosesser. Manglende forankring av endringsbehov. Beslutninger kommuniseres ikke tydelig til alle involverte.  
Ikke tilstrekkelige forventningsavklaringer.  
Ikke tilstrekkelig lederkapasitet, bl.a. grunnet store personalgrupper.

Covid-19 medfører ulik arbeidsbelastning og utrygghet i arbeidssituasjonen for medarbeiderne. Bruk av hjemmekontor er en risiko for noen medarbeidere.

*Forebyggende tiltak*

Årlig gjennomføring og oppfølging av Forbedringsundersøkelsen.  
Helhetlig system for lederopplæring og lederutviklingsprogram.  
Tilpasset opplæring innen sykefraværsoppfølging, arbeidstidsplanlegging og turnusoppsett mv. for ledere og medarbeidere.  
Aktiv lederstøtte og bistand i omstillingsprosesser, personalsaker, personalmøter mv.  
Etablert Team pasientsikkerhet for å se på og analysere sammenhengen mellom HMS og pasientsikkerhet.

*Konsekvens av risikoen*

Tap av kompetanse, uønsket turnover. Redusert kvalitet i pasientbehandlingen. Dårlig omdømme. Vanskelig å rekruttere nye medarbeidere. Endringsprosesser blir vanskelig å gjennomføre. Økte variable lønnskostnader og økte innleiekostnader.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	2	4		Moderat
• Pr. 1. tertial 2021	2	4		Moderat
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Gjennomføre analyser som sammenstiller aktivitet og bemanning (ARP) som faktagrunnlag for tiltak				31.12.2021
Følge opp handlingsplan for å redusere AML-brudd				31.12.2021
Systematisk ledergruppeutvikling				31.12.2021
Skjerpede krav til tiltak for oppfølging av Forbedringsundersøkelsen, herunder HMS-handlingsplaner og tiltak i de årlige driftsavtalene med klinikkene				31.12.2021
Implementere Snakk om Forbedring som nytt verktøy				31.10.2021
Innføre tiltak for å styrke varslingsordningen i foretaket				31.10.2021
<b>Nytt tiltak:</b> Krav til at samtlige medarbeidere gjennomfører e-læringskurs i etiske retningslinjer i VVHF				31.05.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	1	4		Liten

**Risikoområde 7: Oppnår ikke økonomisk resultatkrav i 2021**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Koronapandemien har fortsatt inn i 2021 og medført betydelig inntektssvikt som følge av beredskapsnivå og høyt belegg med smittede pasienter. Særskilt finansiering for 2021 er fullt ut benyttet ved avslutning av regnskap for mars. Den økonomiske situasjonen er forverret. Tiltaksarbeid i klinikkene er forsinket som følge av situasjonen, og det har vært nødvendig med særskilte kompensasjonsordninger for ansatte, noe som medfører økte lønnskostnader.

*Forebyggende tiltak*

Etablert kveldspoliklinikker for å øke aktiviteten. Bygningsmessige tilpasninger er gjort for å tilrettelegge for tilnærmet full drift.

Det er etablert faste rutiner for oppfølging av resultater.

Det er kjent at det vil tildeles ytterligere midler fra HSØ, men dette er ikke tilstrekkelig for å dekke forventet resultatavvik. Det vil også tildeles midler for kompensasjon av de økonomiske konsekvensene gjennom revidert nasjonalbudsjett.

*Konsekvens av risikoen*

Manglende resultatoppnåelse påvirker foretakets fremtidige investeringsevne. Det vil også kunne påvirke finansiering av andre ønskede tiltak, eksempelvis vedlikehold, styrket kompetansetilførsel og økte midler til forskning.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	3		Moderat
• Pr. 1. tertial 2021	4	3		Betydelig
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Forventet økt tildeling covid-19 midler i budsjett 2021 fra HSØ				30.06.2021
Bemanningsstyring og styrt nedtrapping av merårsverk etablert som følge av covid-19				30.06.2021
Implementering av ARP				31.12.2021
<b>Nytt tiltak:</b> Tildelte stimuleringsmidler for reduksjon av ventetider, samt til styrking av psykisk helsevern.				31.12.2021
<b>Nytt tiltak:</b> Opptopping aktivitet				31.12.2021
<b>Nytt tiltak:</b> Økt tildeling til HF-ene gjennom RNB				30.09.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	3		Moderat



**Risikoområde 8: IKT driftsavbrudd og forsinkede/ manglende IKT-leveranser**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Driftsproblemer pga. sårbar IKT-infrastruktur. Fortsatt utfordringer med å få leveranser fra Sykehuspartner som møter foretakenes behov, situasjonen har ikke bedret seg i løpet av i første tertial. Flere av de utestående leveransene gjelder tiltak for å bedre driftssituasjonen til klinikkene, herunder manglende sikkerhetsdokumentasjon på eldre IKT-systemer.

*Forebyggende tiltak*

Tett oppfølging av Sykehuspartner (driftsstatus, leveranser og kundeplan). Etablert IKT systemoversikt med status på dokumentasjon pr. system og retningslinjer for systemeiere.

*Konsekvens av risikoen*

IKT driftsproblemer kan påvirke pasientsikkerhet, medarbeidertilfredshet og økonomi. Manglende sikkerhetsdokumentasjon kan medføre at tjenester må stenges. Manglende IKT-leveranser påvirker driften negativt, hindrer omstillinger, innovasjon og gevinstrealisering.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	4		Betydelig
• Pr. 1. tertial 2021	3	3		Moderat
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Prioritere viktige leveranser i Sykehuspartner kundeplan				30.06.2021
<b>Nytt tiltak:</b> Styrke Sykehuspartners leveransekapasitet for prioriterte leveranser gjennom bruk av markedet (innleie)				31.12.2021
<b>Nytt tiltak:</b> Samarbeide med Sykehuspartner i rekrutterings-prosess, eksempelvis etablere hospiteringsordninger for nyutdannede				31.12.2021
Implementere oppdaterte rutiner og sjekkliste for systemforvaltning				30.12.2021
Etablere oversikt over kritiske prosjekter og avhengigheter til gevinstplan.				30.06.2021
Gjennomgå IKT beredskaps- og varslingsrutiner, og ta i bruk HelseCIM				30.09.2021
Gjøre forberedelser til STIM-prosjektene «modernisering av nett» og «regional telekomplattform».				31.12.2021
Innføre helhetlig prosjekt- og porteføljestyling av IKT-porteføljen.				31.12.2021
<b>Nytt tiltak:</b> Ta i bruk og operasjonalisere rutiner for regional protokoll over behandlingsaktiviteter				31.12.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3		Moderat



**Risikoområde 9: Informasjonssikkerhet og personvern / sikkerhetskultur og informasjonssikkerhetsrisiko**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Ansattes kompetanse og kunnskap om sikkerhet og personvern følger ikke teknologisk utvikling, herunder trusler adressert til ansatte, eks. via ondsvinn e-post, samt bruk av ikke godkjente teknologiske løsninger for deling av informasjon.

Innføring av teknologiske løsninger som ikke tilfredsstillende rettslige og regionale krav til sikkerhet, innebygget personvern, bruk av 3. parts land.

Økt kompleksitet i teknologiske løsninger og tjenester øker også kompleksiteten for oversikt over informasjonssikkerhetsrisiko, herunder trusselbildet, sårbarheter, tiltak og hendelser.

*Forebyggende tiltak*

Informasjonssikkerhetsleder og personvernombud deltar i prosjekter med høy teknologisk og juridisk kompleksitet. Etablert rutiner for IKT systemforvaltning. Deltakelse i regionalt nettverk for informasjonssikkerhet. Utarbeidelse av ROS (risiko og sårbarhetsanalyser) og DPIA (vurdering av personvernkonskvens) for alle nye systemer før ibruktakelse.

*Konsekvens av risikoen*

Sensitive data på avveie. Omdømmetap. Bøter.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• Pr. 1. tertial 2021	3	3		Moderat
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Utarbeide/oppdatere informasjonsmateriale og eLæring				31.07.2021
Informasjonssikkerhet og personvern tema ved opplæring av nyansatte				31.12.2021
Nettside oppdateres (avhengighet til ny leveranse for intranett)				31.12.2021
Utvidelse av avvikssystemet Synergi med en egen kategori for informasjonssikkerhet og personvern.				31.08.2021
Seminar for ledere i digitalisering.				30.11.2021
Etablere fast rapportering om status informasjonssikkerhet og personvern, hendelser og tiltak til foretaksledelsen og i tertialrapporteringen til styret.				31.05.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3		Moderat

## Vedlegg 2

# Vurdering av risiko relatert til langsiktig utvikling av foretaket frem til innflytting i NSD og oppnåelse av økonomisk bærekraft for foretaket samlet

**Risikoområde 1: Manglende tilgang på kompetanse (utdanning og rekruttering)**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

For få gjennomgår spesialistutdanning for sykepleiere sett opp mot fremtidig behov. Dette gjelder også jordmødre. Det utdannes for få helsearbeidere med nødvendig kompetanse. For få praksisplasser for elever, lærlinger og studenter i foretaket, og/eller for svak oppfølging av disse gruppene. Forsinket gjennomføring av læringsmål og nødvendig rotasjon spesialistutdanningen for leger. Manglende oversikt over dagens kompetansebeholdning sett opp mot fremtidig behov. På lengre sikt fare for konkurranse om kompetansen foretak og helseinstitusjoner imellom. Dette kan være til hinder for god samhandling mellom institusjonene, påvirke samhandlingen internt i foretaket og være lønnsdrivende.

*Forebyggende tiltak*

Avsatt ekstra budsjettmidler til utdanningsstillinger for sykepleiere, intensiv prioriteres særskilt. Økt antall lærlingeplasser for helsefagarbeidere. Dedikerte ressurser i stab til å følge opp helsefagarbeiderlærlingene. Økte midler i budsjett 2021 til flere LIS 1-leger. Utdanningsavdelingen er styrket med en legestilling til koordinering av utdanning for leger i spesialisering.

*Konsekvens av risikoen*

Tap av fremtidig arbeidskraft til andre institusjoner, herunder private, samt svekket omdømme og derav svekket rekrutteringskraft. Dette vil også kunne påvirke evnen til å oppfylle ansvaret for utdanning som påligger helseforetakene.

Manglende kompetanse til stede i avdelingene til pasientbehandling. Utisiktede pasienthendelser, utilfredsstillende arbeidsmiljø, økte kostnader til innleie og variabel lønn.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	4	3		Betydelig
• Pr. 1. tertial 2021	4	3		Betydelig
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Sette måltall for praksisplasser og lærlingeplasser i foretaket				31.10.2021
Kompetanseportalen implementeres for alle yrkesgrupper				30.06.2021
Etablere flere praksisplasser for AIO-studenter og andre risikoutsatte faggrupper				31.12.2021
Etablere flere LIS 1-stillinger				30.09.2021
Etablere studentstillinger og øke antall trainee-stillinger				31.12.2021
Etablere flere lærlingeplasser for helsefagarbeiderlærlinger				31.12.2021
Etablering av robuste fagmiljøer som består av minst 3 legespesialister				31.12.2021
Benytte digitale kanaler/ sosiale medier aktivt i rekruttering				31.12.2021
Ytterligere økning av utdanningsstillinger. Ekstra tildeling av midler til utdanningsstillinger fra HSØ i 2021				31.08.2021
Systematisk arbeid med oppgavedelingen mellom yrkesgrupper, prioritere de mest prekære gruppene				31.12.2021
Etablere et system for styringsdata som gir grunnlag for tettere oppfølging av kritisk kompetanse.				30.06.2021
Ytterligere økning av studenter i praksis, og teste ut mer alternative og mer effektive måter å veilede praksisstudenter, herunder etablere intern veilederutdanning				31.12.2021
Målrette tilbud om utdanningsstillinger til eksakte spesialiteter med bakgrunn i analyser av fremtidig behov				31.08.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3		Moderat

**Risikoområde 2: Oppnår ikke økonomisk bærekraft**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Konsekvensen av pandemien i 2021 er nå vesentlig utover budsjett. Ny finansiering er usikker, og dette øker risikoen mht styringsfart og økonomiske forutsetninger som ligger til grunn for ØLP 2022 – 2025. Nytt sykehus i Drammen medfører betydelige krav til effektivisering for å kunne håndtere krav til egenfinansiering og nedbetaling av gjeld etter innflytting. Foretaket har også omfattende planer for utbedring av øvrig bygningsmasse. Realisering av gevinstplanen er en forutsetning for å lykkes.

Manglende eierskap og effektivering av tiltakene i gevinstrealiseringsplan NSD og handlingsplanen for å sikre økonomisk bærekraft i VVHF.

Overskridelser i økonomisk ramme for nytt sykehus i Drammen.

*Forebyggende tiltak*

Tett oppfølging av gevinstrealisering i ledelsen og styret.

Prioritering av investeringer innen IKT og MTU overensstemmende med krav til medflytting til NSD.

Tildelte stimuleringsmidler på 50 MNOK vedr. BRK og 6 MNOK vedr. digital hjemmeoppfølging reduserer den økonomiske risikoen frem i tid.

*Konsekvens av risikoen*

Manglende resultatoppnåelse påvirker foretakets investeringsevne. Det vil også kunne påvirke finansiering av andre ønskede tiltak, eksempelvis vedlikehold, styrket kompetansetilførsel og økte midler til forskning.

Klinikkene oppnår ikke sin del av gevinstrealiseringen.

Manglende investeringsevne kommende år, herunder BRK, MTU og IKT.

Planlagt vedlikehold blir ikke gjennomført.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	3		Moderat
• Pr. 1. tertial 2021	4	3		Betydelig
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
<b>Nytt tiltak:</b> Forventet økt kompensasjon av effekter av pandemien over RNB til HF-ene i 2021				30.09.2021
Porteføljestyling av gevinstrealiseringsplan NSD og plan for økonomisk bærekraft i VVHF				31.12.2022
Avhendingsplan DS og Blakstad, samt realisere salg av annen bygningsmasse				31.12.2024
Dialog med Drammen kommune om finansiering av infrastruktur og rekkefølgekrav.				
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	3		Moderat

**Risikoområde 3: Forsinkede/ manglende IKT-leveranser**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Risiko for manglende eller forsinkede IKT-leveranser pga. lav leveransekapasitet hos Sykehuspartner fortsatt stor.

Manglende kapasitet hos Sykehuspartner vil kunne gi forsinkelser i regionale prosjekter og lokale leveranser. Ikke tilstrekkelig digital kompetanse i Vestre Viken vil kunne gi utfordringer i fremdriften på viktige IKT-prosjekter og gjøre det vanskelig å ta løsningene i bruk og å sikre at gevinstene tas ut.

*Forebyggende tiltak*

Deltakelse i regional infrastrukturmodernisering (STIM) og regionale prosjekter.

Tett oppfølging av Sykehuspartner (driftsstatus, leveranser og kundeplan), inkludert tiltak for å øke leveransekapasiteten.

Etablert IKT systemoversikt med status på dokumentasjon pr. system og retningslinjer for systemeiere.

*Konsekvens av risikoen*

Manglende IKT-leveranser påvirker driften negativt, hindrer omstillinger, innovasjon og gevinstrealisering. Forsinkelser i fremdrift av regionale prosjekter påvirker gevinstrealiseringsplanen for NSD. I tillegg kan både intern kompetanse og kapasitet til å gjennomføre IKT-prosjekter, samt finansieringen av IKT-prosjekter medføre risiko for implementering i tide til innflytting i NSD, herunder gevinstrealiseringen.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	4		Betydelig
• Pr. 1. tertial 2021	3	3		Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Styrke kompetansen på IKT arkitektur gjennom innleie fra Sykehuspartner og etablering av lokale prosesser for arkitektur				31.12.2022
Synliggjøre fremtidige IKT-kostnader i IKT langtidsplan og ØLP				30.04.2021
Standardisere og sanere IKT-applikasjoner				31.12.2022
Implementere IKT/MTU samhandlingsmodell				31.12.2022
Delta i prioriterte regionale prosjekter. Prioritere følgende: Helselogistikk Labdatasystem (LVMS) Sporing- og lokaliseringprosjektene STIM				31.12.2023
Gjøre forberedelser til STIM-prosjektene «modernisering av nett» og «regional telekomplattform».				31.12.2021
Innføre helhetlig prosjekt- og porteføljestyring av IKT-porteføljen.				31.12.2021
<b>Nytt tiltak:</b> Styrke lederoppfølging og rapportering på informasjonssikkerhets- og personvernområdet				31.12.2021
<b>Nytt tiltak:</b> Iverksette tiltak for økt kompetanse på digitalisering hos ledere og ansatte				31.12.2022
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3		Moderat

**Risikoområde 4: Liten kapasitet til å drive omstillingsarbeid**
*Årsak til at hendelsen kan inntreffe*

Ledelsens kapasitet til å drive og følge opp endringer konkurrerer med løpende driftsansvar. Pandemiens fortsettelse inn i 2021 medfører forsinkelser i omstillingsarbeid og krever mye av lederne.

*Forebyggende tiltak*

Årlige driftsavtaler med klinikkene. Månedlige oppfølgingsmøter.

*Konsekvens av risikoen*

Svikt i gjennomføringen av planlagte tiltak. Konsekvens for pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og økonomi.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	3		Moderat
• Pr. 1 tertial 2021	3	3		Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak:			Status tiltak	Forventet full effekt
• Implementering av resultatsikring og risikostyring, der aktiviteter som har størst risikoreduserende effekt prioriteres.				31.12.2021
• Etablere porteføljestyling som modell og prosjektkontor for lederstøtte i porteføljestylingen				31.12.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3		Moderat

<b>Risikoområde 5: Organisasjonen er ikke tilstrekkelig forberedt til innflytting i nytt sykehus i Drammen</b>				
<p><i>Årsak til at hendelsen kan inntreffe</i> Manglende oppslutning internt om tiltak i mottaksprosjekt NSD. Forsinkelser i kritiske IKT-leveranser.</p> <p><i>Forebyggende tiltak</i> Etablert arenaer for medvirkning og forankring i hele foretaket blant ledere på alle nivåer, ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere. Tett oppfølging av IKT-plan. Evalueringsrapporten fra Sykehuset Østfold, Kalnes er gjennomgått og vurdert mht konsekvenser/ nye tiltak som skal iverksettes i NSD.</p> <p><i>Konsekvens av risikoen</i> Mottaksprosjektet greier ikke å realisere kvalitative og økonomiske gevinster i nytt sykehus i Drammen som forutsatt. Innflytting i nytt sykehus medfører økte driftskostnader, korridorpasienter og opphopning i akuttmottaket.</p>				
Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens		Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	4		Betydelig
• Pr. 1. tertial 2021	2	4		Moderat
Prioriterte risikoreduserende/-stabiliserende tiltak			Status tiltak	Forventet full effekt
Sikre at linjeledelsen tar ansvar for å iverksette og følge opp tiltak på den enkelte avdeling og seksjon, slik at planlagte gevinster realiseres og helhetlige og trygge pasientforløp etableres.				31.12.2021
Medvirkning og forankring hos Vestre Viken HF blant ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere				31.12.2024
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens		Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	4		Moderat

## *Vedlegg 3*

# *Modell for risikovurdering*



VVHF definerer sannsynlig etter følgende inndeling:

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 vurderes etter følgende matrise:

	Pasientsikkerhet	Arbeidsmiljø/ansatte	Materielle verdier/økonomi	Ytre miljø	Omdømme
5 Katastrofal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tap av liv</li> <li>• 100 % uførhet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tap av liv</li> <li>• 100 % uførhet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langvarig driftsstans, all kjernevirksomhet lammes</li> <li>• Driftstap/skade over 3 % av budsjett</li> <li>• Granskning/tilsyn fra myndigheter som medfører stans</li> <li>• Katastrofal skade på eiendom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Katastrofalt utslipp som gir ikke reversibel skade</li> <li>• Granskning/tilsyn fra myndigheter som medfører stans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Katastrofal tap av kompetanse</li> <li>• Granskning/tilsyn fra myndigheter som medfører stans</li> <li>• Svært alvorlig mediefokusering</li> </ul>
4 Betydelig	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fare for tap av liv</li> <li>• Skade som krever betydelig økt utredning og behandlingsintensitet</li> <li>• Varig mén og/eller lidelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fare for tap av liv</li> <li>• Betydelig fysisk/psykisk skade/belastning</li> <li>• Varig mén</li> <li>• Fravær lengre enn 3 mnd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langvarig driftsstans, del av kjernevirksomheten kan ikke opprettholdes</li> <li>• Driftstap/skade over 1 % av budsjett</li> <li>• Granskning/tilsyn fra myndigheter som medfører pålegg</li> <li>• Stor, men håndterbar skade på</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betydelig utslipp som kan gi miljøskade med lang restitusjonstid</li> <li>• Granskning/tilsyn fra myndigheter som medfører pålegg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betydelig tap av kompetanse</li> <li>• Stor oppmerksomhet fra nasjonale medier</li> <li>• Betydelig tap av anseelse</li> <li>• Granskning/tilsyn fra myndigheter som medfører pålegg</li> </ul>
3 Moderat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skade som krever behandlingstiltak eller oppfølging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderat fysisk/psykisk skade/belastning som krever behandling</li> <li>• Fravær mer enn 16 dager</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Driftsstans i flere døgn, kjernevirksomheten forstyrres</li> <li>• Driftstap/skade over 0,5 % av budsjett</li> <li>• Granskning fra myndigheter</li> <li>• Moderat skade på eiendom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderat utslipp som kan gi miljøskade med kort restitusjonstid</li> <li>• Granskning/tilsyn fra myndigheter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderat tap av kompetase</li> <li>• Stor oppmerksomhet fra lokale medier</li> <li>• Alvorlig tap av anseelse</li> <li>• Granskning/tilsyn fra myndigheter</li> </ul>
2 Mindre alvorlig	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forbigående negativ helseeffekt</li> <li>• Skade som ikke krever omfattende behandling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindre alvorlige tilfeller av fysisk/psykisk skade/belastning</li> <li>• Fravær 0-16 dager</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kortvarig driftsstans, kjernevirksomheten ikke berørt</li> <li>• Skader inntil 0,1 % av budsjett</li> <li>• Situasjonen kan håndteres med begrenset ekstra ressurser</li> <li>• Oppmerksomhet fra myndigheter</li> <li>• Mindre skader på eiendom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindre alvorlig utslipp</li> <li>• Oppmerksomhet fra myndigheter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindre tap av kompetanse</li> <li>• Begrenset lokal oppmerksomhet</li> <li>• Mindre tap av anseelse</li> <li>• Oppmerksomhet fra myndigheter</li> </ul>
1 Ingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen observerbar eller antatt skade på pasient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubetydelig fysisk/psykisk skade belastning</li> <li>• Ikke fravær</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kortvarig stans i enkeltaktiviteter uten konsekvens for øvrig drift</li> <li>• Kostnader &lt; 0,01 % av budsjett</li> <li>• Minimal skade på eiendom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lite og kortvarig utslipp</li> <li>• Begrenset intern oppmerksomhet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen tap av kompetase</li> <li>• Ubetydelig tap av anseelse</li> <li>• Begrenset intern oppmerksomhet</li> </ul>

Dato: 25. mai 2021  
Saksbehandler: Eli Årnot

## Saksfremlegg

### Konsernrevisjonens revisjonsrapport 8/2020 – Varslingssystemet - status på oppfølgingstiltak

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	49/2021	31.05.21

#### Forslag til vedtak

Styret tar status på oppfølgingstiltak etter konsernrevisjonens rapport 8/2020 til etterretning.

Drammen, 31. mai 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

## Bakgrunn

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst reviderte høsten 2020 varslingsordningen i Vestre Viken. Rapporten ble oversendt foretaket i oktober 2020, og ble behandlet i styremøte 16. november 2020, sak 69/2020 med følgende vedtak:

1. *Styret tar Konsernrevisjonens rapport om varslingssystemet i Vestre Viken HF til etterretning.*
2. *Styret tar til etterretning at administrerende direktør vil redegjøre for iverksatte tiltak og videre planer for utbedring av varslingsystemet i styremøtet i april 2021.*

På bakgrunn av dette ble det høsten 2020 etablert en partssammensatt arbeidsgruppe. Redegjørelsen for styret ble senere utsatt fra april til mai 2021 pga. pandemien.

## Saksutredning

Konsernrevisjonens rapport viste at det er et behov for forbedringer i varslingsordningen i Vestre Viken. Det ble gitt konkrete anbefalinger til tiltak som kan iverksettes for å sikre utbedring av de svakheter som er avdekket. Tiltakene må inndeles i kortsiktige tiltak som korrigerer det skriftlige rutineverket, og langsiktige tiltak som omhandler mer strukturelle forhold tilknyttet ordningen, i tillegg til tiltak som støtter opp om en kultur hvor det oppleves trygt å varsle. Oppsummert gav konsernrevisjonen følgende anbefalinger som kan bidra til at varslingsordningen blir et verktøy for å avdekke og rette opp i kritikkverdige forhold så tidlig som mulig:

1. Styrke varslingsutvalgets rolle og kompetanse
2. Oppdatere varslingsrutinen slik at den omfatter gjeldende krav og grunnleggende prinsipper
3. Styrke opplæring og kommunikasjon

Den partssammensatte arbeidsgruppen har hatt ansvar for utarbeidelse av ny prosedyre, verktøy og tiltak innenfor disse tre områdene.

Konsernrevisjonen anbefalte en styrking og tydeliggjøring av varslingsutvalgets rolle og kompetanse, jf. punkt 1 ovenfor. Vedlagte mandat for varslingsutvalget er endret i tråd med dette.

Konsernrevisjonen anbefalte videre at varslingsrutinen, jf. punkt 2 ovenfor, ble oppdatert slik at den omfatter hele varslingsprosessen og tilfredsstillende gjeldende lovkrav og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling. Vedlagte prosedyre er oppdatert i henhold til dette. Prosedyren gjelder for hele Vestre Viken, både varsler som mottas og skal håndteres i linjen, og i varslingsutvalget.

Vestre Viken har som mål å legge til rette for et åpent ytringsklima. Trygghet og forutsigbarhet for en potensiell varsler, den det er varslet på og andre berørte, sammen med nødvendig støtte ved saksbehandling av mottatt varsel, er viktig for tilliten til varslingsordningen. Målet er en beskrivelse med avklarte roller og ansvar, og med en struktur og fremstilling som gir råd og veiledning for å kunne ivareta både aktivitets- og omsorgsplikten, i tillegg til viktige prinsipper som anonymitet og konfidensialitet.

Konsernrevisjonen anbefalte videre en styrking av opplæring og kommunikasjon jf. punkt 3 ovenfor. Målet er at varslingsordningen er lett tilgjengelig og at det gjennomføres opplæring som er tilpasset de ulike roller og nivåer i foretaket. Vedlagte kommunikasjonsplan er i tråd med disse anbefalingene.

Rapport, med særskilt oppmerksomhet på vedlagte prosedyre har vært forelagt foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombud i dialogmøte. Saken har videre vært oppe til behandling i HAMU med samme formål. Innspill fra begge disse arenaene er tatt med etter vurdering i partssammensatt arbeidsgruppe.

### **Administrerende direktørs vurderinger**

Administrerende direktør vurderer at varslingsordningen i Vestre Viken med dette ivaretar Konsernrevisjonens anbefalinger. Det er viktig at varslingsordningen legger til rette for et godt yringsklima, som bidrar til innsyn og åpenhet om pasientbehandling, arbeidsmiljø og drift av helseforetaket. Alle ansatte skal oppfordres til å si fra om uønskede forhold så tidlig som mulig, slik at forholdene blir håndtert og fulgt opp. Varslingsordningen skal være gjenstand for læring, og skal sees i sammenheng med våre etiske retningslinjer. Målet er at ansatte som sier fra blir tatt på alvor, og at hensiktsmessige prosesser blir iverksatt umiddelbart. En velfungerende varslingsordning vil gi grunnlag for forbedringer og utvikling i foretaket.

Vedlegg:

1. Rapport fra arbeidsgruppen
2. Handlingsplan
3. Prosedyre for saksbehandling av varslingsaker
4. Mandat for varslingsutvalget
5. Skjema for varslings
6. Hjelpeskjema for leder
7. Kommunikasjonsplan

# **Varsling**

- System for å håndtere varsler om kritikkverdige forhold**

**Oppfølging av konsernrevisjonens rapport 8/2020**

**25. mai 2021**

## Innhold

Bakgrunn og konklusjoner fra konsernrevisjonen .....	3
Konsernrevisjonen revisjonskriterier .....	3
Gjennomføring av oppdraget etter revisjonen.....	4
Anbefalinger fra konsernrevisjonen .....	5
Styrke varslingsutvalgets rolle og kompetanse.....	5
Oppdatere varslingsrutinen slik at den omfatter gjeldende krav og grunnleggende prinsipper .....	7
Styrke opplæring og kommunikasjon .....	8
Kommunikasjonsplan.....	9

## Bakgrunn og konklusjoner fra konsernrevisjonen

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst reviderte høsten 2020 varslingsordningen i Vestre Viken. Rapporten ble oversendt foretaket i oktober 2020, og har etter det vært til en første orientering i styremøte i november 2020.

Konsernrevisjonens rapport viser at det er et behov for forbedringer i varslingsordningen i Vestre Viken. Det ble gitt konkrete anbefalinger til tiltak som kan iverksettes for å sikre utbedring av de svakheter som er avdekket. Tiltakene må inndeles i kortsiktige tiltak som korrigerer det skriftlige rutineverket, og langsiktige tiltak som omhandler mer strukturelle forhold tilknyttet ordningen, i tillegg til tiltak som støtter opp om en kultur hvor det oppleves trygt å varsle.

## Konsernrevisjonen revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier ble lagt til grunn:

- Helseforetaket har forankret et systemet for å håndtere varsler om kritikkverdig forhold på overordnet nivå.
- Helseforetaket har etablert parallelle prosesser for å undersøke og saksbehandle det mulige kritikkverdige forholdet, og samtidig ivaretar varsleren, den det varsles om samt andre involverte.
- Konfidensialitet, objektivitet, habilitet, kontradiksjon og personvern er grunnleggende prinsipper som ligger til grunn for organisering og håndtering av varsling.
- Varslingsrutinen er lett tilgjengelig for de ansatte og innleide, og tiltak er etablert for å gjøre ordningen kjent.
- Varslingsordningen er organisert med tydelige roller og ansvar for mottak, behandling og oppfølging av varsling.
- Et etablert system sikrer at aktørene har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere varsling i tråd med lovkrav, intern rutine og god praksis.
- Varslingsrutinen er utarbeidet i tilknytning til virksomhetens systematiske HMS-arbeid, og i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte.
- Skriftlig varslingsrutine oppfordrer til å varsle og angir fremgangsmåte for varsling og saksbehandling i tråd med bestemmelser og god praksis.

Konsernrevisjonen konstaterer at det er god åpenhetskultur i Vestre Viken, noe som er en helt avgjørende premiss for at varsling skal kunne fungere som ønsket.

Oppsummert gir konsernrevisjonen følgende anbefalinger som kan bidra til at varslingsordningen blir et verktøy for å avdekke og rette opp i kritikkverdige forhold så tidlig som mulig:

1. Styrke varslingsutvalgets rolle og kompetanse

Varslingsutvalgets rolle og kompetanse bør styrkes slik at utvalget kan være en tydelig rådgivende enhet og et overordnet kompetanseorgan. Med en samlet oversikt over antall og type saker vil utvalget kunne bidra i systematisk risiko- og forbedringsarbeid. Målet vil være et

uavhengig organ med solid kompetanse som bidrar med rådgivning, håndtering av komplekse saker samt opplæring og bevisstgjøring i helseforetaket.

2. Oppdatere varslingsrutinen slik at den omfatter gjeldende krav og grunnleggende prinsipper
 

Varslingsrutinen må oppdateres slik at den omfatter hele varslingsprosessen og tilfredsstillende kravene i gjeldende varslingsbestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling. Trygghet og forutsigbarhet for en potensiell varsler, den omvarslede og andre berørte, og samtidig nødvendig støtte ved saksbehandling av mottak, behandling og oppfølging av varsling er viktig for tilliten til ordningen. Målet vil være en beskrivelse med avklarte roller og ansvar, og med en struktur og fremstilling som gir råd og veiledning for å kunne ivareta både aktivitets- og omsorgsplikten i tillegg til viktige prinsipper som anonymitet og konfidensialitet.
3. Styrke opplæring og kommunikasjon
 

Opplæring og kommunikasjon bør styrkes slik at varslingsordningen er godt kjent blant de ansatte og innleide, og at helseforetaket har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere varsling på en god måte. Målet vil være at varslingsordningen er lett tilgjengelig og at systematisk opplæring og informasjon er tilpasset ulike roller.

## Gjennomføring av oppdraget etter revisjonen

Høsten 2020 ble det etablert en partssammensatt arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen har hatt i oppdrag å utrede og anbefale forslag til forbedringer og endringer i henhold til anbefalingene fra konsernrevisjonen.

Prosjektgruppe:

Navn	Organisasjon	Prosjektrolle
Eli Årnot	Direktør kompetanse	Leder
Tove Svensli	Konst. HMS-sjef	Medlem
Anita Haugland Gornæs	Foretakshovedverneombud	Medlem
Joan Nygard	Foretakstillitsvalgt	Medlem
Cecilie Søfting Monsen	Adm.konsulent	Medlem, sekretær

Arbeidsgruppen delte oppdraget i tre, med undergrupper som arbeidet med utredning av tiltak innen hvert av de anbefalte hovedområdene. Det har underveis vært dialog med både konsernrevisjonen og sykehusene Innlandet og Telemark samt Arbeidstilsynet.



## Anbefalinger fra konsernrevisjonen

### 1. Styrke varslingsutvalgets rolle og kompetanse

Konsernrevisjonen anbefaler at varslingsutvalgets rolle og kompetanse bør styrkes slik at utvalget kan være en tydelig rådgivende enhet og et overordnet kompetanseorgan. Videre anføres at målet vil være et uavhengig organ med solid kompetanse som bidrar med rådgivning, håndtering av komplekse saker samt opplæring og bevisstgjøring i helseforetaket.

#### **Varslingsutvalgets mandat:**

Varslingsutvalget skal være et rådgivende organ og med det forstås at varslingsutvalget må inneha god kompetanse på varsling og foretakets varslingsrutiner, for å kunne bidra med råd og veiledning som sikrer god håndtering av varsling i foretaket. Målet er at varslingssaker som hovedregel skal håndteres på lavest mulig ledernivå.

Imidlertid vil noen saker ha en kompleksitet, eller det foreligger inhabilitet, som gjør det vanskelig for linjeledelsen å håndtere dem. I komplekse saker kan varslingsutvalget bidra med håndtering. Med håndteringen menes at varslingsutvalget inntar en mer aktiv rolle i å sørge for at saken blir tilstrekkelig opplyst, samt avgjør hvem som skal ha det videre oppfølgingsansvar i saken. Om nødvendig kan saken settes ut for håndtering av ekstern instans.

#### **Utvalgets sammensetning**

Konsernrevisjonen fremhever at målet er at varslingsutvalget skal være et uavhengig organ. Enkelte organisasjoner har eksternt varslingsutvalg for å ivareta uavhengighet. Vår anbefaling er likevel at utvalget er sammensatt av ansatte fra Vestre Viken. Dette har som konsekvens at utvalget ikke er helt uavhengig, men gir større gevinst i form av muligheter for læring og for det systematiske risiko- og forbedringsarbeidet i foretaket som varslings saker bør bidra til. Relativ uavhengighet kan i stedet tilstrebes gjennom sammensetningen av utvalget.

Med et internt varslingsutvalg vil habilitet måtte tas stilling til i hver enkelt sak. For å forebygge at habilitetsspørsmålet regelmessig blir til hinder for effektiv saksbehandling, vil det være en fordel om det utpekes ansatte til varslingsutvalget som har lav sannsynlighet for å komme i en dobbeltrolle.

Konsernrevisjonen anbefaler at varslingsutvalget begrenses til de som er nødvendig for å utføre oppgaven. Dette for å ivareta konfidensialitet. Samtidig bør varslingsutvalget bestå av medlemmer som innehar god kompetanse innenfor de områdene hvor det erfaringsmessig er flest varslings saker i foretaket. For å begrense antall medlemmer i varslingsutvalget, bør det tilstrebes å peke ut medlemmer som innehar kompetanse innen flere områder. Dette vil da være personavhengig, og utvalgets medlemmer vil kunne variere mer over tid avhengig av den enkeltes kompetanse. Det anbefales derfor ikke at varslingsutvalget skal bestå av et bestemt antall medlemmer, men at varslingsutvalget til enhver tid må bestå av medlemmer som samlet sett innehar nødvendig kompetanse til å løse oppgavene.

Et varsel er en melding om et antatt kritikkverdig forhold. Kritikkverdig forhold defineres som brudd på lover og regler (rettsregler), skriftlige etiske retningslinjer og brudd på etiske normer som er bredt forankret i samfunnet.

Varsling vedrørende uforsvarlig arbeidsmiljø er den vanligste varslingsgrunn på landsbasis (NOU 2018:6). Andre eksempler på vanlige årsaker til varslings er opplevelse av trakassering

som eksempelvis kan oppstå i løpet av en konflikt eller en personalsak, varsler om økonomiske misligheter, systematisk kodingsfeil, forurensning, brudd på personopplysninger mm. På bakgrunn av ovenstående fremgår at juridisk kompetanse er nødvendig. Videre bør varslingsutvalget ha kompetanse på personalsaker og ledelse (HR), HMS og på foretakets registrerings- og dokumentasjonssystemer. Det bør i tillegg sikres at utvalget er satt sammen av medlemmer både fra arbeidsgiver- og arbeidstakersiden for å ivareta (relativ) uavhengighet. Det anbefales at varslingsutvalget ledes av en leder med formell legitimitet i organisasjonen til å hente ut informasjon og anbefale tiltak også til overordnet ledelse i foretaket. Varslingsutvalget må kunne innhente kompetanse fra andre instanser (internt/eksternt) i saker der det er behov for annen kompetanse enn det varslingsutvalget innehar, eksempelvis fra bedriftshelsetjeneste, arbeidstilsyn, medisinsk kompetanse mv.

Med bakgrunn i færrest mulig antall medlemmer med nødvendig kompetanse forslås følgende sammensetning av kommende varslingsutvalg i Vestre Viken:

- Leder for utvalget (fra foretaksledelsen)
- Juridisk kompetanse/HR-kompetanse/HMS-kompetanse
- Foretaksverneombud (HMS, verneombudskompetanse)
- Foretakstillitsvalgt (utpekes av og blant de tillitsvalgte)
- System- og dokumentasjonsansvarlig (sekretariatet)

### **System for arkivering av varslingsaker**

Som ledd i å styrke varslingsutvalgets rolle og funksjon anbefaler revisjonen at utvalget bør ha en samlet oversikt over antall og type varslingsaker, som bidrag til systematisk risiko- og forbedringsarbeid.

De fleste varslingsaker blir håndtert på lavest mulig ledernivå, og slik bør det fortsatt være. Dette innebærer at det kun er et fåtall saker som meldes direkte til varslingsutvalget. Foretaket har per i dag ikke en prosedyre, eller et felles system, som gir oversikt over antall varslingsaker og type saker. Saker registreres ulikt avhengig av sakens natur og/eller lederes kompetanse. Varslingsaker finner man i dag arkivert i den enkelte medarbeiders personalmappe (Public 360 Personalarkiv), i Public 360 Sakarkiv eller Synergi (avvikssystemet). Det bør derfor etableres et system for dette.

For å sikre at registrering av ferdigbehandlede varslingsaker blir gjennomført av ledere i linjen, eller av sentrale kontrollfunksjoner i foretaket, bør det være en enkel og lett tilgjengelig måte å gjøre dette på. Det er viktig å sikre at færrest mulig får kjennskap til innholdet i varslings sakene, slik at systemer der mange har lesetilgang ikke vil være hensiktsmessig å benytte. De systemene vi har i dag vurderes lite egnet til formålet. Dette er et område som det må arbeides videre med, og vil være et tiltak i handlingsplanen.

Det er en egen e-postadresse for kommunikasjon med varslingsutvalget. Denne følges opp daglig av leder samt sekretær i varslingsutvalget. Inntil det er etablert en mer hensiktsmessig måte for innmelding av ferdigbehandlede varslingsaker til varslingsutvalget, må denne e-postadressen benyttes.

### **Arkivering av dokumenter i saker under arbeid**

Det er etablert et eget filområde med ekstra sikkerhet for lagring av dokumenter underveis i arbeidet med varslingsaker. Filområdet er tilgangsstyrt, og varslingsutvalgets medlemmer har tilgang til området.

Alle ferdigbehandlede varslingssaker registreres i Public 360 (sakarkiv) på tilgangsstyrt område.

### **Eksternt varslingsmottak**

Foretaket har inngått en avtale med BDO for mottak av varsler. Dette er for å muliggjøre at varsler kan sendes anonymt samt at eksterne skal ha mulighet til å varsle.

Varsler som sendes via link på intranett går direkte til eksternt mottak hos BDO. BDO anonymiserer avsender før varselet sendes videre til varslingsutvalget.

Eksterne kan finne informasjon om varsling på foretakets hjemmesider på internett.

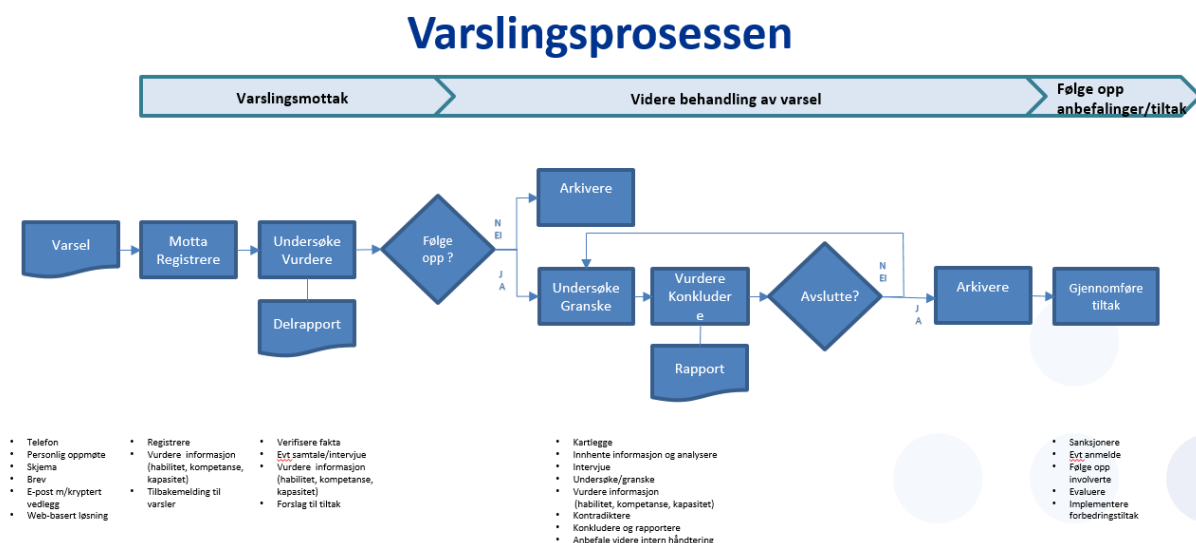
## 2. Oppdatere varslingsrutinen slik at den omfatter gjeldende krav og grunnleggende prinsipper

Varslingsrutinene er endret slik at lovkrav og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling er tatt inn. Ansatte skal oppleve at det er trygt å varsle om kritikkverdige forhold, og å være trygge på at varslinger håndteres ryddig, forsvarlig og i samsvar med gjeldende lovverk, jfr. aml. kap. 2A.

Prosedyren beskriver fremgangsmåtene ved varsling, nærmere bestemt hvordan ansatte kan varsle, krav til innholdet i et varsel og hvem man kan varsle til. Prosedyren beskriver også arbeidsgivers fremgangsmåte for håndtering av varselet, nærmere bestemt saksbehandling ved mottak, behandling og oppfølging av varselet. I tillegg beskrives hva som er kritikkverdige forhold.

Det er i prosedyren, i tillegg til varsling om kritikkverdige forhold, vektlagt at det er ønskelig å legge til rette for et åpent ytringsklima. Det betyr et arbeidsmiljø som er preget av åpenhet, dialog, trygghet og tillit. Dette gir dermed et grunnlag for forbedringer og utvikling i virksomheten og uheldige belastninger for enkeltpersoner og arbeidsmiljøet unngås.

Se vedlagte prosedyre (**se vedlegg 3**)



### Mobbing og trakassering:

Foretaket har hatt egen prosedyre for håndtering av saker som omhandler mobbing og trakassering. Denne prosedyren foreslås fjernet, og lagt inn som en del av varslingsordningen.

## 3. Styrke opplæring og kommunikasjon

Økt kompetanse og bevissthet hos alle ansatte er viktig for at varslingsordningen skal fungere etter hensikten. Det må derfor utarbeides konsept for opplæring og plan for kommunikasjon slik at varslingsordningen gjøres godt kjent for alle ansatte i foretaket. I denne sammenheng er det viktig at kompetansehevingen retter seg mot alle nivåer i foretaket, inkludert varslingsutvalgets medlemmer. Kompetanseportalen vil være et nyttig verktøy for å dokumentere og følge opp at opplæring er gjennomført. I HMS-opplæringen i Vestre Viken må tema åpenhet og kultur for å si fra om kritikkverdige forhold være på agendaen, og prosedyre for varsling i Vestre Viken må gjennomgås.

Det vil i første omgang å utvikles e-læringskurs i moduler, da dette ansees for å være en hensiktsmessig måte å starte på for dette området. For at dette skal fungere på alle nivåer i organisasjonen bygges modulene opp på følgende måte:

- **Modul 1:**  
Generell del om varsling med lenker til rutiner og retningslinjer og prosedyre i VV
- **Modul 2:**  
Påbyggingsdel for ledere – knyttet til lederopplæring
- **Modul 3:**  
Tilpasset opplæring for varslingsutvalget

Opplæringen planlegges gjennomført med en kombinasjon klasserom og e-læring.

Kurset bygges opp på følgende måte:

### **Modul 1 - alle ansatte:**

**Kompetansemål:** Alle ansatte skal være kjent med Vestre Viken HF sin prosedyre for varsling.

Innhold: En generell del om varsling, med lenker til prosedyren.

### **Modul 2 - ledere:**

**Kompetansemål:** Vestre Viken HF sine ledere skal gjennom opplæring kunne håndtere innkomne varsler, basert på prosedyre for varsling.

Innhold: Lederopplæring – E læring og klasserom.

I tillegg til Modul 1 skal det utarbeides en påbyggingsdel for ledere basert på kompetansemålet.

For å ivareta ledere med lengre erfaring kan E- læringskurset, kombinert med en film/webinar om varsling være en form.

### **Modul 3 - medlemmer av varslingsutvalget:**

**Kompetansemål:** Kjenne, forstå og kunne benytte Vestre Viken HF sin prosedyre for varsling innen områdene: saksbehandling, rådgivning, bistand, kontradiksjon og omsorgsplikt.

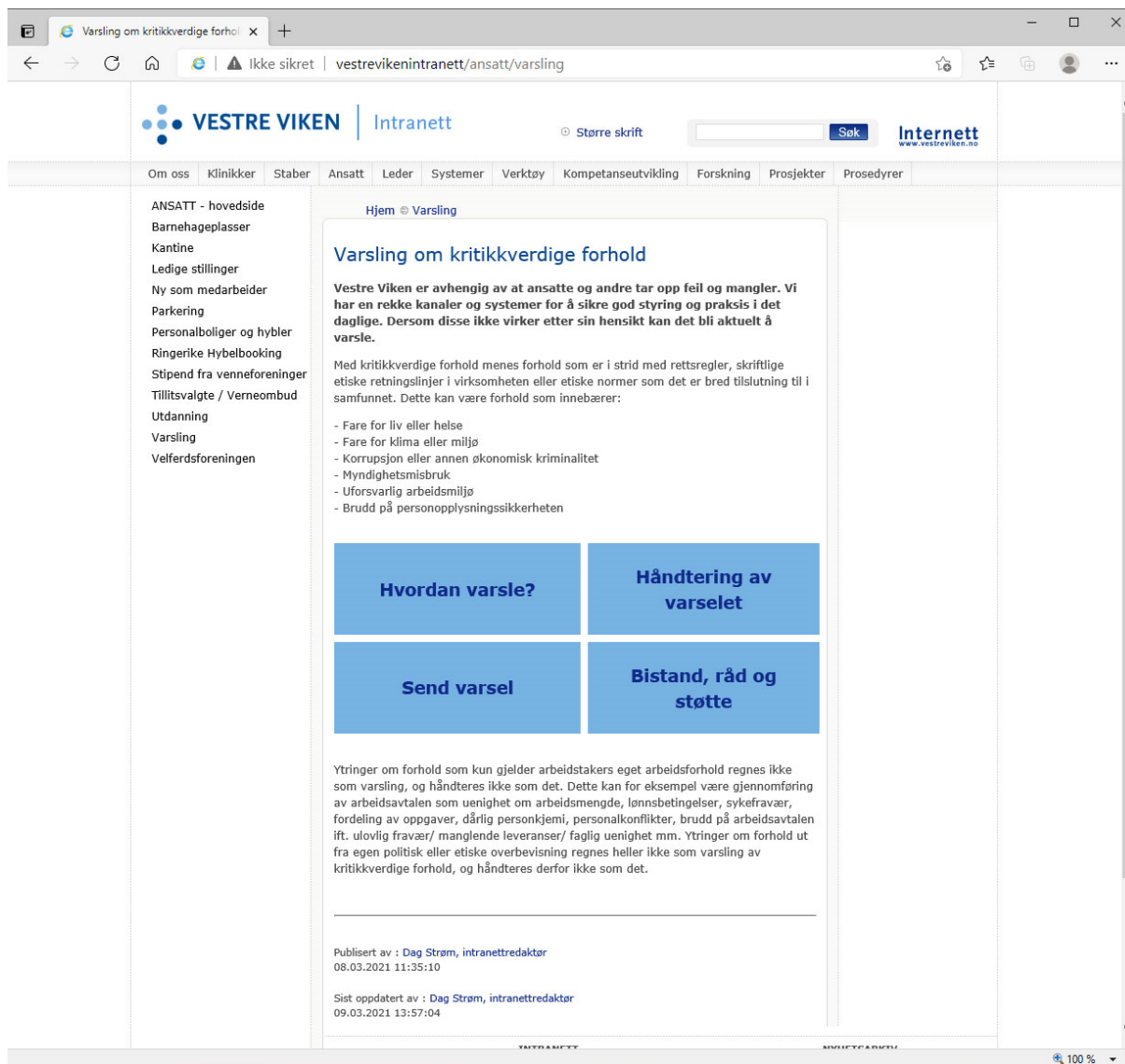
Innhold: I tillegg til Modul 1 gjennomføres videre opplæring via:  
Kurs/seminar/samlinger/webinar/eksterne kurs/møter/dilemmatrening/workshop

## Kommunikasjonsplan

Oppdatere informasjon på Vestre Vikens intranettside:

- Varlingsknapp på forsiden
- Informasjonsside for varsling
- Lenker direkte til prosedyren med tilhørende hjelpeskjema og varslingskjema

Forøvrig vises til vedlegg 7.



The screenshot shows a web browser window displaying the intranet page for reporting critical conditions. The page title is "Varsling om kritikkverdige forhold". The main content includes a heading "Varsling om kritikkverdige forhold" and a paragraph explaining that Vestre Viken is dependent on employees and that there are several channels and systems to ensure good management and practice. It lists various types of critical conditions, such as safety, climate, corruption, and data security. Below the text are four blue buttons: "Hvordan varsle?", "Håndtering av varselet", "Send varsel", and "Bistand, råd og støtte". The page also includes a sidebar with navigation links and a footer with publication and update dates.

Varsling om kritikkverdige forhold

Hjem » Varsling

### Varsling om kritikkverdige forhold

Vestre Viken er avhengig av at ansatte og andre tar opp feil og mangler. Vi har en rekke kanaler og systemer for å sikre god styring og praksis i det daglige. Dersom disse ikke virker etter sin hensikt kan det bli aktuelt å varsle.

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

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

**Hvordan varsle?**      **Håndtering av varselet**

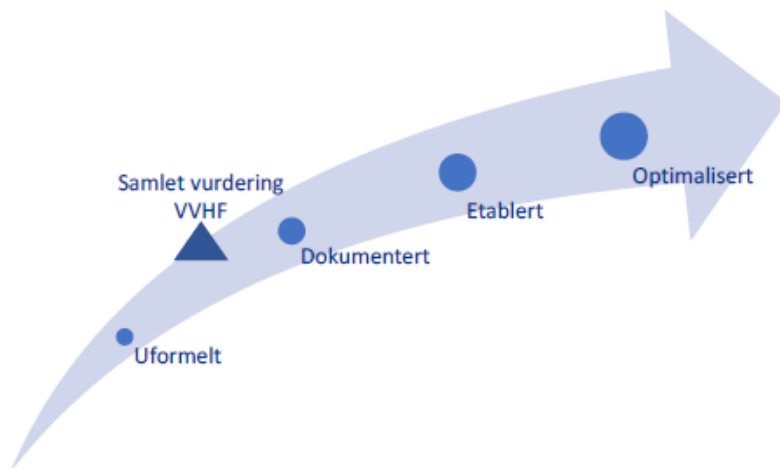
**Send varsel**      **Bistand, råd og støtte**

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

Publisert av : Dag Strøm, intranettredaktør  
08.03.2021 11:35:10

Sist oppdatert av : Dag Strøm, intranettredaktør  
09.03.2021 13:57:04

Konsernrevisjonen vurderer at alle helseforetak bør være på nivå 3 eller 4.



**Figur 1: Modenhet i utforming av varslingsordningen**

Vedlegg:

1. Handlingsplan
2. Prosedyre for varsling i Vestre Viken HFssaker
3. Mandat for varslingsutvalget
4. Skjema for varsling
5. Hjelpeskjema for leder
6. Kommunikasjonsplan

Bakgrunn	Aktivitet	Ansvar	nr	Tiltak	Fremdrift/frist	Gjennomført innen frist Ja /Nei
Konsern-revisjon	Styrking av varslingsutvalgets (VU) rolle og kompetanse/ rådgivende enhet	Direktør Kompetanse	1	Definere rollene i VU (hvem sitter i utvalget)	31.08.2021	
			2	Rollebeskrivelser (ansvar etc)	31.10.2021	
			3	Gjennomføre felles grunnopplæring for VUs medlemmer	31.10.2021	
			4	Beskrive rutine for eventuell varsling på AD, styret eller VUs medlemmer	31.05.2021	ja
			5	Definere BDO sin rolle	31.10.2021	
			6	Ledersamling nivå 1-3: Informasjon	31.10.2021	
			7	Ledersamling nivå 1-4: Informasjon	01.09.2021	
			8	Etablere system for registrering av alle varslingssaker	31.12.2021	
			9	E-læringskurs	31.10.2021	

Konsern-revisjon	Varslingsrutinen må oppdateres med gjeldende krav i varslingsbestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling	Direktør Kompetanse	1	Dialog med øvrige	31.05.2021	ja		
			2	Dialog med Arbeidstilsynet	30.04.2021	ja		
			3	Utarbeidet prosedyre	30.04.2021	ja		
			4	Ledermøte	18.05.2021	ja		

Konsern-revisjon	Økt kompetanse og bevissthet hos alle ansatte/ opplæring og kommunikasjon	Direktør Kompetanse	1	Kompetansemål for alle ansatte, ledere og varslingsutvalget	30.04.2021	ja
			2	E læring Modul 1 - alle ansatte - utarbeidet HSØ felles for alle foretak pluss link til egne rutiner	30.09.2021	
			3	E læring Modul 2 - jobbes inn i eksisterende opplæring for ledere, dette i tillegg til Modul 1	31.10.2021	
			4	E læring Modul 3 tilrettelagt for Varslingutvalg. Dette må utarbeides etter at det er bestemt hvem som skal sitte i varslingutvalget og hvor kompetansemål er satt.	31.10.2021	
			5	Rigg/plan for gjennomføring utarbeides sammen med E læring	31.10.2021	
			6	Kommunikasjonplan utarbeides	31.05.2021	ja

## Målgruppe

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

## Hensikt

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

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

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

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

## Ansvar

**Administrerende direktør** har ansvar for:

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

**Leder:**

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

**Ansatte:**

- har et ansvar for å medvirke til å forebygge og bidra til et godt arbeidsmiljø, jfr. aml §§ 2-3 og 4-6



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

#### **Verneombud:**

- skal representere de ansattes interesser som angår arbeidsmiljøet og se til at hensynene til sikkerhet, helse og velferd ivaretas, jfr. aml §§ 6-2 og 6-3.
- varslingsplikt til arbeidsgiver. Verneombudet skal varsel arbeidsgiver om forhold som medfører ulykkes- og eller helsefare i arbeidsmiljøet, samt påse at saken følges opp jfr. aml § 6-2 tredje ledd

#### **AMU/HAMU**

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

#### **Tillitsvalgte:**

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

#### **HR Utvikling og lederstøtte:**

- har ansvar for at ledere får nødvendig faglig støtte i forbindelse med håndtering av som om varsling

#### **BHT**

- kan bistå i håndteringen av varslet dersom det er ønsket
- rolleavklaring i den enkelte sak

#### **Varslingsutvalget**

- Varslingsutvalget er et uavhengig og et overordnet kompetanseorgan som skal bidra inn i VV systematiske HMS- og forbedringsarbeid. Varslingsutvalget skal være et uavhengig organ med solid kompetanse på varsling og som bidrar med rådgivning, håndtering av komplekse saker, samt opplæring og bevisstgjøring i helseforetaket. Dette betyr overfor ansatte, ledere, vernetjenesten og tillitsvalgtapparatet.

## **Fremgangsmåte ved varsling av kritikkverdige forhold, jfr. aml. § 2A-2**

### **Intern varsling, jfr. aml. § 2A-2 (1)**

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

- a) til arbeidsgivers eller en representant for arbeidsgiver
- b) i samsvar med virksomhetens rutiner for varsling

- c) i samsvar med varslingsplikt
- d) via verneombud, tillitsvalgt eller advokat

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

Trinn	Tiltak/ aktivitet	Ansvar
<p><b>1. Hvordan varsle?</b></p>	<p>Varsling i Vestre Viken er melding om kritikkverdige forhold og kan skje på flere måter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ansatte oppfordres til å melde fra til nærmeste leder eller leders leder</li> <li>➤ Ansatte kan melde fra til varslingsutvalget, <a href="mailto:VVHFPBVarsling@vestreviken.no">VVHFPBVarsling@vestreviken.no</a>.</li> <li>➤ Ansatte kan også melde fra via en mottaksadresse, Adressen er via denne nettsiden: <a href="https://u.bdo.no/Cx82NwX">https://u.bdo.no/Cx82NwX</a>.</li> </ul> <p>VV har avtale med BDO Compliance om mottak av varsel. Avtalen er at, etter mottatt varsel, sendes varslet til Varslingsutvalget for ordinær håndtering.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dersom varslet gjelder Administrerende direktør sendes varslet til styreleder</li> <li>➤ Dersom varslet gjelder Styreleder sendes varslet til HSØ</li> <li>➤ Dersom varslet gjelder medlemmer i styret sendes varslet til Styreleder</li> <li>➤ Dersom varslet gjelder et eller flere medlemmer i Varslingsutvalget sendes varslet til Administrerende direktør</li> </ul>	<p>Varsler</p>
<p><b>2. Anonym varsling</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Det er anledning til å varsle anonymt Vestre Viken</li> <li>➤ Dersom det varsles anonymt innebærer det at det ikke er mulig å kontakte varsler i ettertid. Manglende opplysninger ved anonym varsling kan medføre at varslet ikke kan håndteres på grunn av at arbeidsgiver ikke kan etterspørre ytterligere informasjon.</li> <li>➤ Ønskes råd og veiledning kan TV, VO eller annen tillitsperson kontaktes</li> </ul>	<p>Varsler</p>
<p><b>3. Hva bør et varsel inneholde av informasjon?</b></p>	<p>Et varsel bør inneholde informasjon om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ fullt navn på varsler</li> </ul>	<p>Varsler</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ dato for melding</li> <li>➤ tidsrom, dato og klokkeslett for hendelsen/-e</li> <li>➤ konkret hva som er observert/ hva har skjedd</li> <li>➤ sted for hendelsen/-e</li> <li>➤ hvem er involvert</li> <li>➤ vitner, andre som har observert hendelsen/-e</li> <li>➤ andre hendelser som har betydning for saken</li> </ul>	
<b>4. Håndtering av varslet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mottaker skal først søke å avklare de faktiske forhold omkring varslet</li> <li>➤ Mottaker skal avgrense mot øvrige HMS-prosedyrer for håndtering. Det betyr at i de tilfeller der varslet dekkes av andre prosedyrer for håndtering følges disse. For eksempel dersom varslet gjelder en konflikt benyttes rutine for konflikthåndtering</li> <li>➤ Avklare videre saksbehandling</li> <li>➤ Avklare gjeldene regelverk/ rutiner/ tariffavtaler, retningslinjer mm</li> <li>➤ Avklare roller i videre håndtering. Hvem skal være med/ involveres i videre saksgang</li> <li>➤ Avklare fullmakter og ansvar. Hvem har fullmakter til hva og hvordan</li> </ul>	Mottaker av varslet
<b>5. Vern mot gjengjeldelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gjengjeldelse eller negative konsekvenser overfor en arbeidstaker som varsler er forbudt, jfr. aml. § 2A-4. Dette gjelder også for ansatte som gir til kjenne at retten til å varsle vil bli benyttet</li> <li>➤ Dersom det er nødvendig skal arbeidsgiver sørge for tiltak som er egnet til å forebygge gjengjeldelse</li> <li>➤ Dersom arbeidstaker legger frem opplysninger som gir grunn til å tro at det har funnet sted en gjengjeldelse, må arbeidsgiver sannsynliggjøre at det likevel ikke foreligger en gjengjeldelse</li> </ul>	Mottaker av varslet
<b>6. Tilbakemelding til varsler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ved mottak av varslet skal varsler ha en bekreftelse på at varslet er mottatt og videre saksgang</li> <li>➤ Dersom det ikke er funnet kritikkverdige forhold skal varsler</li> </ul>	Mottaker av varslet

	<p>informeres om dette, og at saken avsluttes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dersom det er funnet kritikkverdige forhold skal varsler informeres om dette, og eventuelt utfallet av saken</li> </ul>	
<p><b>7. Tilbakemelding til den det er varslet på</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dersom det ikke er funnet kritikkverdige forhold skal den det er varslet på informeres om dette og at saken er avsluttet</li> <li>➤ Dersom det er funnet kritikkverdige forhold følges dette opp videre overfor den det er varslet på. En slik sak kan medføre en advarsel (muntlig eller skriftlig), oppsigelse eller en avskjed (suspensjon)</li> </ul>	Mottaker av varslet
<p><b>8. Omsorgsansvar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Under sakens gang har leder et ansvar for å ivareta samtlige av de som er involvert. Det betyr at alle har krav på et forsvarlig arbeidsmiljø under en pågående sak om varsling. Omsorgsansvaret gjelder overfor både varsler og den det er varslet på. Prinsippet er for varsler nedfelt i aml § 2A-3, samt under bestemmelser om arbeidsgivers aktivitetsplikt mm.</li> </ul>	Mottaker av varslet
<p><b>9. Upartiskhet og nøytralitet</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Leder som håndterer varslet har plikt til å opptre upartisk, både verbalt og i adferd overfor samtlige parter, berørte og øvrige ansatte</li> <li>➤ Dersom den det er varslet på selv er part i saken, skal sak om varsling håndteres på neste ledernivå</li> </ul>	Mottaker av varslet
<p><b>10. Kartlegging av de faktiske forhold</b> - <b>Arbeidsgivers aktivitetsplikt</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mottaker av varslet skal undersøke de påstander om kritikkverdige forhold snarest mulig</li> <li>➤ Saken skal være så godt som mulig opplyst før beslutning i saken tas</li> <li>➤ Kontradiksjon, alle parter skal få anledning til å komme med sitt syn på saken. Den det varsles på skal gjøres kjent med varslet og mulighet til å redegjøre for sitt syn</li> <li>➤ De involverte ansatte kan ha med seg tillitsvalgt, verneombud eller annen tillitsperson i samtaler/ møter</li> <li>➤ Gjennomfør samtaler med de involverte, både varsler den/de det varsles på og ev andre. Forutfor</li> </ul>	Mottaker av varslet

	<p>samtalene er det viktig å tenke igjennom møtestruktur, hensikten med samtalene, hva skal informeres om (rutiner, regelverk, rammeverk på området), samt avklarer fremdrift for saken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Varslingsaken behandles konfidensielt</li> </ul>	
11. Dokumentasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sakens håndtering skal dokumenteres skriftlig. Det betyr skriftliggjøring av møter, instruksjer, avtaler, brev, vitner, referater, fremdriftsplaner, e- poster, egne notater mm. Referater sendes den ansatte til gjennomlesning. Dersom arbeidsgiver og arbeidstaker er uenig i referatets innhold legges eventuelle kommentarer fra den ansatte som et vedlegg til arbeidsgivers referat</li> </ul>	Mottaker av varslet

### Ekstern varsling, jfr. aml. § 2A-2 (2) og (3)

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

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

## Definisjoner <sup>i</sup>

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

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

- a) Fare for liv eller helse
- b) Fare for klima eller miljø
- c) Korrupsjon eller annen økonomisk kriminalitet
- d) Myndighetsmisbruk
- e) Uforsvarlig arbeidsmiljø
- f) Brudd på personopplysningssikkerheten

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

## Gjengjeldelse er forbudt

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

## Endringer fra forrige versjon

Prosedyren er godkjent i HAMU 4. mai 2021

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

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

## Referanser

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

Lovens forarbeider, [prp74L \(2018-2019\).pdf](#)

## Referanser

Skjema for varsling,

Hjelpeark leder, [Hjelpeark leder varsling.pdf](#)

Mandat for Varslingsutvalget, [Mandat Varslingsutvalget i Vestre Viken HF.3.pdf](#)

# Mandat for Varslingsutvalget i Vestre Viken HF (VV)

## Bakgrunn

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

## Kompetanse og sammensetning

Utvalget ledes av stabsdirektør utpekt av administrerende direktør. Nærstaben sørger for sekretærfunksjon for utvalget. Direktør kompetanse peker ut representanter fra sitt område.

Varslingsutvalget bør være representert fra både arbeidsgiver- og arbeidstakersiden, slik at hensynet til (relativ) uavhengighet er ivaretatt. Representant fra de tillitsvalgte utpekes av fagorganisasjonen.

Varslingsutvalget består av personell med ulike fagkompetanse. Viktige kompetanseområder som må være dekket er juridisk, HR omkring personalsaker og ledelse, HMS og systematiske HMS arbeid, samt systemer for registrering og dokumentasjon. Dersom varslingsutvalget mangler kompetanse i forhold til konkrete spørsmål/oppgaver, er utvalget pliktig å søke råd eksternt eller i andre kompetanseområder i foretaket.

## Roller og funksjon

### Uavhengig organ

Varslingsutvalget skal være et uavhengig organ med solid kompetanse som bidrar med rådgivning, håndtering av komplekse varslingssaker, samt opplæring og bevisstgjøring om varslingsordningen og regelverket omkring dette i helseforetaket. Dette betyr dialog med ansatte, ledere, vernetjenesten og tillitsmannsapparatet.

Varslingsutvalget skal bidra til å kvalitetssikre en upartisk og nøytral håndtering av saker om varsling av kritikkverdige forhold i VV. Varslingsutvalget kan beslutte at utvalget selv håndterer varslet, eller at varslet oversendes linjen for håndtering, alternativt at varslet håndteres av en ekstern aktør (eks BHT, advokat, revisor).

Varslingsutvalget håndterer varslingssaker i møter der samtlige medlemmer innkalles. Utvalget er beslutningsdyktig ved simpelt flertall (dvs. når halvparten av medlemmene er til stede).

### Forholdet til linjen

I de tilfeller der det besluttes at saken skal håndteres i linjen, utreder Varslingsutvalget saken og anbefaler tiltak. Saksutredning med eventuelle forslag til tiltak fremlegges for rett ledernivå i foretaket i eget notat. Varslingsutvalget har ikke myndighet til å pålegge at det skal iverksette tiltak. Det er den enkelte leder i foretaket som endelig avgjør hvordan saken skal følges opp videre.

Det er ikke hensiktsmessig at varslingsutvalget involverer seg i saker som er til behandling i linjen, blant annet for å hindre parallelle prosesser. Varslingsutvalget vil derfor avstå fra å behandle saker som har en pågående behandling i linjen. Dersom varslingsutvalget vurderer at behandling av kritikkverdige forhold ikke blir tilfredsstillende behandlet i linjen, vil dette i seg selv kunne være å betrakte som en varsling som utvalget da kan gå inn i.

### Oversikt over saker

Varslingsutvalget skal ha en samlet oversikt over antall og type varslingssaker, nettopp som et bidrag til det systematiske HMS- og forbedringsarbeid. Dersom varslingsutvalget har tilvist en sak til

behandling i linjen skal den aktuelle lederen sende informasjon til varslingsutvalget om oppfølgingen og utfallet av saken når den avsluttes.

#### Behandling av mottatt varsel

Varslingsutvalgets beslutning er ikke et enkeltvedtak og kan ikke påklages.

Varslingsutvalget skal behandle mottatte varsler om kritikkverdige forhold i samsvar med Prosedyre for varsling i VV (dok.id xxx).

#### Forholdet til administrerende direktør

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

#### **Årsrapport**

Utvalget skal årlig, innen 31.februar, utarbeide årsrapport. Årsrapporten skal redegjøre for varslingsutvalget arbeid, omtale av behandlede varslingssaker på en uidentifiserbar måte, samt egen evaluering av sitt arbeid. Årsrapporten legges frem for HAMU, Styret og Administrerende direktør.



## Skjema for varsling av kritikkverdige forhold i Vestre Viken HF

### Hva gjør du?

1. Det anbefales at varselet sendes til nærmeste leder. Dersom varselet gjelder nærmeste leder skal det varsles til neste ledernivå eller til varslingsutvalget. Alternativt kan det alltid varsles via verneombud eller tillitsvalgt. Varsel til varslingsutvalget sendes [varsling@vestreviken.no](mailto:varsling@vestreviken.no)
2. Vestre Viken ønsker at varselet skal underskrives med navn. Da kan arbeidsgiver innhente ytterligere opplysninger fra varsleren og gi tilbakemelding om hva som gjøres med forholdet. Varslerens identitet skal så langt som mulig behandles fortrolig av alle involverte parter.
3. Dersom du likevel ønsker å være anonym kan det ivaretas ved at du sender varselet via fysisk post til arbeidsgiver. Det er også mulig å benytte en ekstern varslingstjeneste, driftet av BDO AS. Den eksterne tjenesten er en formell mottaker som registrerer saken og sender den videre til Vestre Vikens varslingsutvalg. [Du kan kontakte eksternt varslingsmottak her](#). Arbeidsgivers mulighet til å følge opp anonymt varsel kan være begrenset.
4. Du skal så raskt som mulig etter at varselet er sendt motta bekreftelse om at saken er mottatt og samtidig informasjon om videre saksgang.

<b>Navn (varsler)</b>	
<b>Sykehus/Avdeling/seksjon</b>	
<b>Dato</b>	
<b>Tidsrom, dato, klokkeslett for hendelsen</b>	
<b>Hva er observert/hva har skjedd?</b>	
<b>Sted for hendelsen</b>	
<b>Vitner ev andre som har observert hendelsen</b>	
<b>Annen informasjon som har betydning for saken</b>	

## Prosedyre for varsling – Arbeidsgivers aktivitetsplikt og omsorgsansvar

Hjelpearke leder: Nærmere om avklaring av de faktiske forhold som varslet bygger på

### Avklaring av de faktiske forhold

Mottaker av varslet skal først søke å avklare om det foreligger varsling om et kritikkverdig forhold. Det viktig å avklare innhold med varsler, og vi anbefaler at dette tas i et møte og referatføres. Tema for møtet er da varslers redegjørelse for innholdet i varslet, se prosedyre pkt. 2 under fremgangsmåte for varsling. I de tilfeller der varslet er muntlig er det også naturlig at leder ber om en skriftliggjøring av varslets innhold i tillegg til møtet, selv om vi ikke kan kreve det. Det avgjørende er at varsler får legge frem sin redegjørelse slik at mottaker kan vurdere om det foreligger et varsle om kritikkverdig forhold eller om saken skal håndteres etter andre prosedyrer i Vestre Viken, eks konflikthåndtering, sykefravær eller som en personalsak. I de tilfeller varslet er anonymt må leder forholde seg til det som står, og deretter kartlegge saken videre.

Det er ikke slik at vi må være enige om de faktiske forhold, men vi må vite hva det varsles om før varslet håndteres videre.

Deretter må leder kartlegge videre saken innhold overfor samtlige berørte, en kartlegging av de faktiske forhold. Er det slik som beskrevet av varslers, hva sier den/ de som det er varslet på? Nyttige tips i en slik kartlegging kan være:

- Leder innkalle den/ de varslet gjelder til samtale/-er, og legger frem varslet innhold. Den/ de varslet gjelder legger frem sin redegjørelse. Hensikten er å sette seg inn i partenes ulike perspektiver og kartlegge faktiske hendelser. Samtalen/-e skal ha en undersøkende karakter.
- Skal sørge for at påstander blir konkretisert i møtet, slik at vedkommende har mulighet til kontradiksjon? Hva har jeg/ vi gjort, mot hvem og når?
- Samtalen skal referatføres, i tillegg til eventuelle egne partsforklaring. Parten skal godkjenne/gis anledning til å kommentere referatet skriftlig.
- Skal gi informasjon/oppfordre til at de involverte ansatte kan ha med seg tillitsvalgt, verneombud eller annen tillitsperson i møtet.

### Avklaring av videre prosess

- Når det er klarlagt at det foreligger et varsle om kritikkverdig forhold skal prosedyre for varsling i VV følges. Det betyr at videre saksgang, prosedyre for varsling gjennomgås og med varslers. De/ den som er varslet på bør få samme informasjon.
- Dersom vi finner at det ikke foreligger et varsel om kritikkverdig forhold skal varslers og de øvrige berørte informeres om dette.

### Arbeidsgivers omsorgsansvar

- Under sakens gang har leder et ansvar for å ivareta samtlige av de som er involvert. Det betyr at alle har krav på et forsvarlig arbeidsmiljø under en pågående sak om varsling.

### Dokumentasjon

Sakens håndtering skal dokumenteres skriftlig. Det betyr skriftliggjøring av møter, instruksjoner, avtaler, brev, vitner, referater, fremdriftsplaner, e- poster, egne notater mm. Referater sendes den ansatte til gjennomlesning. Dersom arbeidsgiver og arbeidstaker er uenig i referatets innhold legges eventuelle kommentarer fra den ansatte som et vedlegg til arbeidsgivers referat.

## KOMMUNIKASJONSPLAN – Nye Varslingsrutiner 2021

Gruppe/Navn	Når	Innhold og kanal	Hensikt	Ansvar	Forankring/avtale	Kommentarer
Klinikkens ledergrupper inkl. TV og HVO	August/september 21	Gjennomgang av nye varslingsrutiner.	Implementere nye rutiner. Sørge for bred forankring		Foretaksledelsen	
Intranett	Regelmessig nyhet og fast Varslingsknapp	Varsling – temaside om varsling	Info. til alle ansatte		Direktør stab kompetanse sammen med kommunikasjonsavdelingen	
Interaktive skjermer	Samtidig som det lanseres på Intranett	Varsling – «høydepunkter»	Informasjon, forankring og sette team varsling på agendaen for å skape interesse/opplutning		Kommunikasjonsavdelingen sammen med aktuell klinikkledelse	
Dialogmøter TV/VO	Settes på agenda i alle dialogmøtene	Gjennomgang av nye varslingsrutiner	Skape engasjement og kunnskap om nye rutiner. Dempe mostand og skape opplutning.		Foretaks- og klinikkledelse	
AMU	AMU etter sommerferien 21	Sak i alle AMU'er (tilsvarende som er gjennomført i HAMU mai 2021)	Forankre rutiner i alle AMU'er		AU – AMU'ene.	
Info. Om opplæring	Etter at materialet for opplæring er klart. August/september 21	Informere om form, tid og sted i linja samt på Intranett.	Størst mulig deltagelse på modulopplæringen. Skape interesse for tema Varsling		Stab kompetanse	

Mal godkjent 10.01.11

Dato: 25. mai 2021

Saksbehandler: Elin Onsøyen

## Saksfremlegg

### Møteplan for styret i Vestre Viken HF 2022

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	50/2021	15.06. 2020

### Forslag til vedtak

Styret godkjenner møtekalender 2022 der følgende styremøter inngår:

Mandag 31. januar  
Mandag 28. februar  
Mandag 28. mars  
Mandag 25. april  
Mandag 30.mai  
Mandag 20.juni  
Mandag 29. august  
Mandag 26. september  
Mandag 31. oktober  
Mandag 28. november  
Mandag 19. desember

Styret har styreseminar i tilknytning til styremøtene i juni og september; heldagsmøte inkludert seminar 20. juni på kvelden og styremøte og seminar med overnatting 26. – 27. september.

Drammen, 25. mai 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

### Bakgrunn

Postadresse:  
Vestre Viken HF  
3004 Drammen

Telefon: 32 80 30 00  
Org. Nr: 894.166.762

E-postadresse: [postmottak@vestreviken.no](mailto:postmottak@vestreviken.no)  
Webadresse: [www.vestreviken.no](http://www.vestreviken.no)

Møteplan for styret for 2022 skal legges fram for styret til behandling.

### **Saksutredning**

Utgangspunktet for møteplanen er norsk kalender for 2022 med helligdager.

Styremøtene i 2022 er som tidligere år lagt til mandager:

Mandag 31. januar  
Mandag 28. februar  
Mandag 28. mars  
Mandag 25. april  
Mandag 30.mai  
Mandag 20.juni  
Mandag 29. august  
Mandag 26. september  
Mandag 31. oktober  
Mandag 28. november  
Mandag 19. desember

Det foreslås at styret har styreseminar i tilknytning til styremøtene i juni og september; heldagsmøte inkludert seminar 20. juni på kvelden og styremøte og seminar med overnatting 26. – 27. september.

I tillegg må styret påregne en dagsamling med alle foretakstyrene i Helse Sør-Øst i februar/mars 2022 i forbindelse med foretaksmøte og oppdrag og bestilling for 2022. Datoen fastlegges av Helse Sør-Øst RHF på et senere tidspunkt.

Styremøtene gjennomføres i tidsrommet kl.10-15.

Styrets møter vil legges til ulike lokasjoner i foretaket slik det har vært tradisjon for tidligere år.

Styreutvalget skal ha sine møter cirka 14 dager i forkant av styremøtene.

Møteplan 2022 for administrativt arbeid i Vestre Viken tar utgangspunkt i datoene for styremøtene. Møteplanen oppdateres kontinuerlig når det er endringer som får konsekvenser for planlagte møter. Møter i regi av Helse Sør-Øst RHF legger føringer for møtedatoer i Vestre Viken. Vedlegget viser oversikten for planlagte møter i 2022 for foretaket pr. mai 2021.

**Vedlegg:**

1. Møteplan i Vestre Viken 2022 (årskalender for foretaket pr. mai 2021)

2022	Vestre Viken HF									HSØ RHF							
	Styret Mandag	SKU Tirsdag	HAMU Tirsdag	BU Onsdag	FTV/ FHVO Torsdag	OPM Onsdag Fredag	LEDER- SAMLING	Annet	OSU Mandag	Styret	DIR Torsdag	DIR FAG Onsdag	DIR ØKO	DIR HR	DIR KOMM	DIR TEK	OPM HSØ- VV
Januar	31	-	-	26	20	26 28	Nivå 1-2 11-12	11 PORT			27						
Februar	28	1	8	23	10	23 25		22 PORT	Partner ?	10	24						
Mars	28	1	-	23	3 og 24	23 25	Nivå 1-3 17-18	15 BRK		10							4
April	25	12	5	20	21	27 29				27 - 28	7						1
Mai	30	3	10*	25 tirsdag	19	25 27		29 BRK			12						6
Juni	20	14	7	15	16	15 17		14 PORT		23	9						3
August	29	-	-	24	25	24 26	Nivå 1-2 23-24	30 BRK		25							
September	26	6	13	21	15	21 23	Nivå 1-4 1 Nivå 1-3 29-30	20 PORT		22	8						2 30
Oktober	31	4	-	26	6 og 27	26 28	Pasient- uke 17-21			20	13						28
November	28	8	1	23	17	23 25		15 BRK 21 PORT		16-17	3						
Desember	19	6	13	14	15	14 16				15	1						9

HAMU \*Ved behov

Møteplanen oppdateres kontinuerlig ved ny informasjon. Partnerskapsmøte med kommunene i februar. Ikke fastlagt dato pr nå.

Merk: Påske 10. april – 18. april, 26. mai: Kristi Himmelfartsdag, 2. pinsedag 6. juni

## SPESIALISTHELSETJENESTENS RAPPORT FOR SAMFUNNSANSVAR 2020



Vi skal være ledende i  
vårt arbeid med miljø  
og bærekraft



## Rapport om samfunnsansvar

- Rapporten er den tredje fellesrapporten for de fire regionale helseforetakene
- Utarbeidet av Samarbeidsutvalget for klima og miljø i spesialisthelsetjenesten
- Rapporten omfatter alle helseforetakene i landet og de felleseide selskapene
- Innholdet i rapporten handler om:
  - klima og miljø
  - menneskerettigheter og arbeidstakerrettigheter
  - Antikorrupsjon
- Rapporten er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet



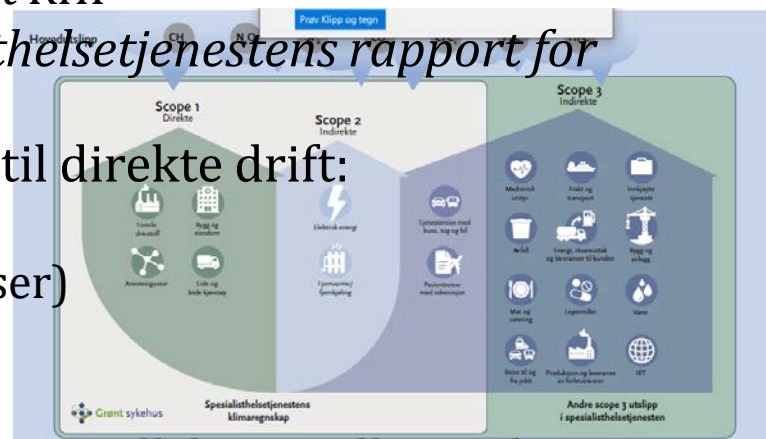
# Klimaregnskap

- I 2018 ble et felles system for klimaregnskap tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten:
  - Foretakene rapporterer årlig miljøaspekter i en felles webportal som driftes av Sykehusbygg HF og Helse Sør-Øst RHF

- Årlig klimaregnskap fremstilles i *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar*.

- Klimaregnskapet omfatter utslipp knyttet til direkte drift:

- energiforbruk
- forbruk av lystgass og kuldemedier (F-gasser)
- transport av ansatte i tjenestereise
- transport av pasienter



- Klimaregnskapet omfatter ikke forbruksmateriell, legemidler og kjøp av tjenester som er vesentlige kilder til klimautslipp fra sykehus
- Klimaregnskapet videreutvikles årlig og det er en ambisjon å tydeliggjøre forbruksbasert fotavtrykk på sikt

## Nytt i 2020

- Anestesigassene Desfluran, Sevofluran og Isofluran er lagt til i klimaregnskapet for 2020

Anaesthetic gases

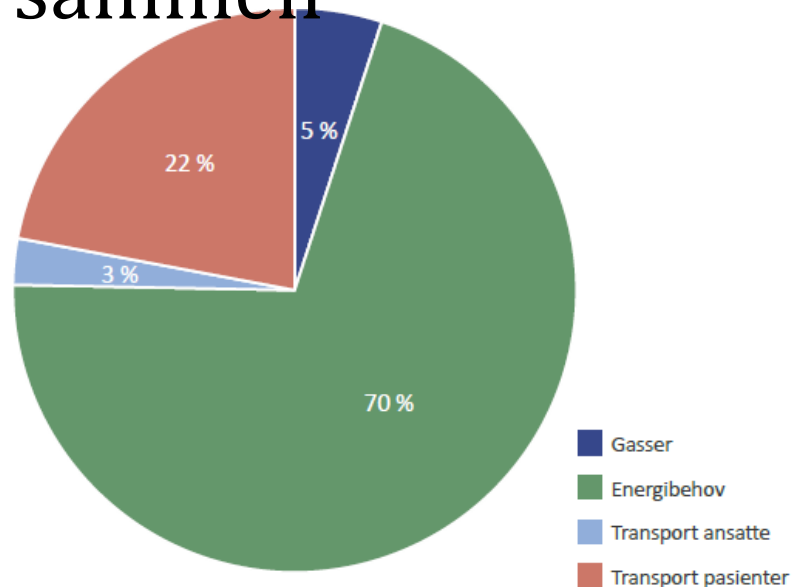
Anaesthetic gases	100-year global warming potential (kgCO <sub>2</sub> e/kg)
Sevoflurane	130
Isoflurane	510
Desflurane	2540
Nitrous oxide (N <sub>2</sub> O)	298

## Resultater klimaregnskap 2020

Norske sjukehus sparte over 37 000 tonn CO<sub>2</sub>-utslipp i 2020

- til sammenligning er det årlige utslippet fra ST. Olav på 30 475 tonn til sammen

- VV 22 141 tonn (2020)



## Nedgangen skyldes



- Færre reiser, både for pasienter og ansatte
  - nye digitale måter å jobbe på i koronaåret, eks. sårstell via videokonferanse (UNN Harstad)
  - ansatte i spesialisthelsetjenesten gjennomførte 71% færre flyreiser i 2020 sammenlignet med 2019. Dette er en reduksjon på nesten 10 000 tonn CO<sub>2</sub>, som svarer til 1800 gonger rundt jorda med fly og over 130 MNOK spart i flybilletter
- Lavere energiforbruk
  - i følge Meteorologisk institutt var 2020 det varmeste året siden målingene startet for 120 år siden

## 46 saker fra ulike HF

- DIGITALE HELSETJENESTER (St. Olav)
- STELLER SÅR VIA SKJERM (UNN)
- TEKNISK DRIFT VED NORDFJORD SJUKEHUS TAR VARE PÅ YTRE MILJØ
- HELSE SØR-ØST SLUTTER SEG TIL EIENDOMSSEKTORENS VEIKART FOR GRØNN OMSTILLING
- OPPDATERT MILJØPOLICY I SYKEHUSINNKJØP
- VARIASJON I FORBRUK AV ANESTESIGASSER
- AKERHUS UNIVERSITETSSYKEHUS ER EN SYKKELVENNLIG ARBEIDSPASS
- ARBEID MOT ARBEIDSLIVSKRIMINALITET I HELSE BERGEN
- ETISK HANDEL-PRISEN 2020 TIL SYKEHUSINNKJØP

## Link til rapporten

- <https://helse-vest.no/nyheiter/nyheiter-2021/norske-sjukehus-sparte-over-37-000-tonn-co2-utslepp-i-2020>

# ÅRSRAPPORT 2020

## Vestre Viken HF



# Innholdsfortegnelse

<b>Årsberetning</b> .....	<b>3</b>
Om helseforetaket .....	3
Organisering .....	3
Pasientbehandling .....	4
- Aktivitet .....	4
- Samhandling .....	5
Forskning og innovasjon .....	6
Teknologi .....	7
Utdanning .....	8
Brukermedvirkning .....	8
Personale .....	8
- Arbeidsmiljø .....	8
- Sykefravær .....	9
- Antikorrupsjonsarbeid .....	11
Likeverd og likestilling .....	11
Ytre miljø .....	12
Økonomi .....	13
Fremtidsutsikter .....	15
Styret .....	16
Glimt fra 2019 .....	17
<b>Årsregnskap</b> .....	<b>25</b>
Resultatregnskap .....	26
Balanse - eiendeler .....	26
Balanse - egenkapital og gjeld .....	27
Signatur på regnskapet .....	27
Prinsippnote (Note 0) .....	28
Note 1 – 22 .....	31
Kontantstrømoppstilling .....	47
Revisors beretning .....	48



# Årsberetning

## 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 innbyggere i 22 kommuner.

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 distriktpsykiatriske sentre, tilbud innen barne- og ungdomspsykiatri samt tverrfaglig spesialisert rus- og avhengighetsbehandling.

Det økonomiske målet for 2020 var et resultat på 248 millioner kroner. Det regnskapsmessige resultatet ble 272,9 millioner kroner, etter overføring av Covid-19-midler til 2021. Koronapandemien har preget foretaket siden smitteutbruddene i mars 2020, og gjort året spesielt.

Vestre Viken hadde 9 868 ansatte som til sammen utførte 7 637 årsverk. Året før utførte 9 615 ansatte 7 357 årsverk.

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

## ORGANISERING

Administrerende direktør i foretaket er Lisbeth Sommervoll.



Vestre Viken er pr. 31.12.2020 organisert i åtte klinikker: Bærum sykehus, Drammen sykehus, Kongsberg sykehus, Ringerike sykehus samt tversgående klinikker for prehospitale tjenester, medisinsk diagnostikk, psykisk helsevern og rusbehandling samt intern service. Denne organiseringen ble etablert i 2012. Det er i tillegg en sentral stab som er organisert under fem stabsdirektører: direktør for kompetanse, direktør for fag, direktør for økonomi, direktør for teknologi og direktør for administrasjon og samfunnskontakt. Prosjektdirektør for Nytt sykehus i Drammen og medisinsk direktør inngår også i foretaksledelsen, som består av klinikk- og stabsdirektørene.

Foretaket ledes av et styre som ved utløpet av året har elleve medlemmer, hvorav fire er oppnevnt av og blant de ansatte. Styrets leder er Siri Hatlen, som overtok styreleder vervet 26. februar 2020 fra Torbjørn Almlid.

## PASIENTBEHANDLING

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

### Aktivitet

Aktiviteten har vært preget av koronapandemien. Foretakets sykehus var i gul beredskap i den innledende fasen av pandemien i Norge. Dette medførte nedstengning av tilnærmet all planlagt somatisk aktivitet. Pandemien har også påvirket døgnopphold og andel øyeblikkelig hjelp i de somatiske sykehusene. Aktiviteten ble trappet opp igjen fra mai/juni, da sykehusene gikk over i grønn beredskap. Det er imidlertid ikke oppnådd normal aktivitet.

Innen psykisk helsevern og rusbehandling ble det også stengt for ordinær planlagt behandling. Klinikker for psykisk helse og rus tilbød pasientene telefon- eller videokonsultasjoner, og det var en rask og høy vekst innen disse formene for konsultasjon. Reduksjonen i aktivitet ble derfor mindre enn i somatikken, og det har samlet vært økt aktivitet innen psykisk helsevern og rusbehandling sammenliknet med året før.

Vestre Viken hadde ca. 63 900 døgnopphold på somatiske sykehus, og om lag 3 900 døgnopphold innen psykisk helse og rus/avhengighetsbehandling. Det var til sammen 693 000 polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger innenfor somatikk og psykisk helsevern/rus- og avhengighetsbehandling.

Innen somatikk har det vært en reduksjon i døgnopphold på ca. 9,7 prosent, dagopphold på ca. 4,6 prosent og polikliniske konsultasjoner på ca. 4,2 prosent fra året før. Innen psykisk helsevern/rus- og avhengighetsbehandling har det vært en økning i døgnopphold på ca. 3,5 prosent og polikliniske konsultasjoner på ca. 4,5 prosent.

### ISF-poeng

Vestre Viken mottar innsattsstyrt finansiering målt i ISF-poeng for somatisk aktivitet (ISF=innsattsstyrt finansiering). Samlet utgjorde denne finansieringen om lag 105 500 ISF-poeng, ca. 8,5 prosent lavere enn fjoråret.

I 2017 ble det innført innsattsstyrt finansiering (ISF) av poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette utgjorde 52 147 ISF-poeng i 2020, en økning på 5,7 prosent fra året før.

### Dreining fra døgnbehandling til dagbehandling

Foretaket har som mål at aktivitetsøkning hovedsakelig skal skje innen dagbehandling og poliklinisk behandling. Det har vært arbeidet med å behandle flere av akuttpatientene poliklinisk ved alle de somatiske sykehusene. Flere pasienter som var innkalt til planlagt kirurgi ved Drammen sykehus, møtte til innleggelse samme dag som operasjonen. Dette reduserer antall liggedøgn.

Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har antall pasienter som får tilbud fra FACT-team økt i løpet av året. Det forventes å bety at mer av behandlingen skal skje poliklinisk/ambulant og mindre ved innleggelse.

### Økning i video- og telefonkonsultasjoner og digitale egenregistreringer

Det er en målsetning å øke andelen hjemmebehandling ved hjelp av digitale løsninger som video- og telefonkonsultasjoner og bruk av egenregistreringer. Pandemien medførte at det både innenfor somatikk og psykiatri ble iverksatt tiltak for å kunne tilby polikliniske konsultasjoner ved bruk av telefon og video. 5,2 prosent av konsultasjonene innen somatikk og 28,7 prosent innenfor psykisk helsevern/rusbehandling ble gjennomført digitalt. Dette er en betydelig økning sammenliknet med tidligere år. Det er viktig at foretaket utvikler seg videre innenfor dette området.

Oppfølging ved egenregistrering er et satsningsområde. Egenregistrering vil si at pasienten selv rapporterer egen tilstand, og dette blir avgjørende for hva slags oppfølgingsbehov pasienten har. Innen somatikken er oppfølging av epilepsipasienter etablert på denne måten og flere pasientgrupper er under implementering.

Innen psykisk helsevern har Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i lengre tid benyttet en digital løsning med kartleggings skjemaer fra pasienter, pårørende og andre (f.eks. lærere). Fra juni 2020 ble dette også tatt i bruk innen resten av Klinikker for psykisk helse og rus. Om lag 1 300 pasienter ble registrert i løsningen fram til nyttår.

### Overholdelse av pasientavtaler

Reduksjon av planlagt aktivitet i forbindelse med koronapandemien har ført til at færre pasientavtaler er overholdt enn i 2019. Andel pasientavtaler som ble overholdt er 89,2 prosent.

Pasienter som kan få en dårligere prognose om planlagt behandling utsettes, blir prioritert.

#### *Ventetid*

Koronapandemien har resultert i lengre ventetider både i somatikken og innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Styringsmålet ble av den grunn modifisert på dette området i foretaksmøte 25. juni 2020. Prioritering av pasienter er utført slik at den økte ventetiden har vært forsvarlig.

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som fikk avviklet time innen somatikk var 59 dager. Dette er en økning på 3 dager sammenliknet med 2019, og over opprinnelig mål på 54 dager. Fagområder med lang ventetid har vært øyesykdommer, plastikk-kirurgi og endokrinologi (hormonsykdommer).

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

I psykisk helsevern for barn og unge var gjennomsnittlig ventetid for hele året 45 dager. Dette er to dager lengre enn året før og åtte dager lengre enn målet som var 37 dager. Det er gjort flere tiltak for å øke den polikliniske aktiviteten, og antall konsultasjoner endte godt over planen. Ventetiden ble redusert mot slutten av året, og var 38 dager i siste kvartal.

#### *Pakkeforløp kreft*

Samlet for alle pakkeforløp startet 72 prosent av pasientene behandling innen standard forløpstid. Målet, som var minst 70 prosent, ble dermed nådd, noe som innebærer en forbedring fra 60 prosent i 2019. Det er oppnådd forbedringer innen flere pakkeforløp, men målet oppnås ikke for alle forløpene. Forbedringsarbeidet fortsetter i 2021, og det er etablert forbedringsteam innen lungekreft, prostatakreft og gynekologisk kreft.

#### *Etablering av PET-CT*

Undersøkelser med PET-CT ble startet ved Avdeling for bildediagnostikk, Drammen sykehus i juni 2020. Fram til da ble pasientene henvist til Oslo universitetssykehus for slike undersøkelser. Dette innebærer et betydelig fremskritt innen nukleærmedisin i Vestre Viken. Tilbudet i 2020 har vært begrenset til to dager i uken og vil gradvis bli utvidet i 2021. PET-CT er et viktig diagnostisk

hjelpemiddel, ikke minst i kreftbehandlingen, og vil forbedre forløpstidene i noen av pakkeforløpene.

#### *Sykehusinfeksjoner*

Forekomsten av sykehusinfeksjoner (ervert i eget foretak og oppstått i andre helseforetak) var gjennomsnittlig 2,3 prosent målt i to prevalensundersøkelser. Forekomsten av sykehusinfeksjoner ervert i eget foretak var gjennomsnittlig 0,9 prosent. Dette er lavere enn året før, og bedre enn både gjennomsnittet i Helse Sør-Øst og landsgjennomsnittet. Koronapandemien med omfattende smitteverntiltak har bidratt til å redusere forekomsten av sykehusinfeksjoner.

#### *Kvalitet og pasientsikkerhet*

Arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er helt grunnleggende for foretaket. Vestre Viken etablerte i 2019 et program for kontinuerlig forbedring, og det har blitt utdannet mange forbedringsagenter og forbedringsveiledere. Foretaket er kommet lengre med innføring av daglig risikostyring og etter innføringen av verktøyet «grønt kors», fortsetter arbeidet med å ta i bruk «grønt kors 2» som retter oppmerksomheten på hvordan ansatte løste arbeidsdagens utfordringer og stimulerer til læring.

#### *Elektronisk kurve og medikasjon*

Regional elektronisk kurve- og medikasjonsløsning er innført ved de fleste avdelinger ved Bærum sykehus og Drammen sykehus med 2 800 brukere. Prosjektet ble forsinket på våren på grunn av koronapandemien. Senere har innføringen holdt god fremdrift, og mesteparten av det tapte er tatt igjen.

Innføring av elektronisk kurve- og medikasjonsløsning i hele foretaket fullføres i løpet av 2021. Løsningen bidrar til økt kvalitet i pasientbehandlingen og økt pasientsikkerhet, spesielt knyttet til ordinasjon og administrasjon av legemidler, og til at data nå foreligger elektronisk for alle involverte i pasientbehandlingen. Tilbakemeldinger fra brukerne er gjennomgående gode.

#### *Samhandling*

Foretaket har avtaler med alle 22 kommuner i helseforetakets opptaksområde, og ordningen med et overordnet samarbeidsutvalg og fem lokale samarbeidsutvalg er videreført.

Hovedområder i samhandlingsarbeidet med kommunene har vært riktig bruk av rehabiliteringsressurser og videreutvikling av FACT-teamene, et samordnet behandlingsopplegg fra

spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for pasienter med alvorlig psykisk sykdom.

Det er gjort et betydelig arbeid med å innføre pakkeforløp innen psykisk helsevern og TSB. Registreringer er innført gradvis. Oppfølging av disse pakkeforløpene vil prioriteres også i 2021.

Helsefelleskapet Vest-Viken er blitt etablert med Vestre Viken og de 22 kommunene i opptaksområdet som partnere. Samarbeidet er organisert i tre nivåer. På nivå 1 møtes kommuneledelsen og foretaksledelsen, inkludert styret i Vestre Viken (partnerskapsmøter). Nivå 2 er et strategisk samarbeidsutvalg hvor representanter fra kommuner og helseforetaket møtes. På nivå 3 etableres det fagutvalg som arbeider med konkrete prosjekter (f.eks. fagutvalg for barn og unge).

## **FORSKNING OG INNOVASJON**

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

### **Forskning**

Vestre Viken er ansvarlig for 70 pågående forskningsprosjekter, noe som er en liten økning fra 65 prosjekter året før. I tillegg bidrar forskere som er ansatt i foretaket i mange nasjonale og internasjonale samarbeidsprosjekter. Forskning innen hjerte, nevrologi og alvorlige psykiske lidelser er de mest omfattende, men også prosjekter innen pneumoni og kreft øker. I 2020 ble det igangsatt en rekke studier innen Covid-19-forskning, og flere artikler har blitt publisert i anerkjente fagtidsskrifter. Foretaket har for tiden sju vitenskapelige stillinger; to professorer ved Universitetet i Oslo (UiO) og fem førsteamanuenser, hvorav tre er ved UiO, en ved Universitetet i Bergen og en ved Oslo Met.

Av foretakets totale driftsbudsjett ble 0,74 prosent brukt på forskning, omtrent det samme som året før. Målsettingen er å øke andelen, både ved økning av interne og eksterne midler.

### *Doktorgrader*

Åtte doktorgrader utgikk fra Vestre Viken. Tre av doktorgradene er innen psykisk helse, to innen kvinne/barn, en innen nevrologi, en innen hjerneslag og en innen ortopedi.

### *Forskningspoeng*

Forskningsproduksjonen måles nasjonalt med forskningspoeng, som inkluderer publiserte vitenskapelige artikler og doktorgrader. I 2019 fikk Vestre Viken 98,78 forskningspoeng, samme nivå som 2018. (Tallene for 2020 er ikke klare før april 2021.)

Foretaket hadde 20 eksternt finansierte prosjekter; åtte doktorgradsprosjekter, fire fra strategiske midler, tre postdokprosjekter, tre nettverk (to nasjonale og ett regionalt), ett forskerstipend samt midler til deltakelse i ett nasjonalt nettverk.

### *Satsing på kliniske studier*

Det ble satset på å legge til rette for kliniske studier. Foretaket er nasjonal koordinerende institusjon for 12 studier og deltar i 37 studier. Det er 25 pågående studier i oppdrag/samarbeid med industri. Av disse var det fem nye kontrakter/studier i 2020.

### **Innovasjon**

Det satses på innovasjon gjennom program for digital hjemmeoppfølging. Det er sju pågående slike innovasjonsprosjekter. Sommeren 2020 ble foretaket tildelt sysselsettingsmidler som er allokert til dette programmet. Midlene brukes til lokale prosjektledere og til å utforme arbeidsplasser for ansatte som skal gjennomføre digitale konsultasjoner.

### *Innovasjonsprosjekter*

Ved utgangen av året var det 22 pågående prosjekter, de fleste innenfor brukerdrevet innovasjon. På grunn av Covid-19-pandemien ble det utviklet en digital løsning for egenregistrering av ansatte som var i karantene eller fraværende som følge av luftveissymptomer (ARES). Dette ga arbeidsgiver oversikt over tilgjengelige personalressurser.

Det er tildelt 300 000 kroner i interne midler til innovasjon, fordelt på 6 pilotprosjekter.

### *Eksterne midler*

Fem innovasjonsprosjekter fikk eksterne midler fra Helse Sør-Øst: Bruk av kunstig intelligens i billediagnostikk (1,5 millioner kroner),



videokonsultasjon medisinsk avstandsoppfølging – BUPA (500 000 kroner), avstandsoppfølging hjemmedialyse (250 000 kroner), digital sårtjeneste (250 000 kroner) og medisinsk avstandsoppfølging av KOLS (250 000 kroner).

Det ble meldt inn tre disclosures of invention (DOFI) til Inven2, som er Vestre Vikens kommersialiseringspartner. Det er ønskelig at nytt sykehus i Drammen brukes som en motor for det videre arbeidet med innovative løsninger.

I 2019 ble Vestre Viken tildelt inntil 10 millioner kroner fra Innovasjon Norge for etablering av et innovasjonspartnerskap for videosamtaler til AMK. I september ble det inngått kontrakt med leverandøren Incendium. Pilotering av løsningen starter i april 2021.

## TEKNOLOGI

### *Ny teknologi tatt i bruk i 2020*

Foretaket har tatt i bruk flere nye teknologiske løsninger. Noen er omtalt i tidligere avsnitt. De viktigste øvrige er videoløsning fra Norsk Helsenett for pasientkonsultasjoner, regional løsning for fosterovervåking, digital skanner for patologi og løsning for sikker e-post på foretakets mobiltelefoner (for å øke informasjonssikkerheten). Løsning for digital egenregistrering (CheckWare) ble tatt i bruk innen psykisk helsevern og rus fra juni 2020.

I september ble sikre grensesnitt i journalsystemet DIPS innført, noe som gjør det mulig å ta i bruk dokumentinnsyn i kjernejournal i 2021. Foretaket har gjennomført forberedelser til å ta i bruk flere nye løsninger i 2021, herunder digitale ventelistebrev, pasientens egenregistreringsskjema via helsenorge.no, statistisk logganalyse, doseovervåkingssystem og oppgradering av RIS/PACS. I program for digital hjemmeoppfølging er det gjort forberedelser for å inkludere nye pasientgrupper i 2021, blant annet IBD (gastro/inflammatorisk tarmsykdom), hjemmedialyse, KOLS og respirasjonsstøtte CPAP/BiPAP.

### *Forenkling og standardisering av IKT-systemer*

I samarbeid med Sykehuspartner har foretaket fortsatt arbeidet med å sanere og standardisere applikasjoner i tråd med regionale mål. Hensikten er å forenkle og standardisere IKT-systemene som gjør forvaltningen mer driftseffektiv. Det letter også overgangen til Windows 10.

Vestre Viken er blant foretakene i Helse Sør-Øst med høyest andel PC-er som er oppgradert til Windows 10. Ved utgangen av året var 5 252 av 7 998 PC-er oppgradert til Windows 10 (66 prosent). Plan for å oppgradere resterende PC-er vil fastsettes i 2021.

Det er igangsatt et moderniseringsprosjekt for å utbedre IKT-infrastruktur i lokale datarom og datanettverk. Hensikten er å sikre mer stabile tjenester og legge til rette for bedre responstid for brukerne. Arbeidet fortsetter i 2021.

Det er også etablert en ny mobilplattform som gjør det mulig å bruke funksjonstelefoner, og igangsatt arbeid med ny telekomplattform.

I 2019 og 2020 er det gjennomført et større arbeid innenfor IKT systemforvaltning, informasjonssikkerhet og personvern. Det er etablert strukturer og rutiner som sikrer en mer tydelig ledelsesmessig forankring og god virksomhetsstyring innenfor dette området. Arbeidet følges opp i 2021.

### *IKT-løsninger til Nytt sykehus i Drammen*

Planlegging av IKT-løsninger til Nytt Sykehus i Drammen (NSD) har vært en viktig oppgave. Foretaket deltar aktivt i regionale prosjekter og har satt i gang lokale aktiviteter for å sikre nødvendige IKT-leveranser før innflytting i nytt sykehus. Det er identifisert 16 IKT-prosjekter/leveranser som er spesielt viktige.

### *Medisinskteknisk utstyr*

Det er investert i medisinsk-teknisk utstyr for å erstatte utrangert utstyr. I tillegg kommer investeringer som følge av økt behov og teknologisk utvikling. Koronapandemien har også medført behov for ekstra utstyr. Utstyrsparken har en innkjøpsverdi på 1,2 milliarder kroner med en verdivektet gjennomsnittsalder på 6,14 år ved utløpet av året. Dette anses å være tilfredsstillende.

### *Behandlingshjelpemidler*

Det er stor vekst i behov for behandlingshjelpemidler (BHM), det vil si medisinsk utstyr til hjemmebehandling styrt av spesialisthelsetjenesten. Ved utgangen av året var det registrert utlån av 25 861 enheter. Det ble behandlet 28 886 leveringsordre, en vekst på 15,2 prosent fra året før. Utstyr innen diabetesbehandling utgjorde 56 prosent av foretakets varekostnader når det gjelder behandlingshjelpemidler. Nye produkter som ble tatt inn i nasjonal innkjøpsavtale innen diabetes førte til økte kostnader.

## UTDANNING

Vestre Viken samarbeider tett med en rekke utdanningsinstitusjoner og tilbyr ca. 1 500 praksisplasser til studenter i helsefaglig utdanning.

Det har vært 54 sykepleiere ansatt i utdanningsstillinger innen anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie samt barneintensivsykepleie. Foretaket er godkjent lærebedrift og har lærlingplasser i helsearbeiderfaget og ambulansefaget. Det var ved årets utgang 18 helsearbeiderlærlinger og 34 ambulanselærlinger. I tillegg var det to portørlærlinger, en lærling som institusjonskokk og en lærling innen medisinsk teknologi.

### *Leger i spesialisering (LIS)*

Foretaket har søkt om godkjenning for 32 spesialiteter i spesialistutdanningen for leger. Saksbehandlingstiden er lang. To spesialiteter er godkjent, de øvrige har midlertidig godkjenning. Fire leger har gjennomført instruktørutdanning i Veiledning i regi av RegUt HSØ og holder veiledningskurs for leger i foretaket. Ytterligere to leger er påmeldt, men kursene ble utsatt fra 2020 til 2021.

### *E-læring*

E-læring benyttes i stor grad i foretaket. E-læringskurs ble enda mer aktuelt på grunn av restriksjoner knyttet til fysiske samlinger. Det har blitt laget mange nye kurs, og tradisjonelle kurs har blitt digitalisert. Mye samarbeid på tvers av foretak og regioner har vært både effektivt og faglig nyttig.

## BRUKERMEDVIRKNING

Vestre Vikens Brukerutvalg har arbeidet i henhold til sitt mandat og i samsvar med regionale føringer. Leder og nestleder deltar på styrets møter, og har anledning til å uttale seg og komme med forslag i saker som angår pasienttilbudet.

Brukerutvalget er representert i alle åtte klinikker (to personer i hver klinikk), i klinikkenes kvalitetsutvalg, i utvidede klinikkledermøter sammen med ansattes representanter og i «tyngre prosjekter». Brukere deltar aktivt i arbeidet med nytt sykehus i Drammen.

Brukerutvalget er også representert i Sentralt kvalitetsutvalg og i Forskningsutvalget. I tillegg er brukerne representert i det nyetablerte strategiske samarbeidsutvalget (helsefelleskap).

### *Ungdomsrådets arbeid*

Ungdomsrådet gir råd og innspill til hvordan barn og unge kan få det bedre som pasienter og pårørende. Medlemmene i Ungdomsrådet har ulik alder, kjønn og etnisitet, og har erfaringskompetanse fra både fysiske og psykiske helseutfordringer. Ungdomsrådet følges opp av en koordinator fra Lærings- og mestringssenteret (LMS) og kontaktpersoner fra avdelinger som behandler barn og unge.

2020 har vært et spesielt år, også for Ungdomsrådet. Rådet har hatt 10 møter som i stor grad har vært gjennomført digitalt. Ungdomsrådet har gjennomført flere digitale workshops med fagavdelingene. De har blant annet arbeidet med e-læringskurs til unge pasienter ved Barne- og ungdomsavdelingen og sammen med BUPA arbeidet med hvordan videokonsultasjoner kan gjennomføres. Det er vanskelig for ungdommene å delta i møter ved avdelingene fordi disse i stor grad skjer på dagtid. Tilbakemeldinger viser at avdelingene setter pris på innspill ved hjelp av video. Ungdomsrådet har derfor laget to nye videoer til bruk i avdelingenes opplæring og møter. En av videoene «Ungdom på voksenavdeling» har vært et av satsningsområdene. Den andre videoen er laget for å gi råd til hvordan prehospitaltjenester kan møte ungdom med psykisk sykdom.

Ungdomsrådet har også sammen med BUPA arbeidet med pårørendeinformasjon og FACT, i tillegg til å delta på foreldrekurs i regi av habilitering.

## PERSONALE

### *Arbeidsmiljø*

Vestre Viken skal ha en kultur som er preget av et utviklingsorientert, godt og helsefremmende arbeidsmiljø med motiverte og engasjerte medarbeidere.

Året har vært preget av koronapandemien. Mange medarbeidere har hatt en arbeidshverdag preget av smittevern, risikovurderinger og stor arbeidsbelastning. Evnen til å vise kreativitet og fleksibilitet har vært stor, og mange har måttet takle nye og uventede situasjoner. Arbeid med det psykososiale arbeidsmiljøet har vært viktigere enn noen gang, og det har blitt fulgt opp og håndtert på en god måte. I et år preget av pandemi har foretaket forsterket tilbudet om psykososial støtte og veiledning til medarbeidere og ledere.

### *Krav til lederferdigheter*

Lederne har det overordnede og helhetlige ansvaret for å drifte egen enhet, og for å sørge for at målene som er satt nås innenfor gitte tidsfrister og økonomiske rammer. Ledelse av komplekse kompetansevirksomheter stiller store krav til lederferdigheter, og disse har blitt ytterligere utfordret som følge av pandemien. Strategisk og taktisk analyse og handlekraft har blitt satt på prøve, med tilhørende utfordringer knyttet til informasjon og ivaretagelse både av pasientsikkerhet og medarbeidere.

Pandemien har preget store deler av året. Samtidig som smittevernprosedyrer måtte følges og medarbeideres trygghet ivaretas, skulle også mest mulig ordinær drift opprettholdes. Det har vært behov for beredskap når det gjelder akutt krisehåndtering og lederne har fått tilbud om coaching og kompetanseheving innen kriseledelse.

### **Ressursstyring**

God kunnskap om lov- og avtaleverk og aktivitetsstyrt ressursplanlegging, er avgjørende for å sikre leders oppfølging av egen drift, samt at arbeidstidsbestemmelsene overholdes.

Det er etablert et eget team som bistår klinikkene i systematisk tilnærming til aktivitetsstyrt ressursplanlegging. Teamet gjennomgår i samarbeid med klinikkene bemanning og kompetanse, bruk av innleie fra vikarbyrå, ekstrahjelp og overtid, i tillegg til aktivitet og kapasitet (herunder forbedring av forløp).

### *Arbeidstidsbestemmelser*

Det var ca. 32 500 brudd på arbeidstidsbestemmelsene, mens det året før ble registrert ca. 36 500 brudd. Rapportering viser at ca. 14 prosent av brudd på arbeidsmiljøloven (AML) kan knyttes til pandemien. Det ble inngått sentrale avtaler med alle fagforeningene for turnusarbeidere, som foretaket benyttet frem til juli. Det ble avtalt høyere grenser for overtid når det gjelder dag, uke og over en fireukersperiode. Som følge av de sentrale avtalene ble det færre AML-brudd første halvår mens andre halvår har vært sammenlignbart med 2019. Det ble utarbeidet en handlingsplan for å redusere antall AML-brudd i foretaket. Dette arbeidet videreføres i 2021.

### *Sosiale forhold*

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 foretaket 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. Som følge av pandemien har det blitt iverksatt mange smittevernsrelaterte opplæringstiltak.

Smittevernsbegrensninger for deltakere på møter og kurs har satt et sterkt preg på arbeidshverdagen til mange. Bruk av hjemmekontor har vært et viktig smitteverntiltak der hvor arbeidsoppgavene tillater det. Den elektroniske plattformen, som erstatning for fysiske møter, påvirker de sosiale forholdene på arbeidsplassen.

Det ble anbefalt ikke å gjennomføre samlinger før julehøytiden. Foretaksledelsen besluttet å dele ut en oppmerksomhet til alle medarbeidere (en gavepose med smakfulle overraskelser av god kvalitet). Det ble tatt godt imot.

### **Sykefravær**

Sykefraværet måles i antall sykefraværsdager delt på antall mulige arbeidsdager. Sykefraværet inkluderer ikke fravær på grunn av barns sykdom. Totalt var sykefraværet 8,1 prosent, en økning i forhold til året før da sykefraværet var 7,4 prosent. Korttidsfraværet i 2020 (1-16 dager) var 2,7 prosent. Langtidsfraværet endte på 5,4 prosent mot 5,1 prosent året før. Koronarelatert fravær registreres i ressursplanleggingssystemet GAT og kan måles i prosent med antall fraværstimer i henhold til mulige timer. Det totale korttidsfraværet var 2,3 prosent når det er justert for koronarelatert fravær.

### *Tiltak for å redusere sykefraværet*

Vestre Viken og NAV Arbeidslivssenter signerte en overordnet samarbeidsavtale. Avtalen bygger på erfaringer fra forsterket innsats for å redusere sykefravær i perioden 2018 – 2019, at helseforetakene er en av sju bransjer som skal få ekstra bistand fra NAV, og øvrige føringer i gjeldende IA-avtale. På slutten av året startet foretaket en partssammensatt prosess for å inngå samarbeidsavtale med NAV. Det skal identifiseres satsingsområder for IA-arbeidet de neste to årene.

Vestre Viken har i økende grad benyttet IA-virkemiddelet «ekspertbistand» for å finne løsninger for medarbeidere med hyppig gjentakende eller

langvarig fravær. Det er startet et forbedringsprosjekt som skal identifisere mulige tiltak. Det er også gjennomført kompetanseheving i sykefraværsoppfølging digitalt i tillegg til obligatoriske kurs i helhetlig system for lederoppfølging. Det er utarbeidet en metodikk med sjekklister som beskriver anbefalt prosess for å redusere sykefraværet i klinikker eller store avdelinger. Denne metodikken har over tid vist gode resultater, blant annet i Klinik for intern service som har redusert sykefraværet betraktelig.

Flere av IA-avtalens virkemidler for arbeidsmiljøarbeid ble utviklet i løpet av året. Risikofaktorene i sykehus og organisering av arbeidsprosesser vektlegges. Koronapandemien begrenset dessverre mulighetene til å samles for å bruke verktøyene i prosesser for å styrke arbeidsmiljø og samspill.

#### *Springbrett*

«Springbrett»-samarbeidet med NAV Vest-Viken er et godt verktøy for å øke inkluderende rekruttering og kompetanse om inkludering i foretaket. Gjennomføringen ble avbrutt på grunn pandemien. Involverte parter har i stedet prioritert øvrige tiltak for å nå inkluderingsdugnadens mål, herunder å hente inn erfaringer til en rapport som kan bidra til å videreutvikle Springbrett, utvikle rutiner for mer inkluderende rekruttering og vurdere traineeordningen og rapporteringsmuligheter.

#### **Helse, miljø og sikkerhet**

Foretaket har etablert gode verktøy for HMS-arbeid, blant annet Forbedringsundersøkelsen, HMS-runden, HMS-rutiner, «Snakk om forbedring», avvikssystem og medarbeidersamtaler. Verktøyene som benyttes utfyller hverandre og gir god oversikt over risikobildet i den enkelte enhet.

Fortsatt arbeid med å utvikle kompetanse blant ledere, vernetjeneste og medarbeidere er sentralt for at foretaket skal ha et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø. Informasjon, veiledning og opplæring gis derfor systematisk på flere arenaer.

Håndtering av avvik og kvalitetssikring av saksbehandlingen er viktig. Foretaket har opprettet et system for å gjennomgå konkrete saker som er meldt som avvik for å undersøke om det er sammenheng mellom helse, miljø og sikkerhet (HMS) og pasientsikkerhet. Dette vil danne grunnlag for å kunne iverksette mer målrettede forbedringstiltak.

#### *Kartlegginger og risikovurderinger*

Det systematiske HMS-arbeidet gjøres hovedsakelig ved kartlegging gjennom Forbedringsundersøkelsen, HMS-runden og verktøyet «Snakk om forbedring», med påfølgende risikovurderinger og handlingsplaner. Dette gir både foretaket som helhet, og den enkelte enhet, en oversikt over ulike arbeidsmiljøutfordringer og risikofaktorer som igjen danner grunnlag for å utarbeide lokale handlingsplaner med konkrete tiltak. Klinikkenes handlingsplaner og resultater av iverksatte tiltak vil følges opp i månedlige møter.

«Team pasientsikkerhet» er blitt opprettet. Teamet skal gjennom foretakets avvikssystem Synergi, blant annet se på hvilken betydning uønskede HMS-hendelser har for pasientsikkerheten. Sammen med resultater etter Forbedringsundersøkelsen og «Snakk om forbedring», er målet å bidra til at foretaket får frem sammenhengene mellom HMS og pasientsikkerhet på en tydeligere måte, noe som igjen vil danne grunnlaget for forbedringsarbeid.

Sikringsrisikoanalyser er gjennomført i hele foretaket. Gjenstående arbeid med handlingsplaner vil gjennomføres i løpet av 2021. Sikkerhet og trygghet på jobb for medarbeiderne våre er også viktig for å kunne gi god og trygg helsehjelp.

#### *Ulykker, vold og trusler*

Smittevern har hatt den største økningen blant registrerte avvik. Dette skyldes hovedsakelig hendelser knyttet til Covid-19; smittefare, mulig smitte fra pasient og bruk av personlig verneutstyr. For øvrig viser oversikten det samme bildet som tidligere år. Vold/trusler/utagerende atferd er den dominerende kategorien etterfulgt av psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø. Flere registrerte hendelser innen psykososialt /organisatorisk arbeidsmiljø har ført til konsekvenser også for pasienter.

Det er meldt 54 hendelser til NAV som omfatter yrkesskade. Av disse er ni hendelser knyttet til vold og trusler og 22 hendelser knyttet til mulig påført smittsom sykdom under arbeid i foretaket.

Når det gjelder innmeldte hendelser som gjelder vold, trusler om vold, utagerende atferd og trakassering er det meldt inn 842 hendelser, hvorav 763 er innmeldt fra Psykisk helse og rus.

Det arbeides systematisk med opplæring av ansatte når det gjelder å forebygge og håndtere vold og trusler. Det jobbes også med kartlegging og risikovurdering på dette området. På grunn av pandemien har opplæringsvirksomheten vært lavere enn planlagt.



### *Bedriftshelsetjenesten*

Foretaket har avtale om bedriftshelsetjeneste med Synergi Helse AS i Drammen. Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning regulerer hvilke typer tjenester bedriftshelsetjenesten skal og kan bistå foretaket (oppdragsgiver) med. Bedriftshelsetjenesten har bistått med systematisk HMS-gjennomgang i avdelingene, planarbeid og løpende HMS-bistand etter bestilling. Her kan særskilt nevnes «trekantsamtaler» med gravid arbeidstaker og nærmeste leder under svangerskap.

### **Varslingsutvalget**

Vestre Viken ønsker å ha en åpenhetskultur, og har tilrettelagt for at det kan varsles til et partssammensatt varslingsutvalg. Varslingsutvalget skal følge opp varsler om kritikkverdige forhold og sikre at mottatte varsler følges opp på en god måte. Foretaket har også en avtale med et eksternt varslingsmottak, blant annet for å kunne håndtere anonyme varsler. Det informeres om varslingsutvalget til nyansatte, på grunnleggende lederopplæring og i egne fagsamlinger, i tillegg til at det finnes utdypende informasjon om hvordan medarbeidere kan varsle på intranett.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har gått igjennom foretakets varslingsordning, og kommet med forslag til flere tiltak som kan styrke ordningen ytterligere. En intern arbeidsgruppe vil legge fram en plan for hvordan tiltakene skal iverksettes i april 2021.

### **Antikorrupsjonsarbeid**

Det er en prioritert oppgave å sørge for at foretakets ressurser brukes på en effektiv måte, slik at ingen tilegner seg urettmessige goder som kunne ha vært brukt til pasientbehandling.

Det nasjonale foretaket Sykehusinnkjøp gjennomfører anskaffelser på vegne av foretaket. For å forebygge korrupsjon vurderes habilitet i anskaffelsesprosesser, og avtalelojalitet følges opp. Det er interne retningslinjer for å innhente tilbud fra flere leverandører ved lokale innkjøp. Foretaket har et elektronisk bestillingssystem som sikrer arbeidsdeling og bestilling i henhold til fullmakt. Fullmaktreglementet gir begrensninger for hvilke avtaler som inngås.

Retningslinje for samhandling med selskaper regulerer gaver til ansatte og til helseforetaket.

Registreringspraksis for bierverv er endret fra 2020. Alle bierverv skal registreres, og det skal gis bekreftelse på at alle bierverv er oppgitt.

Foretaket har en varslingsordning som gjør det mulig å varsle til andre enn linjeledelsen dersom det er mistanke om korrupsjon.

### *E-læringskurs om antikorrupsjon og etikk*

Alle ansatte skal gjennomføre e-læringskurs i foretakets etiske retningslinjer. Totalt har 52 prosent gjennomført disse kursene i perioden 2015-2020. Dette er ikke tilfredsstillende, og vil følges opp med informasjon og tiltak ut i lederlinjen. Klinikkene blir fulgt opp og det forventes en forbedring på dette området i 2021.

### **LIKEVERD OG LIKESTILLING**

Foretaket har dessverre ikke kunnet prioritere ressurser til drive aktivt, planmessig og målrettet arbeid for å fremme likestilling og hindre diskriminering i den grad som hadde vært ønskelig. Ansattes rettigheter har likevel vært sikret ved at man over lang tid har arbeidet med og hatt en kultur for å sikre likestillings- og diskrimineringslovens formål. I praksis innebærer likestilling å gi alle arbeidstakere like rettigheter og muligheter til arbeid, faglig utvikling og avansement. Likestilling handler imidlertid også om å anerkjenne forskjeller og mangfold. Forbudet mot diskriminering følges opp i aktiviteter knyttet til rekrutteringsprosesser, inkluderende arbeidsliv, lønns- og arbeidsvilkår, kompetanse- og utviklingsmuligheter og beskyttelse mot trakassering.

### *Målrettet arbeid mot diskriminering*

Det gis føringer for arbeid mot mobbing og trakassering i prosedyre for HMS, Ansvar, roller og myndighet i systematisk HMS-arbeid, og prosedyre ved mobbing og trakassering på arbeidsplassen. I HMS-strategien for 2019-2022 vektlegges videreutvikling, tilbakemeldingskultur og samarbeidsrelasjoner for å forebygge destruktive konflikter, mobbing og trakassering. Både diskriminering, likestilling, mobbing og trakassering inngår i den årlige medarbeiderundersøkelsen «Forbedring» hvor resultatene skal følges opp og defineres i handlingsplaner. Metodikken i «Snakk om forbedring» kan være et hensiktsmessig verktøy i dette arbeidet for å få frem konkrete forbedringstiltak.

### *Likestilling og rekruttering*

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. Rekrutteringsrutiner vektlegger likestilling gjennom åpenhet fra stillinger blir lyst ut til tilsetting.

Foretaket har hatt et særlig fokus på personer med nedsatt funksjonsevne og «hull i CV», og å utvikle tiltak for å bidra til Regjeringens inkluderingsdugnad. Å ta vare på ansatte i ulike livsfaser og å tilrettelegge for de som har nedsatt funksjonsevne, er en viktig målsetning for inkluderende arbeidsliv. Seniorpolitikk har vært et satsingsområde, og seniorsamlingene er videreutviklet. Like lønns- og arbeidsvilkår og kompetanseutvikling er også en viktig del av arbeidet for å sikre likestilling.

Foretaket skal etterstrebe kjønnsbalanse i alle typer stillinger. I henhold til likestillings- og diskrimineringsloven § 26 skal det blant annet redegjøres for faktiske forhold knyttet til kjønnsbalanse. Pr. desember var 77 prosent av foretakets ansatte kvinner og 23 prosent menn. Kvinner utgjør 73 prosent av midlertidig ansatte og 86 prosent av ansatte i deltidsstillinger.

Når det gjelder gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon for kvinner og menn, er det fordelt med henholdsvis 21 uker på kvinner og 14 uker på menn.

#### *Kjønnsfordeling i foretaksledelsen*

Foretaksledelsen består av 60 prosent kvinner og 40 prosent menn.

## **YTRE MILJØ**

Vestre Viken påvirker 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.

Helseforetaket er sertifisert etter ISO14001 og arbeider systematisk med miljø- og klimatiltak for å redusere miljøfotavtrykket. Administrerende direktør vedtar hvert år foretakets miljødeltmål. Målene skal sikre at Vestre Viken identifiserer og prioriterer områder som det skal jobbes med det neste året for å redusere miljøpåvirkningen.

Ledere har gjennom driftsavtaler og virksomhetsplaner forpliktet seg til å utarbeide handlingsplaner med konkrete tiltak for å bidra til at foretaket når vedtatte miljødeltmål. Vestre Viken nådde målsettingen innenfor fem av åtte målområder.

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

#### *Vann- og energiforbruk*

Totalt vannforbruk har gått ned med 36 300 m<sup>3</sup>, eller 13 prosent, sammenlignet med 2019. Det er nedgang på alle lokasjoner i Vestre Viken, unntatt Bærum sykehus og Hallingdal sjukestugu. Størst vannreduksjon kommer fra Drammen sykehus, ca. 22 000 m<sup>3</sup>. Hovedårsak til mindre vannforbruk er mindre aktivitet på grunn av Covid-19. Andre tiltak som også har bidratt til å redusere vannforbruket er bytte av en del gamle kraner og toaletter samt mindre dusjing.

Det totale energiforbruket har gått ned med 6,1 GWh eller 7 prosent, sammenlignet med 2019. Det er en nedgang på alle lokasjoner. Størst energireduksjon i kWh er ved Drammen sykehus, ca. 2,5 GWh, mens størst prosentvis energireduksjon er ved Blakstad sykehus med 14 prosent.

Den største årsaken til energireduksjonen kommer fra bruk av fjernvarme og biobrensel (olje), disse utgjør en besparelse på ca. 4,7 GWh, eller ca. 6 prosent. Gjennomsnittstemperaturen har ligget 2,5 grader over normalen (gjennomsnitt fra 1961 til 1990). Mange forbinder rekordvarme med sommer og hetebølger, men slik var ikke juli. Det som gjør at året er rekordvarmt, er den varme vinteren og den milde høsten. Sett under ett var vintermånedene desember, januar og februar hele 4,5 grader varmere enn normalt. Vinteren ble dermed den mildeste siden målingene startet i 1900 (ref. Met.no).

#### *Avfallshåndtering*

All avfallshåndtering foregår i henhold til kravene som myndighetene stiller. Spesialavfall og farlig avfall håndteres i samsvar med avtaleverket til Helse Sør-Øst.

Samlet avfallsmengde var i overkant av 2 408 tonn, ca. 2 prosent økning fra 2019, men en mindre økning enn de fire siste årene hvor økningen i snitt har ligget på 3,8 prosent. Andel avfall som sorteres ut er 36,3 prosent, en nedgang på 1 prosent i forhold til året før. Fra 2013 til 2019 økte sorteringsgraden med 27 prosent. Andel smitteavfall utgjør 9,8 prosent, som er en økning på ca. 7,7 prosent fra 2019. I årene 2016 til 2019 var det en nedgang på 9 prosent. Den største endringen er mengden matavfall, som er redusert med 26 prosent i forhold til året før. Dette er første gang at Vestre Viken har hatt mindre matavfall siden det ble en del av miljømålene (2014).

Det har vært et spesielt driftsår med lavere aktivitet og mer smitte på grunn av pandemien. Mindre økning i mengde avfall totalt og økt andel smitteavfall må ses i sammenheng med dette. Nedgangen i mengde matavfall skyldes i hovedsak omlegging av serveringsmetoder på grunn av hensynet til smittevern.

## ØKONOMI

Å tilpasse sykehusenes ressursforbruk til rammene fra eier har vært hovedtema siden sykehusreformen ble gjennomført i 2002.

Det er gjennomført en betydelig effektivisering av driften i foretaket over en årrekke, og foretaket fremstår som 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.

Koronapandemien har preget foretaket siden mars 2020 og gjort året spesielt. I de første ukene ble en rekke pasienter behandlet for Covid-19-infeksjon og øvrig aktivitet ble svært redusert. Vestre Viken gikk i gul beredskap. Det ble lagt planer og gjort forberedelser for å kunne ta imot et stort antall alvorlig syke Covid-19-pasienter. Det innbar planer for å øke intensivkapasiteten betydelig basert på tilgjengelig areal, infrastruktur og bemanning/kompetanse. Det inkluderte opplæring av annet pleiepersonell for å kunne delta i behandling av intensivpasienter. Det ble inngått beredskapsavtale med Martina Hansens Hospital om å overføre personell til Vestre Viken, og avtalt samarbeid med Oslo Universitetssykehus (OUS) om fordeling av intensivpasienter i hovedstadsområdet.

Etter den første smittebølgen i mars/april har foretaket senere vært i grønn beredskap og balansert behandling av koronasyke pasienter med høyest mulig ordinær aktivitet, samtidig som smitteverntiltak er opprettholdt.

### Økonomiske resultater

Økonomien har vært sterkt preget av pandemien. De økonomiske effektene er registrert gjennom året. Det er anslått et inntektstap på 341,5 millioner kroner og merkostnader på 160,5 millioner kroner som følge av koronapandemien. Kostnadene er redusert ved redusert arbeidsgiveravgift i 3. termin. Det er påløpt merutgifter med om lag 36 millioner kroner knyttet til investeringer for å sikre nødvendig

utstyr og utbedringer av bygninger for å kunne håndtere pasientbehandlingen gjennom pandemien. Foretaket har også fått tildelt smittevernutstyr fra det regionale foretaket gratis og finansiering for å kunne etablere et storvolumlaboratorium for koronatesting.

Inntektssvikten er en følge av at all planlagt aktivitet ble utsatt da foretaket gikk i gul beredskap. I tillegg er øyeblikkelig hjelp-aktiviteten merkbart redusert. Den lavere pågangen av pasienter og besøkende har resultert i lavere omsetning fra kantine, kiosk og parkering.

Smitteverntiltakene har medført ekstra kostnader til utstyr og som følge av at de enkelte pasientforløp tar lengre tid. Det har også vært behov for ekstra bemanning for å sikre tilgangen til sykehusene ved vaktordninger i mottak og hovedinnganger. I tillegg har personalet hatt økt arbeidsbelastning på grunn av tiltakene. Sykefraværet har økt som følge av krav til karantene og lavere terskel for å bli hjemme fra jobb ved sykdomssymptomer. Enkelte kostnader har blitt redusert i perioden. Det omfatter blant annet kjøp av helsetjenester fra andre institusjoner, herunder gjestepasientkostnader innad i egen region.

Det er bevilget 598 millioner kroner i tilskudd i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett. Midlene er tilført foretaket som basisramme fra Helse Sør-Øst. Ekstramidlene i revidert nasjonalbudsjett (RNB) ble bevilget for å bidra til at helseforetakene hadde tilstrekkelig med midler i forbindelse med Covid-19- pandemien, og ble ikke knyttet til noe spesielt tidspunkt. Ved utgangen av året var ikke pandemien over, og den vil prege foretakets økonomi også i kommende år. Det er derfor avsatt 102 millioner kroner i ubenyttede ekstramidler som uopptjent inntekt for å imøtekomme økonomiske konsekvenser av pandemien i 2021.

Målet var et resultat på 248 millioner kroner. Det regnskapsmessige resultatet ble på 272,9 millioner kroner, etter overføring av Covid-19-midler til 2021. Lønnsoppgjøret ble lavere enn budsjettet og foretaket fikk full kompensasjon for økonomiske effekter tilskrevet koronapandemien. I tillegg har foretaket gjennomført et salg av eiendom som ikke var budsjettet.

Vestre Viken oppnår derfor et resultat som er bedre enn målsettingen for året. Det innebærer at foretaket er i rute i forhold til de langsiktige økonomiske målene ved utgangen av året 2020.

### *Driftsinntekter og driftskostnader*

Totale driftsinntekter var 10 104 millioner kroner. Totale driftskostnader eksklusiv finans var 9 828 millioner kroner.

### *ISF-inntekter somatisk pasientbehandling*

Antall pasientbehandlinger innen somatikken er sterk redusert i forhold til året før som følge av pandemien. Totale ISF-inntekter fra somatisk pasientbehandling er redusert med 224,5 millioner kroner i forhold til 2019.

### *Medikamentkostnader*

Høykostmedisiner er viktig for å gi god pasientbehandling, men utgifter knyttet til disse medikamentene - særlig nye kreftmedisiner - er en utfordring for helseforetaket. Kostnader knyttet til bruk av medikamenter har økt med om lag 50,8 millioner kroner sammenlignet med året før. Økningen skyldes økt forbruk av dyre medikamenter, og at finansieringsansvaret for flere H-reseptmedikamenter (hjemmebasert behandling) er overtatt av sykehusene fra og med 2020.

### *Kostnader for gjestepasienter*

Det ble kjøpt færre pasientbehandlinger hos eksterne helseforetak enn i tidligere år som følge av pandemien. Gjestepasientskostnader samlet sett er redusert med 8,6 millioner kroner det siste året.

### *Pensjons- og lønnskostnader*

Nye aktuarberegninger foretatt i løpet av året ga en reduksjon på om lag 157,9 millioner kroner i pensjonskostnader. Årsaken ligger i endrede forutsetninger. Basisrammen er redusert som følge av reduksjonen.

Samlede lønnskostnader utover pensjon viser et negativt avvik mot budsjett på ca. 127 millioner kroner.

### *Antall årsverk*

Foretaket har hatt 241 årsverk mer enn planlagt. Det er brukt 7 millioner kroner mer på ekstern innleie av helsepersonell enn i 2019.

### *Likviditet og investeringer*

Foretakets likviditetsbeholdning var 215 millioner kroner pr. 31. desember 2020. Dette er en økning på 6 millioner kroner fra året før.

Samlet kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter var 179 millioner kroner. De samlede investeringene utgjorde 297 millioner kroner, inkludert finansiell leasing for 29 millioner kroner.

### *Egenkapital*

Vestre Viken har en betydelig egenkapital. Egenkapitalen var 57 prosent av totalkapitalen ved utgangen av året.

I pensjonsforpliktelsen ligger det et ikke resultatført estimatavvik på 3 152 millioner kroner. Pensjonsforpliktelsene vil påvirke foretakets fremtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordninger.

Styret vurderer egenkapitalen per 31. desember 2020 til å være tilfredsstillende.

### *Rentenivået*

Foretaket har rentebærende gjeld, og endringer i rentenivået får dermed konsekvenser. Netto økning i rentebærende gjeld er 506 millioner kroner. Økningen kommer som følge av tomteervervelse på Brakerøya. Helseforetakene har, etter instruks fra eier, ikke anledning til å benytte private rentesikringsinstrumenter.

Risiko knyttet til utviklingen i rentenivået kan håndteres ved å bytte lån fra halvårlig flytende rente (standardavtale) til fastrente med bindingstid på tre, fem eller ti år. Nivået på fastrente med bindingstid revideres 1. januar og 1. juli hvert år.

Investeringslånene kan rentesikres ved at det er mulig å bytte fra fast rente til flytende rente med over-/underkurs i fastrenteperioden. Ved utgangen av året utgjorde langsiktig lån for Vestre Viken totalt 907 millioner kroner. Foruten låneandel knyttet til tomten på Brakerøya, har alle de langsiktige lånene foretaket har hos Helse Sør-Øst, fastrente. Av låneporteføljen løper halvparten med rente 1,53 prosent frem til sommeren 2022 og den andre halvparten med rente på 0,68 prosent frem til sommeren 2025.

Vestre Viken skal bygge et nytt sykehus i Drammen innen 2025. Det er lagt opp til at 70 prosent av investeringen lånefinansieres. Innskuddsrenten i gjeldende bankavtale og renten på driftskreditt er basert på flytende rente. Samlet sett vurderes renterisikoen som akseptabel. Vurdering av risiko gjennomføres i tråd med gjeldende finansstrategi i Helse Sør-Øst.

### *Kredittrisiko*

Inntekter er i all hovedsak overføringer fra staten via helseforetakets eier Helse Sør-Øst. Kredittrisikoen anses derfor som lav.



Det er likevel normalt en usikkerhet knyttet til det å vurdere fremtidige forhold.

## **FREMTIDSUTSIKTER**

I mai 2018 vedtok styret Utviklingsplan 2035. Utviklingsplanen er en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, og danner grunnlaget for den videre utviklingen av foretaket. Utviklingsplanen skal rulleres/revideres det kommende året. Basert på Utviklingsplan 2035 har styret vedtatt en strategiplan for perioden 2020-2023 i møte 27. april, sak 19/2020.

Perioden frem til innflytting i nytt sykehus i Drammen vil være økonomisk krevende. Det forutsettes vesentlige effektiviseringer, omstillinger og innovasjon i hele organisasjonen både før sykehuset er innflyttingsklart og i årene etterpå. Den pågående koronapandemien medfører betydelig usikkerhet knyttet til den økonomiske utviklingen. Smitteøkningen i samfunnet etter årsskiftet påvirker virksomheten betydelig. Inntektene ligger langt bak plan, og personalet har en utfordrende arbeidssituasjon. Ytterligere økonomisk kompensasjon vil være en forutsetning for at resultatkravene skal kunne realiseres.

### *Gradvis økning av resultatet*

Det er i økonomisk langtidsplan (ØLP) 2021-2024 lagt opp til en gradvis økning av resultatet til 288 millioner kroner i 2024. For å oppnå planlagte resultatforbedringer må foretaket utvikles og endres. Produktivitetsforbedringer skjer gjennom organisasjonsutvikling og ved å ta i bruk ny teknologi.

I den kommende planperioden er det avgjørende at det planlagt resultat oppnås, både for å bygge et nytt sykehus i Drammen, og for å oppgradere og utvikle Bærum sykehus, Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus. I tillegg pågår et arbeid for utredning av oppgraderingsbehovene for bygningsmassen som benyttes innen Psykisk helse og rus, Prehospitale tjenester, Behandlingshjelpemidler og Habiliteringssenteret.

Det økonomiske resultatet de siste årene bidrar til å nå målet om en langsiktig bærekraftig økonomi og nødvendig økonomisk handlingsrom.

### *Nytt sykehus i Drammen*

Stortinget vedtok i 2017 finansiering til bygging av nytt sykehus på Brakerøya i Drammen.

Det nye sykehuset er planlagt som lokalsykehus for de eksisterende og tidligere kommunene Lier, Drammen, Nedre Eiker, Røyken, Hurum, Sande og Svelvik. Sykehuset skal ha områdefunksjoner innen somatikk for hele Vestre Viken. Det skal etableres stråleterapi på sykehuset. Psykisk helsevern på sykehusnivå for hele foretaket skal inn i det nye sykehuset. Nye Drammen sykehus vil erstatte dagens Drammen sykehus og Blakstad sykehus.

Styret i Vestre Viken og Helse Sør-Øst godkjente forprosjektrapporten i 2019, og gjennom 2020 er det gjennomført detaljprosjektering av det nye bygget. Parallelt med dette er tomten klargjort. Tidligere bygg er revet, forurenset masse er sanert, og grunnarbeid og fundamentering er startet.

Helse Sør-Øst har oppnevnt et eget prosjektstyre som har ansvar for å gjennomføre prosjektet i tråd med rammer og forutsetninger som er lagt til grunn. Helse Sør-Øst har også etablert en egen prosjektorganisasjon med ressurser fra Sykehusbygg for å gjennomføre byggeprosjektet.

Vestre Viken har etablert et «Mottaksprosjekt» som skal passe på at det utarbeides driftseffektive arbeidsprosesser for å skape helhetlige og trygge pasientforløp i nytt sykehus. I tillegg skal «Mottaksprosjektet» sikre tilpasning av driften til nytt bygg, klargjøre de ansatte for nytt sykehus og sikre en god overgang fra prosjekt til drift.

Sykehuset skal bygges i perioden 2020–2024 og tas i bruk i perioden januar-mai 2025.

### *Oppgradering av sykehusene i Bærum, Ringerike og Kongsberg (BRK-prosjektet)*

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 2027 skal investeres for om lag 800 millioner kroner på Bærum sykehus og 400 millioner kroner på henholdsvis Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus. Prosjektet følger oppsatt plan.

### **Forslag til føring av årets resultat**

Årsresultatet viser et overskudd på 272,9 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 4 374 millioner kroner.

## Forutsetninger for fortsatt drift

Vestre Viken følger regnskapsloven og lov om helseforetak. I henhold til § 7 hefter eier ubegrenset for helseforetaket. Styret forutsetter at foretaket gjennom de tilførte verdier sikres en forsvarlig egenkapital. Forutsetningen om fortsatt drift er lagt til grunn ved utarbeidelsen av regnskapet for 2020, se prinsippnote til regnskapet.

## Styrets arbeid

Styret hadde åtte medlemmer fram til 17. desember 2020. Det ble da utvidet med tre medlemmer, og består nå av seks kvinner og fem menn. Fire av styremedlemmene (to kvinner og to menn) er valgt av og blant de ansatte. Styret ledes av Siri Hatlen.



Styret har hatt 11 møter og behandlet 85 saker. Den pågående pandemien har også preget styrets møter. Utvikling i aktivitet, personalsituasjonen og påvirkning på økonomien har vært rapportert månedlig siden mars 2020.

Styret har fulgt tett med i arbeidet med nytt sykehus i Drammen. Våren 2020 ble plan for «Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD» vedtatt og oversendt til Helse Sør-Øst. Planen følges opp regelmessig med rapportering til styret, og skal sikre økonomisk handlingsrom for å realisere nytt sykehus i Drammen og utvikle øvrig virksomhet i foretaket. Styret har også behandlet hvordan erfaringene fra pandemien og fra evaluering av nytt Østfoldsykehus tas med inn i planene for nytt sykehus i Drammen.

I løpet av året har styret opprettet et styreutvalg (underutvalg) med tre medlemmer fra styret. Styreutvalget skal være et rådgivende og forberedende organ for styrets behandling av saker knyttet til Nytt Sykehus Drammen (NSD), Økonomisk langtidspan og gevinstplan samt andre store/komplekse saker relatert til Utviklingsplan 2035 etter behov. Utvalget har hatt tre møter.

Styret er fornøyd med foretakets virksomhet i et år sterkt preget av koronapandemien.

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

Drammen, 22. mars 2021

Siri Hatlen  
Styreleder

Margrethe Snekkerbakken  
Nestleder

Ane R. Breivega  
Styremedlem

Robert Bjercknes  
Styremedlem

Bovild Tjønn  
Styremedlem

Morten Stødle  
Styremedlem

Hans Kristian Glesne  
Ansattes representant

Tom Roger Frost  
Ansattes representant

Gry L. Christoffersen  
Ansattes representant

Toril A. K. Morken  
Ansattes representant

John Egil Kvamsøe  
Ansattes representant

Lisbeth Sommervoll  
Administrerende direktør

# Glimt fra 2020

## Da pandemien brøt ut

*Koronaviruspandemien satte et sterkt preg på arbeidshverdagen til alle ansatte i 2020.*



**PANDEMI:** Koronaviruspandemien satte et sterkt preg på arbeidshverdagen i 2020. Her fra Bærum sykehus.

Søndag 8. mars ble en person med koronavirus innlagt på Drammen sykehus. Dette var den første sykehusinnleggelsen av en smittet her i landet. Fire dager senere iverksatte Regjeringen strenge, nasjonale tiltak for å bekjempe pandemien. Allerede om ettermiddagen fredag 13. mars besluttet foretaksledelsen at hele Vestre Viken skulle trappe opp til gul beredskap. Dette innebar tiltak for å forberede økt tilstrømming av pasienter, samtidig som planlagt aktivitet ble redusert.

### Håndvask og avstand

- Vask og sprit hendene, hold avstand og ta godt vare på hverandre, oppfordret administrerende direktør Lisbeth Sommervoll.

Ved at alle fulgte gjeldende råd og tiltak som ble besluttet, var det håp om at vi skulle klare å få kontroll på smittespredningen og at utbredelsen av epidemien ville skje saktere enn for eksempel i Nord-Italia. Da ville vi klare å håndtere dette innenfor den kapasiteten som foretaket har.

Øyeblikkelig hjelp og de sykeste pasientene ble prioritert, samtidig som noen avtaler som kunne utsettes måtte vente. Alle pasienter ble imidlertid trygget på at operasjoner ikke ble utsatt uten at det var foretatt en medisinsk faglig individuell vurdering av om det var forsvarlig å vente og i tilfelle hvor lenge.

### «Alle mann til pumpene»

I samarbeid med de tillitsvalgte ble det åpnet for tiltak som utvidede arbeidstidsrammer og omlegging av arbeidsplaner, omdisponering av ansatte, rekruttering av ekstrapersonell, utsettelse av fastsatt ferie, avspasering og permisjoner osv.

Da det nærmet seg sommerferien var smittetrykket lokalt og nasjonalt igjen på et lavt nivå, før smittespredningen i løpet av høsten steg til et enda høyere nivå enn i utbruddet på vårparten.



# Glimt fra 2020

## En kompetanseportal for alle

**Kompetanseportalen innføres for alle yrkesgrupper i Vestre Viken.**

Kompetanseportalen er et elektronisk verktøy som skal hjelpe medarbeidere og ledere til å dokumentere kompetanse og identifisere behov for opplæring og videreutvikling.

Kompetanseportalen for Leger i spesialisering (LIS) ble tatt i bruk i forbindelse med implementering av ny spesialistutdanning for leger høsten 2017. Fullskalaversjon av Kompetanseportalen for alle yrkesgrupper har vært etterspurt fra flere ledere i Vestre Viken. Mot slutten av 2020 ble deler av Kompetanseportalen åpnet opp for alle ansatte, og implementeringen fortsetter i 2021.



**KOMPETANSEPORTAL:** Gir medarbeidere og ledere god oversikt når det gjelder kompetanse og opplæringsbehov.

### **Gir god oversikt for både ledere og medarbeidere**

Helse Vest har brukt Kompetanseportalen i flere år, og den brukes også i andre helseregioner.

Portalen gir en meget god oversikt for ledere over hvilken kompetanse de har i avdelingen. Det gir også en god oversikt for medarbeiderne når det gjelder hvilke kompetansekrav stillingen medfører, og det er enkelt å dokumentere fortløpende.

Det vil ikke bli flere krav, men en strukturering av de kravene som allerede finnes. Eksempler på dokumentasjon er nyansattplaner, opplæring i medisinsk-teknisk utstyr, prosedyrer, brannvernrutiner og beredskapsplaner.

Kompetanseportalen gir leder en kontinuerlig oversikt over enhetens kompetansebeholdning og samler oversikt over kompetanse og kompetanseutvikling på ett sted. Det vil også bli enklere å holde oversikt over sertifisering og lettere å svare ut tilsyn og revisjoner i et slikt system.



# Betydelig teknologi-løft

## *Helse Sør-Øst ruster opp foretakets utstyrspakke for simuleringstilstyr.*

Vi har mange aktiviteter innen simulering i våre klinikker. Nå er det behov for å øke samhandling på tvers av klinikkene og å standardisere aktivitetene. Simulering gjør helsepersonell bedre rustet til å håndtere krevende situasjoner, som for eksempel mottak og behandling av Covid-19-pasienter.

### **Opprusting for 3 millioner kroner**

I forbindelse med Covid-19-situasjonen, har helseforetaket fått nærmere 3 millioner kroner fra Helse Sør-Øst til å ruste opp utstyrsparken med simuleringstilstyr. Med innkjøpet følger også en forpliktelse til å ta vare på og utnytte materiellet optimalt.

Medisinsk simulering dreide seg tidligere mest om enkel ferdighetstrening, som å åpne luftveier, hjertekompresjon og munn-til-munn-ventilering. I dag handler medisinsk simulering mer om ledelse og kommunikasjon i team i krevende situasjoner. Noen eksempler på slike situasjoner er stabilisering av Covid-19-pasienter eller traumemottak. For å få gode simuleringer må de være realistiske, og i hovedsak bør de skje i avdelingen der helsepersonell jobber til daglig.

### **Systematisk trening styrker pasientsikkerheten**

Simulering er forbedringsarbeid i praksis, hvor nye metoder blir testet og arbeidsprosessene utviklet. Den tekniske utviklingen har vært svært stor. De første «Anne-dukken» på 60-tallet var nettopp dukker, mens dagens modeller er roboter med elektronikk, hydraulikk og pneumatikk - de puster, hoster, blunker med øynene og snakker.

Foretaket har fått fem nye dukker som er tilpasset forskjellige typer trening. To av disse er avanserte Sim-Man med lungesimulator. Dukkene styres fra en PC og treningssesjonene blir logget. Det er også mulig å gjøre videoopptak underveis. Dukkene med lungesimulator åpner en ny verden for anesthesi- og intensivpersonell, og kan brukes både i grunnopplæring (LIS/videreutdanning) og i vedlikeholdstrening.

Koronaepidemien har vist at systematisk trening styrker pasientsikkerheten og gjør at personellet mestrer reelle situasjoner bedre.

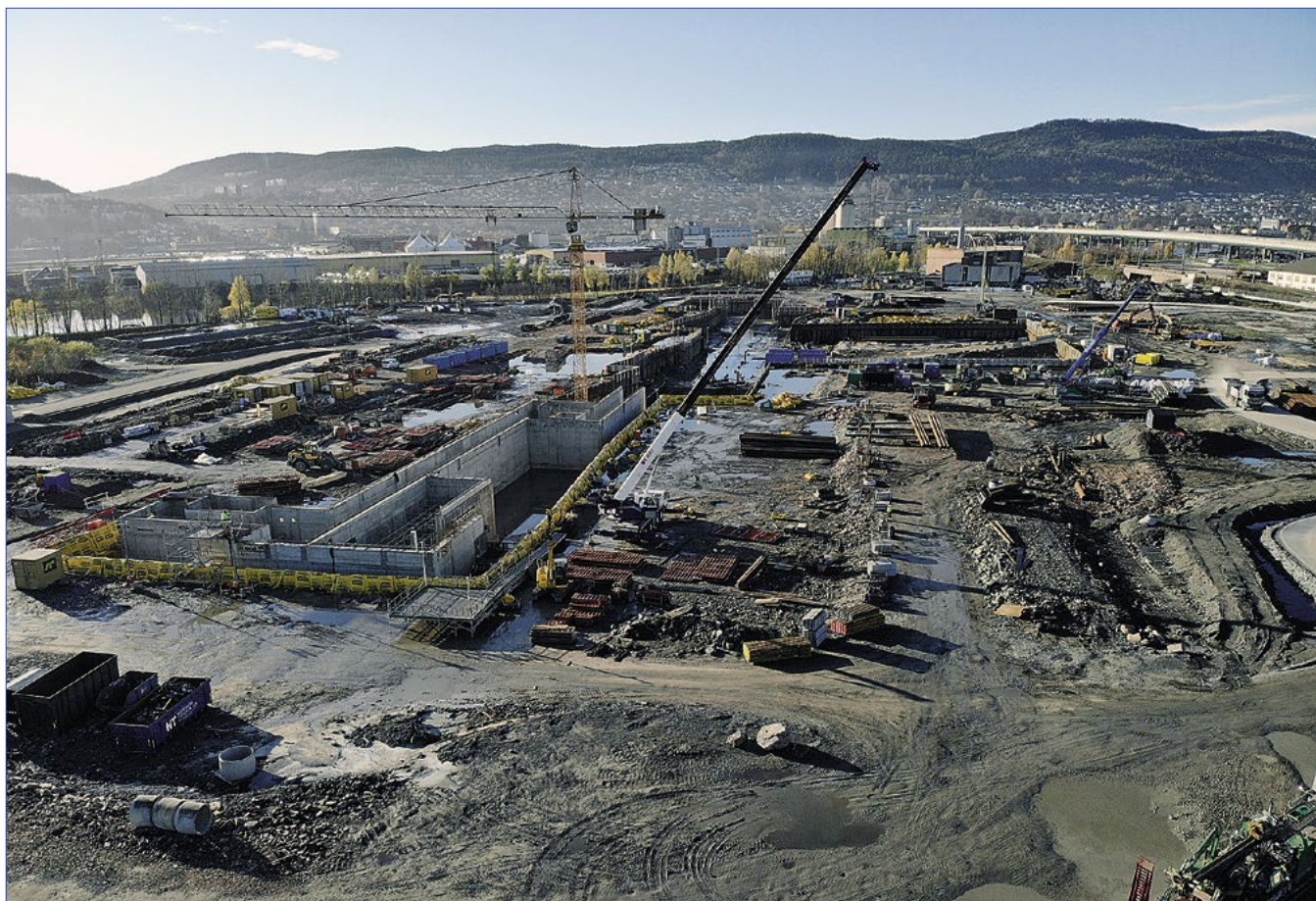


***Teknologiløft:** Utstyrsparken med simuleringstilstyr ble rustet opp for 3 millioner kroner.*

# Glimt fra 2020

## Sykehuset begynner å reise seg

*Ett av Norges største byggeprosjekter finner vi på Brakerøya. Det nye sykehuset har et totalt areal på 122 000 kvadratmeter. Funksjonsarealet er på 51 145 kvadratmeter fordelt på seks bygg.*



**NYTT SYKEHUS I DRAMMEN:** Arbeidene med det nye sykehuset i Drammen er godt i gang på Brakerøya.

Arbeidene med graving- og sikringskonstruksjoner ble ferdigstilt i sommer. 18. mai startet arbeidet med pæle- og betongarbeider for å klargjøre til bygging av kjeller. Dette arbeidet vil foregå frem til oktober 2021. Det er flere prosesser som foregår på samme tid, og i den østlige enden av bygget er de første kjellerveggene under etablering.

### Befaring på tomta

21. september var styret i Vestre Viken, prosjektorganisasjonen i Helse Sør-Øst og ledelsen i Vestre Viken på befaring på Brakerøya i forbindelse med et styreseminar.

I tillegg til å se byggearbeidene på sykehusomtata fikk styret også et innblikk i hvordan det jobbes med å utvikle gode løsninger av det som skal finne sted inne på sykehuset. Det nye sykehuset skal ha integrerte lokaler for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det skal også etableres stråleterapi ved sykehuset.

Helse Sør-Øst har laget flere prøverom på Brakerøya for å kunne forstå hvordan det nye sykehuset blir i bruk i daglig drift gjennom å teste ulike løsninger og materialer.



# Endelig i gang med PET/CT

*Etter flere år med arbeid er det nå drift i en egen PET/CT-modul i Vestre Viken.*

Det betyr at foretaket kan tilby PET/CT-undersøkelse til innbyggerne i vårt opptaksområde.

PET står for positron-emisjons-tomografi og er en avansert undersøkelse som tar bilder av kroppen ved hjelp av små mengder av et radioaktivt stoff som pasienten får injisert i kroppen, vanligvis radioaktivt merket glukose (sukker). En PET-undersøkelse kombineres alltid med CT-undersøkelse.

Undersøkelsen brukes hovedsakelig til kartlegging av kreft, men er også viktig i forbindelse med utredning av demens og betennelsestilstander. PET kan gi viktig informasjon om ulike sykdomsprosessers funksjon utover den man får kartlagt ved for eksempel MR eller CT.

Tidligere har Vestre Viken sendt pasienter til PET/CT-undersøkelse til andre helseforetak, hovedsakelig Oslo universitetssykehus.

## Viktig for foretaket

Avdelingsdirektør i Klinikk for medisinsk diagnostikk, Wesley Caple, mener det er et stort løft for Vestre Viken at PET/CT nå er på plass. Han påpeker at det kreves mye for å bygge opp et slikt tilbud.

- Det må bygges opp en helt spesiell kompetanse innenfor nukleær medisin, i tillegg til at det kreves mye i forhold til areal, finansiering og byggprosjektering, sier han. Caple er også veldig fornøyd med at avdelingen har kommet langt med å bygge et sterkt fagmiljø som også er aktive innen forskning og innovasjon.

## Bidrar til mer effektive pasientforløp

Foreløpig er det åpnet for PET/CT for pasienter med lungekreft og føyflekkreft (malignt melanom), men planen er å åpne for flere pasientgrupper i løpet av 2021. Et tilbud lokalt gjør at flere pasienter slipper å reise unødvendig langt for å få gjennomført undersøkelsen.

Administrerende direktør, Lisbeth Sommervoll, er svært fornøyd med at foretaket nå kan tilby PET/CT til sine pasienter.

- Det er viktig at vi ikke er avhengig av andre for å kunne utføre denne typen diagnostikk. Når vi nå har dette på plass så gjør vi det mulig å få til enda bedre og mer effektive pasientforløp, sier Sommervoll.



**PET/CT I VESTRE VIKEN:** Endelig er vi i gang, sier fagansvarlig overlege Harald Grut, konstituert seksjonsleder Mari Mjelde, modalitetsansvarlig radiograf Jone Hårstad, klinikkdirektør Wesley Caple og avdelingssjef Jon Haakon Malmer-Høvik.

## Kongsberg sykehus får MR-maskin

*Styrets vedtak er en gledelig nyhet både for sykehuset, foretaket og pasientene.*

MR er diagnostikk med magnet- og radiobølgeteknologi. MR-maskinen tar tusenvis av bilder som settes sammen og gir veldig tydelig innblikk i vev og skjelett. Dette gir utvidede muligheter til bildediagnostikk og supplerer CT og tradisjonelle røntgenapparater.

-I dag må pasientene fraktes til Drammen sykehus for å gjennomføre MR-undersøkelse. Enkelte av pasientene trenger følgetjeneste, noe som gjør at ordningen krever mye ressurser. Når vi nå får MR på Kongsberg sykehus slipper vi transporten og pasientsikkerheten øker, sier klinikkdirektør Stein-Are Agledal ved Kongsberg sykehus.

Han er glad for at helseforetaket satser på lokalsykehusene.

- Vestre Viken viser gjennom flere investeringer at det satses på Kongsberg sykehus. Både gjennom midler i det såkalte BRK-prosjektet (Bærum, Ringerike, Kongsberg) og gjennom enkeltvedtak som dette. Kjøp av MR-maskin representerer en av de største enkeltinvesteringene på lang tid, forteller Agledal.

### **Stor investering**

Selve MR-maskinen koster cirka 15 millioner kroner, men det må i tillegg investeres 6-7 millioner kroner i lokaler. Forhåpentligvis kan MR-maskinen tas i bruk i løpet av siste halvdel av 2021.



**MR PÅ KONGSBERG SYKEHUS:** Seksjonsleder Silje Renate Laland og klinikkdirektør Stein-Are Agledal gleder seg til MR-maskinen kommer på plass.

# VR-basert simulering

## *Simulering hjelper behandlere i BUPA med å trene på dagligdagse og utfordrende situasjoner i pasientmøter.*

Medisinsk simulering ved hjelp av VR-teknologi er et satsningsområde. Den nye teknologien er et viktig bidrag for å styrke kompetansen til behandlere i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP).

Gjennom å simulere hendelser får behandlere økt innsikt og mestring i behandler-pasient-interaksjonen. Hensikten er at når behandlerne øver på å håndtere vold, trusler og andre utfordrende situasjoner på jobb, styrkes også kvaliteten i behandlingen i BUP. Dette kommer både pasienter, pårørende og de ansatte til gode.

Truls Røer-Johansen og Sissel Vælitalo Skaret er spesialrådgivere ved BUPA Vestre Viken og har begge jobbet i nærmere 20 år innen feltet psykisk helse og rus. I løpet av dette året har de lært, prøvd ut og fått mange erfaringer med bruk av VR-teknologien i opplærings situasjoner. De mener at læringsutbyttet er høyt.

### **VR-simulering er svært nyttig**

Forskning viser at når flere sanser stimuleres, husker og lærer vi bedre. Når følelsene blir involvert i læringsprosessen, forsterkes inntrykkene og vi sier at «vi kjenner det på kroppen».

- Med tradisjonell opplæring som forelesninger eller tilsvarende, husker vi vanligvis rundt 5-10 prosent av innholdet. Når det gjelder medisinsk simulering husker vi rundt 80 prosent, basert på at du praktiserer det du lærer, forklarer Røer-Johansen.

Skaret forteller at med VR føler deltakerne situasjonen på kroppen. Det blir ikke en passiv fortelling om utfordrende pasientmøter, men et ektefølt møte hvor deltakere deler den samme opplevelsen.

Med dagens utstyr kan BUPA vise flere ulike scenarier (filmer). Hvert scenario viser ulike utfordringer som deltakerne tar del i og lærer fra. VR-metoden er velegnet for både nyutdannede så vel som erfarne medarbeidere.



**MEDISINSK SIMULERING:** Truls Røer-Johansen og Sissel Vælitalo Skaret er spesialrådgivere ved BUPA. De mener VR-teknologi er svært nyttig i opplærings situasjoner.



# Glimt fra 2020

## 19 nye ambulanselæringer på plass

I mars var 40 personer samlet i to dager i Hallingdal for å delta på opptaksleir for å komme gjennom nåløyet og bli læringer i ambulansefaget i Vestre Viken. I løpet av de to dagene måtte deltagerne gjennom fysiske, psykiske og faglige tester samt et intervju.

Etter opptaksleiren ble 19 av disse tilbudt lærlingplass, spredd rundt på ambulansestasjonene - fra Ål i nord til Sætre i sør. Vestre Viken driver ambulansetjeneste spredd på 15 stasjoner i «gamle Buskerud» og Sande, Svelvik og Jevnaker.

### Læretid på to år

De fleste som starter som læringer i ambulansefag har to år bak seg i videregående skole. Lærlingperioden er to år, og gjennom hele det første året jobber læringene som ekstrapersonell i vanlig turnus sammen med en veileder.

Magnus Solberg (23) fra Notodden og Sigrid Emilie Nordhagen (21) fra Hokksund er to av de nye læringene som nå setter i gang.

- *Hvorfor ønsker dere å bli ambulansearbeidere?*

- Jeg har lyst til å hjelpe folk og utgjøre en forskjell. Ingen dager er like, og vi må også være innstilte på tunge dager i jobben. Jeg har gledet meg lenge til å komme i gang og ser frem til lærlingperioden, sier Magnus Solberg, som skal være utplassert på ambulansestasjonen i Drammen.

Sigrid Emilie Nordhagen skal være stasjonert i Sætre og ser veldig frem til det.

- Jeg liker veldig godt å jobbe med mennesker. Å gjøre samme rutinejobb hver eneste dag passer ikke meg, derfor tror jeg en allsidig tilværelse som ambulansearbeider er midt i blinken. Så vet jeg at noen setter veldig pris på å få hjelp av oss og den jobben som gjøres i ambulansetjenesten. Det er godt å kunne vite at vi blir satt pris på, mener den nybakte ambulanselærningen.



*Ambulanselæringer: Sigrid Emilie Nordhagen og Magnus Solberg gleder seg til å begynne som læringer i ambulansefag i Vestre Viken.*

# ÅRSREGNSKAP

Driftsinntekter og driftskostnader	Note	2020	2019
Basisramme	2	6 149 618	5 954 835
Aktivitetsbasert inntekt	2	3 363 559	3 544 856
Annen driftsinntekt	2	591 150	409 645
<b>Sum driftsinntekter</b>		<b>10 104 327</b>	<b>9 909 337</b>
Kjøp av helsetjenester	3	812 137	813 753
Varekostnad	4	1 325 801	1 234 153
Lønn og annen personalkostnad	5	6 189 676	6 162 233
Ordinære avskrivninger	9, 10	292 316	283 344
Annen driftskostnad	6	1 207 781	1 120 614
<b>Sum driftskostnader</b>		<b>9 827 710</b>	<b>9 614 097</b>
<b>Driftsresultat</b>		<b>276 617</b>	<b>295 240</b>
<b>Finansinntekter og finanskostnader</b>			
Finansinntekt	7, 12	10 745	10 859
Finanskostnad	7, 12	14 424	21 233
<b>Netto finansposter</b>		<b>-3 679</b>	<b>-10 374</b>
<b>Resultat før skattekostnad</b>		<b>272 939</b>	<b>284 866</b>
Ekstraordinære poster			
<b>ÅRSRESULTAT</b>		<b>272 939</b>	<b>284 866</b>
<b>Overføringer</b>			
Overføringer til annen egenkapital	15	-272 939	-284 866
<b>Sum overføringer</b>		<b>-272 939</b>	<b>-284 866</b>

(Alle tall i NOK 1000)

## BALANSE PER 31.12

Eiendeler	Note	2020	2019
<b>Anleggsmidler</b>			
<b>Immatrielle eiendeler</b>			
Immaterielle eiendeler	9	0	45
<b>Sum immaterielle eiendeler</b>		<b>0</b>	<b>45</b>
<b>Varige driftsmidler</b>			
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	10	3 173 931	3 301 399
Medisinskteknisk utstyr, Inventar, transportmidler og lignende	10	632 135	597 959
Anlegg under utførelse	10	418 900	324 516
<b>Sum varige driftsmidler</b>		<b>4 224 966</b>	<b>4 223 874</b>
<b>Finansielle anleggsmidler</b>			
Investeringer i andre aksjer og andeler	11	405 281	394 429
Andre finansielle anleggsmidler	12	883 449	269 527
Pensjonsmidler	16	1 731 829	1 482 153
<b>Sum finansielle anleggsmidler</b>		<b>3 020 560</b>	<b>2 146 109</b>
<b>Sum anleggsmidler</b>		<b>7 245 525</b>	<b>6 370 029</b>
<b>Omløpsmidler</b>			
Varer	4	28 703	26 006
<b>Fordringer</b>			
Fordringer	13	228 855	392 684
<b>Sum fordringer</b>		<b>228 855</b>	<b>392 684</b>
<b>Bankinnskudd, kontanter o.l.</b>	<b>14</b>	<b>214 923</b>	<b>209 193</b>
<b>Sum omløpsmidler</b>		<b>472 481</b>	<b>627 884</b>
<b>SUM EIENDELER</b>		<b>7 718 007</b>	<b>6 997 913</b>



## BALANSE PER 31.12 - FORTS.

Egenkapital og gjeld	Note	2020	2019
<b>Egenkapital</b>			
<b>Innskutt egenkapital</b>			
Foretakskapital		100	100
Annen innskutt egenkapital		3 510 642	3 510 642
<b>Sum innskutt egenkapital</b>	<b>15</b>	<b>3 510 742</b>	<b>3 510 742</b>
<b>Opptjent egenkapital</b>			
Annen egenkapital		862 965	590 026
<b>Sum opptjent egenkapital</b>	<b>15</b>	<b>862 965</b>	<b>590 026</b>
<b>Sum egenkapital</b>		<b>4 373 707</b>	<b>4 100 768</b>
<b>Gjeld</b>			
<b>Avsetning for forpliktelser</b>			
Pensjonsforpliktelser	16	6 691	6 657
Andre avsetninger for forpliktelser	17	110 546	104 037
<b>Sum avsetninger for forpliktelser</b>		<b>117 238</b>	<b>110 694</b>
<b>Annen langsiktig gjeld</b>			
Øvrig langsiktig gjeld	12	905 793	406 885
<b>Sum annen langsiktig gjeld</b>		<b>905 793</b>	<b>406 885</b>
<b>Kortsiktig gjeld</b>			
Skyldige offentlige avgifter		385 950	371 825
Annen kortsiktig gjeld	18	1 935 319	2 007 741
<b>Sum kortsiktig gjeld</b>		<b>2 321 269</b>	<b>2 379 566</b>
<b>Sum gjeld</b>		<b>3 344 300</b>	<b>2 897 145</b>
<b>SUM EGENKAPITAL OG GJELD</b>		<b>7 718 007</b>	<b>6 997 913</b>

(Alle tall i NOK 1000)

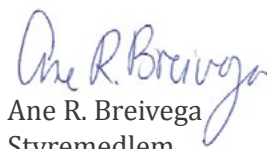
Drammen, 22. mars 2021



Siri Hatlen  
Styreleder



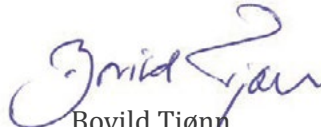
Margrethe Snekkerbakken  
Nestleder



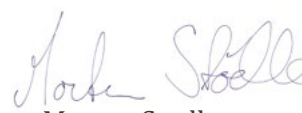
Ane R. Breivega  
Styremedlem



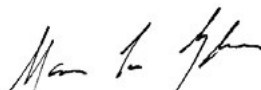
Robert Bjerknes  
Styremedlem



Bovild Tjønn  
Styremedlem



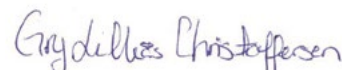
Morten Stødle  
Styremedlem



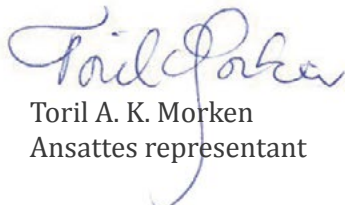
Hans Kristian Glesne  
Ansattes representant



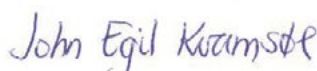
Tom Roger Frost  
Ansattes representant



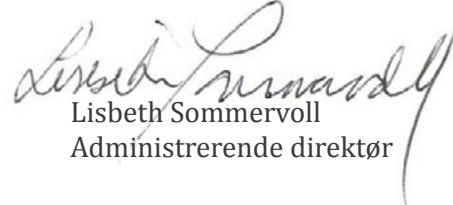
Gry L. Christoffersen  
Ansattes representant



Toril A. K. Morken  
Ansattes representant



John Egil Kvamsøe  
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 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 opprettholde 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. Gjennom Revidert nasjonalbudsjett 2020 ble Helse Sør-Øst tildelt en ekstra basisbevilgningen for å sikre at helseforetakene har tilstrekkelig med midler til å bekjempe Covid-19-pandemien. Den ekstra bevilgningen er vurdert å ikke være tidsbegrenset, og ved utgangen av 2020 kan pandemien ikke sies å være under kontroll. Den delen av ekstrabevilgning som per desember ikke er benyttet til dette formålet har Helse Sør-Øst derfor besluttet å avsette som utsatt inntekt i balansen for å imøtekomme negative økonomiske effekter av pandemien i 2021. Avsetningens størrelse er begrenset av både forventet ekstra bevilgning i 2021 knyttet til bekjempelse av pandemien, samt konkrete vurderinger knyttet til tilhørende pandemikostnader i 2021.

#### Aktivitetsbaserte inntekter

Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-inntekter (ISF = innsattsstyrt 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. Gjennomgang 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**

Virkningen av endringer i regnskapsprinsipp og korrigering 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.

## NOTE 1 - VIRKSOMHETSOMRÅDER

	2020	2019
<b>Driftsinntekter pr virksomhetsområde</b>		
Somatiske tjenester	7 428 934	7 230 445
Psykisk helsevern VOP	1 489 725	1 518 366
Psykisk helsevern BUP	415 394	411 732
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	266 593	274 917
Annet	503 681	473 878
<b>Driftsinntekter pr virksomhetsområde</b>	<b>10 104 327</b>	<b>9 909 337</b>
<b>Driftskostnader pr virksomhetsområde</b>		
Somatiske tjenester	-7 272 108	-7 020 534
Psykisk helsevern VOP	-1 411 285	-1 464 567
Psykisk helsevern BUP	-394 200	-402 963
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere	-260 196	-259 445
Annet	-489 920	-466 587
<b>Driftskostnader pr virksomhetsområde</b>	<b>-9 827 710</b>	<b>-9 614 097</b>
<b>Driftsinntekter fordelt på geografi</b>		
Pasienter hjemmehørende i Helse Sør-Øst RHF sitt opptaksområde	10 035 192	9 817 434
Pasienter hjemmehørende i resten av landet	53 411	69 343
Pasienter hjemmehørende i utlandet	15 724	22 559
<b>Driftsinntekter fordelt på geografi</b>	<b>10 104 327</b>	<b>9 909 337</b>

(Alle tall i NOK 1000)

## NOTE 2 - INNTEKTER

Driftsinntekter	2020	2019
<b>Basisramme</b>		
Basisramme	6 149 618	5 954 835
<b>Basisramme</b>	<b>6 149 618</b>	<b>5 954 835</b>
<b>Aktivitetsbasert inntekt</b>		
Behandling av egne pasienter i egen region 1)	2 757 739	2 864 134
Behandling av pasienter internt i egen region	80 842	100 418
Behandling av egne pasienter i andre regioner 2)	15 817	21 114
Behandling av andre pasienter i egen region 3)	53 411	69 343
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	428 439	437 552
Utskrivningsklare pasienter	20 007	24 375
Andre aktivitetsbaserte inntekter	7 304	27 920
<b>Aktivitetsbasert inntekt</b>	<b>3 363 559</b>	<b>3 544 856</b>
<b>Annen driftsinntekt</b>		
Kvalitetsbasert finansiering	40 833	38 856
Øremerkede tilskudd til andre formål	216 363	4 937
Inntektsføring av investeringstilskudd 4)	4 663	4 871
Andre driftsinntekter	329 292	360 982
<b>Annen driftsinntekt</b>	<b>591 150</b>	<b>409 645</b>
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>10 104 327</b>	<b>9 909 337</b>

(Alle tall i NOK 1000)

I forbindelse med koronautbruddet fikk Vestre Viken tildelt ekstra basisramme på 386,9 millioner kroner samt tilskudd på 211 millioner kroner for å dekke økte kostnader og tapte aktivitetsbaserte inntekter. Av dette er 102,2 millioner kroner avsatt som utsatt inntekt per 31.12.20 for å imøtekomme økonomiske konsekvenser av pandemien i 2021.

Hovedårsak til redusert aktivitet sammenlignet med 2019 skyldes nedstenging av samfunnet grunnet koronautbruddet. Vestre Viken anslår at aktivitetsnedgangen i antall DRG-poeng på 9 prosent (hovedsakelig knyttet til redusert døgnaktivitet) og en reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner på om lag 7 prosent i forhold til budsjett 2020. Størst nedgang i aktivitet var i månedene mars og april.

- 1) ISF-inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i egen helseregion av pasienter innenfor Helse Sør-Øst sitt "sørge for"-ansvar
- 2) ISF-inntekter (DRG-refusjon) for diagnostikk og behandling i andre helseregioner av pasienter innenfor Helse Sør-Øst sitt "sørge for"-ansvar
- 3) Inntekter for diagnostikk og behandling av pasienter tilhørende andre regionale helseforetak (gjestepasienter)
- 4) Inntektsføring av del av balanseført investeringstilskudd
- 5) I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapotekene til foretak i Helse Sør-Øst eliminert

Aktivitetstall	2020	2019
<b>Aktivitetstall somatikk</b>		
Antall DRG-poeng iht. "sørge for" ansvaret	113 901	123 160
Antall DRG-poeng iht. eieransvaret	114 296	120 990
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	408 673	426 636
<b>Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge</b>		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	164	166
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	84 324	74 897
Antall ISF-poeng iht eieransvar	26 464	24 038
<b>Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne</b>		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	2 985	2 791
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	123 410	121 501
Antall ISF-poeng iht eieransvar	19 085	18 804
<b>Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere</b>		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	752	811
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	37 088	37 846
Antall ISF-poeng iht eieransvar	6 597	6 478



## NOTE 2 - INNTEKTER FORTS.

### Driftsinntekter

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.

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Inntektene i DRG-systemet er i 2020 satt til 50 prosent av full DRG-pris, det vil si 21 377 kroner per DRG-poeng.

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

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

## NOTE 3 - KJØP AV HELSETJENESTER

Kjøp av helsetjenester	2020	2019
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk eksternt	57 950	64 823
Kjøp av offentlige helsetjenester somatikk internt i foretaksgruppen	596 123	592 765
Kjøp av private helsetjenester somatikk	31 736	25 946
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri eksternt	14 026	21 819
Kjøp av offentlige helsetjenester psykiatri internt i foretaksgruppen	35 075	40 623
Kjøp av private helsetjenester psykiatri	25 980	21 850
Kjøp av offentlige helsetjenester rus eksternt	2 147	1 919
Kjøp av offentlige helsetjenester rus internt i foretaksgruppen	3 802	3 419
Kjøp av private helsetjenester rus	81	909
Kjøp av helsetjenester utland	5 240	6 073
<b>Sum gjestepasientkostnader</b>	<b>772 159</b>	<b>780 147</b>
Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	38 752	31 748
Kjøp av andre ambulansetjenester	749	546
Andre kjøp av helsetjenester	477	1 313
<b>Sum kjøp av andre helsetjenester</b>	<b>39 978</b>	<b>33 606</b>
<b>Sum kjøp av helsetjenester</b>	<b>812 137</b>	<b>813 753</b>

(Alle tall i NOK 1000)



## NOTE 4 - VARER

Varebeholdning	2020	2019
Øvrige beholdninger	3 379	3 284
<b>Sum lager til videresalg</b>	<b>3 379</b>	<b>3 284</b>
Annet medisinsk forbruksmateriell (eget bruk)	25 323	22 722
Andre varebeholdninger (eget bruk)		
<b>Sum lager til eget bruk</b>	<b>25 323</b>	<b>22 722</b>
<b>Sum varebeholdning</b>	<b>28 703</b>	<b>26 006</b>
Anskaffelseskost	28 703	26 006
<b>Bokført verdi 31.12</b>	<b>28 703</b>	<b>26 006</b>

Varekostnad	2020	2019
Legemidler	752 397	696 064
Medisinske forbruksvarer	488 503	453 028
Andre varekostnader til eget forbruk	71 811	66 679
Innkjøpte varer for videresalg	13 090	18 382
<b>Sum varekostnad</b>	<b>1 325 801</b>	<b>1 234 153</b>

(Alle tall i NOK 1000)

Ved utbruddet av pandemien i mars 2020 ba Helsedirektoratet Helse Sør-Øst gjennomføre nødvendige anskaffelser av smittevernutstyr til hele spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt legemidler til spesialisthelsetjenesten knyttet til koronautbruddet. Kostnader forbundet med disse anskaffelsene ble belastet Helsedirektoratet og smittevernutstyr og legemidler ble stilt til helseforetakenes disposisjon uten krav om økonomisk vederlag.

## NOTE 5 - LØNSKOSTNADER, ANTALL ANSATTE, GODTGJØRELSE M.M.

Lønnskostnader	2020	2019
Lønnskostnader	4 825 490	4 515 570
Arbeidsgiveravgift	633 053	634 763
Pensjonskostnader inkl arbeidsgiveravgift	660 753	932 579
Andre ytelser	70 380	79 322
- balanseførte lønnskostnader egne ansatte		
<b>Sum lønn og andre personalkostnader</b>	<b>6 189 676</b>	<b>6 162 233</b>
<i>(Alle tall i NOK 1000)</i>		
Gjennomsnittlig antall ansatte	9 868	9 615
Gjennomsnittlig antall årsverk	7 637	7 357

For å håndtere de økonomiske konsekvensene av koronautbruddet vedtok Stortinget i revidert nasjonalbudsjett en reduksjon i satsen for arbeidsgiveravgift med 4 prosentpoeng for 3. termin i 2020. For Vestre Viken har dette utgjort en reduksjon i arbeidsgiveravgiften på 45 millioner kroner.

### Lønn til ledende ansatte (Tall i kroner)

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre Godtgjørelser	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode
Sommervoll, Lisbeth	Adm.direktør	1 983 211	325 647	12 104	<b>2 320 962</b>	04.18-dd	04.18-dd
Spreng, Ulrich	Dir.fag	1 422 654	298 336	4 904	<b>1 725 894</b>	01.20-dd	01.20-dd
Aass, Halfdan	Dir.medisin	1 736 896	244 209	512	<b>1 981 617</b>	01.20-dd	10.03-dd
Årnot, Eli	Fung. dir. adm og sa	1 384 059	323 071	4 904	<b>1 712 034</b>	08.20-dd	03.96-dd
Holm, Finn Egil	Dir. adm og samf.	1 271 243	244 158	4 775	<b>1 520 176</b>	05.16-10.20	05.16-10.20
Årnot, Eli	Dir. kompetanse	1 384 059	323 071	4 904	<b>1 712 034</b>	02.19-dd	03.96-dd
Lindblad, Mette Lise	Dir. økonomi	1 502 915	353 930	4 904	<b>1 861 749</b>	02.18-dd	02.18-dd
Løken, Cecilie B.	Dir. teknologi	1 477 926	360 821	10 904	<b>1 849 651</b>	03.18-dd	03.18-dd
Abrahamsen, Rune Aksel	Prosjekt dir. NSD	1 267 068	300 140	8 504	<b>1 575 712</b>	02.19-dd	03.07-dd
Caple, Wesley	Klinikkdir. KMD	1 463 435	301 988	4 904	<b>1 770 327</b>	05.17-dd	05.17-dd
Furnes, Narve H.	Klinikkdir. KIS	1 529 127	291 014	4 904	<b>1 825 045</b>	01.10-dd	01.05-dd
Hallgren, Inger Lise	Klinikkdir. PHT	1 431 857	335 260	4 904	<b>1 772 021</b>	01.12-dd	02.06-dd
Hørthe, Kirsten	Klinikkdir. PHR	1 522 956	283 913	4 904	<b>1 811 773</b>	04.12-dd	09.05-dd
Eidsvoll, Britt Elin	Klinikkdir. DS	1 575 829	300 477	4 904	<b>1 881 210</b>	01.10-dd	01.05-dd
Olsen, Trine	Klinikkdir. BS	588 508	152 998	2 002	<b>743 508</b>	08.20-dd	08.20-dd
Hals, Jardar	Klinikkdir. BS	1 167 551	181 916	4 689	<b>1 354 156</b>	01.10-08.20	01.88-08.20
Pedersen, May-Janne Botha	Klinikkdir. RS	1 452 300	257 334	4 904	<b>1 714 538</b>	05.17-dd	11.82-dd
Agledal, Stein-Are	Klinikkdir. KS	1 447 997	311 879	4 904	<b>1 764 780</b>	08.16-dd	08.16-dd
		<b>25 609 591</b>	<b>5 190 162</b>	<b>97 434</b>	<b>30 897 187</b>		

### Tilleggsopplysninger pensjonsavtale ledende ansatte

Det er ikke gitt lån/sikkerhetsstillelse til administrerende direktør/styreleder eller andre nærstående parter.

### Godtgjørelse til styrets medlemmer

Navn	Tittel	Styrehonorar	Lønn	Andre Godtgjørelser	Sum	Tjenesteperiode
Hatlen, Siri	Styreleder	222 191			222 191	02.20-dd
Almlid, Torbjørn	Styreleder	37 072			37 072	10.12-02.20
Snekkerbakken, Margrethe	Nestleder	181 286			181 286	02.18-dd
Bjerknes, Robert	Styremedlem	113 209			113 209	02.20-dd
Breivega, Ane R.	Styremedlem	22 334			22 334	11.20-dd
Tjønn, Bovild	Styremedlem	131 737			131 737	02.18-dd
Bjørnson, Torkild	Styremedlem	18 528			18 528	02.18-02.20
Strømme, Geir Kåre	Styremedlem	110 522			110 522	02.14-11.20
Frost, Tom R. H.	Styremedlem	131 737	660 052	8 512	800 301	03.19-dd
Morken, Toril A. K.	Styremedlem	131 737	1 477 123	8 000	1 616 860	03.19-dd
Kvamsøe, John Egil	Styremedlem	131 737	635 510	8 512	775 759	03.13-03.17,08.17-dd
		<b>1 232 090</b>	<b>2 772 685</b>	<b>25 024</b>	<b>4 029 799</b>	

*(Tall i kroner)*

## NOTE 5 - LØNSKOSTNADER, ANTALL ANSATTE, GODTGJØRELSE M.M. FORTS.

Lønnskostnader	2020	2019
<b>Revisjonshonorar fordeler seg på følgende tjenestekategorier:</b>		
Lovpålagt revisjon	350 000	285 000
Andre attestasjonstjenester		10 000
Skatte-og avgiftsrådgivning		9 800
Andre tjenester utenfor revisjon	70 000	
<b>Sum godtgjørelse til revisor</b>	<b>420 000</b>	<b>304 800</b>
Honorar til revisor i henhold til inngåtte avtale		
<b>Spesifikasjon av andre tjenester utenfor revisjon</b>		
Relasjonsanalyse	70 000	
<b>Spesifikasjon av andre tjenester utenfor revisjon</b>	<b>70 000</b>	

(Tall i kroner)

## NOTE 6 - ANDRE DRIFTSKOSTNADER

Andre driftskostnader	2020	2019
Transport av pasienter	99 417	109 505
Bygninger og kontorlokaler inkl energi og forsikring	132 456	150 796
Kjøp og leie av medisinskteknisk utstyr, IKT, inventar mv.	115 674	90 577
Konsulenttjenester	24 395	32 336
Annen ekstern tjeneste	513 191	428 131
Reparasjon vedlikehold og service	185 429	178 552
Kontor og kommunikasjonskostnader	33 850	32 158
Kostnader forbundet med transportmidler	17 294	14 978
Reisekostnader	9 294	17 906
Forsikringskostnader	4 292	3 506
Pasientskadeerstatning	3 123	3 031
Øvrige driftskostnader	69 366	59 137
<b>Andre driftskostnader</b>	<b>1 207 781</b>	<b>1 120 614</b>

(Alle tall i NOK 1000)

Kostnader knyttet til pasientreiser er redusert med 9,9 millioner kroner som følge av pandemien. Reduksjonen i kostnader til pasientreiser gir også en reduksjon i pasientrelaterte refusjoner på 6,3 millioner kroner. Netto resultateffekt for Vestre Viken er en besparelse på 3,6 millioner kroner.

Forsterket adgangskontroll til sykehusene har gitt en kostnadsøkning på 50,3 millioner kroner.

## NOTE 7 - FINANSINNTEKTER- OG KOSTNADER

Finansposter	2020	2019
<b>Finansinntekter</b>		
Konserninterne renteinntekter	8 467	6 943
Andre renteinntekter	2 398	3 843
Andre finansinntekter	-120	73
<b>Finansinntekter</b>	<b>10 745</b>	<b>10 859</b>
<b>Finanskostnader</b>		
Konserninterne rentekostnader	9 793	15 410
Andre rentekostnader	368	699
Andre finanskostnader	4 263	5 124
<b>Finanskostnader</b>	<b>14 424</b>	<b>21 233</b>

(Alle tall i NOK 1000)

## NOTE 8 - FORSKNING OG UTVIKLING

Forskning og utvikling	2020	2019
Øremerket tilskudd fra eier til forskning	6 291	6 563
Andre inntekter til forskning	12 695	22 753
Basisramme til forskning	53 159	41 807
<b>Sum inntekter til forskning</b>	<b>72 146</b>	<b>71 122</b>
Øremerket tilskudd fra eier til forskning		
Basisramme til utvikling	17 486	10 525
<b>Sum inntekter til utvikling</b>	<b>17 486</b>	<b>10 525</b>
<b>Sum inntekter til forskning og utvikling</b>	<b>89 631</b>	<b>81 647</b>
Kostnader til forskning:		
- somatikk	60 778	60 411
- psykisk helsevern	11 368	10 711
<b>Sum kostnader til forskning</b>	<b>72 146</b>	<b>71 122</b>
Kostnader til utvikling:		
- somatikk	11 743	3 997
- psykisk helsevern	5 090	5 871
- tverrfaglig spesialisert behandling	653	657
<b>Sum kostnader til utvikling</b>	<b>17 486</b>	<b>10 525</b>
<b>Sum kostnader forskning og utvikling</b>	<b>89 631</b>	<b>81 647</b>
<i>(Alle tall i NOK 1000)</i>		
Antall avlagte doktorgrader	8	8
Antall publiserte artikler	140	130
Antall årsverk forskning	55,5	55,9
Antall årsverk utvikling	11,5	8,9

## NOTE 9 - IMMATERIELLE DRIFTSMIDLER

2020	EDB programvare	Sum Immatrielle eiendeler
<b>Anskaffelseskost 1.1</b>	235	235
<b>Anskaffelseskost 31.12.20</b>	<b>235</b>	<b>235</b>
Akkumulerte avskrivninger 1.1	-190	-190
<b>Akkumulerte avskrivninger korrigerert</b>	<b>-190</b>	<b>-190</b>
Årets avskrivning	-45	-45
<b>Akkumulerte avskrivninger 31.12.20</b>	<b>-235</b>	<b>-235</b>
<b>Bokført verdi 31.12.20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

(Alle tall i NOK 1000)

## NOTE 10 - VARIGE DRIFTSMIDLER

2020	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl. og annet	Sum varige driftsmidler
Anskaffelseskost 1.1	992 497	5 241 854	324 516	1 218 036	302 802	8 079 703
Korrigeringer IB		-441				-441
<b>Åpningsbalanse korrigerert</b>	<b>992 497</b>	<b>5 241 413</b>	<b>324 516</b>	<b>1 218 036</b>	<b>302 802</b>	<b>8 079 262</b>
Tilgang ekstern	12 642	151	255 114	14 344	14 820	297 070
Tilgang intern (inkl virk.overdragelse)						0
Tilgang egentilvirket 1)						0
Tilgang fra anlegg under utførelse		23 387	-160 730	116 717	20 626	0
Avgang ved salg, ekstern	-3 495	-179			-1 695	-5 368
Avgang ved salg, intern (inkl virk.overdragelse)						0
Utrangering						0
Reklassifisering						0
<b>Anskaffelseskost 31.12.20</b>	<b>1 001 644</b>	<b>5 264 772</b>	<b>418 900</b>	<b>1 349 096</b>	<b>336 553</b>	<b>8 370 965</b>
Akkumulerte avskrivninger 1.1	0	-2 932 510	0	-718 942	-203 936	-3 855 388
Korrigeringer IB						0
<b>Akkumulerte avskrivninger korrigerert</b>	<b>0</b>	<b>-2 932 510</b>	<b>0</b>	<b>-718 942</b>	<b>-203 936</b>	<b>-3 855 388</b>
Årets avskrivning		-160 087		-104 949	-27 235	-292 271
Akk. Avskrivning ved avgang ekstern		112			1 548	1 660
Akk.avskr ved avgang, intern						0
Akk. Avskrivning ved utrangering						0
Akk.avskrivninger reklassifisering						0
<b>Akkumulerte avskrivninger 31.12.20</b>	<b>0</b>	<b>-3 092 485</b>	<b>0</b>	<b>-823 890</b>	<b>-229 624</b>	<b>-4 145 999</b>

## NOTE 10 - VARIGE DRIFTSMIDLER FORTS.

2020	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidl. og annet	Sum varige driftsmidler
Akkumulerte nedskrivninger 1.1	0	-441	0	0	0	-441
Korrigeringer IB		441				441
<b>Bokført verdi 31.12.20</b>	<b>1 001 644</b>	<b>2 172 287</b>	<b>418 900</b>	<b>525 206</b>	<b>106 929</b>	<b>4 224 966</b>

Operasjonell leasing/ leieavtaler	Årlig leiebeløp	Varighet (år)
Vestre Viken	3 715	0-5 år
<b>Medisinsk-teknisk utstyr</b>	<b>3 715</b>	
Vestre Viken	20 947	3-5 år
<b>Transportmidler og annet</b>	<b>20 947</b>	

Finansielle leieavtaler	Bokført verdi 31.12	Estimert leiebeløp			Årlige avskrivninger	Varighet kontrakt (år)
		Neste år	2 til 5 år	utover 5 år		
Vestre Viken	135 063	21 988	77 536	35 539	22 040	Snitt 8 år
<b>Medisinsk-teknisk utstyr</b>	<b>135 063</b>	<b>21 988</b>	<b>77 536</b>	<b>35 539</b>	<b>22 040</b>	
Vestre Viken	30 525	12 626	17 899	0	14 673	4 år
<b>Transportmidler og annet</b>	<b>30 525</b>	<b>12 626</b>	<b>17 899</b>	<b>0</b>	<b>14 673</b>	

Investeringsprosjekter	Akk. Verdi 2012	Akk. Verdi 1912	Total kostnadsramme	Plan tidspunkt ferdigstilling
BRK-prosjekter*	569 832	399 557	1 786 309	des. 27
Tomt nytt Drammen sykehus	779 042	766 400	954 000	2025
<b>Sum</b>	<b>1 348 874</b>	<b>1 165 957</b>	<b>2 740 309</b>	

(Alle tall i NOK 1000)

\* Investeringsprosjekt Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus.

Det er investert i medisinsk-teknisk utstyr - og foretatt bygningsmessig investeringer på til sammen 36 millioner kroner som følge av koronautbruddet.

## NOTE 11 - EIERANDEL I DATTER- OG TILKNYTTETE FORETAK

Eierandel	Totalt 2020	Totalt 2019
-----------	----------------	----------------

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.

### Investeringer i andre aksjer og andeler

Andre aksjer og andeler		
Egenkapitalinnskudd i pensjonskasser/KLP	405 281	394 429
<b>Sum investeringer i andre aksjer og andeler</b>	<b>405 281</b>	<b>394 429</b>

(Alle tall i NOK 1000)

## NOTE 12 - FINANSIELLE ANLEGGSMIDLER OG GJELD

Finansielle anleggsmidler og gjeld	2020	2019
<b>Finansielle anleggsmidler</b>		
Lån og fordringer til foretak i samme foretaksgruppe	883 449	269 527
<b>Sum finansielle anleggsmidler</b>	<b>883 449</b>	<b>269 527</b>

### Langsiktig gjeld

Langsiktig gjeld til foretak i samme gruppe	738 317	232 335
Annen langsiktig gjeld	167 476	174 549
<b>Sum langsiktig gjeld</b>	<b>905 793</b>	<b>406 885</b>
Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	573 061	51 765

(Alle tall i NOK 1000)

Økt langsiktig gjeld i 2020 gjelder 70 prosent lånefinansiering av tomt Brakerøya.

## NOTE 13 - KUNDEFORDRINGER OG ANDRE FORDRINGER

Fordringer	2020	2019
<b>Fordringer</b>		
Kundefordringer	45 274	47 158
Fordringer på foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	145 586	312 059
Opptjente inntekter (inkl pasienter under behandling)	5 990	7 310
Øvrige kortsiktige fordringer	32 004	26 158
<b>Fordringer</b>	<b>228 855</b>	<b>392 684</b>

### Avsetning for tap på fordringer 31.12

Avsetning for tap på kundefordringer 1.1.	-7 780	-7 500
Årets endring i avsetning til tap på krav	-2 520	-280
<b>Avsetning for tap på fordringer 31.12</b>	<b>-10 300</b>	<b>-7 780</b>

### Årets konstaterte tap

<b>Årets konstaterte tap</b>	<b>3 602</b>	<b>7 312</b>
<b>Kundefordringer pålydende 31.12</b>		
Ikke forfalte fordringer	21 563	18 355
Forfalte fordringer 1-30 dager	4 417	14 205
Forfalte fordringer 30-60 dager	3 848	965
Forfalte fordringer 60-90 dager	1 180	1 028
Forfalte fordringer over 90 dager	14 265	12 604
<b>Kundefordringer pålydende 31.12</b>	<b>45 274</b>	<b>47 158</b>

(Alle tall i NOK 1000)



## NOTE 14 - KONTANTER OG BANKINNSKUDD

Likviditet	2020	2019
Innestående skattetrekkmidler	210 994	201 942
Andre bundne konti	3 452	3 806
<b>Sum bundne bankinnskudd</b>	<b>214 446</b>	<b>205 747</b>
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	477	3 446
<b>Sum bankinnskudd og kontanter</b>	<b>214 923</b>	<b>209 193</b>

(Alle tall i NOK 1000)

Vestre Viken har en kredittramme på -1954 millioner kroner tilknyttet konsernkontoordningen.

Av trekkrammen er det benyttet -572.1 millioner kroner.

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

## NOTE 15 - EGENKAPITAL

Egenkapital 31.12.20	Foretakskapital	Annen innskutt egenkapital	Annen egenkapital	Total egenkapital
Inngående balanse 1.1	100	3 510 642	590 026	4 100 768
Korrigeringer IB, spesifiser nedenfor				
<b>Åpningsbalanse korrigert</b>	<b>100</b>	<b>3 510 642</b>	<b>590 026</b>	<b>4 100 768</b>
Egenkapitaltransaksjoner, spesifiser nedenfor				
Årets resultat			272 939	272 939
<b>Egenkapital 31.12.20</b>	<b>100</b>	<b>3 510 642</b>	<b>862 965</b>	<b>4 373 707</b>

(Alle tall i NOK 1000)

## NOTE 16 - PENSJONER

Pensjoner	2020	2019
<p>Vestre Viken har pensjonsordninger som omfatter i alt 36 147 personer, hvorav 7 704 er yrkesaktive, 21 310 er oppsatte og 7 133 er pensjonister. Ordningene gir rett til definerte fremtidige ytelser etter sluttlønnprinsippet. Disse er i hovedsak avhengig av antall opptjeningsår, stillingsfaktor og lønnsnivå ved nådd pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Foretakets pensjonsansvar i forhold til den ordinære tariffestede tjenestepensjonsordningen er dekket gjennom pensjonsordningene. Felles kommunal pensjonsordning, pensjonsordningen for sykehusleger og pensjonsordningen for sykepleiere i Kommunal Landspensjonskasse, Statens Pensjonskasse, Akershus fylkeskommunale pensjonskasse og Oslo pensjonsforsikring AS. I tillegg til den ordinære tjenestepensjonsordningen 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 risikofellesskapet i den enkelte "multiemployer plan".</p>		
<b>Pensjonsforpliktelse</b>		
Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	17 446 517	15 344 205
Pensjonsmidler	-16 106 086	-15 011 412
<b>Netto pensjonsforpliktelse</b>	<b>1 340 430</b>	<b>332 793</b>
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	86 436	140 278
Ikke resultatført tap/(gev) av estimat- og planavvik inkludert arbeidsgiveravgift	-3 152 004	-1 948 567
<b>Netto balansertført forpliktelse inkludert arbeidsgiveravgift</b>	<b>-1 725 138</b>	<b>-1 475 497</b>
Herav balansertført netto pensjonsforpliktelse inkludert arbeidsgiveravgift	6 691	6 657
Herav balansertført netto pensjonsmidler inkludert arbeidsgiveravgift	1 731 829	1 482 153
<b>Spesifikasjon av pensjonskostnad</b>		
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	726 611	706 132
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	364 938	424 078
<b>Årets brutto pensjonskostnad</b>	<b>1 091 550</b>	<b>1 130 210</b>
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-587 368	-608 670
Administrasjonskostnad	21 365	22 314
<b>Netto pensjonskostnad inkludert administrasjonskostnader</b>	<b>525 546</b>	<b>543 853</b>
Arbeidsgiveravgift netto pensjonskostnad inkludert administrasjonskostnader	101 162	21 704
Resultatført actuarielt tap/(gevinst)	26 763	660 812
Resultatført arbeidsgiveravgift av actuarielt tap/(gevinst)	7 281	96 421
Resultatført planendring		-390 211
<b>Årets netto pensjonskostnad</b>	<b>660 753</b>	<b>932 579</b>
<b>Pensjonsmidler - premiefond</b>		
Brutto pensjonsmidler inkluderer premiefond med følgende beløp og bevegelser i løpet av regnskapsåret:		
Premiefond 01.01.	226 216	253 020
Tilførte premiefond	141 051	20 330
Uttak fra premiefond	-116 900	-47 125
<b>Saldo per 31.12.</b>	<b>250 367</b>	<b>226 226</b>

(Alle tall i NOK 1000)

## NOTE 16 - PENSJONER FORTS.

Pensjoner	2020	2019
<b>Økonomiske forutsetninger</b>		
Diskonteringsrente	1,7	2,3
Forventet avkastning på pensjonsmidler	3,1	3,8
Årlig lønnsregulering	2,25	2,25
Årets pensjonsregulering	1,24	1,24
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,0	2,0

Pensjonskostnaden for 2020 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelser pr. 31.12.2020 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2020. Basert på avkastningen i pensjonskassene for 2020 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2020. Pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenstepensjon.

### Demografiske forutsetninger

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

	2020		2019				
	K2013BE		K2013BE				
Anvendt dødelighetstabell	15-46%		15-46%				
Forventet uttakshyppighet AFP	15-46%		15-46%				
<b>Frivillig avgang for sykepleiere (i %)</b>							
Alder i år	<20	20-25	26-30	31-40	41-49	50-55	>55
Sykepleiere	25,00	15,00	10,00	6,00	4,00	3,00	0,00
<b>Frivillig avgang for sykehusleger og fellesordning (i %)</b>							
Alder i år	<24	24-29	30-39	40-49	50-55	>55	
Sykehusleger og fellesordning	25,00	15,00	7,50	7,50	5,00	3,00	

## NOTE 17 - ANDRE AVSETNINGER FOR FORPLIKTELSER

Forpliktelser	2020	2019
Tariffestet utdanningspermisjon	58 613	52 618
Investeringsstilskudd	50 362	49 847
Avsetning for pasientskadeerstatning	1 572	1 572
<b>Sum avsetning for forpliktelser</b>	<b>110 546</b>	<b>104 037</b>

(Alle tall i NOK 1000)

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 826 overlege- og psykologspesialistårsverk. Uttakstilbøyeligheten er satt til 27 prosent for overlegestillingene og 29 prosent for psykologspesialister. Overordnede leger og spesialister i Vestre Viken 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.

## NOTE 18 - KORTSIKTIG GJELD

Kortsiktig gjeld	2020	2019
<b>Annen kortsiktig gjeld</b>		
Leverandørgjeld	208 693	195 376
Kortsiktig gjeld til foretak i foretaksgruppen Helse Sør-Øst	790 752	1 085 592
Påløpte feriepenge	544 219	513 792
Påløpte lønnskostnader	171 149	122 002
Annen kortsiktig gjeld	220 506	90 978
<b>Annen kortsiktig gjeld</b>	<b>1 935 319</b>	<b>2 007 741</b>

(Alle tall i NOK 1000)

Det er avsatt 102,2 millioner kroner til fremtidig koronakostnader pr. 31.12.2020. Av dette er 43 millioner kroner knyttet til avskrivningstilskudd på koronainvesteringer foretatt i 2020 (36 millioner kroner), og investeringer for å øke analysekapasitet i forbindelse med regionalt oppdrag (8 millioner kroner).

## NOTE 19 - EIERS STYRINGSMÅL

Styringsmål	2020	2019	2009-2020
Årsresultat	272 939	284 866	2 288 046
<b>Korrigert resultat</b>	<b>272 939</b>	<b>284 866</b>	<b>2 288 046</b>
Endrede pensjonskostnader som er blitt hensyntatt i resultat			-372 000
<b>Resultat jf økonomiske krav fra HOD</b>	<b>272 939</b>	<b>284 866</b>	<b>1 916 046</b>
Resultatkrav fra HOD	248 000	255 000	2 270 600
<b>Avvik fra resultatkrav</b>	<b>24 939</b>	<b>29 866</b>	<b>-106 554</b>

(Alle tall i NOK 1000)

## NOTE 20 – ERKLÆRING OM LEDERNES ANSETTELSESVILKÅR

### Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Vestre Viken definerer personer i stillingene administrerende direktør, direktør for kompetanse, direktør for fag, direktør for økonomi, direktør for teknologi, direktør for administrasjon og samfunnskontakt samt klinikkdirektører som ledende ansatte.

Vestre Viken følger retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper (fastsatt av Regjeringen Stoltenberg II 31.3.2011) hvor hovedprinsippet er at:

- Lederlønningene i selskaper med helt eller delvis statlig eierskap skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper. Selskapene skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Vedtektenes § 8a ble vedtatt endret for Vestre Viken 17. juni 2015, jf. aksjelovens § 6-16a med virkning for regnskapsåret 2015. Erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte var til behandling i styremøte 15. juni 2020, ref. styresak 35/2020.

#### Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2020

Følgende er praksis og anbefales videreført:

- Lønnsoppgjøret i Vestre Viken har skjedd samlet, med unntak av administrerende direktør som har fått fastsatt sin lønn direkte av styret.
- Ledere på nivå 2, dvs. de som rapporterer til administrerende direktør, har blitt lønnsvurdert av administrerende direktør. Samtlige av disse er unntatt overenskomst.

#### Generelle forhold

Lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende virksomheter med samme kompleksitet.

- Hovedelementet i en kompensasjonsordning skal være den faste grunnlønnen.
- Kompensasjonsordningene skal utformes slik at lønn ikke påvirkes på grunn av eksterne forhold som ledelsen selv ikke kan påvirke.

- De enkelte elementer i en lønnspakke skal vurderes samlet, med fast lønn og andre goder som pensjoner og sluttvederlag som en helhet. Styret skal ha en oversikt over den samlede verdi av den enkelte leders avtalte kompensasjon.
- Administrerende direktørs godtgjørelse fastsettes av styret.
- Styret skal påse at lederlønnsordningene ikke gir uheldige virkninger for helseforetaket eller svekker dets omdømme.
- Medarbeidere i ledelsen skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre selskaper i samme foretaksgruppe.
- Variabel lønn skal ikke benyttes ved fastsettelse av lederlønn.

#### Pensjonsytelser

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

## NOTE 21 – NÆRSTÅENDE PARTER

### Nærstående parter

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

#### 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 410 millioner kroner. Inntekter knyttet opp mot Sykehusapotekene beløper seg til 2,5 millioner kroner og gjelder hovedsakelig leie/lokaler med tilhørende tjenester. Videre er det ordinære kjøp av medisinsk forbruksmateriell fra den regionale leverandøren Forsynings-senteret på 114 millioner kroner og kjøp av IKT- og HR-tjenester av den regionale tjenesteleverandøren Sykehuspartner for 465 millioner kroner. Salg av tjenester til Sykehuspartner beløper seg til 2,5 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 salgsavtaler 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 har ledervervet til styret i henholdsvis Emma Hjorts Boligstiftelse og Blakstad Boligstiftelse. En annen har styreverv i Røde Kors i tillegg til Lier Everk Holding AS.
- En av styrets medlemmer har eierskap i selskap som har relasjoner til Vestre Viken .

Ingen av de 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.

Interne transaksjoner	Vårt kjøp	Vårt salg
Helse Sør-Øst og Digital fornying	14 165	138 040
Akershus universitetssykehus	13 597	20 964
Sykehuset Innlandet	9 038	14 514
Sunnaas sykehus	-	1
Sykehuset Østfold	5 205	1 477
Oslo universitetssykehus	580 927	15 372
Sykehuset i Vestfold	22 977	17 800
Sykehuset Telemark	8 795	9 121
Sørlandet sykehus	3 703	5 247
Helse Sør-Øst Forsynings-senter	114 061	-
Sykehuspartner	465 198	2 486
Sykehusapotekene	409 776	3 417
<b>TOTALT</b>	<b>1 647 444</b>	<b>234 438</b>

## KONTANTSTRØMOPPSTILLING

Kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	2020	2019
Årsresultat	272 939	284 866
Tap/gevinst ved avgang anleggsmidler	-8 592	-6 136
Ordinære avskrivninger	292 316	283 344
Endring i omløpsmidler	-498 588	427 962
Endring i kortsiktig gjeld	17 464	44 470
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i	-249 641	38 033
Inntektsført investeringstilskudd	-4 663	-4 571
<b>Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter</b>	<b>-178 764</b>	<b>1 067 968</b>
<b>Kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter</b>		
Innbetalinger ved salg av driftsmidler	12 300	11 959
Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-297 070	-1 054 102
Utbetalinger ved kjøp av andre finansielle eiendeler	-10 852	-27 560
<b>Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter</b>	<b>-295 623</b>	<b>-1 069 702</b>
<b>Kontantstrømmer fra finansieringsaktiviteter</b>		
Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	512 134	8 638
Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-36 116	3 571
Innbetaling av investeringstilskudd	5 177	
Endring øvrige langsiktige forpliktelser	-1 079	6 269
<b>Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter</b>	<b>480 117</b>	<b>18 479</b>
Netto endring i likviditetsbeholdning	5 730	16 744
Likviditetsbeholdning pr 01.01.	209 193	192 449
<b>Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12</b>	<b>214 923</b>	<b>209 193</b>
Ubenyttet trekkramme 31.12	-1 381 891	-792 800
<b>Likviditetsreserve 31.12</b>	<b>-1 166 967</b>	<b>-583 607</b>
Innvilget trekkramme 31.12.	-1 954 000	-1 731 000
Bankinnskudd, kontanter o.l.	214 923	209 193
<b>Differanse</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

(Alle tall i NOK 1000)

Til foretaksmøtet i Vestre Viken HF

## *Uavhengig revisors beretning*

### *Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet*

---

#### *Konklusjon*

Vi har revidert Vestre Viken HF's årsregnskap som består av balanse per 31. desember 2020, resultatregnskap og kontantstrømoppstilling for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter til årsregnskapet, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper.

Etter vår mening er det medfølgende årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettviseende bilde av foretakets finansielle stilling per 31. desember 2020, og av dets resultater og kontantstrømmer for regnskapsåret avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.

---

#### *Grunnlag for konklusjonen*

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder de internasjonale revisjonsstandardene International Standards on Auditing (ISA-ene). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet i Revisors oppgaver og plikter ved revisjon av årsregnskapet. Vi er uavhengige av foretaket slik det kreves i lov og forskrift, og har overholdt våre øvrige etiske forpliktelser i samsvar med disse kravene. Etter vår oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

---

#### *Øvrig informasjon*

Ledelsen er ansvarlig for øvrig informasjon. Øvrig informasjon omfatter informasjon i årsrapporten bortsett fra årsregnskapet og den tilhørende revisjonsberetningen.

Vår uttalelse om revisjonen av årsregnskapet dekker ikke øvrig informasjon, og vi attesterer ikke den øvrige informasjonen.

I forbindelse med revisjonen av årsregnskapet er det vår oppgave å lese øvrig informasjon med det formål å vurdere hvorvidt det foreligger vesentlig inkonsistens mellom øvrig informasjon og årsregnskapet, kunnskap vi har opparbeidet oss under revisjonen, eller hvorvidt den tilsynelatende inneholder vesentlig feilinformasjon.

Dersom vi konkluderer med at den øvrige informasjonen inneholder vesentlig feilinformasjon er vi pålagt å rapportere det. Vi har ingenting å rapportere i så henseende.

---

#### *Styrets og daglig leders ansvar for årsregnskapet*

Styret og daglig leder (ledelsen) er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet i samsvar med lov og forskrifter, herunder for at det gir et rettviseende bilde i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge. Ledelsen er også ansvarlig for slik internkontroll som den finner nødvendig for å kunne utarbeide et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil.





Ved utarbeidelsen av årsregnskapet må ledelsen ta standpunkt til foretakets evne til fortsatt drift og opplyse om forhold av betydning for fortsatt drift. Forutsetningen om fortsatt drift skal legges til grunn for årsregnskapet så lenge det ikke er sannsynlig at virksomheten vil bli avviklet.

---

### *Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet*

Vårt mål med revisjonen er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som inneholder vår konklusjon. Betyggende sikkerhet er en høy grad av sikkerhet, men ingen garanti for at en revisjon utført i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon blir vurdert som vesentlig dersom den enkeltvis eller samlet med rimelighet kan forventes å påvirke økonomiske beslutninger som brukerne foretar basert på årsregnskapet.

For videre beskrivelse av revisors oppgaver og plikter vises det til:  
<https://revisorforeningen.no/revisjonsberetninger>

### *Uttalelse om andre lovmessige krav*

---

#### *Konklusjon om årsberetningen*

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, mener vi at opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til resultatdisponering er konsistente med årsregnskapet og i samsvar med lov og forskrifter.

---

#### *Konklusjon om registrering og dokumentasjon*

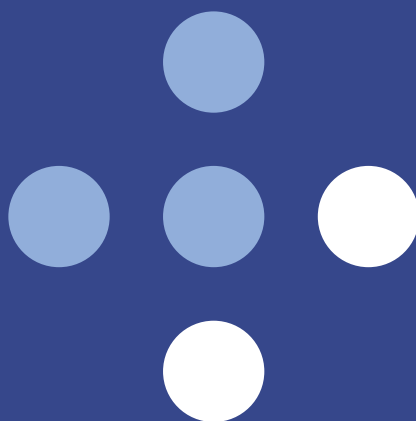
Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag (ISAE) 3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon», mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av foretakets regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringskikk i Norge.

Oslo, 22. mars 2021  
**PricewaterhouseCoopers AS**

Gøril Hyni  
Statsautorisert revisor  
(elektronisk signert)







**VESTRE VIKEN**

Postboks 800, 3004 Drammen  
Organisasjonsnummer: 894 166 762  
postmottak@vestreviken.no  
www.vestreviken.no  
Telefon: 03525

© 2021

**Referat**

<b>Møte:</b>	<b>HAMU</b>	<b>Tilstede:</b>	Lisbeth Sommervoll, Eli Årnot, Ulrich Spreng, Trine Olsen, Kirsten Hørthe, Narve Furnes, Joan Nygard, John Egil Kvamsøe, Tom Frost, Gry L Christoffersen, Toril Morken, Anita H Gommæs, Anne Marie Besseberg (Synergi Helse), Tove Svensli, Sine Kari Braanaas, Hanne Juritzen.
<b>Møtedato:</b>	4.mai 2021		
<b>Tidspunkt:</b>	0900 - 1100		
<b>Sted:</b>	Skype		
<b>Møteleder:</b>	Tom Frost		
<b>Referent:</b>	Cecilie Søfting Monsen	<b>Forfall:</b>	Ingen

<b>Saksnr.</b>	<b>Beskrivelse/oppfølging/vedtak</b>
	<b>Godkjenning av innkalling og agenda</b> Godkjent uten kommentar.
	<b>Godkjenning av referat fra 9.mars 2021</b> Godkjent uten kommentar.
13/2021	<p><b>Varsling i Vestre Viken</b> Mette Lindblad (leder av dagens varslingsutvalg) innledet med en orientering om hva og hvordan utvalget arbeider i dag. (vedlagt). Eli Årnot: Gjennomgang av utkast til rapport og handlingsplan.</p> <p>Innspill i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Punkt 8 – Omsorgsansvaret gjelder for begge parter i saken og bør tydeliggjøres i rapporten. Habilitet er en kompliserende faktor for leder som skal ivareta både en ansatt og en leder. Varsling på ledere – prosedyren bør tydeliggjøres</li> <li>• Etsiske retningslinjer – bør henvises til i prosedyren ev i rapporten. Kritikkverdige forhold kan være brudd på etiske retningslinjer.</li> <li>• Informasjon til den omvarslede.</li> <li>• Habilitet for varslingsutvalget bør vurderes fortløpende pr sak</li> <li>• Opplæring; viktig også å fange opp alle ledere, ikke kun nye ledere.</li> <li>• Etsiske retningslinjer kan ev implementeres i modulopplæringen</li> <li>• Modul 1 i opplæring; Kompetansemål: Alle ansatte inkludert styrets medlemmer være kjent med Vestre Viken`s prosedyre for varsling og vite hvordan man varsler.</li> <li>• Vanskelig å få oversikt over alle varslingssaker som behandles i linjen. Et system for innmelding av disse sakene må etableres.</li> <li>• Spørsmål i ForBedring; kjennskap til varslingssaker? Eller en egen spørreundersøkelse?</li> <li>• Ønskelig med informasjon ut i ledergruppene</li> <li>• Viktig nå å starte med det vi har i dag; for eksempel i «Snakk om forbedring»</li> </ul> <p>Vedtak: HAMU tar utkast til rapport, handlingsplan og tiltak til etterretning. Forslag og innspill som fremkom i møtet tas inn i rapport og handlingsplan via arbeidsgruppen.</p>

14/2021	<p><b>Risikovurdering pr. 1. tertial 2021</b> v/ Mette Lindblad          Del 1 – Løpende drift, årets perspektiv          Del 2 – Langsiktig utvikling av foretaket samt inn mot nytt sykehus          Kort gjennomgang av de ulike risikoområdene.</p> <p>Innspill i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NSD – hvordan klare å være enda mer fremtidsrettet? Er det fare for at foretaket ikke er innrettet godt nok for fremtiden? Er dagens løsning for tradisjonell?</li> <li>• Pasientskader – er det mulig å hente data fra Synergi (avvikssystemet) i forhold til å se en sammenheng mellom HMS/arbeidsmiljø og pasientskader?</li> <li>• Snakk om forbedring – hvordan jobber man sammen på; ansvarsdeling</li> <li>• Informasjonssikkerhet og personvern tas nå med i rapporteringen.</li> </ul> <p>Vedtak:          HAMU overleverer sine innspill til den overordnede risikovurderingen for 1.tertial 2021.</p> <p>Fagdirektør vil i neste HAMU møte vise data uttrekk fra Synergi.</p>
INFO	<p><b>Status korona</b> v/<i>Ulrich J Spreng</i>          Det vises til vedlagte presentasjon med faktaopplysninger om dagens situasjon.</p>
INFO	<p><b>Orientering fra bedriftshelsetjenesten</b> v/<i>Anne Marie Besseberg</i>          Det vises til vedlagte presentasjon.</p>
INFO	<p><b>Orientering fra FHVO</b> v/<i>Anita H Gonnæs</i>          Obligatoriske kurs – oppfølging av at disse faktisk blir gjennomført. Oppfordrer ledere til å lage en oversikt.          Akan – ønsker en satsing på dette området utover høsten. Kan påvirke pasientsikkerheten og HMS/arbeidsmiljø.</p>
15/2021	<p><b>Faste skriftlige orienteringer</b>          Vedtak:          HAMU tar de fremlagte orienteringene til etterretning.</p>
Eventuelt	<p>Sakspapirer og referater fra klinikkvise AMU mangler fortsatt på intranettet. Alle klinikker oppfordres til å legge dette ut fortløpende.</p>

# Møteprotokoll

---

**Styre:** Ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Digitalt møte  
**Dato:** Fredag 7. mai 2021  
**Tidspunkt:** Kl 17:00

---

**Følgende styremedlemmer møtte:**

---

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Olaf Qvale Dobloug	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Lasse Sølvsberg	
Sigrun E. Vågeng	

---

**Fra administrasjonen deltok:**

---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus (under sak 055-2021)  
Eierdirektør Tore Robertsen

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>055-2021</b>	<b>Godkjenning av innkalling og saksliste</b>
-----------------	-----------------------------------------------

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og saksliste til ekstraordinært styremøte 7. mai 2021.

<b>056-2021</b>	<b>Administrerende direktør fratrer. Konstituering</b>
-----------------	--------------------------------------------------------

*Saken er unntatt offentlighet, offl § 23, første ledd og ble behandlet i lukket møte, jf. Helseforetakslovens § 26 a, annet ledd.*

**Styrets enstemmige****VEDTAK**

1. Styret tar til etterretning at administrerende direktør Cathrine M. Lofthus i statsråd 7. mai 2021 er utnevnt til stillingen som departementsråd i Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Cathrine M. Lofthus fratrer som administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF f.o.m 8. mai 2021. Hun fortsetter sitt ansettelsesforhold i Helse Sør-Øst RHF til hun tiltrer stillingen i Helse- og omsorgsdepartementet 1. juni 2021.
3. Viseadministrerende direktør Jan Christian Frich konstitueres som administrerende direktør fra 8. mai 2021. Styreleder gis fullmakt til å avtale betingelsene for Jan Frich i den perioden han er konstituert administrerende direktør.
4. Rekruttering av ny administrerende direktør igangsettes. Det nedsettes et ansettelsesutvalg bestående av styreleder, nestleder og ett av de ansattevalgte styremedlemmene.
5. Styret vil i møte 28. mai 2021 drøfte nærmere opplegg og prosess for rekruttering av ny administrerende direktør.

*Møtet hevet kl 17:15*



Oslo, 7. mai 2021

---

Svein I. Gjedrem  
Styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
Nestleder

---

Kirsten Brubakk

---

Olaf Qvale Dobloug

---

Christian Grimsgaard

---

Bushra Ishaq

---

Vibeke Limi

---

Einar Lunde

---

Lasse Sølvberg

---

Sigrun E. Vågeng

---

Tore Robertsen  
styresekretær

## Referat

<b>Møte:</b>	<b>Sentralt kvalitetsutvalg</b>	<b>Tilstede:</b> Lisbeth Sommervoll, Ulrich Johannes Spreng, Halfdan Aass, Britt Elin Eidsvoll, Elisabeth Kaasa, Hanne Juritzen, Kirsten Hørthe, May Janne Botha Pedersen, Stein-Are Agledal, Wesley Caple, Asgeir M. Kvam, Trine Olsen, Mette Wahlberg, Anita Haugland Gommæs, Bente C. Monsen, Rune Kløvtveit, Cecile B. Løken, Narve Furnes, Inger Lise Hallgren, Tor-Arne Engebretsen, Tove Svensli, Ylva Sandness, Martin S. Olsen, Per-Erik Holo
<b>Møtedato:</b>	11.05.2021	
<b>Tidspunkt:</b>	09.00-11.00	
<b>Sted:</b>	Skype- møte	
<b>Møteleder:</b>	Lisbeth Sommervoll	
<b>Referent:</b>	Bente C. Monsen/Per-Erik Holo	<b>Forfall:</b>
		<b>Gjesteforelesere:</b> Marianne Thorrud Odd Faltin Liv Marit Dørum Branislav Azanjac Elise Arner Ådnanes

<b>Saksnr.</b>	<b>Beskrivelse/oppfølging/vedtak</b>
14/21	<b>Godkjenning av innkalling og referat</b> - v/Adm. direktør Lisbeth Sommervoll <b>Godkjent uten kommentarer</b>
15/21	<b>Årsrapport fra Pasient- og brukerombudet i Viken</b> v/Marianne Thorrud  Året 2020 viser en nedgang i antall henvendelser til ombudet i Buskerud grunnet covid -19 situasjonen. Likevel får ombudet i Buskerud flere henvendelser pr innbygger enn de fleste andre ombud. Flest henvendelser er knyttet til rus/psykiatri og kirurgi. Ombudet har endret arbeidsmetode til mer muntlig intervensjon, noe pasientene er godt fornøyde med. Ombudet opplever godt samarbeidet med VV HF og betegner det som "lett " å ta kontakt med klinikkene.  <b>Årsrapport fra Pasient- og brukerombudet i Oslo og Viken</b> v/Odd Faltin  Kontoret i Oslo hadde i 2020 omtrent like mange saker som tidligere år. Vi fikk færre klager enn forventet knyttet til utsatt behandling som følge av Covid-19 pandemien, men vi fikk en del henvendelser knyttet til de restriksjonene som ble innført som følge av smittevern. For oss er det viktig at tjenesteytere har en kontinuerlig evaluering av tiltak som følge av pandemien, for å justere etter hvert som ny kunnskap tilsier at det er mulig.

	<p>Vi vil totalt sett uansett berømme helsetjenesten for det arbeidet de har gjort gjennom 2020. Ellers ser vi at vi får flest henvendelser fra Vestre Viken HF knyttet til psykisk helsevern. Her er dialog med pasient og pårørende viktig for å finne riktig behandling og trygge de involverte i størst mulig grad. God dialog og god klagesaksbehandling er et lederansvar.</p> <p>Årsrapportene ligger som vedlegg</p>
16/21	<p><b>Presentasjon fra Kreftregisteret</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultater</li> <li>- Hvordan de jobber i kreftregisteret</li> </ul> <p>v/Liv Marit Dørum, kreftregisteret</p> <p>Presenterte hvordan Kreftregisteret og fagrådene til kvalitetsregistrene ønsker å jobbe med kvalitetsforbedring sammen med helseforetakene. Presentasjon av utvalgte resultater for Vestre Viken med eksempler på områder helseforetaket bør følge opp. Orienterte om siste status for rapportering til kvalitetsregistrene: det er viktig at klinisk informasjon blir meldt inn slik at resultatene bygger på data med god kvalitet.</p> <p>Presentasjonen ligger som vedlegg</p>
<b>Læring og deling</b>	
17/21	<p><b>Presentasjon av hvordan RS har et system for gjennomgang av alvorlige kirurgiske hendelser</b></p> <p>v/Avdelingsoverlege kir.avd. Branislav Azanjac</p> <p>Hendelsene gjennomgås i «Komplikasjonsmøte» på sykehuset – se vedlegg</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Har en fast dag til komplikasjons-/forbedringsmøte hvor det er diskusjon omkring komplikasjoner, dette prioriteres framfor vanlig undervisning. Det diskuteres ikke bare komplikasjoner, men også hva som gikk fint, men kunne gitt negativ utfall eller skulle ev gjøres annerledes.</li> <li>2. Vi er veldig opptatt av åpenhet mht å melde fra. Alle nye LIS blir informert om vår varslingskultur, de blir bedt om å melde avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil. Også alle legene oppmuntres/påminnes jevnlig til å si ifra om ev bekymringer.</li> <li>3. Alle må bli klar over at det er ikke bare trygt å si ifra om kritikkverdige forhold, men at de er til stor hjelp for alle til å lære av og bli bedre. At vi faktisk er takknemlig til dem som varsler!</li> <li>4. Når det har skjedd en komplikasjon: Benyttes Grønt kors og Synergi: Hendelsen diskuteres først på morgenmøte etter ev. operasjon/hendelse, deretter velges en helt uavhengig overlege/erfaren LIS2 som går grundig gjennom saken og lager en presentasjon om hendelsen. Hendelsen presenteres og diskuteres på ordinært eller ekstraordinært komplikasjonsmøte hvor alle er til stede. Ved behov inviteres også ev. annen avd til å delta som anestesi, gyn. osv.</li> </ol>

	5. Konklusjon legges i Synergi sammen med presentasjon.
18/21	<p><b>Systematisk bruk av målinger og forbedringsmetodikk for forebygging av trykksår på infeksjonsposten Bærum Sykehus</b> v/Elise Arner Ådnanes</p> <p>Hvordan infeksjonsposten på Bærum sykehus reduserte antall trykksår på inneliggende pasienter med 80% ved bruk av forbedringsmetodikk. Dette gjorde de ved bruk av trykkavlastende bandasjer som ble lagt på sacrum og hæl. De ønsker nå å gå videre med å prøve ut dette igjen og se nærmere på hvilke tiltak gir størst gevinst, også med tanke på det økonomiske aspektet, ressursbruk blant sykepleierne og hvor fort forebyggende tiltak blir iverksatt.</p> <p>Presentasjonen ligger som vedlegg</p>
19/21	<b>Referater og oversikter</b>



# Veileder for styrearbeid i helseforetak

## Endringslogg

Dokumentkontroll				
Versjon	Dato	Endring	Behandling	Godkjent av
1.0	20.10.2011		Behandlet i styret i Helse Sør-Øst jf. sak 071-2011	Styret i Helse Sør-Øst
1.1	30.01.2018	Revidert med bakgrunn i oppdatert veileder for styrearbeid i regionale helseforetak	Behandlet av administrerende direktør i Helse Sør-Øst 30. januar 2018	AD Helse Sør-Øst RHF
1.2	27.05.2019	Mindre tilpasninger som følge av oppdateringer i Helse- og omsorgsdepartementets veileder per januar 2019	Behandlet av styreleder og administrerende direktør 27. mai 2019	AD Helse Sør-Øst RHF
1.3	20.08.2020	Mindre oppdateringer etter styrevedtak i sak 085-2020 <i>Rammeverk for god virksomhets-styring i Helse Sør-Øst</i>	Behandlet av administrerende direktør etter styrevedtak i sak 085-2020	AD Helse Sør-Øst RHF

# Innholdsfortegnelse

<b>Innledning</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Introduksjon</b> .....	<b>5</b>
1.1 Helseforetaksmodellen .....	5
1.2 Samfunnsoppdraget .....	5
1.3 Samfunnsansvaret .....	6
1.3.1 Etikk – etiske retningslinjer.....	6
<b>2. Rammer for statens eierskap</b> .....	<b>6</b>
2.1 Konstitusjonelle rammer – politisk og konstitusjonelt ansvar.....	6
2.2 Kontakt mellom Stortinget og helseforetak.....	7
2.3 Riksrevisjonens kontroll .....	7
2.4 Helseforetaksloven - rettslige rammer for det regionale helseforetakets eierstyring ..	7
2.4.1 Fastsetting av vedtekter og oppnevning av styremedlemmer .....	8
2.4.2 Foretaksmøtet – foretakets øverste organ.....	8
2.4.3 Styringsdokumentet – den helhetlige overordnede bestillingen .....	9
2.4.4 Oppfølgingsmøter mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene .....	9
2.5 Statens eierskapspolitikk .....	9
<b>3. Styret – god virksomhetsstyring</b> .....	<b>9</b>
3.1 Styret som kollegium.....	10
3.2 Styrets sammensetning .....	10
3.2.1 Eieroppnevnte styremedlemmer.....	10
3.2.2 Ansattevalgte styremedlemmer .....	11
3.2.3 Opplæring og støtte til nye styremedlemmer .....	11
3.2.4 Tjenestetid, tidligere avgang mv .....	11
3.2.5 Fastsettelse av styregodtgjørelse .....	12
3.3 Styrene - rammer og viktige oppgaver for styrene .....	12
3.3.1 Styrets forvaltningsansvar og tilsynsansvar .....	12
3.3.2 Bruk av styreutvalg .....	13
3.3.3 Internkontroll og risikostyring .....	13
3.3.4 Tilsetting og avlønning av daglig leder og andre ledende ansatte .....	14
3.3.5 Rapportering til eier - årlig melding, årsregnskap og årsberetning .....	15
3.3.6 Begrensinger i styrets kompetanse .....	15
3.3.7 Representasjon og styreansvar .....	15
<b>4. Praktisk styrearbeid</b> .....	<b>16</b>
4.1 Styreleders særlige oppgaver .....	16
4.2 Styresekretær .....	16
4.3 Strategi-, kontroll-, organiserings- og egenoppgaver .....	16

4.4	Mer om styrets egenoppgaver.....	17
4.4.1	Årsplan .....	17
4.4.2	Instruks for styret og instruks for administrerende direktør.....	17
4.4.3	Styremøter – og styrets arbeidsform .....	17
4.4.4	Styredokumentene – styrets beslutningsgrunnlag .....	18
4.4.5	Protokoll fra styremøtene .....	19
4.4.6	Styrets evaluering av egen virksomhet.....	19
4.5	Forholdet til annen lovgivning .....	19
4.5.1	Regnskapsloven, krav til revisor .....	19
4.5.2	Forvaltningsloven, offentleglova og arkivloven .....	20
5.	Styrelitteratur (et utdrag fra BIBSYS <a href="http://www.bibsys.no">www.bibsys.no</a> ) .....	21
6.	Sentrale dokumenter ( <a href="http://www.regjeringen.no">www.regjeringen.no</a> ) .....	21
7.	Sentrale lover og forskrifter ( <a href="http://www.lovdata.no">www.lovdata.no</a> ) .....	21
8.	Avtaler og reglement .....	22



## **Innledning**

Hovedinnholdet i denne veilederen er utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet. Veilederen gir en kort orientering om styrearbeid i helseforetak og er ment som et bidrag til styrenes rolleforståelse og rolleutøvelse. Veilederen sammenfatter gjeldende rettsregler og gitte styringskrav. I tillegg inneholder veilederen en omtale av styrearbeid som er av mer veiledende karakter. Veilederen ble behandlet i styret for Helse Sør-Øst RHF 20. oktober 2011. Den er revidert i 2018 og 2019 med bakgrunn i revidert veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet. Videre er veilederen revidert i 2020 på bakgrunn av styresak 085-2020 *Rammeverk for god virksomhets-styring i Helse Sør-Øst*. Veilederen er tilgjengelig i elektronisk versjon på hjemmesiden til Helse Sør-Øst RHF (<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret>).

## **1. Introduksjon**

### **1.1 Helseforetaksmodellen**

Grunnpilaren i helsepolitikken er en offentlig styrt helsetjeneste som skal gi hele befolkningen likeverdig tilgang til gode helsetjenester – uansett sosial og økonomisk status eller bosted.

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet eier de fire regionale helseforetakene. De fire regionale helseforetakene eier sine respektive underliggende helseforetak. Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for organiseringen av foretakene.

Helseforetaksmodellen ble innført da helseforetaksloven trådte i kraft 1. januar 2002. Eierskapet til sykehusene ble overført til staten, etter 30 år med fylkeskommunalt eierskap. Sykehusene ble organisert som selvstendige rettssubjekter i form av helseforetak med egne styrever.

Det statlige eierskapet styrker statens mulighet til å styre spesialisthelsetjenesten ved at eierrollen kommer i tillegg til statens øvrige roller, som politikktutformer, finansør (bestiller), myndighetsutøver og tilsynsmyndighet.

De regionale helseforetakene har to viktige lovpålagte oppgaver; de eier helseforetakene i helseregionen (eieransvar) og skal sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester (sørge-for-ansvar). Spesialisthelsetjenestene skal enten tilbys av egne helseforetak eller kjøpes fra private aktører.

### **1.2 Samfunnsoppdraget**

Formålet med statens sektorpolitiske eierskap er å ha et virkemiddel for å oppnå sektorpolitiske mål på oppdrag spesifisert fra eier og samtidig drive kostnadseffektivt.

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet eier de fire regionale helseforetakene. De fire regionale helseforetakene eier sine respektive underliggende helseforetak og eier også helseforetak i fellesskap (felleseide helseforetak). Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for organiseringen av de regionale helseforetakene og helseforetakene (§§ 1-4). Statens eierskap til de regionale helseforetakene er et sektorpolitisk eierskap.

En sentral og ofte uttrykt målsetting er at det statlige eierskapet skal sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursbruk for å ivareta og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen, samt legge til rette forskning og undervisning. Dette er helseforetaksmodellens spesifikke samfunnsoppdrag.

### **1.3 Samfunnsansvaret**

I tillegg til det spesifikke samfunnsoppdraget, har helseforetakene et mer generelt samfunnsansvar.

Regjeringen har i sin eierskapspolitikk (se punkt 2.5) uttrykt klare forventninger til at statlig eide virksomheter skal være ledende i arbeidet med samfunnsansvar (Corporate Social Responsibility (CSR)). Kravet til samfunnsansvar følger også av Statens prinsipper for godt eierskap. Å vise samfunnsansvar innebærer å forholde seg åpent til alle som har legitime interesser til virksomheten, og å drive virksomheten slik at den gir et positivt bidrag til samfunnet.

I eierskapspolitikken er det formulert forventninger om samfunnsansvar til fire hovedområder knyttet til menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, arbeid mot korrupsjon, samt miljø og klima. De regionale helseforetakene og helseforetakenes samfunnsansvar innebærer et ansvar for hvordan virksomheten virker inn på disse områdene enten det gjelder kjøp av tjenester eller effekter av egen virksomhet.

Styret har et overordnet ansvar for helseforetakets samfunnsansvar, mens den praktiske utøvelsen tilligger daglig leder. Styret må sørge for at det etableres gode rutiner eller retningslinjer for å ivareta samfunnsansvaret.

#### *1.3.1 Etikk – etiske retningslinjer*

De regionale helseforetakene og helseforetakene forvalter sentrale velferdsgoder for befolkningen. Det er derfor viktig at både ansatte og styremedlemmer har nødvendig tillit i offentligheten.

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal ha retningslinjer for etisk ansvarlig opptreden som er tilgjengelige på foretakets hjemmesider. De etiske retningslinjene skal gjelde de ansatte og, så langt de passer, styremedlemmer og andre som representerer foretaket. Helse Sør-Øst RHF har etablert felles etiske retningslinjer for hele helseforetaksgruppen.

## **2. Rammer for statens eierskap**

De regionale helseforetakene og helseforetakene er egne rettssubjekter. Dette stiller krav til hvordan politiske føringer og øvrige styringskrav kommuniseres og hvordan og i hvilken grad det bør gripes inn i virksomhetenes drift.

### **2.1 Konstitusjonelle rammer – politisk og konstitusjonelt ansvar**

Det statlige eierskapet reguleres av Grunnloven § 19 der det fremgår at det er regjeringen som forvalter statens aksjer og eierskap i statsforetak og andre selskap, som f.eks. de regionale helseforetakene.

I henhold til Grunnloven § 12 tredje ledd er forvaltningen av eierskapet delegert til det departementet virksomheten hører inn under. For de regionale helseforetakene er dette Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsministerens forvaltning av eierskapet til de regionale helseforetakene utøves under politisk (parlamentarisk) og konstitusjonelt ansvar<sup>1</sup>.

## **2.2 Kontakt mellom Stortinget og helseforetak.**

En konsekvens av Grunnlovens § 12 er at Stortinget ikke står i noe direkte forhold til selskapene. Det skal imidlertid legges til rette for at Stortinget og stortingsrepresentantene får den informasjon de etterspør. Som følge av at de regionale helseforetakene eier helseforetakene, skal kontakten mot helseforetakene alltid kanaliseres gjennom det regionale helseforetaket. Som følge av statsrådets politiske og konstitusjonelle ansvar, skal Helse- og omsorgsdepartementet være informert om slik kontakt, og informeres i forkant om avtalte møter.

## **2.3 Riksrevisjonens kontroll**

Riksrevisjonen fører kontroll med statsrådets (Helse- og omsorgsdepartementets) forvaltning av det statlige eierskapet. Riksrevisjonen kan foreta undersøkelser i regionale helseforetak, helseforetak og heleide datterselskap etter riksrevisjonsloven og instruks fastsatt av Stortinget. Riksrevisjonen har rett til å kreve de opplysninger den finner påkrevd for sin kontroll, både fra foretaket selv og fra revisor, eventuelt selv foreta undersøkelser. Riksrevisjonen skal varsles om foretaksmøtene og har rett til å være til stede og tale.

Riksrevisjonen foretar årlige selskapskontroller og forvaltningsrevisjoner i foretakene. Resultatet rapporteres til Stortinget.

Dokumentene i saker som Riksrevisjonen vurderer å legge fram for Stortinget er underlagt utsatt offentlighet. Dette betyr at dokumentene først kan offentliggjøres når saken er mottatt i Stortinget.

## **2.4 Helseforetaksloven - rettslige rammer for det regionale helseforetakets eierstyring**

Det regionale helseforetaket vil i sin eierstyring av helseforetakene, forholde seg til de rammer og mål som er fastsatt av Stortinget og videreført av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller. Disse rammene og målene blir videreutviklet av de regionale helseforetakene gjennom for eksempel fastsetting av strategier, planer, budsjetter mv. og danner grunnlaget for den eierstyring som utøves overfor helseforetakene.

---

<sup>1</sup> Det parlamentariske ansvaret er statsrådets politiske ansvar overfor Stortinget for eget departementsområde. Det parlamentariske ansvar kan gjøres gjeldende overfor den enkelte statsråd eller for regjeringen som kollegium (mistillitsvotum). Det konstitusjonelle ansvaret er statsrådets strafferettslige ansvar for brudd på grunnlov og lov (ansvar for riksretten). Det konstitusjonelle ansvar er et individuelt ansvar for den enkelte statsråd.

Helseforetaksloven fastsetter de rettslige rammene for eiers, styrets og administrerende direktørs myndighet. Det regionale helseforetakets eierstyring skal skje gjennom:

- Fastsetting av vedtekter
- Oppnevning av styremedlemmer
- Gjennom enkeltstående vedtak i foretaksmøter.

#### *2.4.1 Fastsetting av vedtekter og oppnevning av styremedlemmer*

Den regionale eierstyringen skjer ved at overordnede og langsiktige styringskrav gis i helseforetakenes vedtekter. Vedtektene for helseforetakene ble fastsatt i stiftelsesvedtaket. Endringer i vedtektene fastsettes av foretaksmøtet.

I tillegg skjer den regionale eierstyringen ved oppnevning av styremedlemmer i styrene for helseforetakene. Nærmere orientering om rammer og prosess i forbindelse med oppnevning av styremedlemmer omtales under punkt 3.2 nedenfor.

#### *2.4.2 Foretaksmøtet – foretakets øverste organ*

Foretaksmøtet er omtalt i helseforetaksloven kapittel 5 og i vedtektene. Foretaksmøtet er helseforetakets øverste organ. Eier kan ikke utøve eierstyring utenom foretaksmøtet. I foretaksmøtet i helseforetakene er det de regionale helseforetakene som er eier. Eier kan avholde felles foretaksmøter for foretak som har én eier.

For helseforetakene;

- Skal det avholdes foretaksmøte i begynnelsen av februar hvert år for å fastsette organisatoriske og økonomiske krav og rammer
- Skal det avholdes foretaksmøte innen utgangen av juni måned hvert år for fastsettelse av årsregnskap, årsberetning (§ 43) og behandling av årlig melding (§ 34)
- Skal foretaksmøtet videre håndtere saker som ifølge lov, forskrift eller vedtekter hører under foretaksmøtet
- Skal ytterligere foretaksmøter besluttes av det regionale helseforetaket og disse kan avholdes ved behov.

#### *Innkalling*

Eier innkaller styret og daglig leder til foretaksmøte. Revisor innkalles dersom sakene som behandles tilsier det, eller dersom Riksrevisjonen krever det. Riksrevisjonen skal varsles og har rett til å være til stede og tale i foretaksmøtene (riksrevisjonsloven § 13 og helseforetaksloven § 45). Styreleder og daglig leder plikter å delta i foretaksmøtet. Dersom styreleder eller daglig leder har gyldig forfall, skal det utpekes stedfortreder fra henholdsvis styret eller administrasjonen. Eier kan bestemme at foretaksmøtet holdes som video- eller telefonmøte.

#### *Møteledelse og protokoll*

I foretaksmøtet i helseforetakene er det styreleder for det regionale helseforetaket eller den hun/han gir fullmakt som åpner foretaksmøtet og forestår møteledelsen. Det skal føres protokoll fra foretaksmøtet, som gjengir eiers vedtak. Er styremedlem eller daglig leder uenig i eiers vedtak, skal dette føres inn i protokollen. I etterkant av foretaksmøtene slutfører eier

protokollen og oversender den til styreleder, daglig leder og revisor. Protokollen legges også ut på det regionale helseforetakets hjemmesider.

#### *2.4.3 Styringsdokumentet – den helhetlige overordnede bestillingen*

Den tjenesteleveranse som helseforetakene skal gi, er kompleks og omfatter forventninger til leveransen (omfang og kvalitet) og krav til de rammer tjenesten leveres innenfor. Helse Sør-Øst RHF har valgt å samle alle krav og forventninger i et eget årlig dokument, «Oppdrag og bestilling». Dette dokumentet gjøres gjeldende for helseforetakene i foretaksmøter i februar hvert år.

#### *2.4.4 Oppfølgingsmøter mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene*

Departementet har ansvar for å holde seg orientert om virksomheten og at virksomhetene drives i samsvar med kravene som er stilt i foretaksmøter og vilkårene som er satt for tildeling av bevilgning. Det samme gjelder for det regionale helseforetakets oppfølging av underliggende helseforetak. Som ledd i dette holder det regionale helseforetaket regelmessige oppfølgingsmøter med ledelsen i helseforetakene.

I møtene rapporterer helseforetakene på styringskrav. I tillegg informerer helseforetakene om aktuelle saker. Eier kan ha dialog med underliggende helseforetak på ethvert tidspunkt. I mange tilfeller vil det være hensiktsmessig for å sørge for god og forsvarlig drift at eier og underliggende helseforetak har løpende kontakt. Dette anses å være i tråd med god eierstyring.

Eier utøver eierstyring kun gjennom foretaksmøtet. Det faktum at eier kun styrer gjennom foretaksmøter, er ikke til hinder for kontakt mellom det regionale helseforetaket og foretakene utenom foretaksmøtet. Ved vurdering av arten og omfanget av slik kontakt må det legges vekt på å etablere hensiktsmessige kommunikasjonsformer. Dialogen mellom eier og underliggende helseforetak utenom foretaksmøtet er å betrakte som eiers innspill og er således ikke bindende for styret. Styrene har en selvstendig plikt til å vurdere saker og treffe vedtak ut fra egen overbevisning.

## **2.5 Statens eierskapspolitikk**

Som eier forvalter staten betydelige verdier på vegne av fellesskapet. Dette stiller krav til at virksomhetene drives profesjonelt og ansvarlig.

Det legges til grunn at styrene og ledelsen i helseforetakene er kjent med forventninger og krav som følger av regjeringens eierskapspolitikk. Det vises videre til Statens prinsipper for godt eierskap, som er i tråd med allment aksepterte eierstyringsprinsipper.

## **3. Styret – god virksomhetsstyring**

Prinsippene for god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst er beskrevet i dokumentet *Rammeverk for god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst* (behandlet i styresak 085-2020). Dette dokumentet beskriver prinsippene for god virksomhetsstyring og er et rammeverk for å etablere intern styring og kontroll (internkontroll og risikostyring) relatert til all virksomhet i Helse Sør-Øst. Det dekker alle lovområder og mål, krav og føringer gitt av lovgiver og eier.

Styret er et av de viktigste virkemidlene for god virksomhetsstyring. Styrets ansvar og oppgaver er forankret i helseforetaksloven § 28 Styrets oppgaver:

- Sikre en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet
- Fastsette planer for foretakets virksomhet
- Holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling
- 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
- Føre tilsyn med daglig leder og fastsette instruks for denne

Styrets ansvar i virksomhetsstyringen er ytterligere omtalt i kapittel 2.3 i ovennevnte dokument. Se også kapittel 3.3. i dette dokumentet om styrets oppgaver.

### **3.1 Styret som kollegium**

Styret er et kollegialt organ som treffer beslutninger i styremøter. Styrelederen har ikke instruksjonsmyndighet over styremedlemmene. Det enkelte styremedlem skal ikke representere bestemte interesser eller grupper.

Styremedlemmer kan utsettes for sterke forventninger om å engasjere seg i enkeltsaker og enkelthensyn. Det kan være en krevende balansegang for styremedlemmet og også utfordre styret ved at oppmerksomhet rettes inn mot detaljer heller enn en strategisk og overordnet tilnærming.

Forutsetningen for at styret skal kunne opptre som et kollegium er at styremedlemmene har god forståelse av styrets rolle og formålet og rammene for virksomheten.

### **3.2 Styrets sammensetning**

Helseforetakene forvalter viktige samfunnsoppgaver og store ressurser på vegne av fellesskapet. Styret skal sørge for at virksomheten oppnår mål på oppdrag fra eier og samtidig driver kostnadseffektivt.

Styret må settes sammen slik at det samlet sett har en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har og de utfordringene helseforetaket står overfor. Styrets sammensetning skal bidra til at styret kan balansere ulike interesser og ta en aktiv rolle for å drifte og utvikle spesialisthelsetjenesten, og samtidig sørge for at dette skjer i tråd med nasjonal helsepolitikk. Det forventes videre at styrene legger opp sitt arbeid slik at de gjennom gode prosesser sørger for både å bringe inn nødvendig kunnskap fra og formidle informasjon til relevante interessenter/miljøer.

Styrene for helseforetakene består av både eieroppnevnte styremedlemmer og ansattvalgte styremedlemmer.

#### *3.2.1 Eieroppnevnte styremedlemmer*

Eieroppnevnte styremedlemmer i helseforetakene, herunder styreleder og nestleder, velges av (eier) foretaksmøtet.

Styremedlemmene i de regionale helseforetakene må ha tilknytning til regionen. Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Ved oppnevning av nye styremedlemmer legges det vekt på at styret samlet sett har et mangfold og en bredde kompetansemessig, geografisk og aldersmessig. Styret skal oppfylle kravet til kjønnsmessig balanse. Det er videre praksis for å balansere hensynet til kontinuitet og fornyelse i styret.

### *3.2.2 Ansattevalgte styremedlemmer*

Ansattevalgte styremedlemmer bidrar ofte med kunnskap om foretaksinterne forhold som kan være vesentlig for styrets vurderinger.

Inntil en tredel av styremedlemmene skal velges av og blant de ansatte. De ansatte har en ubetinget rett til å være representert i styret for det regionale helseforetaket og en betinget rett til å være representert i styret for helseforetak (mer enn 30 ansatte).

Til styret for det regionale helseforetaket velges ansattevalgte blant de ansatte i det regionale helseforetaket/underliggende helseforetak. Til styret for helseforetak velges ansattevalgte blant de ansatte i helseforetaket. Forskrift om ansattes rett til representasjon gir nærmere bestemmelser knyttet til valg av representanter for de ansatte.

Styremedlemmer valgt av og blant de ansatte har samme ansvar og rettigheter som eieroppnevnte styremedlemmer. De deltar likevel ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

### *3.2.3 Opplæring og støtte til nye styremedlemmer*

Det er viktig at nye styremedlemmer får god opplæring og støtte til å forstå og utøve styrearbeidet på en god måte. Dette er et særlig ansvar for styreleder, enten ved at styreleder selv sørger for opplæring og støtte til nye styremedlemmer, eller delegerer dette til andre. Styret kan også gjennomføre styreseminarer for å styrke styret som kollegium.

### *3.2.4 Tjenestetid, tidligere avgang mv*

Styremedlemmene oppnevnes for to år. Et styremedlem blir stående inntil ett nytt styremedlem er valgt selv om tjenestetiden er utløpt. Et styremedlem kan gjenoppnevnes for flere perioder.

Når særlige grunner foreligger, kan styremedlemmet tre tilbake før tjenestetiden er utløpt. Dette kan være f.eks. familiære eller helsemessige forhold, eventuelt at rollen som styremedlem er uforenlig med andre forhold eller posisjoner styremedlemmet innehar. Eier kan i foretaksmøtet avsette eller bytte ut ett eller flere eieroppnevnte styremedlemmer. Det kreves ingen begrunnelse.

Ved suppleringsvalg kan det fastsettes kortere tjenestetid. I situasjoner der eieroppnevnte styremedlemmer har fratrudd som styremedlem før tjenestetiden er ute, er etablert praksis at nye styremedlemmer blir valgt med kortere tjenestetid enn to år. Det vil si at nye

styremedlemmer blir valgt med en tjenestetid fra valg og frem til nye styremedlemmer ordinært skal velges. Foretaksmøtet kan ikke avsette eller bytte ut styremedlemmer som er valgt av og blant de ansatte.

### 3.2.5 *Fastsettelse av styregodtgjørelse*

Foretaksmøtet fastsetter styrehonorar for styremedlemmene. Styrehonorar for styremedlemmene i helseforetakene har blitt fastsatt i forbindelse med oppnevning av nye styremedlemmer annet hvert år. Ved fastsettelsen har de regionale helseforetakene valgt å følge den utviklingen som foretas av Helse- og omsorgsdepartementet for styret i det regionale helseforetaket.

## 3.3 Styrene - rammer og viktige oppgaver for styrene

Styret er virksomhetens øverste styringsorgan. De rettslige rammene for styrenes oppgaver og plikter fremgår av helseforetaksloven og da særlig kapittel 6 og 7, samt vedtektene. Det er viktig for styret å ha kunnskap om disse bestemmelsene og ta hensyn til dette i utøvelsen av sitt arbeid.

### 3.3.1 *Styrets forvaltningsansvar og tilsynsansvar*

Styrets hovedoppgaver omtales ofte som forvaltningsansvaret og tilsynsansvaret.

Med styrets forvaltningsansvar menes at styret har det overordnede ansvar og den overordnede myndighet for forvaltningen av foretaket. Foretaksmøtet er foretakets øverste organ, men deltar ikke i forvaltningen av foretaket. Styret må rette seg etter eiers styringskrav. Helseforetaksloven slår fast at styret som del av sitt **forvaltningsansvar** må:

- Sørge for forsvarlig organisering av foretaket
- Fastsette planer og budsjetter for foretakets virksomhet
- Holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling

Styret skal også sørge for betryggende kontroll av bokføring og formuesforvaltning.

Helseforetaksloven slår fast at styret som del av sitt **tilsynsansvar** må:

- Føre tilsyn med den daglige ledelse
- Føre tilsyn med foretakets virksomhet og at den drives i samsvar med målene, vedtektene, styringskrav og vedtatte planer og budsjetter.

Den daglige driften av foretaket er et ansvar for foretakets daglig leder. Styret kan tydeliggjøre sine krav og forventninger til daglig leder gjennom fastsetting av instruks for administrerende direktør. Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst har fastsatt slik instruks (se nærmere om fastsetting av instruks for administrerende direktør under punkt 4.4.2).

Daglig leder må følge retningslinjer og pålegg styret har gitt, dvs. daglig leder er underlagt styrets instruksjonsmyndighet. Styrets retningslinjer og pålegg utformes normalt på overordnet nivå, slik at daglig leder har handlingsrom til å lede virksomheten.



Helseforetaksloven stiller krav til at daglig ledelse hver fjerde måned skal gi styret skriftlig rapport om foretakets økonomiske stilling og virksomhet. Gjeldende praksis er imidlertid månedlige rapporteringer. Dette skal sikre at styret regelmessig får den informasjon det trenger for å ivareta sitt forvaltnings- og tilsynsansvar. Det er i tillegg viktig at styret og daglig ledelse i fellesskap blir enige om hvordan rapporteringen skal struktureres (form/innhold).

Hvert enkelt styre er ansvarlig for å fatte vedtak på selvstendig grunnlag og med en selvstendig begrunnelse, i den grad det ikke er gitt bindende instruks i foretaksmøtet. Styrene skal fatte sine egne vedtak og stå for disse.

### *3.3.2 Bruk av styreutvalg*

Enkelte styrer har valgt å opprette flere styreutvalg til saksforberedende arbeid. Fordelen med bruk av utvalg er at dette kan bidra til grundig saksforberedelser innen komplekse felt og frigjøre tid i styremøtene. Ulempen er at bruk av utvalg kan pulverisere styrets ansvar. Bruken av utvalg bør derfor begrenses og kun benyttes der sakenes kompleksitet og omfang krever det. Bruk av styreutvalg endrer ikke på styrets ansvar for å treffe beslutningene i styremøtet.

Det bør praktiseres stor grad av offentlighet for arbeidet i styreutvalgene. Hensynet til legitimitet og åpenhet tilsier at prinsippene for offentlighet i helseforetaksloven § 26 a så langt som mulig legges til grunn også for møter i styrets ulike utvalg. Styret bør ha retningslinjer for styreutvalgenes saksbehandling. Styreutvalgenes arbeidsform kan tilsi at møtene ikke åpnes, men at offentligheten så langt som mulig gis tilgang til saksdokumenter og informative protokoller fra møtene.

### *3.3.3 Internkontroll og risikostyring*

Internkontroll er et ledelsesverktøy for intern styring og kontroll av virksomheten og skal inngå som en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem. Internkontroll innebærer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lovgivningen. Internkontroll skal forebygge, forhindre, avdekke og rette opp eventuell svikt. Internkontroll i helseforetakene er systematisk styring i form av bl.a. prosedyrer, instruks, rutiner og andre tiltak som styret, daglig leder og ansatte gjennomfører for å sørge for:

- Faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester
- Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- Etterlevelse av regler, relevante retningslinjer, veiledere, styringskrav og selvpålagte krav

Internkontrollen må tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, samt ha det omfang som er nødvendig.

Daglig leder har ansvar for å etablere og gjennomføre et forsvarlig internkontrollsystem, og holde styret tilstrekkelig orientert. Styret har ansvar for at internkontrollen blir fulgt opp i tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte. Styret skal videre påse at det blir truffet tiltak for å korrigere svikt.

Det stilles krav til internkontroll i helse- og omsorgstjenesten i bl. a. helsetilsynsloven § 3, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren.

Regler om internkontroll finnes også på flere andre områder som for eksempel brann- og sikkerhet-, arbeidsmiljø- og næringsmiddelovgivningen.

#### *Internrevisjon*

Styret for Helse Sør-Øst RHF har etablert et revisjonsutvalg med hovedformål å bidra til ivaretagelse av styrets tilsyns- og kontrollansvar. Styret har fastsatt instruks for revisjonsutvalget som blant annet omfatter oppgaver knyttet til fastsettelse av instruks for konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, budsjett og revisjonsplan.

Konsernrevisjonen skal bistå styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering av risikohåndtering og intern kontroll. Konsernrevisjonen skal også bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring av foretakenes interne styrings- og kontrollsystemer. Konsernrevisjonens ansvar, oppgaver, samhandling og kommunikasjon overfor helseforetakene, skal ivaretas som nedfelt i gjeldende instruks for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst.

#### *3.3.4 Tilsetting og avlønning av daglig leder og andre ledende ansatte*

En av styrets viktigste oppgaver er å tilsette og sørge for at foretaket har en kompetent daglig leder. Styret treffer også vedtak om å si opp eller avskjedige daglig leder. Styret fastsetter og justerer også daglig leders lønn. Evalueringer av daglig leder gjennomføres ofte i forbindelse med lønnsjusteringer.

De regionale helseforetakene og underliggende virksomheter skal utarbeide egne retningslinjer som følger «Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel». Retningslinjene klargjør prinsippene for fastsetting og justering av lønn for daglig leder og andre ledende ansatte. Det slås blant annet fast at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Retningslinjene kan utformes strengere og mer detaljerte enn de statlige retningslinjene, men skal ellers ikke fravikes.

Helseforetakene skal utarbeide en årlig erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte. Denne skal tas inn som en note i årsregnskapet og skal beskrive det totale omfanget av forpliktelser helseforetaket har gjennom avtaler inngått med ledende ansatte.

Erklæringen skal blant annet inneholde:

- Retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for det kommende regnskapsåret
- En redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret
- En redegjørelse for virkningene av avtaler om godtgjørelse som er inngått eller endret det foregående regnskapsåret
- En redegjørelse for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i underliggende virksomheter.

Erklæringen skal behandles i foretaksmøtet for helseforetaket innen utgangen av juni hvert år.

### *3.3.5 Rapportering til eier - årlig melding, årsregnskap og årsberetning*

Helseforetakene skal rapportere til det regionale helseforetaket om virksomheten i foretakene. Rapportering skjer i oppfølgingsmøtene nevnt under punkt 2.4 og gjennom årlig melding, samt gjennom årsregnskap og årsberetning. Ved behov kan skriftlig informasjon innhentes. Styret for helseforetaket skal innen 1. mars hvert år sende årlig melding til eier. I årlig melding skal det redegjøres for virksomheten i helseforetaket foregående år, og for gjennomføringen av de styringskrav det regionale foretaket har stilt. Denne rapporteringen utgjør et viktig grunnlag for det regionale helseforetakets resultatoppfølging og legges til grunn for det regionale helseforetakets rapportering til departementet. Meldingen skal også inneholde en plan for virksomhetene i de kommende år.

Helseforetakene skal føre regnskap etter regnskapslovens prinsipper, og årsregnskap og årsberetning skal godkjennes av foretaksmøtet.

### *3.3.6 Begrensinger i styrets kompetanse*

Foretaksmøtet i det regionale helseforetaket skal fatte vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller for løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder vedtak i andre saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Dette følger av helseforetaksloven § 30. Hvilke saker som er av vesentlig betydning må vurderes konkret. Følgende vedtak må alltid fattes av foretaksmøtet i det regionalt helseforetaket:

- Vedtak som kan endre virksomhetens karakter
- Vedtak om nedleggelse av sykehus
- Omfattende endringer i sykehusstrukturen i regionen
- Omfattende endringer i tjenestetilbudet
- Vedtak om endring i antallet helseforetak i helseregionen
- Vedtak om vesentlige endringer i opptaksområdet for helseforetak

I helseforetakene skal slike saker forelegges departementet av styret i det regionale helseforetaket som eier helseforetaket.

Det er foretaksmøtet som treffer vedtak om pantsettelse eller salg av fast eiendom etter forslag fra styret. Det er gitt nærmere regulering av hvilke saker dette gjelder i vedtektene.

Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten Stortingets samtykke. Formålet med bestemmelsen er å sikre betryggende demokratisk behandling og å unngå utilsiktet privatisering av sykehusvirksomhet.

### *3.3.7 Representasjon og styreansvar*

#### *Representasjon*

Det er styret som representerer helseforetaket utad. Styret kan binde foretaket ved å inngå avtaler med tredjemann. Daglig leder representerer foretaket utad i saker som hører inn under foretakets daglige ledelse.

#### *Styrets ansvar*

Styremedlemmer og daglig leder har en plikt til å erstatte tap som vedkommende forsettlig eller uaktsomt har voldt foretaket, foretakets eier eller andre under utførelsen av sin oppgave. Beslutning om at foretaket skal gjøre ansvaret gjeldende treffes av foretaksmøtet. Erstatningsansvaret kan lempes etter skadeerstatningsloven § 5-2.

## **4. Praktisk styrearbeid**

Hvert styremedlem har ansvar for at styrets arbeid og beslutninger er til foretakets beste.

### **4.1 Styreleders særlige oppgaver**

Styrelederen leder styret. Styret er et kollegium og styreleder har ingen instruksjonsmyndighet over styremedlemmene. Styrelederens oppgave er bl.a. å bidra til at styremedlemmenes samlede kompetanse brukes for å oppnå mål og verdiskapning for foretaket. Selv om styret er et kollegium, vil styrets arbeidsform og fungeringsmåte påvirkes sterkt av hvordan styreleder utøver sin rolle.

Styreleder skal sørge for at det avholdes styremøter ved behov og at saker som hører inn under styrets ansvar blir behandlet der. Styremedlemmer og daglig leder kan også kreve at styremøte blir avholdt.

Styreleder planlegger styremøtet i samråd med daglig leder. Styreleder skal sørge for at daglig leder gir styret god informasjon og et godt beslutningsgrunnlag.

Styreleder skal sørge for at styret arbeider målrettet og godt sammen, og at det er åpenhet og trygghet i styret slik at ulike synspunkter kan bringes frem. Styreleder leder styremøtene og har ansvar for at protokollen gjengir styrebehandlingen korrekt.

Styrelederen er en viktig støttespiller og sparringspartner for daglig leder. Styreleder må ha forståelse for den politiske konteksten som helseforetakene opererer innenfor. Styreleder må for eksempel kunne bedømme når det er nødvendig å informere eier i saker som har, eller kan få politiske konsekvenser.

### **4.2 Styresekretær**

Styresekretær kan avlaste daglig leder gjennom utarbeiding av dagsorden, koordinering av saksdokumenter og innkalling til styremøte. Styresekretær skal videre holde oversikt over styremedlemmenes personalia og kontaktinformasjon. Styresekretær kan også avlaste styreleder ved å skrive protokoll.

Nærmere bestemmelser om styresekretærs rolle og oppgaver kan reguleres i instruks for styret.

### **4.3 Strategi-, kontroll-, organiserings- og egenoppgaver**

Styrets hovedoppgaver kan beskrives som følger:

**Forvaltningsansvaret** innebærer å etablere strategier og en hensiktsmessig organisering: Styret skal etablere mål og sette kurs for å nå disse gjennom fastsetting av strategiske planer og rammer for operative planer, samt budsjetter. Styret skal sørge for at foretaket er riktig organisert, har de nødvendige ressurser og en hensiktsmessig ansvarsfordeling, samt adekvate kommunikasjons- og rapporteringslinjer.

**Tilsynsansvaret** innebærer at styret skal forvisse seg om at foretaket har kurs for å nå målene innenfor gitt rammebetingelser. Videre skal styret sørge for internkontroll og risikostyring, og om nødvendig sørge for at korrigerende tiltak treffes.

Styret skal i tillegg fastsette mål og plan for eget arbeid, etablere gode arbeidsformer og evaluere eget arbeid.

Styret må i sitt praktiske arbeid ta utgangspunkt i hva styret selv definerer som sine oppgaver. Styrets oppgaver skal fremgå av instruks for styret. Styret må finne en hensiktsmessig fordeling og tidsbruk mellom oppgavene, gitt foretakets situasjon og utfordringer.

#### **4.4 Mer om styrets egenoppgaver**

Styrene drøfter ofte oppgaver og arbeidsform før, under og etter styremøtene.

Styret skal ha en plan for eget arbeid. Nedenfor omtales konkrete hjelpemidler som årsplaner og styringsinstrukser.

##### *4.4.1 Årsplan*

Årsplaner for styrets arbeid gir oversikt over hvilke saker som skal behandles i hvert av styremøtene. Antall styremøter og lengden på styremøtene må tilpasses foretakets situasjon.

##### *4.4.2 Instruks for styret og instruks for administrerende direktør*

Styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Instruksene publiseres på foretakets hjemmesider.

Styreinstruksen kan blant annet beskrive rolleavklaring mellom styret og daglig leder, struktur på arbeidet, krav til dokumentasjon, saksbehandling, styremedlemmenes plikter og rettigheter, samt styresekretærens rolle og oppgaver.

Instruks for daglig leder kan blant annet beskrive rolleavklaring mellom styret og daglig leder, oppgaver, plikter og rettigheter.

##### *4.4.3 Styremøter – og styrets arbeidsform*

Styreleder skal sørge for at styremøtene holdes så ofte som nødvendig. Både styremedlemmer og daglig leder kan kreve at styret sammenkalles. Daglig leder har rett og plikt til å delta og uttale seg på styremøtene.

God gjennomføring av styremøtene krever godt forberedte deltakere og en god struktur på styremøtene. Det enkelte styre bør finne den form de mener fungerer best i sin situasjon. Det

er gitt regler om vedtaksførhet og flertallskrav. Øvrige regler om styrets arbeid og saksbehandling kan fastsettes i instruks for styret.

#### *Om åpenhet og lukking av styrets møter*

Styrets hovedoppgave er ifølge helseforetakslovens § 28 første ledd forvaltning av foretaket. Saker som «etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning» skal i utgangspunktet behandles av styret. Styret behandler saker i styremøter. Utgangspunktet vil derfor være at alt arbeid som innebærer styrearbeid, skal legges til styremøter.

*Det er anledning til å lukke styrets møter med to begrunnelser:*

- Styremøter kan lukkes dersom vilkårene i helseforetaksloven § 26 a andre ledd er oppfylt
- Det kan arrangeres forberedende møter/styreseminarer for saker som ikke forutsetter styrebehandling, eksempelvis drøfting av utfordringer, strategisk arbeid og planlegging. Slike møter er ikke omfattet av helseforetakslovens bestemmelser om styremøter.

For en nærmere omtale av anledningen til å lukke styremøter i henhold til § 26 a andre ledd, se kapittel 4.5.2, avsnitt om møteoffentlighet.

#### *Om adgangen til å avholde styreseminarer*

Saker som ikke forutsetter styrebehandling, kan legges til andre fora enn styremøtene. Styret har kun formell beslutningskompetanse når saker behandles i styremøter. Det er viktig at kravet om åpenhet ikke uthules eller omgås ved at styrets arbeidsoppgaver legges til andre fora enn selve styremøtet. Det legges til grunn at styreseminarer vil kunne avholdes når det er behov for å drøfte generelle strategier og utfordringer.

Aktiviteter som tar sikte på å dyktiggjøre styret som kollegium og nye styremedlemmer på prosessene og styrets arbeid, hører normalt ikke hjemme i et formelt styremøte.

Det forutsettes at det skal holdes styremøter – ikke styreseminarer – når sak som er på et forberedende stadium i saksbehandlingen i foretaket legges frem for orientering. Det samme gjelder når slike saker drøftes. Lukkingsadgangen reguleres i slike tilfeller av loven (jf omtale i kapittel 4.5.2).

Styreleder må, i samråd med de andre styremedlemmene og administrasjonen, vurdere konkret om sakene krever behandling i styremøte. Ved tvil må saken legges til et styremøte.

Styrene bør tilstrebe å organisere sitt arbeid på en måte som skaper legitimitet og tillit til prosessene og beslutningene.

#### *4.4.4 Styredokumentene – styrets beslutningsgrunnlag*

Daglig leder skal utarbeide styredokumentene. Styret kan sette krav til utformingen av styredokumentene.

Saken skal fremstilles konsist, informasjonen skal være sortert og det vesentligste skal trekkes ut. Dokumentene skal så langt det er mulig inneholde en klar konklusjon eller anbefaling fra daglig leder.

#### *4.4.5 Protokoll fra styremøtene*

Protokoll fra styremøtene skal underskrives av samtlige tilstedeværende styremedlemmer. Styret beslutter hvilken form protokollen skal ha. Protokollen skal minst angi tid, sted, deltakere, hva den enkelte sak gjelder og styrets beslutning. I tillegg skal protokollen inneholde en kort oppsummering av saken og en oppsummering av styrets kommentarer i møtet. Ved uenighet kan styremedlemmer eller daglig leder kreve uenigheten protokollført.

#### *4.4.6 Styrets evaluering av egen virksomhet*

Styret skal gjennomføre evaluering av egen virksomhet én gang pr år, gjerne mot slutten av året. Hele styret og daglig leder bør delta i evalueringen. Styret skal vurdere om styrets sammensetning, arbeidsform og fungeringsmåte er egnet for å ivareta oppgavene. Evalueringen kan avdekke områder der nåværende praksis må klargjøres eller endres. Resultatet av evalueringen bør presenteres og behandles i et påfølgende styremøte.

Evalueringen kan gjennomføres ved bruk av samtaler, intervjuer eller eget evalueringsskjema. Styret kan velge å gjennomføre evalueringen selv eller engasjere ekstern bistand. Styret må uansett klargjøre hva som er styrets viktige oppgaver og foretakets utfordringer, slik at evalueringen kan gjøres i forhold til dette.

Hensikten med egenevalueringen er å forbedre arbeidet i styret.

Egenevalueringen kan derfor normalt drøftes i styreseminarer som ikke er omfattet av helseforetakslovens bestemmelser om styremøter. Helseforetaksloven § 26 a om møteoffentlighet gjelder da ikke.

#### *Formidling av resultatene av evalueringen til eier*

Styrets evaluering av eget arbeid er først og fremst et verktøy for internt forbedringsarbeid i styret (utviklingsevaluering). Styret skal også oppsummere og formidle deler av resultatene av evalueringen til eier i årlig melding og på forespørsel. Formidling skal skje slik at eier får nødvendige opplysninger, men uten at evalueringen forringer sin verdi som internt forbedringsarbeid i styret. Hensikten er at eier skal få et bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere styrets fungeringsmåte, særlig om styrets sammensetning er hensiktsmessig for å ivareta oppgaver og utfordringer (rekrutteringsevaluering).

## **4.5 Forholdet til annen lovgivning**

### *4.5.1 Regnskapsloven, krav til revisor*

Av helseforetaksloven § 43 følger at regnskapsloven gjelder i sin helhet for helseforetakene. Dette betyr at både de regionale helseforetakene og helseforetakene skal føre regnskap etter regnskapslovens regler og prinsipper. Det innebærer bl.a. at inntekter og kostnader skal periodiseres og at årlige avskrivninger skal framgå av driftsregnskapet. Investeringer føres som tilgang i balansen. De regionale helseforetakene avlegger konsoliderte regnskap. Konkurs og gjeldsforhandlinger etter konkursloven kan ikke åpnes i foretak (jf. § 5 fjerde ledd).

Helseforetakene skal ha revisor som velges av eier i foretaksmøtet (§ 45). Årsregnskapet skal revideres av registrert revisor eller statsautorisert revisor. Revisor skal innkalles til foretaksmøtet dersom sakene som behandles tilsier det eller dersom Riksrevisjonen krever det (§ 18 første ledd).

#### 4.5.2 Forvaltningsloven, offentleglova og arkivloven

Det følger av helseforetaksloven § 5 at forvaltningsloven (med visse begrensninger), offentleglova og arkivloven gjelder for foretakene (foretakene regnes som offentligrettslige organer).

##### *Dokumentoffentlighet*

Foretakene er omfattet av rettsregler om dokumentoffentlighet. Det skal derfor gis innsyn i styredokumenter, styreprotokoller og foretaksmøteprotokoller (offentleglova §§ 2, 14, offentlegforskrifta).

##### *Møteoffentlighet – om offentlighet ved styremøter*

Foretakene er ikke omfattet av rettsregler om møteoffentlighet. Det er imidlertid krav til åpne styremøter (jf. styringskrav gitt i styringsdokumentet for 2004). Dette er også gjort gjeldende for helseforetakene.

Åpne styremøter er begrunnet i at hensynene bak offentlighetsprinsippet må veie tungt på arenaer der det treffes beslutninger knyttet til forvaltningen av samfunnets ressurser og fellesgoder. En eventuell lukking av styremøtene krever kvalifisert begrunnelse.

Dette betyr at styremøtet kun kan lukkes dersom det foreligger et reelt og saklig behov for å lukke møtet og at en lukking av møtet er forenlig med prinsippene i unntaksbestemmelsene i offentleglova.

Dersom det foreligger et reelt og saklig behov, kan styret med hjemmel i helseforetaksloven § 26 a vedta å behandle en sak for lukkede dører i følgende tilfeller:

1. Av hensyn til personvernet. Personalsaker skal alltid behandles for lukkede dører
2. Orientering om sak som er på et forberedende stadium i saksbehandlingen i foretaket
3. Informasjon om lovbrudd, saksanlegg eller av hensyn til foretakets partsstilling i sak for norsk domstol
4. Av hensyn til forsvarlig gjennomføring av økonomi-, lønns-, eller personalforvaltningen i foretaket
5. Saker som gjelder tilbud og protokoll etter regelverk om offentlige anskaffelser til valget av leverandør er gjort.

Vurderingen av om dørene bør lukkes skal gjøres i styremøtet, jf helseforetaksloven § 26 a tredje ledd.

Det er ikke krav til åpne foretaksmøter. Offentlighetens interesse ivaretas gjennom retten til innsyn i foretaksmøteprotokollene.

##### *Taushetsplikt*

Det enkelte styremedlems taushetsplikt er regulert i forvaltningsloven §§ 13-13f.

Taushetsplikten gjelder f.eks. personlige forhold og driftsforhold som det av konkurransemessig hensyn er av betydning å hemmeligholde. Eventuell taushetsplikt må også vurderes ut fra generelle prinsipper om å opptre forsvarlig overfor virksomheten. En eventuell nærmere omtale av styremedlemmers taushetsplikt kan tas inn i instruksene for styret.

##### *Inhabilitet*

Styret som et kollegialt organ og styremedlemmene er bundet av reglene



om inhabilitet i forvaltningsloven.

Styremedlemmer som antar at de kan være inhabile, skal gjøre styret oppmerksom på dette. Det bør være en lav terskel for å ta spørsmål om inhabilitet opp i styret og for å be administrasjonen om en vurdering.

Avgjørelsen treffes av styret uten at det aktuelle styremedlemmet selv deltar i avgjørelsen.

Styret bør utarbeide rutiner for vurdering av habilitet og veiledningsmateriell til alle styremedlemmer om når de bør gjøre styret oppmerksom på spørsmål om inhabilitet.

Styremedlemmene bør så tidlig som mulig i forbindelse med tiltredelse og ved senere endringer opplyse styret om alle relevante stillinger, forretningsforbindelser og andre forhold som kan tenkes å aktualisere habilitetsspørsmål. Styret bør ha rutiner for å innhente og dokumentere slik informasjon. Styremedlemmene bør være spesielt oppmerksomme på behovet for å holde styret orientert når det oppstår endringer i kundeforhold mv. i den virksomhet hvor styremedlemmet er ansatt.

## **5. Styrelitteratur (et utdrag fra BIBSYS [www.bibsys.no](http://www.bibsys.no))**

Levorsen, Stein O, 2010, Styrearbeid i praksis: innføring i styrets hovedoppgaver og arbeidsform

Huse, Morten, Søland Arild, 2009, Styreledelse: styret som team og prosessorientert styrearbeid

Husaas, Trine, Kilaas, Bodil, 2009, Styrets arbeid og ansvar

Granden, Gro 2009, Styrearbeid: en håndbok for ansatte i selskap og konsern

Selvik, Arne 2009, Styreverden

Gulli, Ole Chr 2007, Styrehåndboken

Den norske Revisorforening 2006, Styrets arbeid og ansvar

## **6. Sentrale dokumenter ([www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no))**

Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.

Innst. O. nr. 118 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.

Prop. L 120 (2011-2012) Endringer i helseforetaksloven mv.

Innst. 62 L (2012-2013) Innstilling om endringer i helseforetaksloven mv.

Prop. 1 S (2015-2016) Helse- og omsorgsdepartementets fagproposisjon

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester

Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal

## **7. Sentrale lover og forskrifter ([www.lovdata.no](http://www.lovdata.no))**

Helseforetaksloven

Folkehelseloven

Spesialisthelsetjenesteloven

Helsepersonelloven

Pasientrettighetsloven

Psykisk helsevernloven

Arbeidsmiljøloven  
Regnskapsloven  
Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten  
Riksrevisjonsloven  
Offentleglova  
Forvaltningsloven  
Lov om offentlig innkjøp  
Helse- og omsorgstjenesteloven  
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren  
Forskrift om ansattes rett til representasjon i regionale helseforetak- og helseforetaks-styrer.

## **8. Avtaler og reglement**

EØS-avtalen (for eksempel forbud mot offentlig støtte (EØS avtalens 61 (1), offentlige anskaffelser og konkurransereglene).

Statens økonomireglement (Reglement for økonomistyring i staten, fastsatt av Finansdepartementet, for eksempel § 10).

**Årsplan for styret 2020 -2021**
*Ajourført pr 12. april 2020/EO*

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
<b>Mandag</b> <b>25. januar 2021</b> Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styringsdokumenter PNSD</li> <li>• Foretaksprotokoll 17. desember</li> </ul>	<b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>• Foreløpig årsresultat 2020</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 17. desember</li> <li>• SKU 15. desember</li> <li>• Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ 15. januar</li> <li>• Brukerutvalg 20. januar</li> <li>• Styrets årsplan pr januar</li> </ul>	
<b>19. februar – foretaksmøte i regi av HSØ</b> Seminar for styrene i HSØ utgår			OBD 2021
<b>Mandag</b> <b>22. februar 2021</b> Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Årlig melding 2020</li> <li>• Foretaksprotokoller 19. februar 2021 – inkl. OBD 2021</li> <li>• Revisjon utviklingsplan 2035</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2021</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bærum sykehus</li> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b>	

Møtedato	Beslutnings saker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 4. februar</li> <li>• SKU 2. februar</li> <li>• HAMU 9. februar</li> <li>• Brukerutvalg 17. februar</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	
<b>Mandag</b> <b>22. mars 2021</b> Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Årsberetning/årsregnskap 2020</li> <li>• Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2020</li> <li>• Risikovurdering av virksomheten VVHF</li> <li>• Ledelsens gjennomgang VVHF 2020</li> <li>• Styrende dokumenter for Vestre Viken</li> <li>• Instruks for styret i Vestre Viken</li> <li>• Instruks for AD i Vestre Viken</li> <li>• Reviderte styringsdokumenter PNSD</li> <li>• Ethiske retningslinjer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2021</li> </ul> <p><b>Andre orienteringer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>• ØLP 2022 -2025</li> <li>• Pasientombudenes årsmelding 2020</li> <li>• Helsefelleskap</li> </ul> <p><b>Referatsaker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 11. mars</li> <li>• HAMU 9. mars</li> <li>• Brukerutvalg 17. februar</li> <li>• Valgprotokoll ansattes representanter til styret</li> <li>• Styrets årsplan</li> <li>• Program partnerskapsmøte med kommunene 26. mars (ettersendes)</li> </ul>	<b>Eget møte mellom styret og revisor.</b>
<b>26. mars</b> <b>Partnerskapsmøte med kommunene</b>			Helsefelleskap Utviklingsplan

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
<b>26. april</b> Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr 31. mars</li> <li>• ØLP</li> <li>• Instruks for styret</li> <li>• Informasjonssikkerhet og personvern i VVHF</li> </ul>	<b>Andre orienteringer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ringerike sykehus</li> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppnevning av nytt medlem Brukerutvalget</li> <li>• SKU referat 6. april</li> <li>• Styreutvalg referat 12. april</li> <li>• Brukerutvalg referat 21. april (ettersendes)</li> <li>• HSØ foreløpig protokoll 22. april (ettersendes)</li> <li>• Styrets årsplan pr april</li> </ul>	
<b>Mandag</b> <b>31. mai 2021</b> Sted: Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tertialrapport 1. tertial 2021</li> <li>• Risikovurdering pr. 1. tertial 2021</li> <li>• Styrets møteplan 2022</li> <li>• Revisjonsrapport 8/2020 – varslingssystemet. Status på oppfølgingstiltak.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr 30. april - Redegjørelse pensjonskostnader?</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>• Klinikk for medisinsk diagnostikk</li> <li>• Spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar årsrapport 2020</li> <li>• Presentasjon av oppdaterte beredskapsplaner pandemi</li> <li>• Beredskapsorganisasjonen i VVHF</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Årsrapport 2020 VVHF - endelig</li> </ul>	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> <li>HAMU – 4. mai</li> <li>Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ 7. mai</li> <li>SKU 11. mai</li> <li>Brukerutvalg 26. mai</li> <li>Styrets årsplan pr mai</li> </ul>	
<b>Mandag</b> <b>21. juni 2021</b> Dagsseminar Sted: Drammen (konferansesal habilitetsavdelingen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisjon innen psykisk helsevern – tvang</li> <li>Beredskapsorganisasjonen i VVHF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2021</li> <li>Nasjonale kvalitetsindikatorer</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prehospitale tjenester</li> <li>Revisjon utviklingsplan 2035</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 17. juni</li> <li>HAMU 8. juni</li> <li>SKU 15. juni</li> <li>Brukerutvalg 16. juni</li> <li>Styrets årsplan</li> </ul>	Forskning  Styreseminar kl. 13/14.00 – 20.00 Fra HSØ (90 min) <ul style="list-style-type: none"> <li>ØLP</li> <li>Vedlikehold bygg</li> </ul> Drøfting Nytt sykehus Drammen Omvisning på Brakerøya – utendørs Utstillingsrom  Forenklet styreevaluering
<b>Mandag</b> <b>30. august 2021</b> Sted: Drammen, Grønmland 32 Tyrifjord 1-2 (vi får vurdere plassen når		<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport pr. 31. juli</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klinikk for psykisk helse og rus</li> <li>Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>2021Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 19. august</li> </ul>	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
rommet er ferdig møblert) (NB! Hab ikke ledig)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukerutvalg 25. august</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	
<b>Mandag</b> <b>27. september</b> <b>2021</b> Sted: Ringerike  Styreseminar 28. september (sted ikke avklart)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terialrapport 2. tertial 2021</li> <li>• Risikovurdering pr. 2. tertial 2021</li> <li>• Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2022</li> <li>• Eiendomsplan PHR (tentativt)</li> <li>• HR relaterte tema – del 1- utdanning og kompetanse</li> <li>• Virksomhetsstyring oppfølging – revidert dokument</li> </ul>	<b>Andre orienteringer:</b> Drammen sykehus Drammen sykehus - status på prosjektet i akuttinntak og helselogistikk  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 23. september</li> <li>• HAMU 7. september</li> <li>• SKU 14. september</li> <li>• Brukerutvalg 22. september</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	Styreseminar: Utviklingsplan/helsefellesskap?
<b>Mandag</b> <b>25. oktober 2021</b> Sted: Bærum		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhetsrapport pr 30. september 2021</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt sykehus Drammen</li> <li>• Budsjett 2022</li> <li>• Kongsberg sykehus</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styreprotokoll fra HSØ 21. oktober</li> <li>• SKU 12. oktober</li> <li>• Brukerutvalg 20. oktober</li> <li>• Styrets årsplan</li> </ul>	Dialogmøte med Brukerutvalget

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
<b>Mandag</b> <b>29. november 2021</b> Sted: Kongsberg	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nasjonale kvalitetsindikatorer</li> <li>Styrets årsplan 2022</li> <li>Utviklingsplan</li> <li>Oppdatert ØLP 2022 – 2025</li> <li>HR relaterte tema – del 2 Heltid, AML brudd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2021</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nytt sykehus Drammen</li> <li>Budsjett 2022</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 24.-25. november</li> <li>HAMU</li> <li>SKU</li> <li>Brukerutvalg 24. november</li> <li>Styrets årsplan</li> </ul>	Styreevaluering 2021
<b>Mandag</b> <b>20. desember 2021</b> Sted: Drammen, Grønnland 32 eller Habilitetsavdelingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Budsjett og mål 2022</li> <li>Oppnevning av representanter og leder av Brukerutvalget</li> <li>Reevaluering NSD- erfaringer fra nytt sykehus i Østfold</li> <li>Reevalueringer NSD -erfaringer etter korona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virksomhetsrapport pr. 30. november 2021</li> </ul> <b>Andre orienteringer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nytt sykehus Drammen</li> </ul> <b>Referatsaker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 16. desember</li> <li>HAMU</li> <li>SKU</li> <li>Brukerutvalg 15. desember</li> <li>Styrets årsplan</li> </ul>	

**Kjente saker som kommer til behandling hvor møtetidspunkt ikke er fastsatt:**

- Virksomhetsstyring (oppfølging av sak i styret for HSØ 22. oktober 2020) – settes opp til behandling når en får saken i foretaksmøte
- Revisjonsrapport – tilsyn høst 2020 bruk av tvang i PHR – behandles når rapport foreligger



**2022:**

- Rapportering 3. tertial 2021 – behandles i styremøte i februar 2022
- Årsrapport 2021. Erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte  
Erklæring – note til regnskapet – behandles i mars 2022
- Revidert utviklingsplan 2035 – behandles i styremøte i april 2022