

Til: Styret ved Vestre Viken HF

Dato utsendt: 12. februar

Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 19. februar 2024
Møtetid: Kl. 09.00 – 11.00

Møtested: Digitalt, teams

PROGRAM **Behandling av styresaker**

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

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

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

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Hilde Enget

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
8/2024	09.00 5 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 19. februar
9/2024	09.05 5 min	Godkjenning av møteprotokoll 29. januar 2024 Vedlegg: Foreløpig protokoll 29. januar 2024
10/2024	09.10 10 min	Driftsorientering fra administrerende direktør
11/2024	09.20 20 min	Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2023 Vedlegg: 1. Virksomhetsrapport pr 3. tertial 202 2. IKT-statusrapport 3. tertial 2023
12/2024	09.40 15 min	Årlig melding 2023 Vedlegg: 1. Årlig melding 2023 2. Brukerutvalgets uttalelse til Årlig melding 2023
13/2024	09.55 5 min	Utkast styrets årsberetning 2023 – 1. gangs behandling Vedlegg: Utkast styrets årsberetning 2023
14/2024	10.00 10 min	Årsrapport 2023 for Varslingsutvalget Vedlegg: 1. Årsrapport 2023 Varslingsutvalget 2. Mandat for varslingsutvalget
15/2024	10.10 15 min	Virksomhetsrapportering pr 31. januar 2024 - ettersendes Vedlegg: Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2024
16/2024	10.25 5 min	Status nytt sykehus Drammen
17/2024	10.30 0 min	Referatsaker Vedlegg: 1. Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 9. februar 2. Brukerutvalget 23. januar 3. HAMU 6. februar 4. Ungdomsrådet 30. januar 5. Styrets årsplan 2024 inkl. pendingliste pr februar
18/2024	10.30 5 min	Eventuelt
19/2024	10.35 15 min	Parkeringsløsning NSD – finansiering <i>Unntatt offentlighet jf offentlighetsloven § 23 første ledd</i> Vedlegg: 1. Plantegning sykehusområdet 2. Utenomhusplan NSD 3. Endringsordre overflateparkering NSD
20/2024	10.50 5 min	Styret alene med AD
21/2024	10.55 5 min	Styret alene

	11.00	Møteslutt
--	-------	------------------

Dato: 12. februar 2024
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	8/2024	19.02.24

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 12. februar 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

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

Dato: 12. februar 2024
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	9/2024	19.02.24

Forslag til vedtak

Styret godkjenner møteprotokoll datert 29. januar 2024

Drammen, 12. februar 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 29. januar 2024

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Digitalt, teams
Dato: 29. januar 2024
Tidspunkt: Kl. 09.00 – 09.40

Følgende medlemmer deltok:

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

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

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

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

Styreleder Siri Hatlen ledet styremøtet og administrerende direktør la fram sakene.
Protokollfører: Hilde Enget.

Sak 1/2024 Godkjenning av innkalling og saksliste**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 2/2024 Godkjenning av styreprotokoller fra 18. desember 2023**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Møteprotokoller fra styremøtet 18. desember 2023 godkjennes.

Sak 3/2024 Virksomhetsrapportering pr. desember 2023 og foreløpig årsresultat 2023**Oppsummering av innhold**

Resultatutviklingen for ordinær drift i november og desember er fortsatt ikke i tråd med mål og forutsetninger. Det er flere enkeltposter som påvirker sluttresultatet. Positiv avregning for kjøp fra private i 2023 utgjør hele 38 MNOK, og er dermed et vesentlig bidrag til årets resultat. Dette er resultatet av et målrettet arbeid i klinikkene, og det er svært gledelig å se en så betydelig økonomisk effekt. Andre engangseffekter gjelder endelig ISF-avregning for 2022, avregning fra Sykehuspartner og midler til legemidler til sjeldne sykdommer. Det er også noen engangseffekter som øker kostnadene, som økte variable kostnader og økt avsetning for overlegepermisjoner. Årsresultatet må anses som foreløpig, men er totalt sett kun 6 MNOK svakere enn prognosen, når vedlikehold over drift som møtes av reduserte investeringer holdes utenfor.

Arbeidet med bærekraftsplanen pågår for fullt, herunder tilbud om fleksible arbeidstidsordninger og langvakter inn mot sommerferien 2024.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god gjennomgang i møtet. Virksomhetsrapporteringen viser en stor utfordring når det gjelder resultatet for driften. Desember er en krevende måned. Samtidig vil styret bemerke at det er positivt at effekter av arbeidet med bærekraftsplanen nå begynner å vises. Det at vi nå begynner å se resultater på sentrale områder er viktig, særlig med tanke på innflytting til NSD til neste år. Styret ser frem til en nærmere gjennomgang i marsmøtet.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

1. Styret tar virksomhetsrapportering pr desember 2023 og foreløpig årsresultat 2023 til orientering.

Sak 4/2024 Referatsaker

Ingen kommentarer.

Sak 5/2024 Driftsorientering fra administrerende direktør**Oppsummering av innhold**

Administrerende direktør informerte om pasient nr. 10 000 er diagnostisert med hjelp av KI i forbindelse med røntgenanalyse og at dette har spart pasientene for 115 døgn ventetid. Helseminister Kjerkol løftet frem VVHF og satsningen innen KI i sykehustalen den 16. januar 2024. I OBD 2024 HSØ og foretaksprotokoll er de regionale helseforetakene oppfordret til å prøve ut langvakter og det vises til avtale inngått i VVHF med de lokale parter. Administrerende direktør er invitert til å holde innlegg på felles styreseminar for RHF-styrene den 6. februar, der bærekraftsplanen og fleksible arbeidstidsordninger er tema. Artikkel om covid-19 studie av overlege Håkon Ihle-Hansen er mest lest i det anerkjente slag-tidskriftet Stroke i 2023. Det brøt ut brann på Blakstad og Bærum DPS den 21. januar 2024, begge var påtent og politiet har pågrepet en person. Det er ikke pasientbehandling i byggene. VVHF satser på LIS-utdanningen med tiltak for å mestre legerollen og felles digital internundervisning. Parallelt pågår det en spørreundersøkelse om legenes arbeidsbelastning og arbeidssituasjon. Administrerende direktør informerer også om besøk fra Stortingets Helse- og omsorgskomite 29. januar 2024.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god gjennomgang og berømmer alt det gode utviklingsarbeidet som pågår i helseforetaket. Særlig er satsningen innen KI spennende og styret kommenterer også at det er positivt at utviklingsarbeidet og bærekraftsplanen får ekstern oppmerksomhet.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

Sak 6/2024 Eventuelt

Ingen saker.

Sak 7/2024 Investeringsrammer 2024 (Ettersendt)

Oppsummering av innhold

Investeringsbudsjettet for 2024, fremlagt ved sak 127/2023, bygde på et årsresultat på 75 MNOK. Det foreløpige årsresultatet avviker med ca. 10 MNOK. Siden foretaket har oppspart likviditet vurderes det som akseptabelt å opprettholde foreslått investeringsbudsjett for 2024 på 365 MNOK. Det er viktig for foretaket å klare å oppfylle alle behov både inn mot NSD og øvrige bygningsmasse, MTU og ambulanse.

Kommentarer i møtet

Styret kommenterer at dersom resultatutviklingen ikke går som forutsatt, vil dette få konsekvenser for neste års investeringsramme. Styret ber derfor om en statusorientering i junimøtet.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret vedtar en øvre investeringsramme på 365 MNOK for 2024.

Investeringer finansieres med 339 MNOK i egne midler, og 26 MNOK med finansiell leasing.

Investeringsmidler overført fra 2023 kommer i tillegg.

Drammen 29. januar 2024

Siri Hatlen
styreleder

Hans Kristian Glesne

Hans Tore Frydnes
nestleder

Kari Fjelldal

Tom Roger H Frost

Maria Josefsen Gundersen

Gry L Christoffersen

Dato: 7. februar 2024

Saksbehandler Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 3. tertial 2023

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	11/2024	19.02.2024

Forslag til vedtak

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

Drammen 12. februar 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. 3. tertial i tråd med årshjulet for virksomhetsstyring. Tertialrapporten for 3. tertial omhandler først og fremst de områder som ikke anses dekket i årlig melding og årsberetningen. Ved årsavslutningen er det områder som normalt omfattes av tertialrapporteringen, som dekkes av årlig melding og ved behandling av årsregnskapet og styrets beretning. Det gis en overordnet fremstilling av status for året 2023 for økonomi, aktivitet, bemanning og kvalitetsindikatorer.

Saksutredning

Vedlagte virksomhetsrapport (vedlegg 1) gir en status på indikatorer for resultatoppnåelse for de målområdene som følger av virksomhetsplanen for 2023.

Styrke brukermedvirkning og brukerstyring

Bruk av telefon- og videokonsultasjoner og resultater innen digital hjemmeoppfølging er under måltall. For digital hjemmeoppfølging øker antallet forløp som implementeres og breddes. Klinikkerne har gjennomgått egne fagområder for å identifisere egnede forløp, og sette konkrete mål. Dette vil sammenstilles snarlig, og legge grunnlaget for fastsettelse av mål for 2024. Hensikten er at pasientene selv skal kunne velge digital konsultasjon eller oppfølging, der dette lar seg gjøre medisinsk.

Skape trygge og helhetlige pasientforløp

Ventetidene økte under og etter pandemien, og også gjennom 2023. Det høye sykefraværet og avviking av godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg er medvirkende årsaker, særlig innenfor gastroenterologi og hjerteutredninger. I tillegg har det over tid vært et betydelig etterslep innenfor øyesykdommer. Dette skyldes for lav kapasitet i forhold til etterspørsel, og her gjøres konkrete tiltak for å øke kapasiteten. Bærekraftsplanen har som et av sine områder å sikre god utnyttelse av tilgjengelig kapasitet på poliklinikker gjennom forbedret organisering og innretning av driften.

Datagrunnlaget for pakkeforløp kreft har vært lite tilgjengelig gjennom 2023 som følge av en systemomlegging i NPR. Ved årsslutt fremkommer det at måltall på 70 er oppnådd, men det er innbyrdes stor variasjon. Flere områder må forbedres i 2024. For pakkeforløp som inkluderer sentralisert kirurgi (fortrinnsvis ved OUS) og/eller strålebehandling er andelen måloppnåelse gjennomgående lav. Et strukturert opplegg for Pakkeforløp hjem er ferdigstilt, og er ved utgangen av 2023 implementert ved tre av fire somatiske klinikker. Ved Drammen sykehus er planlegging gjennomført, og oppstart pågår.

Andel overholdte pasientavtaler er 87 % pr. 3. tertial, under målet om 95 %. Det er nedsatt et ressursteam som bistår klinikkerne innenfor prioriterte områder. Det er gjennomført en intern revisjon av driften ved hjertepoliklinikkene i de somatiske klinikkerne samt en intern gjennomgang ved Øyeavdelingen på klinikk Drammen sykehus. Det er gjort målrettede investeringer i utstyr for å øke kapasiteten innenfor dagens nivå for bemanning og areal, samt økt antallet spesialister ved Øyeavdelingen. De siste måneder har vist effekt ved nedgang i antall ventende pasienter.

Forekomst av HAI (sykehusinfeksjoner) har over tid holdt seg stabilt under nasjonalt målkrav på 3%. Siste måling var imidlertid noe høyere (3,5%). Nærmere undersøkelser har ikke identifisert årsaken, og vi må anta at det skyldes tilfeldig variasjon.

Det er en målsetting at alle klinikker innfører modell for sikre pasientforløp. Dette er en del av lederavtalene. Gjennom oppfølgingsmøter med klinikk redegjør klinikkerne for sine pågående tiltak. Sikre pasientforløp krever standardisering av sentrale arbeidsprosesser, og påvirker

organiseringen av virksomheten. Dette er et av de viktigste områdene som beskrives i revidert plan for økonomisk bærekraft, jf. sak 77/2023.

Innenfor psykisk helsevern og rusbehandling er det fortsatt økning av antallet henviste pasienter. Ventetiden har økt med 4 dager sammenliknet med 2022 innen VOP, mens den innen TSB er uendret. For barn og unge er ventetiden redusert med 5 dager i forhold til samme tidsrom i 2022. Risiko for pasientsikkerhet vurderes som lav, fordi øyeblikkelig hjelp og pasienter med alvorlige tilstander tas raskt imot.

Økt aktivitet innenfor ambulansetransport har over en lengre periode gitt driftsmessige utfordringer. Denne aktiviteten har vist en avtagende tendens gjennom 2023, til tross for økning av antallet henvendelser til AMK. Vi ser at iverksatte tiltak gir resultater. Blant annet bidrar økt bruk av video til riktig prioritering av oppdrag. Vi venter på ferdigstillelse av pågående regional plan for organisering av prehospitale tjenester i vårt opptaksområde.

Innenfor medisinsk diagnostikk fortsetter økningen i etterspørsel, og dette utfordrer kapasiteten. Noen av tiltakene som er iverksatt er tettere oppfølging av variasjoner i forbruk av tjenesten (benchmarking) og fokus på riktig bruk ("kloke valg"). Ny teknologi (kunstig intelligens) er også et aktuelt virkemiddel innenfor dette området. Innføring av kunstig intelligens ved bildetolkning er i oppstartsfasen, og vi ser allerede effekter av dette.

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

Eksterne tilsyn

En rekke eksterne instanser fører tilsyn med ulike deler av virksomheten. Riksrevisjonen har ferdigstilt en undersøkelse om risikostyring i RHF-ene og HF-ene. Resultatene foreligger først tidlig 2024. Konsernrevisjonen har gjennomført revisjon knyttet til styring av IKT-leveranser til nytt sykehus i Drammen. Helselogistikkprosjektet er valgt som case. Formålet med revisjonen er å undersøke om partene har tilstrekkelig oversikt over egne operasjonelle risikoer, risikoer hos de andre samarbeidspartene samt avhengigheter. Rapporten konkluderer med at en mer tverrgående håndtering av risikoer vil skape et sterkere styringsgrunnlag, både for ledelsen i Helse Sør-Øst RHF og foretakene i regionen. Videre vises det til at det anses som en svakhet at foretaksgruppen ikke opererer med en standardisert metode for risikovurdering.

I 3. tertial ble det gjennomført fire eksterne tilsyn innenfor HMS-området. To fra Arbeidstilsynet, og to fra kommunalt brannvesen. Pålegg og avvik blir fulgt opp i Synergi. Handlingsplaner er etablert, og følges opp i henhold til foretakets prosedyrer. Fra helseovgivningen er det gjennomført eksterne tilsyn innenfor legemiddelberedskap fra konsernrevisjonen, resultatene er ikke publisert enda. I tillegg er det gjennomført egenvurderingstilsyn fra statsforvalteren innenfor Psykisk helse og rusbehandling.

Styrke samhandling og nettverk

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

Det er etablert flere fagnettverk internt i foretaket, og flere er planlagt. Målet er å standardisere behandling og pasientforløp, samt prosedyrer, bruk av utstyr etc. - i tråd med bærekraftsplanen. I tillegg gjøres en særskilt gjennomgang av små fagmiljøer for å sikre en organisering som understøtter likeverdige tilbud til pasienter, uavhengig av bosted. Det vises for øvrig til revidert plan for økonomisk bærekraft i VVHF, jf. sak 77/ 2023. Risikoen på området er vurdert som moderat, begrunnet i svak fremdrift.

Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi

Det er en god utvikling innen forsknings- og innovasjonsaktiviteter i foretaket.

Innenfor teknologi er fremdriften på innføring av kunstig intelligens på bildeområdet i tråd med plan, og første algoritme er tatt i bruk med lovende resultater. Det utredes for tiden muligheter for å ta i bruk kunstig intelligens i forbindelse med turnusplanlegging. Ytterligere områder for digitalisering og bruk av kunstig intelligens vil utforskes videre. Innføring av helselogistikk er noe bak plan, innføring av DIPS Arena er også noe bak plan. Dette kan øke risiko for samtidighetskonflikter og belastning på personellet i implementeringsfasen.

Informasjonssikkerhet

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

I forbindelse med innføring og bruk av KI som beslutningsstøtteverktøy innenfor diagnostikk, må det legges til grunn at helseforetaket kan ha en forhøyet risiko for å bli vurdert som et attraktivt objekt hva dataangrep- eller forsøk på angrep. God internkontroll i de digitale verdikjedene er viktig for å sikre stabil og robust drift av informasjonssystemene.

Sykehuspartner har godt etablerte mekanismer, både organisatoriske og tekniske, for å være rustet til å stå imot ondsinnede angrep eller forsøk på å utnytte sårbarheter fra trusselaktører. For leverandører av eksterne informasjonstjenester som ikke inngår som ordinær drift fra Sykehuspartner, må det gjennomføres en overordnet revisjon i 2024, slik at helseforetaket sikrer at også disse tjenestene er underlagt tilsvarende sikkerhetsregime hos den enkelte leverandør, nettopp for å sikre konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet.

Det er fremdeles et pågående arbeide med å utvikle et register for totaloversikt over restanser i risikovurderinger, herunder oppdatering av restanser. Manglende oppfølging av restanser knyttet til tiltak i risiko- og sårbarhetsvurderinger, vurderes fremdeles til å være en risiko. Videre er det en risiko for at summen av middels sårbarheter og restanser, utgjør samlet sett en høy risiko.

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

- Teknologistrategi 2023-2026 tydeliggjør prioriterte tiltak på teknologiområdet.
- Flere områder har god fremdrift med å ta i bruk teknologiske løsninger, spesielt innen digital hjemmeoppfølging, hvor foretaket har to komplementære leverandører med hver sin løsning som har ulike egenskaper (Checkware og Diffia), og innen kunstig intelligens.
- De regionale prosjektene har fortsatt moderat til høy risiko. VVHF går over til DIPS Arena 10.2.24. Helselogistikk har noe redusert risiko, men fortsatt noe høy. LVMS og Digital patologi for VVHF er justert plan med oppstart oktober 2024.

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

Sikre personell med rett kompetanse

Det oppleves utfordrende å beholde og rekruttere medarbeidere. Pågående arbeid med sikre pasientforløp, aktivitetsstyrt ressursplanlegging og fleksible arbeidstidsordninger skal bidra til å bedre denne situasjonen. Nye måter å organisere ansvar og oppgaver skal hindre dobbeltarbeid

og lette informasjonsflyten. Målet er at dette skal føre til mestring og arbeidsglede, og bidra til godt arbeidsmiljø og lavere fravær. Som en del av LIS-utdanningen er det igangsatt gruppeveiledning for å styrke åpenhetskultur og bidra til psykologisk trygghet. Målet er motstandsdyktighet mot negativt stress ved at strategier for mestring også tas inn som del av læringsmål i utdanningen. Veiledningsmodellen er utarbeidet i samarbeid med ressurspersoner fra Villa Sana ved Modum Bad og Legeforskningsinstituttet.

Det pågår systematisk opplæring i forebygging av vold og trusler ved bruk av modellen for møte med aggresjonsproblematikk (MAP). Foretaket har hatt en god utvikling når det gjelder å redusere bruk av innleid personell. Den forsterkede kontrollen med innleie videreføres. Gjentakende og hyppig sykefravær er en stor kostnadsdriver. Det er iverksatt systematisk oppfølging av gjentakende og hyppig fravær gjennom et partssammensatt arbeid kalt "Tidlig og tett på".

Evalueringen fra pilotene med langvakter sommeren 2023 viste gode resultater, som opplevelse av styrket pasient- og ansattssikkerhet, mindre bruk av eksterne vikarbyrå og redusert sykefravær. Med bakgrunn i dette er det inngått avtale om rammeverk for langvakter for 2024. Kartlegging viser at det er stor interesse for langvakter blant de ansatte. Det er et mål å kunne tilby langvakter til alle som ønsker det. For ressursteamet er dette en prioritert oppgave å understøtte.

Det pågår kontinuerlig arbeid med oppgavedeling mellom yrkesgrupper. I denne sammenheng nevnes at fire enheter er deltakere i regionalt prosjekt om oppgavedeling, samt at foretaket er tildelt prosjektmidler fra TØRN-programmet til oppgavedeling fra helsepersonell til portører.

Sikre bærekraftig økonomi

Foreløpig årsresultat ble behandlet av styret som orienteringssak 3/2024 i januar. Det er ingen vesentlige endringer i sluttresultatet. Resultatet for året ble et overskudd på 65,3 MNOK, som er 112,7 MNOK bak budsjettert resultatmål. Herav utgjør 28,8 MNOK høyere vedlikehold over drift som møtes av tilsvarende lavere investeringer. Avvik fra resultatmål skyldes noe lavere aktivitet innen somatikk enn plantall, samt et vedvarende høyt forbruk på personellkostnader. Budsjett 2023 inkluderte en stor uløst utfordring. Tilleggsbevilgningene som kom i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett dekket store deler av denne. Et høyere sykefravær har vedvart gjennom året, og økte de siste månedene. Sykefraværet er redusert fra 2022.

Realisering av bærekraftsplanen er foretakets viktigste oppgave i 2024. Arbeidet er godt i gang. Det kartlegges nå enheter som tar i bruk langvakter, og flere er i gang med planleggingen. Styret vil få en grundig gjennomgang av pågående aktiviteter og resultater i styremøtet i mars.

Investeringer i 2023 er gjennomgående i samsvar med plan. EK tilskudd for pensjon er 10 MNOK høyere enn budsjett 2023. Det var forventet at dette ville utlignes noe i 2024, men estimatet fra pensjonskassen for 2024 er på samme nivå og dette er hensyntatt i budsjett 2024. Det er investert i tomter i fbm. med NSD på vel 25 MNOK i 2023 som ikke var budsjettert. Dette vil utlignes mot fremtidige investeringskostnader og gir dermed ingen utfordringer på midler til investering. Årets resultat medfører at investeringsrammen kan opprettholdes som foreslått i budsjettsaken i desember, og ble behandlet av styret i fbm. Sak3/2024, foreløpig årsresultat.

Klima – og miljømål

Tiltak for å redusere utslipp i tråd med overordnede mål for virksomheten pågår. Resultatene pr. 3. tertial er noe under plan for energiforbruket. Resultatet for året avhenger av utetemperaturen gjennom vinteren. Øvrige tiltak er gjennomgående tilnærmet på mål. Prioritering av investeringsmidler til miljørettede tiltak er behandlet i forbindelse med budsjett 2024, der det blant annet er lagt til grunn en investering på 10 MNOK i utskifting til LED lys.

Dette er første del av en treårig plan for utskifting. Foretaket søkte om finansieringsstøtte til dette tiltaket fra et HSØ fond, og har fått innvilget 20 MNOK.

Forberede organisasjonen på innflytting i NSD – prosjekt NSD

Mottaksprosjektet følger planen, og delrapporter for alle områdene er ferdigstilt i 2023. Vurdering av gevinster krever at flere prosjekter må ses i sammenheng, og er dette er ikke helt på plass. Arbeidet videreføres i klinikkene som skal inn i NSD, og forventes ferdigstilt innen utgangen av mars 2024. Arbeidet skal koordineres med plan for en bærekraftig utvikling av VVHF, da omstillinger til NSD også er relevante for andre klinikker og vice versa. For NSD er det høy risiko knyttet til implementering av nye regionale IKT løsninger. Det er varslet forsinkelser i flere, og disse nærmer seg frysperioden. Se avsnittet nedenfor.

IKT tertialrapport NSD

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

Enkelte prosjekter har redusert risiko, og ett prosjekt har økt risiko i perioden. Flere av prosjektene rapporteres fremdeles som status gul, og enkelte som status rød. Bakgrunnen for dette er prosjektenes kompleksitet, tidsplaner og VV-NSD sin bekymring for at viktige leveranser ikke rekker fristen for endring av IKT-systemer før innflytting. Så langt det er mulig, blir Vestre Viken prioritert i viktige regionale prosjekter. Forsinkelser der installasjon og endringer er i fare for å bli skjøvet til etter innflytting, vil øke økonomisk risiko for VV samt påvirke arbeidsprosesser som er lagt til grunn i NSD. Det jobbes kontinuerlig på tiltakssiden for å håndtere risikobildet, spesielt med avklaringer rundt kapasitet og kartlegging av avhengigheter. Det vil bli nødvendig med kartlegging av økonomisk konsekvenser av eventuelle forsinkelser eller mangelfulle leveranser.

Foretakets prosjekt- og programportefølje

Foretakets porteføljestyre avholder regelmessig møter, og prosjektkontoret sammenstiller og gjennomgår status i de prosjektene foretaket har vurdert som kritiske. Porteføljen omfatter prosjekter som griper inn i store deler av virksomheten, og som vil være kritiske for den videre utviklingen. Sammensetningen av porteføljen vurderes og oppdateres fortløpende. Prosjektene favner hele virksomheten og kommer i tillegg til oppfølgingen av gevinstplanen.

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

Portefølje	Prosjekt/program	Startdato	Slutt dato	Aktuell prosjektfase	Kommentar	2022		2023				2024		2025		2026		2027		2028		2029		2030	
						H1	H2	Q1	Q2	Q3	Q4	H1	H2	H1	H2	H1	H2	H1	H2	H1	H2	H1	H2	H1	H2
Eiendom	BRK	01.01.2017	31.12.2028	Gjennomføre		[Yellow bar from Q1 2023 to Q4 2028]																			
	Avhending Blakstad sykehus	10.03.2023	30.06.2024	Planlegging		[Yellow bar from Q1 2023 to Q2 2024]																			
	Grønn mobilitet	07.11.2023	22.03.2024	Konsept		[Yellow bar from Q4 2023 to Q1 2024]																			
	Arealbruksplan PHT	29.11.2019	31.01.2023	Konsept		[Yellow bar from Q1 2023 to Q1 2023] [Purple triangle at end]																			
Digital transformasjon	VIDT	24.01.2023	31.12.2025	Gjennomføre		[Yellow bar from Q1 2023 to Q4 2025]																			
	Digital Hjemmeoppfølging	01.01.2019	31.12.2024	Gjennomføre	Grovt estimert slutt dato	[Yellow bar from Q1 2023 to Q4 2024]																			



Følgende initiativer ble avsluttet eller ekskludert fra porteføljen i 2023:

Prosjekt/program	Avsluttet/ekskludert
Avhending Drammen sykehus Bragernes	Avsluttet – mars 2023
ARP	Ekskludert – mars 2023
STIM	Ekskludert - mars 2023
Eiendomsplan PHR	Avsluttet – mai 2023

Prosjektet Arealbruksplan PHT, som etter planen skulle avsluttes 30. november 2023 har blitt forsinket, og skal avsluttes 31. januar. Prosjektet Grønn mobilitet ble innlemmet i porteføljen i november.

Initiativenes bidrag til å nå foretakets overordnede mål.

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

Skala			
Stor effekt	Moderat effekt	Ingen effekt	Negativ effekt
★ 2	⊕ 1	○ 0	⊖ -1

Strategisk mål	Total poengsum	BRK	Arealbruksplan PHT	Avhending Blakstad sykehus	Digital Hjemmeoppfølging	Vestre Vikens Digital Transformasjon	Grønn mobilitet
Styrke brukermedvirkning og brukerstyring	6	⊕	⊕	○	★	★	○
Skape trygge og helhetlige pasientforløp	7	★	★	○	⊕	★	○
Styrke samhandling og nettverk	8	★	★	○	⊕	★	⊕
Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi	4	○	○	○	★	★	○
Sikre personell med rett kompetanse	4	⊕	⊕	○	⊕	⊕	○
Sikre bærekraftig økonomi*	9	★	★	★	⊕	⊕	⊕
Bidra til realisering av Klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030**	9	⊕	★	⊕	★	⊕	★

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

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

Prosjekter og programmer i porteføljen bidrar mest til å realisere målene om «Bidra til realisering av Klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten 2022-2030» (9 poeng) og «Sikre bærekraftig økonomi» (9 poeng). Prosjektporteføljen har minst effekt på realisering av følgende mål: «Sikre personell med rett kompetanse» (4 poeng) og «Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi» (4 poeng). Vurdering av Avhending Blakstad sykehus er basert på en tilsvarende vurdering av prosjektet Avhending Drammen sykehus.

Statusoversikt pr. 29.12.2023:

Matrisen under visualiserer status for de viktigste styringsparameterne.

Portefølje	Prosjekt/program	Område	Prosjekteier	Prosjektleder	Overordnet status	Kostnad / ressurser	Fremdrift	Omfang / kvalitet	Risiko	Gevinst-potensial
Eiendom	BRK	KIS	Lisbeth Sommervoll	Tom Darre Lybeck	◆ →	◆ →	◆ →	◆ →	⚠ →	⚠ →
	Avhending Blakstad sykehus	KIS	Lisbeth Sommervoll	Solveig Klevstad	◆ →	◆ →	◆ →	◇ →	⚠ →	◇ →
	Grønn mobilitet	KIS	Kristin Fagerhaug	Kristi Skinnes	◆ →	◆ →	◆ →	◆ →	◆ →	◆ →
	Arealbruksplan PHT	KIS	Lisbeth Sommervoll	Tom Darre Lybeck	⚠ →	◆ →	❌ →	◆ →	◆ →	◇ →
Digital transformasjon	VIDT	Teknologi	Robert Nystuen og Anders Debes	Thomas Iversen	⚠ →	◆ →	⚠ →	⚠ →	⚠ →	⚠ →
	Digital Hjemmeoppfølging	Fag	Anders Johan Debes	Kristine Kleivi Sahlberg	⚠ ↓	◆ →	◆ →	◆ →	⚠ →	⚠ →

◆ Som planlagt ⚠ Mindre avvik ❌ Større avvik ◇ Informasjon mangler

→ Ingen endring
↑ Forbedring
↓ Forverring

Arealplan PHT-prosjektet rapporterer rød status på fremdrift ift. opprinnelig plan. Prosjektet er imidlertid i slutfasen.

Ingen prosjekt eller program rapporterer rød overordnet status.

Utviklingstrenden illustrer endringer for styringsparametere i løpet av de siste 6 rapporteringsperiodene. Analysen av styringsparametere på porteføljenivå hjelper med å vurdere en helhetlig tilstand og trend.

		Status						
		April 2023	Mai 2023	September 2023	Oktober 2023	November 2023	Desember 2023	Endring
VIDT	KOST	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	TID	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	OMF	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	RISK	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	GEV	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
BRK	KOST	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	TID	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	OMF	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	RISK	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	GEV	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
Digital hjemmeoppfølging	KOST	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	TID	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	OMF	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	RISK	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	GEV	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
Grønn mobilitet	KOST	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	TID	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	OMF	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	RISK	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	GEV	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
Eiendomsplan PHR	KOST	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	TID	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	OMF	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	RISK	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	GEV	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
Arealbruksplan PHT	KOST	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	TID	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	OMF	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	RISK	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	GEV	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
Avhending Blakstad	KOST	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	TID	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	OMF	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	RISK	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→
	GEV	◆	◆	◆	◆	◆	◆	→

→ Ingen endring ↑ Forbedring ↓ Forverring

VIDT-programmet følges spesielt tett opp fordi de fleste prosjektene i programmet er beheftet med høy risiko. Integrasjonstesting, som er alltid en viktig usikkerhetsfaktor, er utført i DIPS Arena-prosjektet. En intensiv og omfattende opplæring er også gjennomført. Løsningen settes i drift 10 februar 2024. Helselogistikk og LVMS rapporter risikoer med rød alvorlighetsgrad etter tiltak. Vestre Viken har begrenset handlingsrom for risikostyring i mottaksprosjekter.

BRK-programmet har gjennomført omplanlegging og følger ny programplan uten avvik.

Risikovurdering av virksomhetsplan 2023 pr. 3. tertial

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

Risikoområde	Vurdering i virksomhetsplan 2023	Vurdering pr. 1.	Vurdering pr. 2.	Vurdering pr. 3.	Kommentar

		tertial 2023	tertial 2023	tertial 2023	
Styrke bruker- medvirkning og brukerstyring	Moderat	Moderat	Moderat	Moderat	
Skape trygge og helhetlige pasientforløp	Moderat	Moderat	Moderat	Moderat	Ventetider er høyere enn mål. Fortsatt stor pågang av pasienter innen psykiatrien
Styrke samhandling og nettverk	Moderat	Moderat	Moderat	Moderat	
Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi	Moderat	Moderat	Moderat	Moderat	Forsinkede IKT leveranser Komplekse systemer. Generelt høyt trussebilde.
Sikre personell med rett kompetanse	Betydelig	Betydelig	Betydelig	Betydelig	Fortsatt høyt sykefravær, vanskelig tilgang på kvalifisert personell
Sikre bærekraftig økonomi	Moderat	Betydelig	Betydelig	Betydelig	Omfattende tiltaksarbeid. Lavere resultat enn budsjett medfører mindre midler til investeringer.
Miljøkrav	Moderat	Moderat	Moderat	Moderat	
Forberede organisasjonen på innflytting i NSD	Moderat	Moderat	Moderat	Moderat	

Administrerende direktørs vurderinger

Tertialrapporten for 3. tertial oppsummerer resultat og status på våre aktiviteter for å sikre måloppnåelse. Rapporten vil til en viss grad overlape med årlig melding, sak 12/2024 og årsrapporten som styret får til behandling mars.

Samlet sett leverer foretaket helsetjenester av god kvalitet, selv om ventetiden har blitt noe lengre innenfor både somatikk og psykisk helsevern. Det økonomiske resultatet er ikke i tråd med plan, og det kan svekke den fremtidige investeringsevnen. Flere ulike typer tiltak er nødvendig, og dette arbeidet er systematisert gjennom Handlingsplan for bærekraftig utvikling. Styret vil få en grundigere gjennomgang av status i arbeidet med bærekraftsplanen i styremøtet

i mars. Klinikene er bedt om å identifisere alternative tiltak som kan iverksettes raskt for å sikre effekter innværende år. Implementering av langvakter i turnus kan gi resultater allerede i 2024. Det er stor interesse for å inngå i denne frivillige ordningen. Først og fremst bør det kunne få effekt i forbindelse med sommerferieavviklingen. Foretaket opprettholder tett oppfølging av innleie og ansettelses.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar virksomhetsrapporten pr. 3. tertial til etterretning.

- Vedlegg:
1. Virksomhetsrapportering pr. 3. tertial 2023
 2. IKT – statusrapport 3. tertial 2023

Vedlegg 1

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr. 3.tertial 2023

Innholdsfortegnelse

1.	Mål 2023 og risikovurderinger.....	2
1.1.	Styrke brukermedvirkning og brukerstyring	2
1.2.	Skape trygge og helhetlig pasientforløp	5
1.3.	Styrke samhandling og nettverk	17
1.4.	Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi	19
1.5.	Sikre personell med rett kompetanse.....	24
1.6.	Sikre bærekraftig økonomi	32
1.6.1.	Arealutvikling KIS	40
1.7.	Miljøtiltak KIS	44
1.8.	Forberede organisasjonen på innflytting i NSD	49

1. Mål 2023 og risikovurderinger

1.1. Styrke brukermedvirkning og brukerstyring

Pasientens kunnskap og erfaring skal brukes i arbeidet med å utvikle og forbedre helsetjenestene. Brukerstyring innebærer at pasienten selv styrer tjenesten eller tiltaket. Tjenesten skal være behovsstyrt, ikke kalenderstyrt. Blant annet gjennom bruk av teknologi og digital hjemmeoppfølging legges det til rette for brukerstyrt oppfølging.

Brukermedvirkning på systemnivå ivaretas gjennom Brukerutvalget og Ungdomsrådet. Brukermedvirkning forsøkes å ivaretas på alle aktuelle områder, også utover de rent medisinske områdene. Blant annet er det brukermedvirkning ved utforming av arealer.

VVHF		Desember	Hittil i år
AKTIVITET - Telefon- og videokonsultasjoner - ANDEL	Resultat	13,2	11,7
	Plan	15,0	15,0
	Avvik	-1,8	-3,3
	I fjor	11,8	10,9

Mål	Indikator – status	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Minst 15 prosent av polikliniske pasienter skal følges opp via digitale konsultasjoner (telefoni og video)	Andel: 11,7%	Månedlig	Viser til årlig melding	Viser til årlig melding
Andel pasienter med digital skjemabasert oppfølging og monitorering skal økes	Antall per desember 2023: 2 948 2022 totalt: 657	Tertialvis	Her er det en betydelig økning i andel gjennom 2023, og VVHF oppnår regionalt måltall (1%).	<ul style="list-style-type: none"> - Utvikling av nye skjema for forløp internt - Økt kjennskap til Vestre Viken kortet - Systematisk gjennomgang og prioritering av <u>egnede</u> pasientforløp - Økt systemstøtte (ressurser) til nye forløp

				<ul style="list-style-type: none"> - Fokus på skalering/bredding av allerede etablerte forløp
Andel pasienter med gjennomført nettbasert behandlingsprogram skal økes	Antall per desember 2023: 52 nye pasienter	Tertialvis	Under regionale mål (1%), det bør jobbes strukturert med å øke antall.	<ul style="list-style-type: none"> - Tettere oppfølging av egendefinerte måltall. - Motivere pasienter til e-mestring via samtale. - Bytte av leverandør for plattform etter nasjonal anskaffelse vil øke antall behandlingsprogram. I bruktakelse medio 2024.
Andel nødsamtaler der video tas i bruk skal økes	Andel per desember 2023: 12,4 %	Tertialvis	Per 2. tertial 2023 var andelen 6,9, dvs. at den økte innsatsen på dette området har gitt betydelig effekt, og er nå over måltall. Det forventes at man kan øke andelen ytterligere.	<ul style="list-style-type: none"> - Fortsatt fokus på området i lederlinjen ut mot AMK personell, Andel og bruk tas jevnlig opp på alle personalmøter. Vi gir pasientene informasjon som gjør de i stand til å etterspørre digitale løsninger.
Antall forløp med digital skjemabasert oppfølging og monitorering skal øke med minimum 50% i 2023	Antall forløp ved utgangen av 2022: 9, per desember 2023: 18	Tertialvis	Svært god utvikling, antall forløp er doblet.	<ul style="list-style-type: none"> - Utvikle nye skjema for forløpene internt i foretaket - Øke støtte (ressurser) til nye forløp - Strategisk valg av forløp med store effekter

Risiko for ikke å oppnå målene

Det gjennomføres fortsatt flere fysiske konsultasjoner der en digital konsultasjon kunne vært tilbudt og/eller at digitale konsultasjoner kommer i tillegg til tradisjonell oppfølging av pasienter.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Vurdering per 3.tertial 2023	3	3	Moderat

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Innføre digitale brukerundersøkelser via SMS-lenke	1.3.2025	Fagdirektørmøte i Helse Sør vedtok 1.2.2024 at det videre arbeidet med en ny brukerundersøkelse skjer regionalt og ved en utvidelse av dagens forbedringsundersøkelse.
Utrede alternative muligheter for timeinnkalling, avbestilling og ny time	1.9.2024	Et tiltak for å korte ned ventelistekøene er at pasienter må være mer involvert og ta mer styring over egen helse. Det krever innsikt i eget forløp og et økt informasjonsbehov om diagnose og behandling. Prosjektet Digitale innbyggertjenester i Helse Sør-Øst har som målsetning å bidra til at flere møter til time, og at de som møter er korrekt forberedt. Prosjektet skal levere en innbyggertjeneste på helsenorge.no for visning av timeavtaler med informasjon og digital dialog mellom spesialisthelsetjeneste og pasient. Tjenesten planlegges være ferdigstilt og tilbys våre pasienter september 2024.
Etablering av Vestre Viken-kortet	1.5.2024	Vestre Viken-kortet informerer pasientene om deres rettigheter og muligheten til å be om digitale behandlingsalternativer. På baksiden gir kortet samme informasjon til helsepersonellet om deres plikter. Bruken skal styrkes/økes ved en informasjonskampanje i mars 2024.
Etablere og videreføre varierte kurs i god kommunikasjon, samvalg og kloke valg	31.12.2023	Kommunikasjonsverktøyet 4 gode vaner er etablert i Vestre Viken, tilbudet er tverrfaglig og innarbeider nå også samvalg i tråd med anbefaling fra delstrategi for samvalg. Tilbudet er under stadig utvikling.
Systematisk gjennomgang og prioritering av egnede pasientløp for digitale konsultasjoner	31.12.2023	Pågående kartlegging fra de fleste klinikkene er levert og en "kampanje" for å øke andelen digitale konsultasjoner lanseres første kvartal 2024.
Innføre ny videoløsning	31.03.2024	Videotjenesten Delta (Join) innføres samtidig med DIPS Arena primo februar 2024. Dette vil gjøre det betydelig enklere for helsepersonell å gjennomføre videosamtaler og vil bidra til å øke andelen videokonsultasjoner.

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

1.2. Skape trygge og helhetlig pasientforløp

Riktig og virkningsfull pasientbehandling er den viktigste oppgaven for Vestre Viken. Planlegging og samarbeid skal sikre sammenhengende helsetjenester for den enkelte pasient. Gode pasientforløp skal utvikles i samarbeid med pasienter og kommunehelsetjenesten.

Sårbare pasienter og pasientgrupper skal vies særskilt oppmerksomhet. Helsetjenestene skal være likeverdige. Sammen med brukere og kommunehelsetjenesten skal VVHF utvikle nye arbeidsformer og modeller. Ny teknologi skal bidra til utvikling av trygge og helhetlige pasientforløp. Forbedringsmodellen brukes i forbedringsarbeid.

VVHF		Desember		Hittil i år	
KVALITET - Kreftbehandling: Pakkeforløp gjennomført innen definert forløpstid - ANDEL	Resultat	63		70	
	Plan	70		70	
	Avvik	-7		0	
	I fjor	73		68	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet Somatikk - DAGER	Resultat	74		73	
	Plan	64		64	
	Avvik	10		10	
	I fjor	65		64	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet PHR - DAGER	Resultat	40		46	
	Plan	38		38	
	Avvik	2		8	
	I fjor	39		44	
KVALITET - Overholdelse av pasientavtaler - ANDEL	Resultat	88		87	
	Plan	95		95	
	Avvik	-7		-8	
	I fjor	88		88	
AKTIVITET - Avslag BUPA - ANDEL	Resultat	16,3		17,5	
	Plan	10,0		10,0	
	Avvik	-6,3		-7,5	
	I fjor	32,5		23,8	

Mål	Indikator - status	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
<i>Somatikk</i>				
Minimum 70% av pasienter med kreftdiagnose skal behandles i pakkeforløp	Andel: Pr. desember: 63 %	Månedlig	For året som helhet oppnås måltallet på 70%. Flere av forløpene ligger rett under måltallet. Forløp som krever stråleterapi og regionalisert kirurgisk tilbud (OUS) oppnår gjennomgående lavere andel oppnåelse. Brystkreftpasientene utgjør en stor andel av kreftpasientene og VVHF har i 2023 hatt utfordringer med rekruttering av personell og operasjonskapasitet for behandling.	Pågående dialog og samarbeid med OUS. Det jobbes med rekruttering på Brystdiagnostisk senter.
Implementere pakkeforløp hjem for pasienter med kreft i løpet av 2023.	Kartleggings-samtalene som er kodet WMFG11	Månedlig	Vestre Viken er godt i gang med implementering av pakkeforløp hjem, se årlig melding. Totalt er 138 pasienter kodet i kartleggingsamtaler.	Bruk av digital hjemmeoppfølging til kartleggingsamtaler vurderes innenfor bl.a pakkeforløp brystkreft.
Andel pasienter behandlet ved hjemmedialyse skal være 30%	Andel: Pr. desember: 26%	Tertialvis	De fire somatiske klinikkene har hjemme-dialysetilbud. Fortsatt variasjon mellom klinikker, BS 15%, RS 27% og DS 35%.	Det arbeides i somatiske klinikker for å øke andel i hjemmedialyse. Det er førstevalg og pasienter oppfordres til å velge dette. Medisinske vurderinger og pasientenes preferanser gjør at noen allikevel vil allokere til hemodialyse.

Ventetid somatikk skal være lavere enn i 2022 (64 dager)	Gj.snittlig ventetid: Pr. desember: 73 dager	Månedlig	Høyt sykefravær og avvikling av Fritt Behandlingsvalg har bidratt til økt ventetid. Bekymringsfull økning i ventetid generelt gjennom 2023.	Drift og organisering poliklinikk for økt utnyttelsesgrad inngår blant tiltakene i revidert bærekraftplan. Støtte fra sentralt ressursteam. Dette er et høyt prioritert område for tiltak i 2024.
Andel pasienter som mottar timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning skal være større enn 90%	Andel pr november: 85%	Månedlig	Fortsatt under måltall, men det er en forbedring gjennom 2023.	Kontinuerlig forbedringsarbeid
Andel korridorpasienter skal være lavere enn 1%	Andel: Pr. desember: 1,7%	Månedlig	Gjennom 3. tertial har det vært et høyt belegg i alle de somatiske klinikkene grunnet luftveisinfeksjoner, sesong-influenza og Covid-19. Enkelte kommuner har ikke hatt tilstrekkelig kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter.	Kontinuerlig forbedringsarbeid. Det er iverksatt lokale tiltak og dette følges opp klinikkvis og ut mot kommunene.
Minimum 60% av alle pasienter med akutt hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet får denne innen 40 minutter etter innleggelse	Andel: Pr. desember 62%	Tertialvis	VV samlet sett har god måloppnåelse.	

<p>Andel planlagte timer poliklinikk 6 måneder frem skal økes.</p>	<p>Andel: Des.22: 65 % Des.23: 65 %</p>	<p>Månedlig</p>	<p>Samlet sett ingen økning i andel planlagte timer på poliklinikkene i 2023. Det er pågående arbeid for å øke andelen og dette er et høyt prioritert område hvor det forventes forbedring.</p>	<p>Drift og organisering av poliklinikk for økt utnyttelsesgrad inngår blant tiltakene i bærekraftsplanen. Sentralt ressursteam gir støtte til poliklinikkene. Ressursplanlegging med alt behandlings- og pleiepersonell i GAT bør øke planleggingshorisonten og derved andel planlagte timer.</p>
<p>Alle inneliggende pasienter skal ha en plan</p>	<p>Andel:</p>	<p>Månedlig</p>	<p>Innført eller delvis innført i alle de somatiske avdelingene. Målinger gjennomføres foreløpig manuelt. Det rapporteres om god måloppnåelse der det måles.</p>	<p>Det er etablert lokale tiltak, blant annet standardisert dokumentasjon i DIPS, med forløpsplan og beskrevne rutiner i eHåndbok (KS). Pasientens plan defineres i førstedagsnotat med tentativ utreisedato. For å kunne følge denne indikatoren må det iverksettes et arbeid med å definere metode og en plan for automatisert målinger med uttrekk fra DIPS for å forenkle målearbeidet.</p>

Andel ikke møtt skal reduseres	Andel: 2022: 4,6 % Pr. des. 23: 4,5 %	Tertialvis	Variasjon mellom fagområdene. Høyest andel ikke møtt i PHR, men det er ikke uventet.	Iverksette kartlegging av fagområder med høy andel ikke møtt med lokale/målrettede tiltak etter kartleggingen. Ved å tilby digitale konsultasjoner som erstatning ved manglende oppmøte kan andelen reduseres.
Minimum 95 % av alle pasientavtaler skal være overholdt til planlagt tid	Andel: Pr. desember: 87%	Månedlig	Ikke måloppnåelse. Øye-sykdommer, hjertesykdommer og gastromedisin utgjør de største andelene.	Det er iverksatt flere tiltak innenfor hjertesykdommer etter revisjon i 2022. I øyeavdelingen er det også ansatt to nye spesialister, det er anskaffet ytterligere utstyr og ved hjelp av oppgavedeling og bedre styring av ressursene ser man de siste månedene en reduksjon i antall ventende. Kveldspoliklinikk er videreført ut 2023. Arbeidet vil følges tett i 2024.
Antall epikriser sendt innen samme dag skal være større enn 85 %	Andel: Pr. desember: 78,9 %	Tertialvis	Fortsatt under mål.	Følges opp i klinikkene.

Strukturert visitt skal innføres ved alle sengeposter	Andel: ikke målt		Det jobbes systematisk med implementering av strukturert visitt gjennom forbedringsarbeid på sengepostene.	Tiltak som er iverksatt er blant annet triagering for å styre rekkefølge på visitt, tidlig klarering for utreise, daglige teammøter med tverrfaglig dialog og avklaringer. Måleindikatoren krever et manuelt arbeid og er ikke egnet for monitorering utover den oppfølging som skjer direkte i linjen.
Andel reinnleggelser skal reduseres	Andel: 14%	Tertialvis	Andel reinnleggelser har gått ned gjennom 2023 fra 16% til 14%. Andel må sees i sammenheng med gjennomsnittlig liggetid.	Digital hjemmeoppfølging, og områder innenfor sikre pasientforløp.
Utnyttelsen av operasjonsstuene skal økes	Andel: Ikke definert felles måleparametere	Tertialvis	Det jobbes med forbedringsarbeid ved alle klinikkene, konkrete lokale tiltak og mål. Forventet full effekt først i 2024 når tiltakspakken er implementert.	Lokale tiltak er iverksatt i flere av klinikkene. Målinger knyttes til ulike tiltak. RS og BS har tiltak og målinger i Life QI.
Flere pasienter skal skrives ut før kl 13.	Andel: 2022: 26% Pr. des.23: 27 %	Tertialvis	Det jobbes systematisk med dette i alle klinikkene. Måloppnåelse varierer mellom 22% og 30%. Det er en forbedring flere steder og manglende måloppnåelse forklares i noen tilfeller med venting på helseekspress, ambulanse, pårørende som skal hente etc.	Tiltakene det jobbes med i sikre pasientforløp er: strukturert visitt, tverrfaglige teammøter og plan i førstedagsnotatet for tentativ utreise.

<i>Psykatri</i>				
Minimum 80% av pasienter innen PHR skal behandles i pakkeforløp - Involvert i behandlingsplan	Andel: Pr. desember: 53 %	Månedlig	Koding er mangelfull. Hdir arbeider med nye veiledere for pasientforløpene for alle fagområdene. Avventer videre arbeid til disse er ferdigstilt. Risiko vurderes som lav.	Forsterket opplæring planlegges ved innføring av DIPS Arena. Interne revisjoner viser at det foreligger flere behandlingsplaner enn de som er kodet.
Ventetid PHR voksen og TSB skal ikke økes sammenlignet med 2022 (på sikt skal ventetid være lavere enn 40/30 dager)	Gj.snittlig ventetid VOP og TSB: Pr. desember: 47 dager TSB: 39 dager VOP: 46 dager Ventetiden har økt med 3 dager sammenliknet med 2022 innen VOP. Ventetid innen TSB økt med 2 dager sammenlignet med 2022.	Månedlig	Markant økning i henvisninger både til BUPA og DPS-ene utfordrer nedgang i ventetid. Flere pasienter tas inn til utredning og avklaring. Ventetid følges nøye, men risiko for pasientsikkerhet vurderes lav da ø-hjelp og pasienter med alvorlige tilstander tas raskt imot.	PHR vil styrke poliklinikkene i DPS-ene i 2024, som følge av den høye og økte aktiviteten.

<p>Ventetid barn og unge PHR skal ikke økes sammenliknet med 2022 (på sikt skal ventetid være lavere enn 35 dager)</p>	<p>Gj.snittlig ventetid: Pr. desember: 46 dager</p> <p>Ventetiden har gått ned med 4 dager fra samme tidspunkt i fjor.</p>	<p>Månedlig</p>	<p>Flere pasienter tas inn til utredning / avklaring Ventetid følges nøye, men risiko for pasientsikkerhet vurderes lav da ø-hjelp og pasienter med alvorlige tilstander tas raskt imot. Ø-hjelp pasienter uten ventetid. Gjennomsnittlig ventetid for spiseforstyrrelser og alvorlig psykisk lidelse er 7 dager.</p>	<p>Det ble etablert standard heldags utredning ved alle poliklinikkene høsten 2022.</p>
<p>Epikriser skal sendes med samme dag</p>	<p>Andel: Pr. desember: 62,1%</p>	<p>Månedlig</p>	<p>Rekrutteringsvansker til spesialiststillinger og høyt aktivitetsnivå i døgnsesjonene fører til forsinkelser.</p>	<p>Tiltak innen rekruttering og tilpasning av arbeidsprosesser pågår.</p>
<p>Andel avslag psykiatri skal være under 10% for BUPA og under 11,4% for DPS</p>	<p>Andel avslag: Pr. desember: BUPA: 17,5 % DPS: 20,2 %</p> <p>I desember er andel avslag i BUPA på 16,3%</p>	<p>Månedlig</p>	<p>Økningen i henvisninger medfører behov for endring i arbeidsprosesser for ytterligere å redusere avslag.</p>	<p>Felles henvisningsmottak (FHM) er etablert og i drift i henhold til plan. Etter innføringen av FHM er avslagene økt, da man opplever at flere henviste faller utenfor kriteriene i prioriteringsveilederen. Videreutvikling og kalibrering av FHM er sentralt videre.</p> <p>BUPA fortsetter felles inntak med kommunene. Planlagt kalibreringskonferanse i oktober.</p>

Tvangsbruk i psykiatrien skal reduseres fra 2022 (antall unike pasienter med tvangsmiddelvedtak)	Antall pr. desember: 145 - Blakstad (131 i 2022) 21 - BUPA (18 i 2022)	Tertialvis	Økt antall innleggelser hittil i år til Blakstad. Flere pasienter med alvorlig voldsproblematikk til Blakstad. Økt antall innleggelser i BUPA. Antall tvangsinnleggelser er få, og det må påregnes variasjon.	Det gjennomføres hendelsesgjennomganger, kompetanseheving og samhandling på tvers av avdelinger. I tillegg er både miljøbehandling og opplæringsprogrammet Møte med aggresjonsproblematikk (MAP) valgt ut som satsningsområder.
<i>Prehospitaltjenester</i>				
Responstider for ambulanser skal ikke forverres (fra 2022)	Tider er tilnærmet uendret fra 2022-nivå	Månedlig	Responstider i 3. tert. 2023 er tilsvarende responstider i 2022.	Tiltak i ambulanseavdelingen har ikke ført til forlengede responstider
Pasientreiser Servicegrad (QOS) 80 % av alle innkommende samtaler 05515 skal besvares innen 90 sekunder.	Andel per des: 71,7%	Månedlig	Under målet, men bedring til tross for høyt sykefravær	Rekruttering av vikarer er krevende, så har gått med 1 årsverk under plan hittil i år. Har iverksatt aktive tiltak for å redusere sykefravær
Andel nødsamtaler ved AMK sentralen besvart innen 10 sekunder skal være høyere enn 90 %	Andel per des: 95,8 %	Månedlig	Godt innenfor forskriftskrav	Ingen ytterligere tiltak

<i>Medisinsk diagnostikk</i>				
Pakkeforløp kreft innen standard forløpstid skal være høyere enn 75%	Andel: Pr. desember: 70 %	Månedlig	Bruk av KMD tjenester har økt betydelig år for år, uten at vi har satt inn ressurser i samme tempo. Kapasiteten er nå sprengt, spesielt på radiologsiden, men også tilgang til utstyr og radiografer. Dette medfører at det er flere og flere høyt prioritert undersøkelser som internt konkurrerer med hverandre. Dette gjør det vanskeligere å alltid holde seg til, for eksempel, pakkeforløpstider.	Tiltak som KI, Nettverk organisert, felles lister, riktig bruk, osv. vil frigjøre ressurser til å absorbere økte aktivitetskrav.
Andel endelig svar bildediagnostikk innen neste dag Ø-hjelp og inneliggende skal være over 90%	Andel: Pr. desember: 94%	Månedlig	Vi prioritere å sette ut polikliniske pasienter til private kommersielle med avtale for å prioritere inneliggende, men nå er alt som er aktuelt å sende ut av foretaket allerede satt ut og kapasiteten for inneliggende er sprengt. Vi derfor bruker mye kveldspoliklinikk, overtid og innleie for å håndtere dette.	Tiltak er blanding av innmeldt ressursbehov i budsjettprosess kombinert med utviklingsarbeid som skal gjøre oss mer bærekraftig, dvs. å øke kapasitet uten at vi må øke ressursinnsatsen i samme tempo. Tiltak som KI, Nettverk organisert, felles lister, riktig bruk, osv. vil frigjøre ressurser til å absorbere økte aktivitetskrav.

Andel endelig svar bildediagnostikk innen 5 virkedager polikliniske pasienter skal være over 95% (andel i %)*	Andel: Pr. desember: 83 %	Månedlig	Vi sender det meste til private kommersielle med avtale nå, siden vi ikke har kapasitet til dette.	Kunstig intelligens Felles lister på tvers av lokasjoner Riktig bruk av bildediagnostikk, "kloke valg".
CITO pakkeforløp inkl. immunhistokjemi besvart innen 5 virkedager – skal være over 80%	Andel: Pr. desember: 75 %	Månedlig	Pålagt deltakelse i en rekke prosjekter har medført at erfarent personal tas ut av ordinært diagnostisk arbeid. Dette har gitt lengre svartider. Det har vært vanskelig å rekruttere erstatning for personale som er tatt ut i prosjekter.	Bruk av innleie, bruk av overtid, omprioriteringer og nyansettelser.
Svartid Ø-hjelp CRP (median) skal være under 60 minutter	Minutter: 53	Månedlig	innenfor målet	Ingen ytterligere tiltak
<i>Overordnet</i>				
Forekomst (prevalens) av helsetjeneste-assosierte infeksjoner (HAI) skal være mindre enn tre prosent.	Andel: 3,5 %		I perioden 2018 til og med 2023 lå Vestre Viken på 2,8 prosent. På grunn av to uvanlig høye målepunkter i 2023, ble gjennomsnittet for dette året høyere. Dette skyldes tilfeldig variasjon.	Postoperative sårinfeksjon er den vanligste infeksjonstypen og tiltak er iverksatt her. Foretaket benyttet insidensresultater for alvorlig postoperativ sårinfeksjon (NOIS-tall) som grunnlag for ledelsesforankret og målrettet forbedringsarbeid. Særlig oppmerksomhet ble rettet mot keisersnitt og hofteprotesekirurgi fordi resultatene har vært noe dårligere på enkelte seksjoner.

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

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• <i>Vurdering per 3.tertial 2023</i>	4	3	betydelig

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Utnytte ressurser, MTU og arealer bedre på poliklinikker i somatikk og PHR	31.12.2023	Drift og organisering poliklinikk inngår blant tiltakene i revidert bærekraftsplan. Sentralt ressursteam bistår.
Gjennomføre minst to fagrevisjoner på utvalgte områder.	30.06.2024	Det er definert to områder for gjennomføring med oppstart høst 2023 for den første og april 2024 for den andre.
Sikre pasientforløp implementert i hele foretaket	31.12.2023	Sikre pasientforløp har flere større tiltak inkludert. Høy risiko for at målet ikke er nådd innen utgangen av 2023.
Organisering av poliklinikker for å møte økt pågang etter avviklingen av fritt behandlingsvalg	31.12.2023	Innkjøpt nytt MTU (hjerterpoliklinikkene) samt oppfølging av funn og tiltak i revisjonsrapport. HSØ har økt volum for hjerteundersøkelser i somatikkanskaffelsen med 50% gjeldende ut 2023.
Øke intensivkapasitet, fleksibilitet: <ul style="list-style-type: none"> - Opplæringstiltak for å kvalifisere personell til å håndtere intensivpasienter, oppgavedeling. - Gjennomføre strukturelle grep for å øke fleksibilitet og kapasitet 	01.08.24	Fullføre arbeidet med å øke intensivkapasiteten i henhold til oppdrag gitt fra HSØ RHF i 2023. Bygge på rapport levert HOD desember 2022 samt regional rapport fra våren 2023.
Implementere metodikk «kloke valg»	31.12.2024	Det er igangsatt et arbeid i LIS opplæring
Reduksjon innleie	31.12.2023	Ansvar klinikkene - pågår.
Etablere trygg transport av syke nyfødte og intensivpasienter	05.02.2024	Det er gjennomført utredning og etablering av døgnkontinuerlig, legebemannet transport. Tilbud i gang fra primo februar 2024.

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• <i>etter gjennomførte tiltak</i>	3	3	Moderat

1.3. Styrke samhandling og nettverk

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

Samhandlingsarenaer og faglige møteplasser med kommunene skal videreutvikles i helsefellesskapet.

Vestre Viken skal kjennetegnes ved et sterkt fellesskap som samarbeider for å skape bedre helsetjenester for pasienten. Sykehusene skal utvikles i nettverk som legger til rette for klinisk samarbeid om pasienten og sikrer robuste og likeverdige helsetjenester til befolkningen i hele sykehusområdet. Det skal etableres en felles lærende kultur der fagmiljøene deler kompetanse på tvers, for å fremme pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring.

Mål	Indikator	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Pasienter med samarbeidsmøter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten innen psykisk helsevern og rusbehandling	Andel: 42 % Etter 2. tertial var andel 34 %	Tertialvis	Ved evaluering av de nasjonale pasientforløpene vil dette bli et av områdene klinikken vil arbeide videre med.	
Pasienter med teambasert oppfølging (for eksempel ACT-/FACT-team) Skal være høyere enn i 2022	Andel Pasienter i FACT team: DPS: 9,6 % BUPA: 3 % I 2022 var andel pasienter i FACT: DPS: 9,1 % BUPA: 1,5 %	Tertialvis	Inkludering av pasienter til FACT voksen og FACT ung følger oppsatt plan for opptrapping.	Jevnlig evaluering av måloppnåelse i etablerte styringsgrupper rundt hvert FACT-team.
Aktive fagnettverk i indremedisin, kirurgi, ortopedi, gynekologi og fødselshjelp, anestesi, intensiv og operasjon (AIO). Fagnettverkene skal bidra til beste praksis i VV, reduksjon av uønsket variasjon, god utnyttelse av kapasitet, robust faglig tilbud, god utdanning (LIS, annet helsepersonell),	Antall standardiserte pasientforløp i VV: Tallgrunnlag for rapportering foreligger ikke	Tertialvis	Det er etablert fagnettverk innen gynekologi og fødselshjelp, ortopedi og hjertemedisin som fungerer godt.	Oppfølging og struktur i fagnettverkene koordineres i sentral stab. Arnediet med dette vil prioriteres ytterligere i 2024.

fagutvikling og samarbeid mellom fagmiljøene i VVHF.				
Alle ansatte har gjennomført opplæring i bruk av TEAMS	Antall gjennomført e-læringskurs: Gjennomført 102 i 3.tertial	Tertialvis	Indikatoren påvirkes av turnover blant ansatte ved uthenting av data. Det er i 3. tertial ikke ønsket utvikling på gjennomførte kurs.	Sikre TEAMS kurs videre som del av kompetanseplaner ved innføring av M365 i 2024. Det skal etableres oppdaterte kompetansemål for anvendelse av basis digitale samhandlingsverktøy.
Risiko for ikke å oppnå målene				
Varierende forbruksrater og resultater av behandlingen ved foretakets klinikker, samt varierende komplikasjonsrater. Ulik arbeidsbelastning og unødvendig merbelastning på fast personell. Økte kostnader.				

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Vurdering per 3.tertial 2023	3	3	moderat

Prioriterte risikoreduserende tiltak	Forventet full effekt	Status
Nettverksgruppen for somatiske klinikker fremlegger forslag til plan for å sikre robuste fagmiljøer og hensiktsmessig vaktordninger samt fag- og funksjonsfordeling.	31.3.2023	Arbeidet pågår, men restruktureres fra 2024. Barnepoliklinikken ved BS er tilbakeført til DS 01.08.23. Endokrinologitilbudet ved RS er overført til BS fra 01.09.23.
Forbedret ferieplanlegging, blant annet at sårbare fagmiljøer skal samordne ferie på tvers av lokasjoner.	2024	Påbegynnes tidlig høst 2023, med foreliggende ferieplan for de fleste områder innen 01.12.23. Egen prosess for føde/barsel-området.

Helhetlig ambulansetjeneste i VVHF			2024	Avventer pågående regional utredning for organisering av prehospitaltjenester.
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>	
• etter gjennomførte tiltak	2	3	moderat	

1.4. Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi

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

Digitalisering og digital hjemmeoppfølging skal bidra til økt brukerstyring og behandlingstilbud nær pasienten. Nytt sykehus i Drammen gir nye muligheter til tjenesteinnovasjon og nye digitale løsninger. Mottaksprosjektet i nytt sykehus er et virkemiddel for å utvikle helsetjenestene og nye arbeidsformer i hele Vestre Viken. De nye teknologiske løsningene skal bidra til raskere og mer tidseffektive prosesser for pasienter og ansatte. Vestre Viken skal ligge i front med digital samhandling med pasient, fastlege, kommune og andre helseaktører.

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

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

Mål	Indikator - status	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
<i>Innovasjon</i>				
Antall innovasjoner som er registrert i Ideportalen skal økes. Antall innovasjonspoeng skal økes.	Antall: for 2022 var det 112 poeng For 2023 var det 293 poeng	Årlig	Det er en svært god økning på 162%.	
<i>Forskning</i>				

Øke antall kliniske behandlingsstudier med minst 15 prosent sammenliknet med 2022	Antall nye kliniske behandlingsstudier: 18 nye studier innmeldt så langt i 2023 (7 nye dette tertial) Antall behandlingsstudier totalt: ca 60	Tertialvis	I 2022 var det 48 kliniske behandlingsstudier som inkluderte pasienter. Med 18 nye innmeldte studier i 2023 er det en god økning.	Oppfølging av tiltaksplan for kliniske studier. Midler til studiepersonell i klinikkene Tildelt 5 nye 20% postdoktorer for å jobbe med kliniske studier
Antall nye kontrakter for oppdragsforskning skal økes	5 nye i 2022. Antall: 10 nye i 2023 (2 nye dette tertial)	Tertialvis	God økning.	Oppfølging av tiltaksplan for kliniske studier Fordeling av NorTrials midler for studiepersonell i klinikkene Tildelt 5 nye 20% postdoktorer for å jobbe med kliniske studier
<i>Digitalisering – ta i bruk teknologi</i>				
Ta i bruk kunstig intelligens innen bildediagnostikk	Antall algoritmer tatt i bruk: 1 applikasjon tatt i bruk	Tertialvis	Første applikasjon tatt i bruk 29.08.23 innen bildediagnostikk ved Bærum sykehus. Dette er i henhold til plan. Løsning etablert på alle sykehus og foretaket får mye oppmerksomhet og positivt omdømme. Over 10.000 pasienter vurdert og 115 døgn ventetid spart.	Videreføre arbeidet i 2024. VVHF mottatt midler fra HSØ for å støtte andre foretak i HSØ med bredding, nettverk og støttefunksjoner. Vurdere flere applikasjoner tatt i bruk.
Helselogistikk: Gjennomført pilot og etablert/igangsatt etablering av nødvendig funksjonalitet for NSD	Evalueringsrapport levert ved prosjektslutt	Årlig	Pilotering pågår på sengeposttavle og innsjekk/utsjekk. Neste område forberedes for pilotering i 2024; alarm og kritiske meldinger.	Følges opp gjennom samarbeid med NSD og programstyre VIDT.

DIPS Arena innføring	Evalueringsrapport levert ved prosjektslutt	Årlig	Oppstart er blitt forskjøvet fra 12.11.23 til 10.2.2024. Bakgrunnen for utsettelsen er teknologi og avhengigheter i det regionale leveranseprosjektet.	Oppfølging gjennom programstyre VIDT og porteføljestyret.
Digital patologi gjennomført steg 1 for implementering av digital skanner mot nytt arkiv	Evalueringsrapport levert ved prosjektslutt	Årlig	Prosjekt replanlagt høst 2023. Ny oppstart planlagt oktober 2024	Oppfølging gjennom program VIDT og porteføljestyret.
Innføring av helhetlig nasjonal løsning for Kjernejournal dokumentdeling, et tiltak i målet om "En innbygger – en journal"	Antall dokumenter delt til/fra Vestre Viken. Rapportering skal etableres og følges opp i linje for klinisk systemforvaltning.	Tertialvis (fra og med 2024)	Prosjekt ferdig levert. Rapportert i regionalt prosjekt. Positiv trend for i bruktagelse. Journal-dokumenter i spesialist-tjenesten kan nå deles i HSØ, Helse Vest og Nord. Våre fastleger kan også se dette.	Videre fokus på bredding til avtalespesialister og kommune/legevakt
Redusere antall beredskapshendelser knyttet til svikt i IKT eller medisinsk teknisk utstyr sammenlignet med 2022	Antall beredskapshendelser hvor minst en klinikk har satt GRØNN beredskap pga svikt i kritiske systemer: 13	Tertialvis	Det er registrert flere hendelser i HelseCim beredskapsverktøy. Noe som tegner til økt modenhet i bruk av verktøyet.	Videre innsats konsentrert i forbedring av planverk for helseteknologi – herunder tiltakskort/nødrutiner og gjennomføring av øvelser.
Etablert gevinstrealisering for gjennomførte og pågående prosjekter innen STIM infrastrukturmodernisering	Antall gevinster for STIM programmet	Årlig	STIM programmet avsluttet pr desember 2023.	Endret fra plan pr prosjekter til å lage en samlet gevinstplan for STIM programmet. Gevinstrealisering for M365 følges opp i prosjekt som etableres for mottak i 2024.

Ferdigstilt flere prioriterte IKT-leveranser fra Sykehuspartner målt mot 2022	Antall ferdigstilt: 1. Tertial 16 2. Tertial 12 3. Tertial 15	Månedlig	Pr 3 tertial 2023 er det levert 43 prioriterte leveranser totalt for året, 10 flere enn i 2022. Positiv trend.	Fortsette med forsterket oppfølging ovenfor Sykehuspartner. Spesielt fokus på prioriterte leveranser NSD
Alle IKT-hovedsystemer har utfylt IKT-sjekkliste i tråd med IKT-styringssystem	Andel av total: 25%	Tertialvis	Måling er ferdig signerte sjekklister av systemiere. Videre er det positiv trend i modenhet for utfylling og det er flere under utarbeidelse.	Forbedre rutiner og styrke oppfølging av arbeidet. Datagrunnlag skal evalueres med henblikk på å utelukke der det ikke er behov for sjekkliste
Redusere antall applikasjoner gjennom standardisering og sanering	Antall totale applikasjoner 455stk. Hvorav 13 stk sanerte pr 3. tertial.	Tertialvis	Regionalt prosjekt for sanering har ikke gjennomført nye sprinter. Saneringer følger av tertialvis revidering av porteføljen.	Innsats konsentrert mot NSD og fremtidig applikasjonsportefølje for VV total sett.
<i>Informasjonssikkerhet</i>				
Informasjonssystemer som benyttes av helseforetaket, skal dokumenteres og sikkerhetsvurderes gjennom risiko- og sårbarhetsvurderinger. Det skal være avklart om informasjonssystemet vil kreve DPIA (personvernkonsekvensvurdering)	Antall: Lokale ROS: 15 Regionale ROS: 6 DPIA: 9	Tertialvis		
Status for informasjonssystemenes restanser knyttet til informasjonssikkerhet og personvern skal dokumenteres og innrapporteres.	Antall: Totaloversikt over restanser er p.t. ukjent, som årsak av mangel på restanseregister.	Tertialvis	Antallet sett opp mot gjennomførte ROS, vurderes til å være høyt basert på antall tilsluttede ROS med restanser.	Eksisterende tiltak videreføres
Alle avvik knyttet til hendelser som påvirker informasjonssikkerhet og personvern skal meldes i avvikssystem	Antall: 16	Tertialvis	Det oppleves at flere avvikssaker ikke registreres i Synergi	Kjøre en enkel kampanje for alle ansatte til å melde

				informasjonssikkerhet- og personvern i Synergi.
Oppgradert operativsystem på PC-klienter innenfor windows10 fase2 og fase3	Andel: 99,9 % oppgradert	Tertialvis	Gjenstår kun få klienter på Windows 7. Disse er lagt til leveranse, men er forsinket	Tiltak igangsatt. Vil løses før innflytting NSD.

Risiko for ikke å oppnå målene

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

Digitalisering – Ta i bruk teknologi:

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

Informasjonssikkerhet:

Lovbrudd. Manglende oversikt og internkontroll. Sensitive data på avveie. Omdømmetap for helseforetaket. Foretaksbøter

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Vurdering per 3.terital 2023	2	3	Moderat

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
- Infrastruktur for kliniske studier i diagnostiske avdelinger	01.06.2023	God utvikling, raske avklaringer fra alle avdelinger.
- Etablere systemeierforum - Program Vestre Viken digital transformasjon (VIDT)	11.3.2024 30.06.2024	Systemeierforum etableres 1. kvartal 2024. Programmet er etablert. Det er gjennomført 6 programstyremøter ved utgangen av 3. tertial. Evaluering av programmets målsettinger planlagt 1. kvartal 2024.
- Ferdigstille system for risiko- og restanserapportering	31.12.2024	Registeret vil bli ytterligere forsinket som årsak av utvikler har avsluttet sitt arbeidsforhold i Vestre Viken. Det arbeides med å finne en erstatter.
Påse etablering av DPIA når nødvendig	01.09.2023	DPIA inngår som aktivitet i etablert IKT-sjekkliste
Iverksette enkel kampanje for alle ansatte til å melde informasjonssikkerhet- og personvernsvik i Synergi	31.12.2023	Iverksettes snarest gjennom informasjon på infoskjermer

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

1.5. Sikre personell med rett kompetanse

Vestre Viken skal ta i bruk ny kunnskap og nye arbeidsmetoder som bidrar til sikker og virksom pasientbehandling. Ledere og medarbeidere skal ha kompetanse i kvalitets- og forbedringsarbeid. Arbeidstidsordninger og oppgavedeling skal tilpasses nye arbeidsformer. Vi må automatisere det vi kan og øke graden av digitalisering. Ansattes digitale kompetanse må økes slik at dette blir en naturlig og trygg måte å jobbe på. Det legges til rette for å ta i bruk regional kompetanseplan for å øke den digitale kompetansen i helseforetaket.

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

VVHF	Desember		Hittil i år
HR - Sykefravær totalt - PROSENT	Resultat	10,0	8,6
	Plan	8,4	8,0
	Avvik	-1,6	-0,6
	I fjor	10,2	8,9
HR - Brudd på arbeidstidsbestemmelsene - ANDEL	Resultat	3,4	2,8
	Plan	0,0	0,0
	Avvik	-3,4	-2,8
	I fjor	3,1	2,9

Mål	Indikator – status	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Ansatte som har gjennomført e-Læringskurs i kontinuerlig forbedring skal økes	Antall per 31.12.2022: 6546 Antall per 31.12.2023: 6652	Årlig	Tilfredsstillende økning i antall ansatte som har gjennomført kurs i 2023. Det er viktig at både ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste også gjennomfører opplæring i metodikken for kontinuerlig forbedring.	Tilpasset opplæring for ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten er utarbeidet.
<i>Andel helsefagarbeidere</i> Øke andelen helsefagarbeidere av pleiestillinger i kliniske enheter (somatisk del)	Prosentandel: Pr. des. 22: 9,5 % Pr. des. 23: 10,1 %	Årlig	Ansettelse av helsefagarbeidere er høyt prioritert både i klinikkene og i Bemanningssenteret. Bemanningssenteret ønsker å etablere trainee-stillinger for helsefagarbeider, men det kreves en sterkere forankring i klinikk før dette arbeidet ordningen kan igangsettes.	Bemanningssenteret har ansatt flere helsefagarbeidere. I somatikken er det 34% andel helsefagarbeidere og innenfor psykiatrien er det 79% andel helsefagarbeidere. Begge i prosent av totalt fast ansatte.

<p><i>Oppgaver skal fordeles på yrkesgrupper på en hensiktsmessig måte</i></p> <p>Overføre oppgaver fra klinisk personell til Intern service</p> <p>Overføre oppgaver mellom yrkesgrupper</p>	<p>Fram til og med 3. tertial 2023 har logistikkjenester oppbemannet med 4,5 nye årsverk og overtatt oppgaver innenfor logistikk fra kjernevirksomhet.</p>	<p>Tertialvis</p> <p>Tertialvis</p>	<p>Revidert plan for logistikkjenester er ferdigstilt. Tiltak iverksettes etter plan i 2023. Ved innføring av nattportør mandag-torsdag f.o.m 1.10.2023 har DS 24/7 tjeneste, på lik linje med BS.</p> <p>Finansieringskilde 2023 er avsatt ramme på inntil 3 MNOK (pukkelkost.). VV ble tildelt kr 500.000 i TØRN-midler fra HSØ i 2023.</p> <p>Oppgavedeling er et viktig område å jobbe med for å sikre rett kompetanse, på rett plass, til rett tid.</p>	<p>Gjennomføre oppgavedeling i henhold til tiltak i bærekraftsplanen.</p> <p>KIS har dialog med Sykehuspartner om mulighet for midlertidig løsning for ressursstyringsverktøy portørtjeneste RS.</p> <p>KIS innførte nattportør mandag – torsdag på DS f.o.m 01.10.2023 (1,07 årsverk)</p> <p>Overordnet retningslinje for oppgavedeling er utarbeidet. Wibe-modellen innføres som veileder for oppgavedeling og kompetanseutvikling i helseforetaket.</p>
<p><i>Lærlinger og praksisplasser</i></p> <p>1. Øke antall lærlinger totalt</p>	<p>Antall: 56 pr 01.01.24</p>	<p>Årlig</p>	<p>Totalt antall lærlinger i foretaket økte ikke i forhold til 1.1.2023, men hadde en nedgang på 10</p>	<p>Det ble tilsatt adskillig færre lærlinger i ambulansetjenesten høsten 2023 i forhold til tidligere opptak. Det hadde flere årsaker: -få kvalifiserte søkere</p>

<p>2. Øke antall praksisplasser</p>	<p>Antall: 1000-1200</p>	<p>Årlig</p>	<p>På grunn av stort frafall under sykepleierutdanning, økte ikke antall studenter i praksis i VV i 2023.</p>	<p>-mange som takket nei pga. tilbud fra annet helseforetak</p> <p>Selv om antall studenter i praksis er lavere, opprettholdes praksisplassene. De settes midlertid på pause.</p>															
<p>Aktivitet skal være styrende for ressursplanlegging- og disponering foretaket (ARP)</p>	<p>Reduksjon av - Sykefravær: Desember 10,0 %, hiå: 8,6 %</p> <p>- Turnover:</p> <table border="1" data-bbox="607 1082 916 1289"> <thead> <tr> <th></th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>10,1%</td> <td>12,1%</td> </tr> <tr> <td>Apr</td> <td>10,4%</td> <td>11,9%</td> </tr> <tr> <td>Aug</td> <td>10,5%</td> <td>11,5%</td> </tr> <tr> <td>Des</td> <td>11,6%</td> <td>11,1%</td> </tr> </tbody> </table>		2022	2023	Jan	10,1%	12,1%	Apr	10,4%	11,9%	Aug	10,5%	11,5%	Des	11,6%	11,1%	<p>Månedlig</p> <p>Tertialvis</p> <p>Tertialvis</p>	<p>Sykefraværet er 0,3 prosentpoeng lavere enn 2022. I desember var det høyt omfang av coronavirus og norovirus som resulterte i et korttidsfravær på nesten 4%.</p> <p>Klinikkene har intensivert sin innsats på sykefraværsoppfølging, med vekt på de som har hyppig og gjentakende fravær. Det jobbes godt med arbeidsmiljø og sykefraværsoppfølging i klinikkene, i samarbeid med NAV arbeidslivssenter, tillitsvalgte og verneombud.</p> <p>Det er en nedgang på ca 1% prosentpoeng i løpet av 2023. Det har sluttet 352 sykepleiere i foretaket, hvorav halvparten av disse har vært ansatt under 5 år.</p>	<p>Fortsette pilot med "Tidlig og tett på" i samarbeid med Spekter og NAV. Breddes ut i foretaket.</p> <p>HSØ iverksetter et forprosjekt for onboarding av nyansatte. Det arbeides med implementering av felles sluttundersøkelse i helseforetakene i HSØ. Det er igangsatt tiltak særlig knyttet til å beholde nyutdannede arbeidstakere,</p>
	2022	2023																	
Jan	10,1%	12,1%																	
Apr	10,4%	11,9%																	
Aug	10,5%	11,5%																	
Des	11,6%	11,1%																	

	<p>- Variabel lønn (avvik MNOK): Desember: -20,5, hiå: -8,9</p> <p>- Innleie (avvik MNOK): Desember: -1,0, hiå: -11,0</p> <p>-AML brudd: Desember hiå: 2,8 %</p>	Månedlig	<p>Bruk av innleie er vesentlig redusert fra 2022, men ligger fortsatt over budsjett. Det er lite reduksjon i variabel lønn, men tatt i betraktning redusert innleie er det ikke forverret utvikling.</p> <p>Antall AML brudd har økt i 2023. Årsakene til AML-bruddene forklares med redusert tilgang på kvalifisert personell, sykefravær og vakante stillinger.</p>	<p>herunder sykepleiere på sengepost.</p> <p>Jf. Sak 77/2023 revidert plan for økonomisk bærekraft og gevinstrealisering NSD.</p> <p>Mer helhetlig ferieplanlegging gjennom hele året. All ferie for 2024 skal være planlagt innen 1. desember 2023.</p> <p>Arbeidstidsplanlegging og avtaler om dispensasjoner med fagforeningene reduserer AML-brudd.</p>
HMS/Forbedring Handlingsplan skal utarbeides ved alle enheter i foretaket	Antall gjennomført per desember 23: 265	Årlig	Rapporteres 2. tertial og ved årets slutt. Frist for utarbeidelse av HMS/Forbedring Handlingsplan er 15. Juni hvert år.	Følges opp i administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikkene.
Snakk om forbedring gjennomføres ved oppfølging av Forbedringsundersøkelsen	Antall gjennomført: Det er ikke er mulig å hente ut antall fra systemet hvor Snakk om forbedring gjennomføres.	Årlig		Følges opp i administrerende direktørs oppfølgingsmøter med klinikkene.
<i>Redusert andel deltidsansatte</i> Tiltak knyttet til helgearbeidsutfordringer, samt tilby utvidet stilling i Bemanningssenteret	Andel deltidsansatte: Pr. desember: 23,0%	Årlig	Gjennomsnittlig andel i deltidsstilling siste 12 måneder er på 23,9 % (ikke korrigert for ønsket deltid).	Andel deltidsansatte drøftes årlig (jf. Arbeidsmiljøloven) med tillitsvalgte og vernetjeneste. Tiltak knyttet til helg, nye arbeidstidsordninger (for

			Andelen deltid er redusert for helsefagarbeidere. I 2019 var andel deltid for denne gruppen på 72%, så langt i år er den på 50%.	eksempel langvakter) og krav om utvidet stilling jf. AML 14-9, viser gode resultater.
<i>AML brudd skal ikke forekomme</i>	Andel AML brudd: Pr. desember: 2,8 %	Månedlig	Det var flere AML brudd i desember sammenlignet med desember i 2022. AML-bruddene forklares med redusert tilgang på kvalifisert personell, sykefravær og vakante stillinger.	Arbeidstidsplanlegging og avtale om dispensasjoner med fagforeninger er tiltak som reduserer AML-brudd.
Fravær knyttet til skader skal reduseres	Fraværsskedefrekvens T3: 4,6 Fraværsskedefrekvens T2: 3,2 Fraværsskedefrekvens i T1 2023: 5	Tertialvis	Den største kategorien er fall/slag/klem. Deretter vold og trusler og belastningsskader etter løft/forflytning. Totalt for 2023 er det en nedgang fra 2022 til 2023 fra 5,1 til 4,6. Skyldes i hovedsak endring i registrering av covidsmittede.	Det er gjennomført hendelsesgjennomganger og iverksatt tiltak anbefalt etter gjennomgangene. Økning i opplæring og risikovurderinger av vold og trusler.
Risiko for ikke å oppnå målene				
Manglende kompetanse til stede i avdelingene til pasientbehandling. Utsiktede pasienthendelser, utilfredsstillende arbeidsmiljø, brudd på arbeidstidsbestemmelsene, økt turnover, økt sykefravær, økte kostnader til variabel lønn og bruk av innleie fra eksterne bemanningsbyrå.				

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• <i>Vurdering per 3.tertial 2023</i>	4	3	Betydelig

Prioriterte risikoreducerende tiltak	<i>Forventet full effekt</i>	<i>Status</i>
Iverksette tverrfaglig gruppe for strategisk kompetansestyring og forbedre styringsdata for oppfølging av kritisk kompetanse.	31.12.2024	Påbegynt.
Arbeide systematisk med oppgavedeling.	31.12.2024	Overordnet retningslinje for oppgavedeling i VVHF er utarbeidet og publisert. Veileder i arbeidet med oppgavedeling, "Wibe-modellen", er vedlegg til retningslinjen. Arbeid med oppgavedeling pågår i alle klinikker, og flere enheter deltar i regionalt prosjekt rundt oppgavedeling i HSØ.
Forbedre systemer og strukturer for HMS i virksomhetsstyringen, og styrke lederes kompetanse innen forebyggende HMS-arbeid og arbeidsmiljø.	31.12.2024	Sjekkliste HMS-runden oppdateres. Bistand og opplæring til ledere og kvalitetsrådgivere innen risikovurderinger og forebyggende HMS-arbeid. Forbedring av HMS-tematikken i virksomhetsstyringen. HMS-årsrapporter for klinikkene med årsrapportering, overordnet risikobilde og tilhørende tiltak.
Iverksette tiltak fra utredningen om jordmorsituasjonen fra den partssammensatte arbeidsgruppen.	31.12.2024	Påbegynt i form av at det er foretatt gjennomgang og prioritering av foreslåtte tiltak. Tiltaksarbeidet vil kreve mer tid enn planlagt, og dato for forventet effekt er derfor endret. Hele føde-barsel området må utredes nærmere mht. virkningsfulle tiltak.
Iverksette elektroniske sluttundersøkelse til alle som slutter i VV og følge opp resultatene med konkrete tiltak	30.06.2024	Første utsendelse av automatisk sluttundersøkelse til ansatte som slutter i VV ble gjennomført 15.1.2024.
Iverksette tiltak for å sikre god on-boarding for nyansatte medarbeidere	31.12.2024	HSØ har gjennomført et forprosjekt for onboarding av nyansatte. Sykehuspartner har kartlagt dagens prosesser og rutiner for pre/-onboarding ved helseforetakene. Arbeidet med videre forprosjekt fortsetter i 2024, etter vedtak i HSØ. Dette for å se på mulighet for regional prosessforbedring av eksisterende system og/eller evt. anskaffelse av nye løsninger.
Iverksette mentorprogram for ledere	31.12.2024	Mentorprammet startet opp med første samling i oktober 2023, og mentorparene er i gang med programmet.
Aktiv og målrettet bruk av digitale medier og sosiale plattformer ved rekruttering til ledige stillinger	31.12.2024	Det er for 2024 inngått en avtale med Karrierestart.no. Det er en digital arbeidsmarkeds plass der vi kan profilere foretaket for

		jobbsøkere. Den regionale avtalen med Clay om mulighet for målrettet annonsering/utlysning på sosiale medier er satt på vent inntil personvernet blir håndtert på en tilfredsstillende måte.
Iverksette arbeid med systematisk kompetanseheving og kvalifisering av medarbeidere til nye oppgaver ifbm. oppgavedeling	31.12.2024	Påbegynt. Opplæringsmoduler tilgjengeliggjøres i Kompetanseportalen etter mal fra bl.a. Sykehuset Østfold.
Kartlegge hvilke behov unge arbeidstakere med kort erfaring har for å oppleve god støtte og et trygt og godt arbeidsmiljø	31.12.2023	Kartlegging gjennomført, og det arbeides videre med tiltak i en klinikk.
Nytt oppsett for opplæringstilbud innen vold og trusler i somatiske klinikker	30.06.2024	Pilotering er gjennomført. Plan for gjennomføring høst 2023/vinter 2024 er utarbeidet.
Pilot av 2-årig traineeprogram for helsefagarbeidere som har gjennomført lærlingeløp i VV	30.06.2025	Påbegynt.
Felles internundervisning for LIS i alle fag på tvers av lokasjoner i VV	30.06.2024	Undervisningsmaterieell er utarbeidet for to fag. Første fellesundervisning ble gjennomført i august (kombinasjon av fysisk oppmøte og teams).
Mal for overordnet utdanningsplan for leger i spesialisering er utarbeidet og godkjent	30.06.2024	Foreløpig tatt i bruk noen av LIS-utdanningsløpene i VV. Overordnet utdanningsplan ligger også som mal for arbeidet med gjennomgang og samordning av utdanningsplaner innen hver spesialitet regionalt (RegUtRåd HSØ).
Pilot gruppeveiledning for psykologisk trygghet utarbeidet i samarbeid med Villa Sana og Legeforskningsinstituttet	31.12.2024	Oppstart ved to klinikker i september 2023.
Helhetlig plan for ferieavvikling 2024 ved alle enheter	01.12.2023	Overordnede prinsipper for ferieavvikling 2024 utarbeidet og drøftet med tillitsvalgte/vernetjeneste. Helhetlige planer foreligger ved mange enheter.
Etablere og videreutvikle varierte kurs i god kommunikasjon, samvalg og kloke valg – 4 gode vaner	29.02.2024	4 gode vaner, tverrfaglig kommunikasjonsverktøy, videreutvikles og standardiseres. Samvalg innarbeides i tråd med den anbefalte delstrategien for samvalg.

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

1.6. Sikre bærekraftig økonomi

Økonomistyring

En drift der kostnadene er høyere enn inntektene er ikke bærekraftig på sikt. Målet for 2023 var at virksomheten i løpet av 2023 lykkes i å oppnå samme eller bedre produktivitet enn den hadde i 2019, året før pandemien. Målet ikke nådd. Revidert plan for bærekraftig utvikling ble behandlet av styret i august og september 2023 og er foretakets viktigste satsing for å sikre en bærekraftig økonomi de kommende årene.

Resultat per 3.tertial

pr desember 2023							
	Regnskap denne perioden	Budsjett denne perioden	Avvik denne perioden	Avviks %	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år
Basisramme inkl. RBF	705 909	704 398	1 511	0 %	8 124 692	8 106 561	18 131
ISF inntekter	229 155	227 179	1 977	1 %	2 829 491	2 829 124	367
Gjestepasientinntekter	19 708	15 989	3 718	23 %	192 809	204 254	- 11 445
Andre pasientrelaterte inntekter	54 163	49 188	4 975	10 %	601 210	578 300	22 910
Øvrige driftsinntekter	116 618	44 558	72 060	162 %	580 557	463 093	117 463
Gevinst ved avgang av anleggsmidler	300		300		2 203		2 203
SUM Inntekter	1 125 853	1 041 312	84 541	8 %	12 330 962	12 181 332	149 629
Varekostnader	145 462	142 605	- 2 858	- 2 %	1 609 370	1 592 402	- 16 968
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	92 609	88 790	- 3 819	- 4 %	1 073 374	1 102 151	28 776
Innleid arbeidskraft	3 710	2 696	- 1 015	- 38 %	55 035	43 991	- 11 044
Lønnskostnader	695 402	635 722	- 59 680	- 9 %	7 689 368	7 458 029	- 231 339
Avskrivninger og nedskrivninger	27 580	28 166	586	2 %	326 160	334 453	8 293
Andre driftskostnader	136 037	123 743	- 12 294	- 10 %	1 446 527	1 417 156	- 29 371
Netto finanskostnader	8 592	4 758	- 3 834	- 81 %	65 781	55 150	- 10 631
SUM Driftskostnader inkl. finans	1 109 393	1 026 479	- 82 914	- 8 %	12 265 616	12 003 332	- 262 284
Resultat totalt	16 460	14 833	1 627	11 %	65 346	178 000	- 112 654

Resultatet pr. desember viser et overskudd på 65,3 MNOK, som er 112,7 MNOK bak budsjettert resultatmål. Inkludert i resultatet ligger 28,8 MNOK i høyere kostnader til vedlikehold over drift, som møtes av tilsvarende lavere investeringer. Korrigert for dette er resultatoppnåelsen tett på prognosen som ble gitt i juli 2023 og som var grunnlaget for budsjett 2024.

Det vises til redegjørelser for det økonomiske resultatet i desember, og samlet for året i sak 3/2024. For en helhetlig rapportering oppsummeres hovedtrekkene også her.

Totale inntekter viser et positivt avvik på 149,6 MNOK. Totale kostnader viser et negativt avvik på 262,3 MNOK. Endelig ISF-avregning for 2022 og avsetning for ISF-avregning 2023 er ført med en netto positiv effekt på 9 MNOK. På forpliktelsen for overlegepermisjoner er det ført en økning på 7 MNOK. Det er i desember ført 38,8 MNOK i positiv avregning for kjøp fra private. I tillegg har det kommet en positiv avregning fra Sykehuspartner på 3,3 MNOK. Det er i desember tildelt ca. 20 MNOK fra Helse Sør-Øst i resterende midler til legemidler for sjeldne sykdommer.

Lønnskostnader er samlet sett 231 MNOK over budsjett. Korrigert for lavere pensjonskostnader er det et negativt budsjettavvik på 321 MNOK. Det er et overforbruk på både fast og variabel lønn i klinikkene. Høye lønnskostnader skyldes blant annet høyt sykefravær. I tillegg kommer ikke tilstrekkelig effekt eller forsinket effekt av planlagte tiltak. Det er beregnet 75 MNOK i merkostnader knyttet til lønnsoppgjøret i 2023.

Det er overforbruk på innleie som følge av rekrutteringsutfordringer og høyt fravær ved enkelte avdelinger. Innleie er på 11 MNOK mer enn budsjett. Det har vært stram styring på innleie gjennom hele 2023 som resulterte i at kostnadene er redusert med 30 MNOK sammenlignet med samme periode i 2022.

På varekost er det høyere kostnader på laboratorierekvisita, andre forbruksvarer og mat. Det er lavere kostnader enn budsjett på H-reseptmedikamenter.

Det er lavere gjestepasientkostnader enn budsjettet. Kostnader knyttet til Fritt behandlingsvalg er lavere enn budsjettet. Det fremkom en reduksjon spesielt de siste månedene av året.

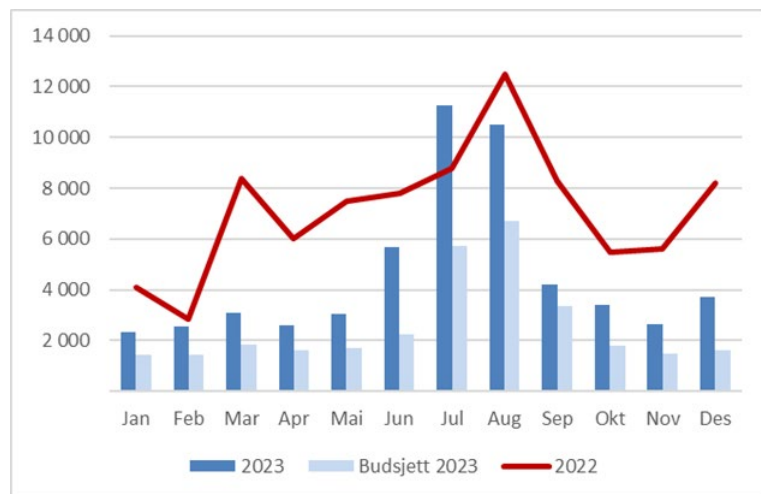
Kostnader til bygg vedlikehold ført over drift endte 28,8 MNOK høyere enn budsjettet og møtes av tilsvarende lavere investeringer. Tjenestepris fra Sykehuspartner økte 6,69 MNOK for året som følge av en høyere prisregulering etter tilleggsbevilgningene i RNB. Det er i desember ført en positiv avregning fra Sykehuspartner på 3,3 MNOK. Det ble lavere energikostnader på grunn av lavere pris enn budsjettet, men det er høyere forbruk enn budsjettet.

Overtid - utvikling pr. måned

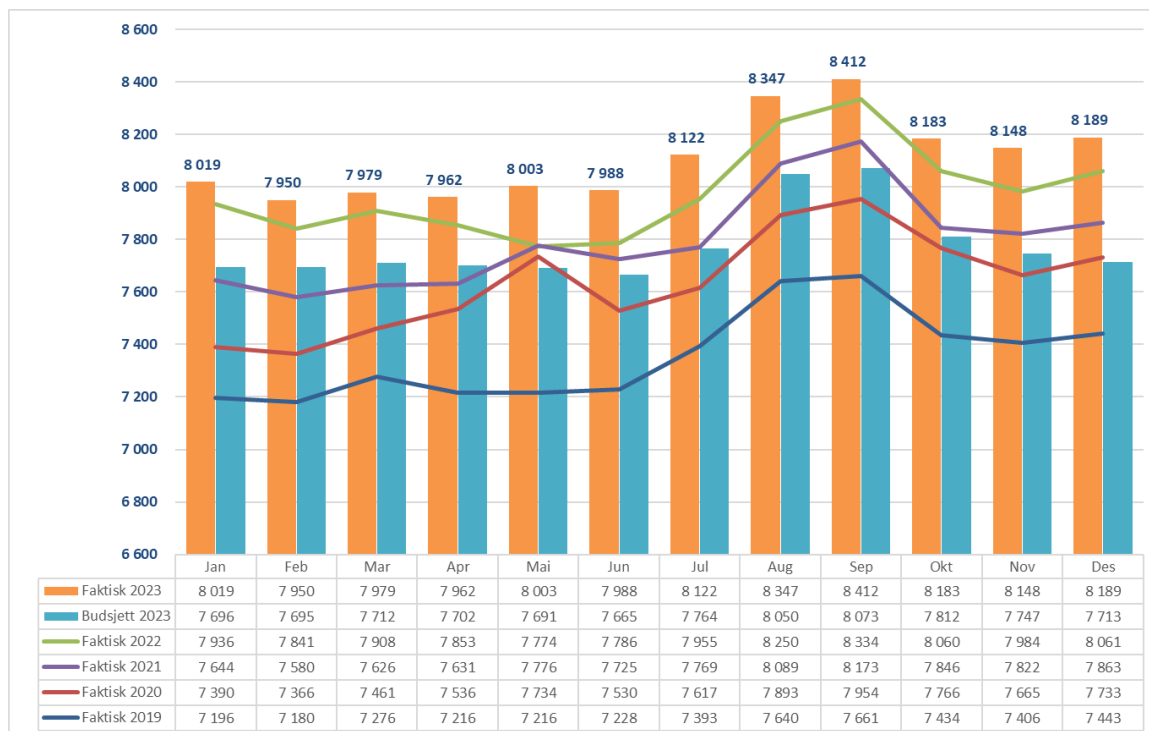
Faktisk pr måned - Overtid og ekstra hjelp	jan.23	feb.23	mar.23	apr.23	mai.23	jun.23	jul.23	aug.23	sep.23	okt.23	nov.23	des.23
10 - Klinikk Drammen sykehus	9 390	5 965	8 087	7 659	7 587	5 630	7 378	10 071	11 198	9 218	9 503	11 482
20 - Klinikk Bærum sykehus	6 445	4 894	6 166	5 685	5 619	4 886	5 876	7 247	7 803	6 949	6 303	9 007
30 - Klinikk Ringerike sykehus	3 656	2 866	3 421	3 759	3 237	3 438	3 391	3 921	5 719	4 551	4 131	5 612
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	2 213	1 789	2 008	2 002	2 052	1 469	1 775	1 708	1 861	2 094	2 205	2 795
50 - Klinikk for Intern service	545	553	556	508	612	499	701	650	817	680	633	1 109
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	6 556	5 780	6 305	5 143	6 032	4 777	7 026	6 686	6 419	7 676	7 088	8 371
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	1 493	1 228	1 052	1 367	1 475	1 126	1 655	1 852	2 405	1 517	1 556	2 467
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	2 782	2 579	2 536	2 389	2 532	2 454	2 780	2 071	2 100	2 574	2 602	3 267
Staber	1 672	1 572	1 453	1 302	1 684	- 394	1 715	1 564	2 101	1 609	1 587	1 196
Totalsum	34 754	27 228	31 585	29 816	30 830	23 884	32 297	35 770	40 424	36 866	35 608	45 306

Innleie – utvikling pr. måned

Faktisk pr. måned - Innleie	okt.22	nov.22	des.22	jan.23	feb.23	mar.23	apr.23	mai.23	jun.23	jul.23	aug.23	sep.23	okt.23	nov.23	des.23
10 - Klinikk Drammen sykehus	440	554	1 073	488	653	589	334	900	1 428	2 100	3 946	950	- 46	9	132
20 - Klinikk Bærum sykehus	2 068	2 471	2 943	723	258	687	279	302	2 057	3 496	2 030	539	125	203	264
30 - Klinikk Ringerike sykehus	419	939	2 069	244	744	993	872	991	1 220	3 292	2 271	939	1 601	1 056	1 712
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	575	290	- 16	177	76	216	288	163	249	896	769	972	999	380	747
50 - Klinikk for Intern service															
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	1 253	1 159	1 754	509	781	466	548	576	755	883	943	540	564	924	734
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	734	289	284	273		186	249	91		621	512	266	178	86	121
Staber og fellesøkonomi	- 11	- 85	90	- 89	29	- 29	27	28	- 42	- 8	23	- 10	- 13		
Totalsum	5 478	5 616	8 196	2 326	2 542	3 108	2 597	3 051	5 667	11 281	10 494	4 196	3 406	2 657	3 710



Brutto månedsverk



Gjennomsnittlig brutto månedsverk i 2023 er 8109, som tilsvarer 332 brutto månedsverk mer enn budsjett. I desember måned var avviket mot budsjett 476. Sykefraværet økte de siste månedene i 2023. I tillegg innvirker den uløste utfordringen i budsjettallene som utgjør 164 årsverk i desember.

Noen klinikker har fortsatt stort avvik på månedsverk. I desember er det Drammen sykehus, Bærum sykehus og Psykisk helse og rus som har de største avvikene. Ringerike sykehus, Kongsberg sykehus og Intern service har større avvik enn tidligere i år. Prehospitaltjenester har positivt avvik i desember, og har redusert månedsverk fra november til desember.

Bemanning - avvik	januar	februar	mars	april	mai	juni	juli	august	september	oktober	november	desember
10 - Klinikk Drammen sykehus	122,5	96,2	100,3	96,5	110,6	102,0	126,8	132,5	148,0	133,4	150,0	170,0
20 - Klinikk Bærum sykehus	58,6	45,4	50,0	58,9	64,5	78,6	84,6	78,0	62,9	99,3	91,2	112,1
30 - Klinikk Ringerike sykehus	8,6	1,1	- 4,7	0,6	6,2	14,1	7,1	- 7,9	1,3	- 7,9	- 2,5	13,2
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	19,2	19,7	15,0	15,9	17,7	16,6	20,1	- 0,2	4,4	15,6	16,0	22,5
50 - Klinikk for Intern service	15,0	9,9	13,1	13,3	17,0	9,6	3,0	- 5,4	- 5,3	5,3	18,3	19,1
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	94,7	84,7	94,4	82,0	91,3	92,8	96,9	61,3	90,7	89,8	90,6	102,2
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	7,7	9,5	12,1	4,1	9,4	8,4	2,5	12,6	- 0,8	- 0,3	2,9	- 0,9
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	10,3	7,6	3,1	10,6	7,9	11,5	24,7	25,7	13,9	16,3	14,1	26,9
Staber samlet	- 10,5	- 16,5	- 13,7	- 19,2	- 11,1	- 8,0	- 5,2	3,2	26,7	23,3	23,2	12,8
VVHF samlet	326,2	257,4	269,6	262,8	313,6	325,6	360,5	299,6	341,8	374,8	403,8	477,8

VVHF		Desember		Hittil i år	
ØKONOMI - Driftsresultat - TNOK	Resultat	16 460		65 346	
	Plan	14 833		178 000	
	Avvik	1 627		-112 654	
	I fjor	144 858		120 827	
HR - Brutto Månedverk - ANTALL	Resultat	8 189		8 109	
	Plan	7 713		7 777	
	Avvik	-476		-332	
	I fjor	8 061		7 979	
AKTIVITET - DRG-Poeng Somatikk - ANTALL	Resultat	9 394		120 364	
	Plan	9 867		124 152	
	Avvik	-472		-3 788	
	I fjor	9 802		114 858	
AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	11 270		166 797	
	Plan	12 736		167 902	
	Avvik	-1 466		-1 105	
	I fjor	13 223		174 705	
AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	6 066		95 499	
	Plan	6 718		84 834	
	Avvik	-652		10 665	
	I fjor	7 734		93 993	

Mål	Indikator	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Økonomisk resultat	Avvik mot budsjett:	Månedlig	Hovedutfordringen er kostnadsnivået. I tillegg er det svingninger i variable inntekter.	Klinikkene arbeider med å finne tiltak for å utnytte samlet kapasitet bedre og redusere kostnadene. Noen tiltak er iverksatt, og flere er under planlegging. Det vises til sak 77/2023 Revidert plan for økonomisk bærekraft VVHF og gevinstrealisering NSD.
Delmål:	Pr. desember:			
- Reduksjon bruk av overtid	-112,7 MNOK			
- Reduksjon bruk av innleie	-115,7 MNOK		Bruk av innleie er vesentlig redusert sammenlignet med 2022, mens overtid/ekstrahjelp ligger på tilnærmet samme nivå som i	
	-11,0 MNOK			

			2022. Det høyere sykefraværet etter pandemien er en viktig årsak. I 2023 er sykefraværet 1,3%-poeng høyere enn i 2019.	
Aktivitet somatikk	Avvik mot budsjett: Pr. desember: - 3788 DRG poeng	Månedlig	Døgn- og dagaktiviteten er bak plan pr. Desember. Svingninger i ø-hjelp er uforutsigbart. Det høye sykefraværet har påvirket aktiviteten. Antall poliklinikk-konsultasjoner er omtrent på plan pr. desember.	Klinikkene skal etterstrebe tilpasning av bemanningen til aktiviteten fortløpende. Bærekraftsplanen omfatter konkrete tiltak som retter seg inn mot mer effektiv utnyttelse av kapasitet.
Aktivitet PHR	Avvik mot budsjett: Pr. desember: +9 560 polikliniske konsultasjoner	Månedlig	Pr. desember er VOP og BUP noe bak budsjett samlet. BUP er foran budsjett med 10 665 polikliniske konsultasjoner.	
Antall brutto årsverk	Avvik mot budsjett: Pr. desember: -332	Månedlig	Høyt sykefravær gir flere årsverk. Uløst utfordring i budsjettallene utgjør 164 årsverk i desember.	Tiltakene i bærekraftsplanen redegjør for planlagt effektivisering. I tillegg kreves tettere oppfølging med at planer legges innenfor vedtatte budsjetttrammer.
Investeringer innenfor budsjett, inkl. bygg vedlikehold over drift	Avvik mot budsjett: Pr. desember: Investeringer: +156,3MNOK	Månedlig	Høyere vedlikehold over drift i forhold til budsjett utlignes mot lavere investeringer.	

<p>Delmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gjennomsnittlig levetid MTU - kroneandel pr m2 til vedlikehold av bygg - besparelser energiplan 	<p>Vedlikehold: - 28,8 MNOK</p> <p>Utvikling i år: Andel kwh: 5,4% høyere enn plantall</p>	<p>Årlig Årlig Tertialvis</p>	<p>Vedlikeholdsprosjektene i BRK følger planlagt fremdrift, men er redusert fra opprinnelig plan. Øvrige investeringsområder er også tilnærmet på plan. EK innskudd til pensjonskassen PKH overstiger budsjett med ca 10. MNOK. Siden det likviditetsmessig uansett vil være forskyvninger medfører ikke dette noe negativt avvik i 2023. Det er også påløpt 14,6 MNOK i tomtekjøp Brakerøya som ikke er budsjettert. Dette ses mot investeringskostnad i NSD.</p> <p>Det ble i budsjettet lagt inn en besparelse på 2,7 % i energikostnader sammenlignet med fjoråret, uten tilhørende investeringsmidler. I 4. kvartal var ute-temperaturen vesentlig kaldere enn normalt. Dette ga et merforbruk på antall kwh for 2023 på 5,4% ift. budsjett.</p>	<p>Det vil iverksettes en gjennomgang av mulige tiltak, med sikte på å identifisere mulige tiltak med høy lønnsomhet og kort tilbakebetalingstid.</p>
<p>Netto trekk på driftskreditt innenfor rammen</p>	<p>Avvik: ingen</p>	<p>Tertialvis</p>		

1.6.1. Arealutvikling KIS

Eksisterende bygg må vedlikeholdes og oppgraderes/tilpasses for å kunne understøtte virksomheten som drives nå og i fremtiden. Nye bygg innrettes mest mulig fleksible for å kunne møte endringer i fremtiden. Foretaket skal til enhver tid forsøke å optimalisere arealbruken i egneide og leide arealer, redusere eksterne leieavtaler til et minimum, og avhende bygningsmasse som ikke er egnet for virksomheten i fremtiden.

Mål	Indikator	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Arealplan PHR Utvikling av arealplanen og starte prosess for effektivisering.	Fremdriftsplan, utvikling i tilstandsgrad PHR	Tertialvis	PHR-arealplan ble fremlagt for styret sept. 2023. Det planlegges kun med "nødvedlikehold" av PHR-arealene frem til 2030. Dette vil ikke være tilstrekkelig til å opprettholde dagens tilstandsgrad.	Det vises til sak 90/ 2023 Eiendomsplan PHR del 2.
Arealplan PHT Utvikling av arealplanen og starte prosess for effektivisering.	Fremdriftsplan, utvikling i tilstandsgrad PHT	Tertialvis	PHT-arealplan ferdigstilles i løpet av Q1 2024. En stor del av arealene som PHT disponerer er innleide, og drifts- og vedlikeholdsansvaret ligger derfor på utleier.	
BRK BRK planen revurderes for prioritering 2023 og påfølgende år innenfor investeringsrammen. Prioritering følger: - Nødvendige tiltak for å sikre pålegg fra arbeidstilsyn mv.	Fremdriftsplan Utvikling tilstandsgrad BRK	Tertialvis Årlig	Prioriteringen i BRK er pr. dags dato tiltak for å unngå risiko for liv og helse til pasienter og ansatte. Dette innebærer at mange andre nødvendige, men ikke sikkerhetskritiske tiltak er satt på vent, og	På grunn av overforbruk i driften, er budsjett for investeringer redusert både i 2022 og 2023. Gjennomføringen av BRK er som følge av dette forsinket med to til tre år i forhold til opprinnelige plan.

<ul style="list-style-type: none"> - Nødvendige tiltak for å unngå uforutsette vedlikeholdskostnader eller driftsstans - Tiltak som bidrar til mer effektiv drift 			<p>vedlikeholdsetterslepet øker. Det er et betydelig antall kvadratmeter som ikke er inkludert i dagens BRK-program. BRK skal revideres våren 2024 for å inkludere alle arealer, samt oppdatere behov utfra dagens tilstandsgrader og tjenestens endrede behov.</p>	<p>Tilstandsgraden er forverret. Det vil ta lengre tid å hente inn vedlikeholdsetterslepet, og byggdriftskostnadene kan øke som følge av en dårligere tilstandsgrad.</p>
<p>Intern husleie Intern husleiemodell innføres fullt ut i samsvar med modell i løpet av 2023.</p> <p>Redusere leid areal</p>	<p>Fremdriftsplan</p> <p>Totalt areal</p>	<p>Tertialvis</p>	<p>Husleiekontrakter på klinikknivå er ferdig. Det er jobbet videre med kvalitetssikring av areal ned på nivå 4 i 2023, og bruk av incentivordninger.</p>	<p>Implementering av internhusleie i VVHF skal ivareta incentiver til minimering av ekstern innleie av arealer, effektiv arealbruk, og sikre økte midler til forvaltning, drift og vedlikehold av arealer og bygg.</p>
<p>Avhending DS Salg av Drammen sykehus iverksettes og oppfølging i perioden frem til overdragelsen gjennomføres i hht. plan.</p>	<p>Fremdriftsplan</p>	<p>Tertialvis/ årlig</p>	<p>Salg er gjennomført og prosess for avvikling av bygget er påstartet. Foretaket følger prosessen med utvikling av området i samarbeid med kjøper inn mot Drammen kommune.</p>	
<p>Avhending Blakstad Avhendingsprosessen starter opp og gjennomføres i hht plan. Det oppnås gevinst ved salg som er minimum høyere enn prisregulert salgssum minus estimerte omkostninger ved salg.</p>	<p>I hht. plan</p> <p>Mergevinst</p>	<p>Tertialvis/ årlig</p>	<p>Avhending av Blakstad er under arbeid, og i henhold til fremdriftsplan, men kommunedelplanen gir begrensende føringer på</p>	<p>Foretaket er i dialog med Asker kommune. Salg forventes tidligst sent i 2024. Alternativt først i 2025.</p>

			boligantall. definisjon av helseknutepunkt.	
Forbedre tilstandsgrad i sykehusene	Tilstandsgrad per eiendom	Årlig	Tilstandsgrad for eiendomsmassen pr. 2022 er svakere (1,73) mot 2021 (1,64). Trenden med årlig forbedring snudde i 2022, og har forverret seg i 2023 som følge av redusert investeringsnivå.	Det vises til sak 77/2023 Revidert plan for økonomisk bærekraft i VVHF. En bedre resultatutvikling de nærmeste årene er nødvendig for å øke investeringsnivået.

Risiko for ikke å oppnå målene

Oppnår ikke økonomisk resultat. Negativ innvirkning på investeringsmidler kommende år. Manglende handlingsrom til å drive ny utvikling av tjenestene til beste for pasientene.
 Redusert tilstandsgrad i eiendommene og økende behov for investeringer i fremtiden.
 Større fare for driftsstop og avbrudd i sykehusene.
 Dårligere pasientopplevelser.
 Avhending av eiendom utsettes fordi en ikke får realisert nye eiendomstiltak.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Vurdering per 3.tertial 2023	4	3	Betydelig

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Innfører internhusleie med incentivmodell	31.12.2023	Internhusleie på nivå 3 (avdelingsvis) er innført. Husleiekontrakt signeres på nivå 2. På grunn av store flerbruksrom (f.eks. operasjonssaler) som fordeles hver uke mellom mange forskjellige seksjoner (nivå 4) innføres det ikke internhusleie helt ned på nivå 4 foreløpig. Det jobbes fremdeles med utarbeidelse av en god incentivmodell.
Oppfølging og iverksettelse av utbedring basestasjon Ål	31.12.2023	Basestasjonen på Ål er under oppdatering for å lukke avvik fra arbeidstilsynet og luftfartstilsynet. Fra arbeidstilsynet gikk avvikene på garderobeforhold og inneklima. Fra Luftfartstilsynet gikk avviket på selve landingsplassen. Oppdateringen pågår og er planlagt ferdig våren 2024.
Eiendomsplan PHR	2040	Effekt av eiendomsplan PHR vil ikke oppnås før investeringstiltak kan gjennomføres, disse er planlagt fra 2030 og utover. Det jobbes nå i 2024 med noen kortsiktige tiltak for å samle driftssteder før flytting til NSD, dette vil også gi gode driftsgevinster. Frem til 2030 er det kun planlagt MÅ-vedlikehold.
Iverksettelse av plan for økonomisk bærekraft, sak 77/2023	2026	Revidert plan lagt frem for styret og behandlet 28. august, sak 77/2023. Hoveddelene av tiltakene planlegges med effekt i 2024 og 2025.
Revisjon av BRK planen	30.06.2024	Revisjon av planen vil pågå ut Q2 2024.

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

1.7.Miljøtiltak KIS

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

Prioriterte målområder i 2023:

Mål	Målsetting 2023	Indikator	Måleperiode	Tiltaksansvarlige	Vurdering	Tiltak
Redusere direkte utslipp med 40% innen 2030 (overordnet målsetting)	19.379,5	Tonn CO ₂ e: Resultat for 2023 foreligger ikke ennå	Årlig	Alle klinikker og staber.	<p>Resultat for 2023 foreligger ikke ennå. Tall for 2023 vil foreligge etter innrapportering til nasjonalt Klimaregnskap, medio februar 2024.</p> <p>Vestre Viken har hatt en reduksjon fra 2019-2022 på 10%, det er 1,4% bak målsettingen for 2022. Inkl. gjenvinningskraft har VV redusert med 33% fra 2019 til 2022.</p> <p>Utslipp fra energi utgjør ca.70% av direkte utslipp fra VV. Reduksjon av energibruk er derfor nødvendig for å nå målsettingen for direkte utslipp.</p>	<p>1) Utfasing av anestesigassen Desfluran. <u>Resultat 3.tert.:</u> VV har hatt en reduksjon på 98% fra 2019-2023.</p> <p>2) Reduksjon av ansattreiser (bil, fly). <u>Resultat 3.tert.:</u> Antall kjørte km tjenestereiser med egen bil ligger på 1.184.208 km i 2023. Resultatet ligger 5% foran målsettingen for å nå målet om 30% reduksjon innen 2030, og det har vært en økning på 9% sammenlignet med 2022.</p> <p>Antall kjørte km tjenestereiser med fly ligger på 914.854 km i 2023. Resultatet ligger 13% bak målsettingen for å nå målet om 40% reduksjon innen 2030, og</p>

						<p>det har vært en økning på 3% sammenlignet med 2022.</p> <p>Se for øvrig tiltak under mål "Energiforbruk"</p>
<p>Energiforbruk - reduseres med 20% innen 2030</p>	<p>76.100.497 kWh</p> <p>(244,7 GDK kWh/PK)</p>	<p>79.364.262 kWh</p> <p>(197 GDK kWh/PK)</p>	<p>Kvartalsvis</p>	<p>Alle klinikker og staber. Intern service.</p>	<p>Resultatet for 2023 ligger 4,3% bak målsettingen, det skyldes i hovedsak en kald november og desember. Kald vår har også krevd mer oppvarming, og varm mai-juni har krevd mer kjøling, sammenlignet med 2022.</p> <p>Ser vi energiforbruket opp imot utetemperatur (graddagskorrigert energiforbruk) og produksjon, så ligger VV 20% foran målsettingen (GDK kWh/PK).</p> <p>Regulering av soner: Mye av det tekniske utstyret gir ikke mulighet for en effektiv regulering av varme/ventilasjon (inndeling i små nok soner), det vil kreve større</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etablert eLæringskurs "Energismarte valg i VV" (gjennomført) - Holdningskampanjer innen ENØK (gjennomføres kontinuerlig) - Øremerke midler til å gjennomføre handlingsplan for energi- og vannbesparende tiltak - Videreføre fire strakstiltak ENØK, med unntak av redusert innetemperatur - Etterutdanning av teknisk driftspersonell/ fagbrev (gjennomført) - Tett oppfølging og optimalisering av tekniske anlegg (gjøres kontinuerlig) - Interne revisjoner med tema "Energiledelse" og "Energibruk" (gjennomført) - Sende søknad til HSØ om finansieringsstøtte til

					ombygginger for å få til dette. Vanskelig å endre vaner til 9.500 ansatte Manglende finansiering av ENØK-tiltak.	utfasing av lysstoffrør (lånemidler innvilget) - Internrevisjon i praktisk bruk av SD-anlegg, og EOS (gjennomført)
Andel polikliniske konsultasjoner over tlf/video skal være min. 20% innen 2030	14,4/15	Andel: 11,7 %	Kvartalsvis	Klinikker med polikliniske konsultasjoner	Følges opp under kap. 1.1 "Styrke brukermedvirkning og brukerstyring"	
Fyringsolje skal fases ut innen 2030	0,8	Andel fyringsolje: 0,9 %	Årlig	Intern service	Resultatet for 2023 ligger 0,1 %-poeng bak målsettingen for å nå utfasing innen 2030. Vestre Viken har i all hovedsak faset ut fossil fyringsolje som grunnlast. Foretaket benytter fossil fyringsolje kun til spisslast/nødstrøm, bortsett fra tre eiendommer innen PHR-BLAK som fortsatt benytter fossil fyringsolje til grunnlast.	Drift av Blakstad vil flytte over til NSD i løpet av 2025. Etter 2025 er det kun lov til å bruke fossil fyringsolje til nødstrøm og beredskap ref: <u>Forskrift om forbud mot bruk av mineralolje til oppvarming av bygninger - Lovdata</u>
Fossilt drivstoff for egne kjøretøy skal fases ut innen 2030	37	Andel fossilfrie kjøretøy: 13,1%	Årlig	Alle klinikker og staber som benytter tjenestebiler	Vestre Viken ligger 65% bak målsettingen for å nå målet om utfasing innen 2030, men andelen har økt	1) Montering av ladere blir prioritert og montert fortløpende etter behov, mål om ti nye ladere hvert år.

					<p>fra 7,5% i 2022 til 13,1% i 2023, det er en økning på 75%..</p> <p>Utskiftingstakten er avhengig av 4-års leasingavtaler.</p>	<p><u>Status 3.tert.:</u> Kostnad pr lader er har gått noe ned, noe som har gjort at man har fått satt opp flere ladere enn det årlige målet.</p> <p>2) Utrede muligheten for at eierskap for tjenestebiler skal overføres fra Intern service til prehospitale tjenester (PHT), PHT har gode systemer for flåtestyring.</p> <p><u>Status 3.tert.:</u> PHT har fra 01.01.24 tatt over ansvaret for administrasjon av tjenestebilene i VV.</p>
<p>Miljøbevisste medarbeidere i alle enheter: For Bedringsundersøkelsen, andel ansatte som svarer at «Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet» skal være min. 90% innen 2030</p>	76	Andel: 71	Årlig	Alle klinikker og staber	<p>Resultatet ligger ca. 7% etter målsettingen for 2023, og andelen er den samme som for 2022.</p>	<p><u>Tiltak Ledere:</u> -må involvere/inkludere/ informere ansatte i miljøarbeidet -inkludere miljø i det daglige arbeidet.</p> <p><u>Tiltak Systemansvarlig for miljøledelse:</u> 1) Publisere "Månedens Miljøtips" på info.skjermene <u>Status 3.tert.:</u> Gjennomført 2) Markerer årlig Verdens miljødag 5.juni <u>Status 3.tert.:</u> Gjennomført 3) "Grønt sykehus" inngår i lederopplæringen i VV <u>Status 3.tert.:</u> Gjennomført</p>

						<p>4) "Grønt sykehus" inngår i opplæring av nyansatte i VV.</p> <p><u>Status 3.tert.:</u> Obligatorisk eLæringskurs Grønt sykehus</p> <p>5) Rapportering av status miljømål skal inngå i virksomhetsrapporteringen fra klinikkene</p>
Øke andel avfall til materialgjenvinning fra 2022-2023	26,6 (5% økning ift målsetting 2022) Ny målsetting for 2023, inkl. matavfall, 28,5%	Andel avfall til materialgjenvinning: 29,8%	Kvartalsvis	Alle klinikker og staber	Resultatet ligger 4,5% foran målsettingen for 2023.	<p>1) Øke kildesortering ved å bl.a. sette ut sorteringsmøbler ved vakt-/pauserom</p> <p><u>Status 3.tert.:</u> Pilot RS gjennomført, vil breddes gradvis ut videre på RS og BS.</p> <p>2) Øke utsortering av trevirke og metall.</p> <p><u>Status 3.tert.:</u> Gjennomført, fortsatt et potensiale.</p> <p>3) Plastprosjekt DS</p> <p><u>Status 3.tert.:</u> Gjennomført</p> <p>4) Redigering av avfallsstrategien i VV</p> <p><u>Status 3.tert.:</u> Ikke gjennomført</p>

Risiko for ikke å oppnå målene

Utslippene reduseres ikke i tråd med målsettingen til Vestre Viken. Dårlig omdømme for foretaket.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Vurdering per 3.tertial 2023	4	3	Betydelig

Prioriterte risikoreducerende tiltak	Forventet full effekt	Status
Følge opp etterlevelsen av strakstiltak innen energi	01.07.23	Tre av fire tiltak gjennomført
Styrke daglig oppfølging av tekniske anlegg og energiledelse	31.12.23	Gjennomført, og gjennomføres kontinuerlig
Gjennomføre en EPC kontrakt for BRK-sykehusene	31.12.23	Det finnes ikke tilstrekkelige investeringsmidler for dette tiltaket. Avventes.
Søke om lånemidler til utskifting av lyskilder til LED. Hensikt: redusere energiforbruket	31.12.24	Lånemidler innvilget fra HSØ. Tiltaket prioritert i investeringsplanen med 10 MNOK i 2024.
Gjennomføre internrevisjon i praktisk bruk av SD-anlegg, og EOS. Hensikt: sikre god oppfølging av tekniske anlegg, og dermed redusert energi- og vannforbruk.	31.12.24	Gjennomført (nov-23)
Overføre eierskap for tjenestebiler fra Intern service til prehospitale tjenester (PHT). Hensikt: Sikre god utnyttelse av tjenestebilene, god flåtestyring. Hensikt: fremme fossilfri virksomhet - redusere utslipp fra transport.	31.12.24	Overføring av bilforvaltningen fra Intern service til PHT vil bli iverksatt pr. 01.01.2024.
Plastprosjekt DS. Hensikt: øke andel avfall til materialgjenvinning.	30.06.24	Gjennomført
Redigering av avfallsstrategien i Vestre Viken. Hensikt: øke andel avfall til materialgjenvinning.	31.12.24	Ikke gjennomført, arbeidet står på handlingsplan for 2024.

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

1.8.Forberede organisasjonen på innflytting i NSD

Mål	Indikator	Måleperiode	Vurdering	Tiltak
Tilpasset driften til nytt bygg og gjennomført en vellykket innflytting og ibruktakelse.	Iht. plan	2025	Samtlige delprosjektrapporter er levert, men viser få økonomiske gevinster. Fremdrift i regionale IKT	Basert på delprosjektrapportene skal klinikkene samordne sine tiltak for planlegging innflytting og realisering av planlagte

			prosjekter utfordrer også gevinstrealiseringen.	gevinster. Disse planene skal samordnes bedre med plan for bærekraftig utvikling for hele VVHF og fremlegges innen utgangen av mars 2024.
--	--	--	---	---

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

Helseforetaket vil ikke kunne realisere kvalitative og økonomiske gevinster i nytt sykehus i Drammen som forutsatt. Manglende oppnåelse av effektive pasientforløp og arbeidsprosesser vil medføre økte driftskostnader ved innflytting i nytt sykehus.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• Vurdering per 3. tertial 2023	2	4	Moderat

Prioriterte risikoreducerende/-stabiliserende tiltak	Forventet full effekt	Status
Etablering av planverk for innflytting og ibruktakelse i samarbeid med aktuelle klinikker og sentrale staber.	31.12.25	Etablert planverk, forankring på alle ledernivå Q3 2023
Videreutvikle etablert forum for klinikkens prosjektsjefer for å sikre at linjeledelsen tar ansvar for å iverksette og følge opp tiltak på den enkelte avdeling og seksjon, slik at planlagte gevinster realiseres og helhetlige og trygge pasientforløp etableres.	31.12.2025	Etablert og i drift
Medvirkning og forankring hos Vestre Viken HF blant ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere.	31.12.2025	Løpende aktiviteter
Kommunikasjonsplan for mottaksprosjektet og den enkelte klinikk, inkl. lederpakker til alle nivå	31.12.2025	Løpende aktiviteter
Samordning av gevinstplan NSD med plan for bærekraftig utvikling av VVHF	31.12.2023	Arbeidet pågår og forventes ferdigstilt innen utgangen av mars 2024.

Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	4	Moderat

IKT Tertialrapport NSD

3. tertial 2023

Status reflekterer informasjon mottatt fra prosjektledere pr 31.12.2023

GODKJENT AV:

Navn	Stilling	Dato	Versjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør		1.0

INNHOLD

1	INNLEDNING	3
2	STATUS	3
2.1	FUNKSJONELLE LEVERANSER	4
2.2	INFRASTRUKTURLEVERANSER	7
3	TILPASNINGSPROSJEKTER I PNSD	8
4	KRITISKE PROSJEKTER SOM VIL PÅVIRKE GEVINSTREALISERING FOR NSD	9
5	RISIKO	10
6	VEDLEGG 1	12

1 Innledning

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

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

Rapporten gir status per prosjekt relatert til påvirkning av oppstart av nytt sykehus Drammen. Prosjektene status er hentet fra HSØ RHF prosjektstyringsverktøy (Clarity PPM) per 31.12.2023.

2 Status

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

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

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

2.1 Funksjonelle leveranser

	Status			Status prosjekt og vurdering NSD	Konsekvenser
	Grønn: lav risiko	Gul: middels risiko	Rød: høy risiko		
	Prosjekt status pr des. 23	NSD vurdering T2-2023	NSD vurdering T3-2023		
FUNKSJONELLE LEVERANSER					
RHF - Regional EPJ modernisering (PRJ09071)	GUL	GUL	GRØNN	<p>Prosjektet rapporterer om forsinkelser med etablering av DIPS-miljøer for innføringsprosjekter og regional løsning. Tiltak iverksatt med god effekt. Det er fokus på innføringsprosjektet for VVHF som skal produseres 10. februar.</p> <p>VV-NSD vurderer status som grønn, men følger prosjektet tett med tanke på risiko for ytterligere forsinkelser som vil påvirke frys IKT for NSD og avhengigheter til andre løsninger og prosjekter.</p>	<p>Forsinkelse på innføring av DIPS Arena i VVHF utover planlagt leveranstidspunkt vil føre til innflytting i NSD med eksisterende versjon av DIPS som ikke innehar all funksjonalitet som DIPS Arena gir. Flere regionale og lokale prosjekter, (f.eks. RML, Sporingssystem for sterilsentral) er avhengig av DIPS Arena. Behov for replanlegging av omfang og kost hvis Dips Arena ikke innføres i tide.</p> <p>Påvirker flere tilpasningsprosjekter som har DIPS Arena som en forutsetning.</p>
Regional løsning for helselogistikk (PRJ11251)	GUL	RØD	RØD	<p>Helselogistikk område A Innsjekk og oppgjør piloteres på øyeavdelingen på Drammen sykehus. Mindre feilrettinger pågår.</p> <p>Helselogistikk område B Pasientflyt og ressurser piloteres på Medisinsk sengepost 3 og Akuttmottaket på Drammen sykehus. Mindre feilrettinger og innføring av ny funksjonalitet pågår.</p> <p>Leveranser for område C har flere feil og manglende kvalitet. OUS har besluttet å ikke ta i bruk Helselogistikk område C på nye Radiumhospitalet. Det</p>	<p>Ved forsinkelse eller mangel på leveranse av funksjonalitet som er viktig for NSD, vil det ikke være mulig å realisere planlagte gevinster i nytt sykehus.</p> <p>NSD forutsetter Helselogistikk etablert ved innflytting med funksjonalitet som beskrevet i notat til HSØ.</p> <p>VVHF forbereder de ansatte til flytting og i bruktagelse av nytt bygg med nye løsninger. Helselogistikk påvirker mange arbeidsprosesser som etableres eller endres.</p>

				<p>regionale prosjektet fokuserer på leveranser til VVHF, og planlegger for pilot av løsning våren 2024.</p> <p><i>VV-NSD vurderer status som rød grunnet gjentatte forsinkelser og fortsatt feil i leveranser, spesielt knyttet til område C. Det er usikkert når en feilfri leveranse kan forventes av leverandørene. VV-NSD er bekymret for kvaliteten på leveransene som igjen har medført forsinkelser.</i></p>	<p>Ved manglende funksjonalitet, vil det være behov for endring av arbeidsprosesser og økning av bemanning innen flere fagområder.</p> <p>Påvirker PNSD tilpasningsprosjekt Helselogistikk.</p>
<p>MetaVision - Versjonsopp. av Reg. kurve og medikasjon - MV6.xx</p>	N/A	GUL	GUL	<p>Neste oppgradering av systemet er planlagt til våren 2024. Det pågår regionale avklaringer knyttet til nødvendig funksjonalitet i kommende versjon. Dette prosjektet følges tett av VV-NSD pga. avhengighet til lukket legemiddelsøyfe på NSD.</p>	<p>Manglende oppgradering og ibruktakelse av definert funksjonalitet vil føre til at VVHF ikke kan innføre konsept lukket legemiddelsøyfe i nytt sykehus.</p> <p>Påvirker PNSD tilpasningsprosjekt Kurve.</p>
<p>RHF – Standard for lukket legemiddelsøyfe (Legemiddelkjeden) (PRJ15527)</p>	GUL	GUL	GUL	<p>Manglende avklaringer knyttet til funksjonalitet i MetaVision kan føre til forsinket ibruktakelse av pasientmerket endose. Det er uavklart når og i hvilken versjon nødvendig funksjonalitet for lukket legemiddelsøyfe vil være tilgjengelig.</p> <p><i>VV-NSD vurderer prosjektets status som gul på bakgrunn av kompleksiteten og omfang av leveranser.</i></p>	<p>Prosjektet er avhengig av oppgraderinger og ny funksjonalitet fra nyere versjoner av MetaVision. Mangel på leveranse av oppgradering og funksjonalitet vil føre til at VVHF ikke kan innføre konsept lukket legemiddelsøyfe i nytt sykehus.</p>
<p>RHF - Regional standard for integrasjon av medisinteknisk utstyr (PRJ08314)</p>	GRØNN	RØD	GUL	<p>Prosjektet har ferdigstilt anskaffelsen av gateway. EEG anskaffelsen pågår og det er planlagt signering av rammeavtale i januar 2024.</p> <p><i>VV-NSD vurderer prosjektets status som gul, pga. uavklarte leveranser knyttet hvilke MTUer som kan benytte løsning samt fordeling av ansvar mellom prosjekt og linje for gjennomføring av leveranser.</i></p>	<p>Uten løsning vil integrasjon av MTU ta lengre tid og behov for flere løsningsdesign og ROS, samt eventuell mellomvare som må anskaffes, som igjen vil føre til økte kostnader.</p> <p>Påvirker PNSD U6 Utstyr entreprisen.</p>

RHF-Digital patologi (PRJ13315) LVMS patologi	N/A	GUL	RØD	<p>Det meldes om forsinkelse i arbeidet med ferdigstillelse av utviklingsmiljø og gjennomføring av test.</p> <p>VV-NSD vurderer prosjektets status som rød grunnet mange avhengigheter blant annet til innføringen av Dips Arena og regional multimediaarkiv.</p>	<p>Dersom løsning ikke er på plass til åpning av NSD, må man flytte inn med eksisterende system og benytte lokal digital patologi løsning. Det vil ikke være mulig å ta i bruk Leika storvolum skanner som er anskaffet til NSD. Det er lagt til grunn økt gevinstrealisering og økt pasientsikkerhet ved å redusere manuelle prosesser. Arbeidsprosesser i NSD er utarbeidet basert på ibruktakelse av LVMS.</p>
VVHF – Adgangskontroll	GRØNN	GRØNN	GRØNN	<p>Produksjonssetting er noe forsinket pga. utestående avklaringer, men har ikke påvirkning på leveranser til NSD.</p> <p>VVHF og leverandør detaljprosjekterer kamera og overvåkingsområder.</p>	<p>Adgangskontroll på Kongsberg skal brukes som pilot for NSD. Ved mangel på leveranse og funksjonalitet, vil det føre til manglende erfaring med bruk og test av funksjonalitet som skal benyttes i NSD.</p>
RHF – Regionalt kostdatasystem (PRJ09104)	GRØNN	GUL	GRØNN	<p>Prosjektet planlegger innføring av løsningen på SØHF som første foretak, og Vestre Viken HF som nummer to.</p> <p>VV-NSD vurderer prosjektets status som grønn, på bakgrunn av oppdatert tidsplan mottatt fra prosjektet.</p>	<p>Ved forsinkelser i etablering vil det være en risiko for å ta i bruk NSD med eksisterende kostdatasystem. Eksisterende system har ikke funksjonalitet som er nødvendig for nytt matkonsept i NSD.</p>
Digitalisering av bygg (BIM) (RHF - Digitalisering av eiendomsforvaltningen i Helse Sør-Øst) (PRJ06913)	GUL	GUL	GUL	<p>Omega365 er valgt som leverandør for nytt FDV system. Kartlegging og planlegging for innføring av løsning i regionen er i gang. OUS og NSD vil være de første HF i HSØ som får etablert løsningen.</p> <p>VV-NSD vurderer status som gul, på grunn av tidslinjen opp mot frys IKT for NSD.</p>	<p>Forsinkelse av leveranser fra prosjektet vil medføre mangel på fullverdig og oppdatert forvaltning, drift og vedlikeholds-dokumentasjon for NSD.</p> <p>Allerede mottatt FDV dokumentasjon fra leverandører må flyttes inn i anskaffet system fra dagens løsning, som er tidskrevende.</p>

2.2 Infrastrukturleveranser

	<u>Status</u> Grønn: lav risiko Gul: middels risiko Rød: høy risiko			Status prosjekt og vurdering NSD	Konsekvenser
	Prosjekt status pr des. 23	NSD vurdering T2-2023	NSD vurdering T3-2023		
INFRASTRUKTUR-PROSJEKTER					
Datanettverk (SP-STIM Nettverk – Modernisering av nett) (PRJ09653)	Ingen status oppdatert i clarity	GUL	GRØNN	Det foreligger ingen ny statusrapport for prosjektet i clarity siden september. <i>VV-NSD vurderer status som grønn som følge av at sentral infrastruktur for HFet nå er etablert og prosjektet vil starte å migrere Ringerike sykehus fra april. Kongsberg sykehus skal etter planen starte opp i juni.</i>	Forsinket leveranse fører til økt risiko for mangel på ny funksjonalitet og behov for økt manuelt arbeid ved innføring av nye tjenester som igjen vil øke kostnader.
SP-DPI Regional testplattform (tidligere SP-STIM Regional testplattform) (PRJ13478)	Ingen status oppdatert i clarity	GUL	GUL	Prosjektet har vært satt på pause og det foreligger ingen status i clarity til å vurdere prosjektstatus. <i>VV-NSD vurderer status som gul for NSD, på bakgrunn av manglende aktivitet og status i prosjektet.</i>	Ved forsinkelse vil test av løsninger i NSD utføres på eksisterende testmiljøer. Det er potensielt en risiko for knapphet på tilgang på testmiljøene, da sikker og stabil drift er prioritert. Byggnære løsninger vil etableres med egne testmiljøer som endres til produksjonsmiljøer når løsningen skal tas i bruk.
Multimediearkiv (RHF - Strategi og standard for bruk av multimedia) (PRJ08464)	N/A	RØD	N/A	Porteføljestyret har besluttet å sette prosjektet på vent ut 2023. RHF - Regional radiologiløsning og multimediearkiv ved OUS (RAM OUS) prosjektet har fått i oppdrag å etablere og tilrettelegge minimumsbehov for NSD tilknytning til ny RMA løsning. Se rapportering knyttet til prosjekt PRJ15875.	Se rapportering knyttet til prosjekt PRJ15875.
RHF - Regional radiologiløsning og multimediearkiv ved OUS (RAM OUS) PRJ15875	GUL	RØD	RØD	Mange avhengigheter på tvers av prosjekter bidrar til forsinkelser. I forbindelse med BP3 beslutning for regional radiologi 2.0 prosjektet ble det identifisert omfang av leveranser	Mangel på leveranse av ny funksjonalitet til NSD vil medføre bruk av eksisterende løsning og anskaffelse av nye og kostbare lokale løsninger.

				<p>som overføres fra RAM prosjektet. Prioriterer oppgradering til v25.2, leveranser til nytt bygg ved Radiumhospitalet og omlegging til ny talegjennkjennings-løsning.</p> <p>VV-NSD vurderer status som rød som følge av at prosjektet allerede har utfordringer med leveranser. Planlagt overføring av leveranseansvar til Radiologi 2.0 knyttet til NSD funksjonalitet utgjør en risiko.</p>	<p>Behov for kartlegging av nødvendige endringer på eksisterende løsninger for tilpassing til nytt sykehus.</p> <p>Samhandling med andre helseforetak vil basere seg på rutiner som er tid- og ressurskrevende.</p> <p>Nødvendig med kartlegging av økonomiske konsekvenser.</p>
--	--	--	--	---	--

3 Tilpasningsprosjekter i PNSD

Hensikten med IKT tilpasningsprosjektene, er å sikre nødvendige systemtilpasninger av eksisterende systemer og nye IKT-systemer for å sikre oppkopling av nytt utstyr og at IKT-systemene fungerer i NSD.

Flere av IKT tilpasningsprosjektene er avhengig av regionale prosjekters leveranse og figur 1 illustrerer avhengighetene. Det henvises til kapittel 4 for ytterligere beskrivelse av kritiske prosjekter for NSD.

Avhengigheter:

		Prosjekter - Regionale og Sykeshuspartner								
		RHF - Regional EPI modernisering	MetaVision - Versjonsopp. av Reg. kurve og medikasjon MV6.xx	Regional løsning for helselogistikk	RHF - Regional standard for integrasjon av medisinteknikk utstyr	RHF - Standard for lukket legemiddelslyfe (Legemiddelkjeden)	RHF - Regionalit kostdatasystem	Datanettverk (SP-STIM Nettverk - Modernisering av nett.)	SP-DPI Regional testplattform	RHF - Regional radiologiløsning og multimediearkiv ved OUS (RAM OUS)
IKT Tilpasningsprosjekter	7501 PAS/EPI	X		X	K			X	x	
	7502 Kurve		X		X	X		X	x	
	7503 Helselogistikk			X				X	x	
	7504 Laboratorisystemer			X				X	x	X
	7505 Doseplan, OIS og QA system /Stråleterapi			X				X	x	
	7506 Sporingssystem sterilisentralen	X						X	x	
	7507 Bildediagnostikk			X				X	x	X
	7508 ERP						X	X	x	
	7509 Medikamentell kreftbehandling							X	x	
	7510 Matforsyning						X	X	x	
	7513 RMA	X						X	x	X
	7514 Sanntid sporing og lokalisering			X				X	x	
	7515 Integrasjon Identity Management							X	x	
	7516 Mobil arbeidsflate			X						
	7591 Øvrige administrative systemtilpasninger og endringer							X	x	
7592 Øvrige kliniske systemtilpasninger og endringer					K		X	x		

Figur 1: Avhengigheter tilpasningsprosjekter og regionale prosjekter.

Figur 1 viser hvilke regionale prosjekter som tilpasningsprosjektene er avhengig av. Stor X representerer direkte avhengighet, mens liten x betyr at det er en avhengighet, men at det er mulig å håndtere avhengigheten uten løsning. K betyr at det er behov for kartlegge avhengigheten nærmere.

VV-NSD sin vurdering av status risiko for det regionale prosjektet er representert med fargekodene grønn, gul og rød. Som figuren viser er det flere regionale prosjekter som tilpasningsprosjektene har sterke avhengigheter til.

4 Kritiske prosjekter som vil påvirke gevinstrealisering for NSD

RHF - Regional EPJ modernisering

Innføring av DIPS Arena i VVHF er planlagt 10. februar 2024.

Ved en eventuell forsinkelse, vil VVHF risikere å flytte inn i NSD med eksisterende versjon av DIPS Classic.

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

Manglende oppgradering og ibruktakelse av definert funksjonalitet vil føre til at VVHF ikke kan innføre konsept lukket legemiddelsøyfe i nytt sykehus. Neste oppgradering av systemet er planlagt til våren 2024. Det pågår regionale avklaringer knyttet til nødvendig funksjonalitet i kommende versjon, da det er uenighet i regionen om hva som skal prioriteres.

Integrasjonen mellom pakkemaskin og MetaVision, kalt Atlas, er under etablering og vil testes av Sykehusapotekene på Skien. VVHF skal avrope på opsjon for NSD, for å produsere pasientmerket legemiddel i endose med informasjon fra MetaVision.

Test av mobil MetaVision løsning pågår på SØHF. En helhetlig løsning med mobil applikasjon er avhengig av resultatet fra SØHF testen.

Grunnet ressursutfordringer i Sykehuspartner må man gjøre prioriteringer i forhold til om man skal prioritere nødvendig funksjonalitet for etablering av Atlas integrasjonen eller å få etablert MetaVision på en mobil enhet. Det vil ikke være mulig å innføre pasientmerket endose uten Atlas. Utfordringen eskaleres til HSØ for avklaring.

Regional løsning for helselogistikk

Regional løsning for helselogistikk prosjektet er betydelig forsinket iht. opprinnelig plan og med stor risiko for ytterligere forsinkelser. NSD er bygningsmessig utformet med tanke på å benytte funksjonalitet fra Helselogistikk. Sykehuset har begrenset med ekspedisjoner og ventesoner, i tillegg har nye teknologiske løsninger lagt til grunn bruk av Helselogistikk.

Deler av pilotleveranse på område A og B er levert med flere feil som rettes opp av leverandører. Det pågår fortløpende feilrettinger på levert funksjonalitet.

Det er avdekket kritiske feil på område C, hvilket har medført at OUS har besluttet at nye Radiumhospitalet ikke tar i bruk løsningen ved åpning. VVHF skal etter planen pilotere område C i løpet av våren 2024. Denne leveransen er kritisk for åpning av NSD. Område C skal erstatte systemer som ikke lenger supporteres av leverandører, f. eks portørløsning. Bruk av rolletelefon med meldingsvarsling skal erstatte dagens bruk av personsøkere da infrastrukturen ikke videreføres i NSD. Rolletelefoner skal benyttes som meldingsformidler for alarmer både kliniske og byggtekniske, som for eksempel overfallsalarm, tilkalling av kritiske team, forvarsel brann, AGV, rørpost osv.

Forsinkelse og mangel på leveranser fra Helselogistikk, vil føre til økt bemanning, endringer i bruk av rom og potensielt behov for ombygging. VVHF vil derved ikke kunne realisere planlagte gevinster for NSD.

RHF - Regional radiologiløsning og multimediearkiv ved OUS (RAM OUS)

Porteføljestyret har besluttet å utvide omfanget til prosjektet med leveranser av nødvendig funksjonalitet til NSD. Det er stor risiko for at prosjektets leveranser ikke slutføres innen prosjektets tidsramme. Prosjektet har allerede utfordringer med forsinkede oppgaver på grunn av prioriteringer, driftshendelser, tilgang til DIPS miljøer og koordinering på tvers av prosjekter.

Leveranseansvar for funksjonalitet som ikke blir levert av prosjektet, skal overføres til Radiologi 2.0 prosjektet hvilket medfører økt risiko for NSD.

Bruk av regionalt multimediearkiv er lagt til grunn for NSD. Mangel på leveranse skaper et behov for å kartlegge nødvendige endringer på eksisterende løsninger for tilpassing til nytt sykehus. Videre vil det medføre bruk av eksisterende løsning og anskaffelse av nye og kostbare lokale løsninger. Samhandling med andre helseforetak vil basere seg på rutiner som er tid- og ressurskrevende.

Regional patologi og regional LVMS

Det er mange avhengigheter knyttet til innføring av regional patologi og LVMS som medfører stor risiko knyttet til implementeringen. Dersom løsning ikke er på plass til åpning av NSD, vil det ha stor påvirkning på gevinstrealisering lagt til grunn i NSD. Arbeidsprosesser i NSD er utarbeidet basert på ibruktakelse av LVMS. Videre vil det ha stor påvirkning på ibruktakelse av anskaffet utstyr til NSD. Blant annet vil det ikke være mulig å ta i bruk Leika storvolum skanner som er anskaffet. Det er lagt til grunn økt gevinstrealisering og økt pasientsikkerhet ved å redusere manuelle prosesser.

5 Risiko

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

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

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

Tiltak knyttet risiko id 2, vil følges nøye og et tett samarbeid mellom VVHF og SP må fortsette i avtalte rutiner for å minimere utfordringer frem mot byggeprosjektets IKT fase2.

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

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

6 Vedlegg 1

Oversikt over status resultatmål med tilhørende kommentar som rapporteres til styret i VVHF i eget format.

Resultatmål	Status	Kommentar
Pasient		
Helselogistikk A "Innsjekk" er implementert		Løsning er under pilotering, og er under kontinuerlig utvikling. Kartlegging av løsning for bildediagnostikk gjennomført. Tilbud på løsning fra Philips er mottatt og godkjent.
Helselogistikk A "Oppgjør" er implementert		Løsning er under pilotering, og er under kontinuerlig utvikling. Kartlegging av løsning for bildediagnostikk gjennomført. Tilbud på løsning fra Philips er mottatt og godkjent.
Løsning for Wayfinding er implementert	Ikke klart til NSD	Leveres ikke til NSD. God skilting skal erstatte løsningen.
Innført løsning for pasientbestilling av mat		Inngår i omfang til tilpasningsprosjekt Matforsyning å etablere pasientbestillingsmodul. VVHF har akseptert tilbud på løsning.
Kvalitet		
Dips Arena er implementert		Dips Arena innføringen er planlagt i februar for Vestre Viken HF.
Løsning for mottak av kritiske alarmer (overfallsalarm, stans-teams osv.), pasientsignal med elektronisk varsling og byggetekniske varsler til personell på en mobil arbeidsflate er implementert		Helselogistikk område C er forsinket og leveranser har vært av lav kvalitet. OUS har besluttet å ikke gå videre med Område C til åpning av nye Radiumhospitalet. VVHF blir første pilotforetak av område C. Pågår kartlegging av regional Helselogistikk og byggeprosjektet av alternative løsninger for mottak av kritiske alarmer (Plan B).
Helselogistikk B "Køhåndtering og styring av pasientflyt og ressurser" er implementert		Begrenset pilot av løsning er levert. Resterende funksjonalitet er planlagt levert i fremtidige releaser, men med stor risiko for videre forsinkelse.
Sporingsystem for sterilforsyning er implementert		Løsningsdesign og ROS av løsning er ferdigstilt og akseptert av VVHF. Kartlegges og planlegges for registrering av utstyr i systemet.
Operasjonsplanleggingsløsning i Dips implementert med sporingsystem for sterilforsyning		Pågår kartlegging og dialog mellom leverandører, Sykehuspartner og VVHF.
Nytt Regional Multimediaarkiv er implementert		Stor risiko for at OUS RAM prosjektet ikke klarer å levere funksjonalitet til NSD grunnet stort og komplekst omfang som skal leveres til OUS. Prosjektet er avhengig av DIPS Arena konsolidering for å levere til NSD.
LVMS patologi og digital patologi er implementert		Avhengighet til innføringen av DIPS Arena, regional multimediaarkiv og regional digital patologi. Prosjektene er på kritisk linje for å nå NSD.
Implementert løsning for integrering av MTU med IKT grensesnitt (PoCG)		Pågår avklaringer av hvilket utstyr som skal benytte løsningen. Flere utstyrsanskaffelser legger til grunn bruk av PoCG.
Pasientmerket endose er implementert		Avhengighet til utvikling av mellomvaren Atlas som skal kommunisere mellom MetaVision og medisinpakkemaskin, samt ny versjon av MetaVision med nødvendig funksjonalitet.
Legemiddelhåndtering inkludert lukket legemiddelsøyfe er implementert		Utvikling av mellomvaren Atlas som skal kommunisere mellom MetaVision og medisinpakkemaskin pågår i regi av Sykehusapotekene. Prosjekt legemiddelkjeden kartlegger arbeidsprosesser for ibruktakelse av lukket legemiddelsøyfe i NSD. Manglende avklaringer knyttet til funksjonalitet i MetaVision kan føre til forsinket ibruktakelse av pasientmerket endose. Det er uavklart når og i hvilken versjon nødvendig funksjonalitet for lukket legemiddelsøyfe vil være tilgjengelig. Systemeiere for MetaVision i HSØ vil beslutte prioritering av funksjonalitet for fremtidige versjoner.
Implementert regional BIM/FDV modell		Igangsatt mottaksprosjekt i VVHF for mottak av løsning til NSD.
Anskaffet IKT systemer for bruk i strålebehandling		Anskaffelse pågår i regi av IKT tilpasningsprosjekt til NSD. Prosjektet er komplekst og ressurskrevende med stram tidlinje.
Innført nytt kostdatasystem		Pågår dialog med leverandør og regionalt prosjekt om pilotering og fremdriftsplan for implementering av løsning.
Avtalt support av eksisterende løsning eller anskaffet nytt system for Medikamentell kreftbehandling		HSØ er i gang med kartlegging av løsninger i markedet. Forespørsel om å starte anskaffelsesprosess skal behandles i porteføljestyret til februar. Uklart omfang for tilpasningsprosjektet som skal tilpasse løsning til NSD.
Effektivitet		
Helselogistikk C "Internkommunikasjon og varsling" er implementert		Avdekket kritiske mangler på utviklet løsning. Helselogistikk område C er forsinket og av dårlig kvalitet. OUS har besluttet å ikke gå videre med Område C til åpning av nye Radiumhospitalet. VVHF blir første pilot av område C.
Innført Drop-in Lab for prøvetaking (køhåndtering)		Pågår dialog knyttet til mulig oppstart av pilot.
Innført Drop-in Lab for blodbank (køhåndtering)		Arbeidet forventes i påvente av løsning for prøvetaking.
Implementert GS1 sporingsteknologi (aktiv og passiv sporing)		IKT tilpasningsprosjekt er i gang med kartlegging og planlegging for å etablere løsningen på NSD.
Innført løsning for sengelogistikk		Dialog påstartet med fagmiljø for å kartlegge behov.
Fremtidsrettet		
Modernisert nett med sonemodell er implementert		Sentral infrastruktur for HFet er etablert og prosjektet vil starte å migrere Ringerike sykehus i april og Kongsberg sykehus i juni.
Implementert lukket blodprøvetakingsøyfe	Ikke klart til NSD	Forventes levert i fase 4 av Helselogistikk.
Lagt til rette for bruk av mobile applikasjoner (mobil arbeidsflate)		Pågår arbeid med utarbeidelse av målbinde.

Dato: 12.februar 2024
Saksbehandler: Cecilie S. Monsen/
Anders Debes

Saksfremlegg

Årlig melding 2023

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte Vestre Viken HF	12/2024	19.02.24

Forslag til vedtak

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

Drammen, 12. februar 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

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

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

Saksutredning

I tillegg til innledning inneholder Årlig melding to deler:

- Rapporteringsdel (del II) hvor det rapporteres på hvordan helseforetaket har svart opp mål for 2023 i *Oppdrag og bestilling 2023 for Vestre Viken HF* og øvrige bestillinger/pålegg gitt i foretaksmøter gjennom året.
- Styrets plandokument (del III) skal være av strategisk og overordnet karakter, og vise hovedtrekkene i fremtidig drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av det regionale foretaket som eier. Her legger Helse Sør-Øst RHF til grunn at det kan henvises til andre styregodkjente dokumenter.

En foreløpig rapportering (del II) ble avgitt til Helse Sør-Øst RHF innen fristen 20. januar 2024. Etter styrets behandling 19. februar 2024 vil meldingen i sin helhet bli sendt inn til Helse Sør-Øst RHF innen fristen 1. mars 2024.

Årlig melding er utarbeidet med medvirkning fra ansattes representanter, vernetjenesten og brukerutvalget. Utkastet til Årlig melding 2023 for Vestre Viken HF er gjennomgått med de foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombud i dialogmøte, og det er mottatt innspill som er innarbeidet i dokumentet. Brukerutvalget og Ungdomsrådet har fått oversendt utkastet til årlig melding med mulighet til å fremme innspill. Innspill fra Brukerutvalget er vedlagt årlig melding 2023.

Administrerende direktørs vurderinger

Årlig melding for 2023 er utarbeidet i samsvar med eiers føringer. Plandelen bygger på Utviklingsplan 2035, Bærekraftsplanen, gjeldende økonomisk langtidsplan og vedtatt budsjett og mål for 2023. Planene er forankret i Regional utviklingsplan og de regionale føringer om mål og oppdrag.

Administrerende direktør mener Årlig melding 2023 for Vestre Viken HF til Helse Sør-Øst RHF gir et dekkende bilde av virksomheten. Det kan vises til mange gode resultater og vellykkede enkelttiltak, mens måloppnåelsen fortsatt er svakere enn ønsket innen enkelte områder.

Administrerende direktør foreslår på bakgrunn av dette at styret vedtar det fremlagte forslag til Årlig melding 2023.

- Vedlegg:
1. Årlig melding 2023
 2. Brukerutvalgets uttalelse til Årlig melding 2023

VESTRE VIKEN HF

ÅRLIG MELDING 2023

til Helse Sør-Øst RHF

Drammen, 12. februar 2024

DEL I: INNLEDNING OG VURDERING	3
1. Innledning.....	3
1.0 Oppgaver og organisering.....	3
1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.2 Mål for virksomheten.....	4
1.3 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll.....	4
1.4 Medvirkning fra brukere og ansatte.....	5
2. Vurdering av virksomheten	6
2.1 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2023.....	6
2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering.....	6
DEL II: RAPPORTERINGER.....	7
3. Oppfølging av styringsbudskap for 2023.....	7
3.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling	7
3.2 Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet.....	9
3.3 Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp	13
3.4 Øvrige krav og rammer for 2023.....	15
3.5 Tildeling av midler og krav til aktivitet.....	19
4. Andre rapporteringer	22
4.1 Oppfølging av andre oppdrag	22
4.2 Andre forhold ved driften.....	22
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT.....	23
5. Utviklingstrender og rammebetingelser.....	23
6. Strategier og planer.....	23
DEL IV: VEDLEGG.....	25
7. Vedlegg 1: Brukerutvalgets uttalelse til Årlig melding 2023	25

DEL I: INNLEDNING OG VURDERING

1. Innledning

1.0 Oppgaver og organisering

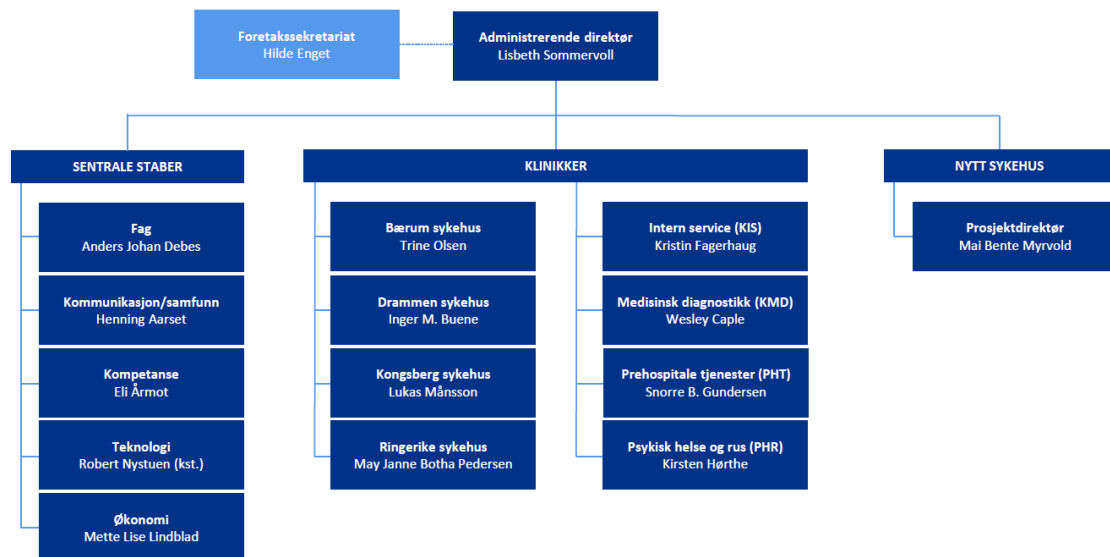
Vestre Viken HF er et av de største helseforetakene i Norge, og leverer spesialisthelsetjenester til rundt 500 000 mennesker i 22 kommuner. Helseforetaket legger også til rette for forskning, innovasjon, undervisning og rådgivning som er naturlig knyttet til disse tjenestene.

Det er somatisk virksomhet ved klinikkene Bærum sykehus, Drammen sykehus, Kongsberg sykehus, Ringerike sykehus og Hallingdal sjukestugu. Fire klinikker er organisert ut fra funksjoner og går på tvers av lokasjonene. Dette er klinikk for henholdsvis medisinsk diagnostikk (KMD), intern service (KIS), psykisk helse og rus (PHR) samt prehospitaltjenester (PHT). Ansvar for prehospitaltjenester er delt mellom Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus hvor sistnevnte har ambulansetjeneste og AMK-ansvar for Asker og Bærum kommuner, mens Vestre Viken HF har ansvaret for den øvrige delen. Vestre Viken HF har virksomhet ved 15 ambulansestasjoner.

Aktivitet innen PHR fordeler seg mellom sykehusavdelingene på Blakstad sykehus, fem distriktspsykiatriske sentre (DPS), tilbud innen barne- og ungdomspsykiatri (BUPA) samt tverrfaglig spesialisert rus- og avhengighetsbehandling (ARA).

Vestre Viken HF hadde gjennomsnittlig ca. 10 200 ansatte fordelt på 8 100 årsverk i 2023.

Organisasjonskartet for Vestre Viken HF pr desember 2023:



1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Vestre Viken HF legger eiers visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag til grunn for virksomheten. Visjonen er å skape gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

Vestre Viken HF verdier er: **Kvalitet, trygghet og respekt**. Verdiene baserer seg på de etablerte felles nasjonale verdiene for helsetjenester.

1.2 Mål for virksomheten

Målene for utvikling av helsetjenestene er gitt i Nasjonal helse- og sykehusplan. Frem mot 2035 er Vestre Viken HFs hovedmål å skape pasientens helsetjeneste. I dette er det videre et mål at sykehuset skal komme nærmere pasienten. For å realisere dette er det fem langsiktige satsingsområder beskrevet i Utviklingsplan 2035 for foretaket:

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

En bærekraftig økonomi er et viktig fundament for måloppnåelsen.

Styret i Vestre Viken HF vedtok i september 2023 Handlingsplan for bærekraftig utvikling (heretter kalt Bærekraftsplanen), med tydelige mål og prioriteringer. Bærekraftsplanen er en operasjonalisering av foretakets Utviklingsplan 2035. For å levere på de fem strategiske mål er det utpekt fire innsatsområder:

- Standardisering
- Teamarbeid og oppgavedeling
- Digital transformasjon
- Organisering og struktur

1.3 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll

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

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

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

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

I 2023 ble det gjennomført 19 eksterne tilsyn fra i alt seks ulike tilsynsmyndigheter innenfor HMS-området. 13 av tilsynene ble gjennomført av Arbeidstilsynet, 3 fra El-tilsynet, ett fra Luftfartstilsynet og 3 fra kommunale brannvesen. Pålegg og avvik følges opp i Synergi. Det etableres handlingsplaner som følges opp i henhold til foretakets prosedyrer. I tillegg ble det gjennomført 1 intern revisjon om kjemikaliestyling. Fra helselovgivningen er det gjennomført eksterne tilsyn innenfor legemiddelberedskap fra Konsernrevisjonen, avventer resultat. I tillegg er det gjennomført egenvurderingstilsyn fra statsforvalteren i Psykisk helse og rus.

Helseforetaket gjør en vurdering av risiko knyttet til oppnåelse av mål for kommende år, og for foretakets utvikling og økonomiske bærekraft på lengre sikt. Risikovurderingene oppdateres tertialvis og fremlegges for styret. Risikovurderingene er viktige for virksomhetsstyringen

gjennom å identifisere hvilke tiltak som skal tillegges vekt, og hva styret og ledelsen må ha særskilt oppmerksomhet på.

1.4 Medvirkning fra brukere og ansatte

Ansatte

Involvering av ansatte i helseforetaket skjer gjennom tillitsvalgte og verneombud på alle nivåer. Tillitsvalgte er valgt av organisasjonene, mens verneombudene er valgt etter AML kap. 6. På foretaksnivå er det korte ukentlige dialogmøter samt månedlige medvirkningsmøter med alle foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombudet. Involvering skjer for øvrig gjennom informasjon, arbeidsmiljøutvalg, ulike dialogmøter, drøfting og forhandlinger. Tillitsvalgte og vernetjenesten er godt representert og bidrar med råd, erfaringer og informasjon i en rekke fora, prosjekter og utviklingsområder i helseforetaket. Helse Sør-Øst sine "12 prinsipper for medvirkning", samt lov og avtaleverk med tillitsvalgte og vernetjeneste legges til grunn for samarbeidet. Mange ansatte deltar i lokale forbedringsteam med direkte involvering i endringsarbeid.

Ved utarbeidelse av Årlig melding er tillitsvalgte og vernetjeneste invitert til å komme med innspill.

Brukerutvalget har månedlige møter. I tillegg deltar medlemmene i et stort antall prosjekt, råd og utvalg. Utvalgets leder og nestleder deltar på styremøtene og leder sitter i det sentrale kvalitetsutvalget og andre sentrale styringsgrupper. Tre av helseforetakets kliniske etikkomiteer har brukerrepresentant. Administrerende direktør, fagdirektør og andre ansatte deltar på brukerutvalgsmøtene og har dialog om aktuelle saker.

Tre av brukerutvalgets medlemmer har deltatt i helseforetakets forbedringsutdanning, og to er blitt forbedringsagenter. Deres felles forbedringsarbeid viste at det er mangel på brukermedvirkning i helseforetakets mange forbedringsarbeider og dokumenterer at lokal rekruttering av brukere har potensial til å videreutvikles. Dette vil bli fulgt opp med månedlige rapporter fra 2024.

Ungdomsrådet har månedlige møter. I 2023 har ungdomsrådet fortsatt sin innsats inn mot BUPA og arbeidet med barn på sykehus mer generelt. Særlig overgangen fra barneavdelingene og inn på voksenavdelingene har rådets oppmerksomhet. To av utvalgets medlemmer har vært særlig delaktig i styringsgruppe og arbeidsgrupper i forbindelse med oppstart av FACT Ung. Ungdomsrådet bidrar i stadig større grad i utviklingsprosjekter i Vestre Viken HF, og spesielt tar BUPA Ungdomsrådet med i utvikling og planlegging av tiltak.

Brukerutvalget og Ungdomsrådet har to felles møter i året. I 2023 er det også prioritert et seminar over to dager for å styrke samarbeidet mellom Ungdomsrådet og Brukerutvalget ytterligere. Brukerutvalget og Ungdomsrådet møter styret en gang i året og orienterer om sitt arbeid.

Leder og nestleder i Brukerutvalget og avdelingssjef for brukerstyring og brukermedvirkning har fast dialogmøte med administrerende direktør fire ganger i året.

Vestre Viken HF har fra 1. januar 2023 en egen avdeling for Brukermedvirkning og brukerstyring tilknyttet Medisin og helsefag. Her ligger ansvaret for utviklingen av brukerundersøkelser, pasient- og pårørendeopplæring og utvikling av brukermedvirkning i helseforetaket mer generelt. Det er startet en utviklingsprosess i Lærings- og mestringssenteret for å sikre at

arbeidet med å styrke pasienter og pårørendes helsekompetanse følger en overordnet plan for å sikre mer bærekraftige og likeverdige tjenester.

2. Vurdering av virksomheten

2.1 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2023

De økonomiske resultatene er ikke oppnådd som forutsatt. Aktiviteten innen somatikk er noe lavere enn plantall og brutto bemanning overskrider budsjettene vesentlig. Et fortsatt høyt sykefravær og utfordring med rekruttering innen enkelte fagområder er blant hovedutfordringene. I tillegg er det høy prisstigning på mange områder uten at inntektssiden øker tilsvarende. Aktivitetsvekst innen psykisk helsevern utfordrer også økonomien som følge av stor andel basisfinansiering. Det samme gjelder en stor vekst innen medisinsk diagnostikk. Disse forholdene medfører at helseforetaket ikke har fått redusert ventetider i pasientbehandlingen i særlig grad.

Bærekraftsplanen er en operasjonalisering av utviklingsplanen og tiltakene er gruppert i fire innsatsområder: Standardisering, Team og oppgavedeling, Digital transformasjon og Organisering og struktur.

Det ble gjennomført tre piloter med langvakter i turnus sommeren 2023, med gode tilbakemeldinger og interesse for å videre utprøving. I den forbindelse er det inngått avtale med tillitsvalgte om rammeverk for videre utprøving i 2024.

Vestre Viken HF har oppdatert Teknologistrategien for 2023 – 2026 for å målrette innsats mot digital transformasjon, standardisering og kunne ta i bruk personellbesparende teknologier. Kunstig intelligens (KI) innen bildediagnostikk er tatt i bruk på alle sykehusene. Det er etter oppstart realisert effekter gjennom færre legekonsultasjoner og redusert ventetid for pasienter. Virtuelt sykehus er utviklet videre med etablering av flere forløp for digital hjemmeoppfølging.

2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering

Det er en utfordring å tilby tjenester til en akseptabel kvalitet innenfor foretakets økonomiske rammer. Bærekraftsplanen er helseforetakets viktigste virkemiddel for å bedre utviklingen. Dette omfatter utvikling av driften gjennom styring og organisering. Det er helseforetakets vurdering av iverksettelse av planlagte tiltak i bærekraftsplanen vil bidra til bedre pasientbehandling, mer tilfredse medarbeidere og en bedret økonomi.

I mottaksprosjektet for nytt sykehus i Drammen inngår utvikling av organisasjonen som en viktig del. Det skal sikre at organisasjonen tar i bruk det nye sykehuset på en best mulig måte.

DEL II: RAPPORTERINGER

3. Oppfølging av styringsbudskap for 2023

3.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling

3.1.1 Behandlingstilbud psykisk helsevern og TSB

- *Styrke psykisk helsevern og TSB slik at pasientene får rask og likeverdig tilgang til riktig behandling og helhetlige pasientforløp. Barn, unge og de med alvorlige og sammensatte lidelser er prioriterte grupper.*

Vestre Viken HFs bærekraftsplan og Eiendomsplan PHR er førende for videre utvikling, og arbeidet påbegynt i 2023 vil videreføres i 2024.

For Blakstad (samt deler av ARA og BUPA) står endring av arbeidsprosesser og optimalisering av drift/bemanning sentralt, som et ledd i forberedelse til innflytting i nytt sykehus. For avdelingene som ikke skal inn i nytt sykehus, DPS-ene og ARA står samlokalisering av døgnbehandling sentralt. Det er etablert egne prosjekter, og bedre rekruttering og større fagmiljøer er en del av målsettingen.

BUPA utenfor Nytt sykehus Drammen samler spesialiserte polikliniske funksjoner og videreutvikler dialogbasert inntak for barn og unge med alle kommunene, samt FACT ung. Arbeidet i faglig samarbeidsutvalg barn/unge i Helsefelleskapet videreføres også over i 2024.

- *Aktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2023 sammenlignet med 2022, både innen døgnbehandling og dag og poliklinisk aktivitet.*

pr desember	2023	2022	Endring	Endring i %
Døgnbehandling - antall utskrivinger				
VOP	3 293	3 176	117	3,7 %
BUP	200	217	-17	-7,8 %
TSB	789	721	68	9,4 %
Sum antall utskrivinger døgn	4 282	4 114	168	4,1 %
Døgnbehandling - antall liggedøgn				
VOP	65 825	62 783	3 042	4,8 %
BUP	5 443	6 287	-844	-13,4 %
TSB	14 492	14 044	448	3,2 %
Sum antall liggedøgn	85 760	83 114	2 646	3,2 %
Polikliniske konsultasjoner				
<i>*justert for DRG TD93 og TD95 i 2022</i>				
VOP	141 108	140 343	765	0,5 %
BUP	95 499	83 577	11 922	14,3 %
TSB	25 689	24 228	1 461	6,0 %
Sum polikliniske konsultasjoner	262 296	248 148	14 148	5,7 %

Aktiviteten innen VOP og TSB, både døgnbehandling/poliklinisk, er høyere sammenlignet med 2022. Aktiviteten innen BUP poliklinikk er vesentlig økt fra tidligere år, hovedårsak er standardisering av utredningsforløp, økt satsning på gruppebehandling og etablering av FACT

Ung-team. Aktiviteten innen BUP døgn er lavere enn i 2022, hovedårsak antas å være justering i etterkant av pandemien og er således ønsket utvikling. Videre utvikling i aktivitet vil følges tett.

Vestre Viken HF vil videre styrke poliklinikkene i DPS-ene i 2024, som følge av den høye og økte aktiviteten.

3.1.2 Tvangsbruk psykisk helsevern

- *Økt bruk av frivillige behandlingsoalternativer i psykisk helsevern i de tilfeller hvor dette er forsvarlig og tilrådelig, i samarbeid med pasienter, pårørende og kommunale tjenester.*

Frivillige behandlingsoalternativer vurderes fortløpende og tilstrebes der dette er aktuelt. Basal eksponeringsterapi (BET) gis som et frivillig tilbud til mennesker som strever med alvorlige og sammensatte psykiske helseutfordringer. Denne pasientgruppen har ofte vært gjennom mange behandlingsoforsøk, der tvangsbehandling og tvangsmidler har vært brukt gjentatte ganger.

- *Antall pasienter (per 100 000 innbyggere) med vedtak om tvangsmidler i psykisk helsevern for voksne skal reduseres.*

	Faktisk 2023	Faktisk 2022
Antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak § 4.8	193	179

Det har vært en liten økning i antall pasienter med vedtak om tvangsmidler i 2023, sammenlignet med 2022. Økningen skyldes særlig de første to månedene i 2023, etter at personalet var blitt utsatt for flere alvorlige HMS-hendelser. Det er gjennomført hendelsesgjennomganger, kompetanseheving og samhandling på tvers av seksjonene. Det er et pågående arbeid med mål om å styrke samhandlingen med pasienter og pårørende og redusere bruk av tvang. I tillegg er både miljøbehandling og opplæringsprogrammet Møte med aggresjonsproblematikk (MAP) valgt ut som satsningsområder. Turnover blant personalet krever kontinuerlig fokus på disse temaene.

3.1.3 Henvisninger psykisk helsevern

- *Helseforetaket skal innen 1. september 2023 ha etablert og i drift felles henvisningsmottak i DPS (helseforetak /avtalespesialister) innenfor psykisk helsevern.*

Felles henvisningsmottak (FHM) er etablert og i drift i henhold til plan. Etter innføringen av FHM er avslagene økt, da man opplever at flere henviste faller utenfor kriteriene i prioriteringsveilederen. Vestre Viken HF ligger fremdeles lavest, målt ved avslagsandel av VOP-ene i HSØ, også etter innføringen av FHM.

Videre er det fortsatt stor økning i henvisninger etter at FHM ble innført og det brukes følgelig mer spesialistressurser på rettighetsvurdering.

Vestre Viken HF vil videre:

- Fortløpende vurdere felles prosedyrer for vurdering av henvisninger inklusive henvisningsflyt, samt prosedyre for ansvarsdeling med avtalespesialistene
- Videreføre et tett samarbeid med samhandlingslegene (tidligere PKO)
- Involvere avtalespesialistene i inntaksteamene ved samtlige DPS
- Overvåke ordningen fortløpende
- Styrke poliklinikkene i DPS-ene i 2024, som følge av den høye og økte aktiviteten

3.2 Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet

3.2.1 Bemanning og kompetanse

- *Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anesthesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK), samt jordmødre skal økes sammenlignet med 2022.*

Høsten 2023 var det 102 utdanningsstillinger i VV, en økning på 43 i forhold til høsten 2022. De 102 utdanningsstillingene fordeles slik: anestesisykepleie 22, barnesykepleie 6, intensivsykepleie 32, jordmor 19.

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

- *Antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget skal økes sammenlignet med 2022.*

Høsten 2023 har helseforetaket 36 lærlinger i helsearbeiderfaget etter tilsetting av 18 nye lærlinger i august 2023. Dette er en økning på 2 sammenlignet med høsten 2022.

- *Antall LIS i psykiatri skal økes sammenlignet med 2022.*

Det har vært en økning på 3 LIS innen psykiatri fra 2022 til 2023, utelukkende innen Barne- og ungdomspsykiatri. Voksenpsykiatri har ikke økt antall med bakgrunn i en krevende rekrutteringssituasjon, og vi har for tiden 6 ubesatte LIS-stillinger.

Det er økt med 3 LIS1-stillinger i forbindelse med 3-delt rotasjon. Dette innebærer 9 nye LIS1 i psykiatri-rotasjon.

- *Helseforetaket skal fortsette å forsterke arbeidet med å utvikle heltidskultur.*

Siden 2018 har Vestre Viken HF arbeidet strategisk med å redusere deltid og fremme heltidskultur. Per november 2023 har helseforetaket en total deltidsprosent på 18,4 %, sammenlignet med 19,4 % i fjor (justert for ønsket deltid). Blant turnusarbeidere er deltidsandelen noe høyere enn for dagarbeidere.

Nytt i 2023 er en lovfestet heltidsnorm, med hensikt å unngå unødvendige deltidsansettelser. Rapportering så langt i 2023 viser at kun 15% av faste stillinger (alle yrkesgrupper) blir utlyst som deltid.

- *Helseforetaket skal foreta en kritisk gjennomgang av behov for innleie med sikte på reduksjon i omfanget. Det er i arbeidsmiljøloven § 14-12, syvende ledd nedfelt en hovedregel om forbud mot innleie fra bemanningsforetak. Det er fastsatt en forskriftshjemmel som åpner for unntak basert på enkelte vurderingskriterier, det forutsettes streng praksis ved bruk av unntaksbestemmelsen.*

Vestre Viken HF forholder seg til den Nasjonale avtalen om innleie fra eksterne bemanningsforetak inngått via Sykehusinnkjøp. Det har vært en markant nedgang i ekstern innleie fra 2022 til 2023. Det gjennomføres restriktivt bruk av innleie, og fullmakt til å beslutte ekstern innleie er lagt til nivå 2. Det gjøres i all hovedsak forhåndsvurderinger av andre løsninger.

- *Helseforetaket skal delta i regionalt prosjekt som har til formål å utvikle felles rammeverk for hvordan det skal arbeides med ressursstyring på de ulike nivåene i regionen, inkludert organisering, ressurser og kompetanse. Helse Sør-Øst RHF vil utarbeide mandat for arbeidet i dialog med helseforetakene.*

Mandat for arbeidet ble lagt frem for HR-direktørmøtet i HSØ i desember 2023. Fra Vestre Viken HF er det meldt inn to ressurspersoner som vil delta i arbeidsgruppen.

Helseforetaket skal registrere systematisk alle anmeldte vold- og trussel hendelser mot medarbeidere. Antall hendelser fordelt på somatikk, psykisk helsevern og prehospitaltjenester skal rapporteres tertialvis til Helse Sør-Øst RHF.

Alle anmeldte politianmeldelser om vold – og trusselhendelser registreres i saksarkivet. Det har i 2023 blitt meldt inn 13 hendelser innen psykisk helsevern og 12 hendelser i de øvrige klinikkene.

- *Helse Sør-Øst RHF har igangsatt et regionalt strukturert arbeid for å fremme riktig oppgavedeling mellom personell og effektiv organisering ved å vurdere og systematisere kompetansebehovet i ulike arbeidsprosesser. Helseforetakene og de private ideelle sykehusene med egne opptaksområder skal bidra inn i dette arbeidet med nødvendig ressurser og deling av kunnskap, erfaringer, og ulike tiltak knyttet til oppgavedeling. Arbeidene skal minimum omfatte:*
 - *Utvikle, etablere og vedlikeholde «Kompetanseportalen» for ansattes formelle og reelle kompetanse. Systematisere kompetanseplaner i henhold til regionale føringer og sikre tydelig ansvarsforhold.*
 - *På bakgrunn av kartlegging av arbeidsoppgaver og behov for kompetanse, vurdere, og hvor det er hensiktsmessig, igangsette nødvendig prosesser for å endre sammensetningen av ulike helsepersonellgrupper. Bruk av personell uten helsekompetanse skal vurderes.*

I henhold til retningslinje for oppgavedeling benyttes Kompetanseportalen til kompetanseplaner og sertifiseringsordninger for aktuelle oppgaver. Planene skal inneholde, teoretisk undervisning (eventuell e-læring), prosedyregjennomgang, praktisk trening og resertifisering.

Fire enheter i Vestre Viken HF deltar i Oppgavedelingsprosjektet initiert fra HSØ som skal understøtte helseforetakenes arbeid med oppgavedeling:

- Ringerike sykehus, Medisinsk avdeling
- Drammen sykehus, Fødeseksjonen
- Drammen sykehus, Nevromuskulær post
- Kongsberg sykehus, Medisinsk sengepost

Arbeidet startet opp i september 2023 og pågår i de ulike enhetene. Oppgavedeling som det fokuseres på er fra sykepleiere til helsefagarbeidere i de medisinske postene og fra jordmor til barnepleiere, samt til helsesekretærer og kontorpersonell. Ved nevrologisk post ved Drammen sykehus vurderes det å gjeninnføre kommunekontakt, samt å gå fra primærsykepleier til teambasert sykepleie.

Ved fødeseksjonen ved Drammen sykehus er det satt som mål at barnepleiere skal ha gjennomgått og oppnådd konkrete læringsmål innen 20.3.2024. Læringsmålene for helsesekretærer er oppnådd i løpet av høsten 2023 og helsesekretærene utfører nå konkrete oppgaver innenfor registrering og bestilling. Ved medisinsk avdeling på Ringerike sykehus og medisinsk post på Kongsberg sykehus arbeides det også med opplæring med konkrete mål for oppgavedeling og bedre arbeidsflyt.

For ikke-medisinske tjenester (Facility Management-tjenester levert av Intern service), har det i 2023 vært igangsatt aktivitet/ tiltak for oppgavedeling innen vareforsyning (logistikkmedarbeider), pasientforflytning (portør) og operasjonsrenhold. Det er samtidig igangsatt et planarbeid for oppgavedeling også for matforsyning (matverter inn i servitør-rolle), samt ytterligere oppgavedeling innen renhold.

Eksempelvis har logistikkmedarbeidere overtatt varelogistikk (bestilling, varemottak og utplassering) for flere enheter på tvers av lokasjon i helseforetaket, inkludert vareforsyning til "Grønn sone". Logistikkmedarbeidere holder orden på alle vevsprøver i avdeling for klinisk patologi, som kan være opptil 200 000 glass/ år. Ansvar for arkivering av vevsprøver lå tidligere hos bioingeniør. Et annet eksempel er fra operasjonsavdelingen på Kongsberg sykehus der oppgavedeling har ført til at operasjonssykepleiere og ansatte på sterilsentralen har fått frigitt tid til å øke servicegraden til operasjonsstuene, noe som gir bedre flyt i arbeidsprosesser og dermed mindre ventetid for pasientene.

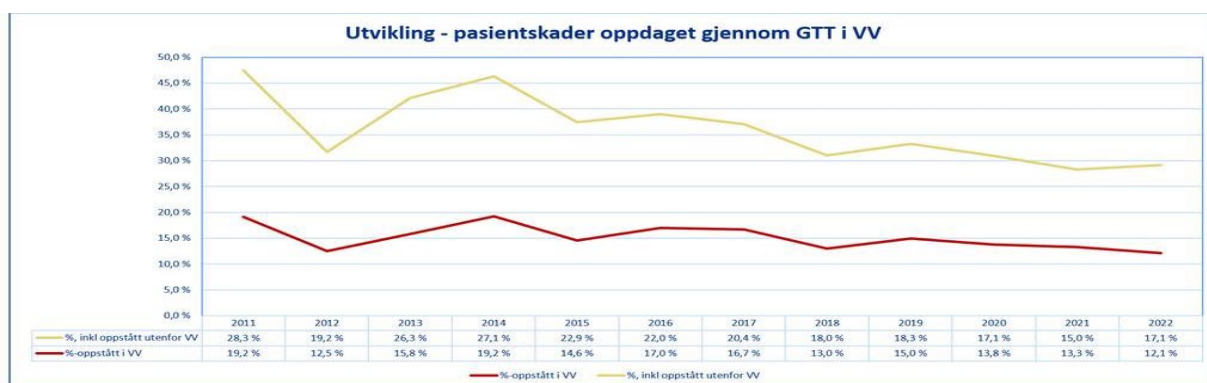
3.2.2 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet

- *Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderte pasienter i 2023 skal økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2022, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.*

Det har vært arbeidet strategisk for å øke antall kliniske behandlingsstudier. 55 kliniske behandlingsstudier inkluderte pasienter i 2023. Dette er en økning på 15% fra 2022.

- *Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 pst. i 2023, jf. mål i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.*

Antallet pasienter som opplever en pasientskade i helseforetaket ligger på tilnærmet samme nivå som tidligere, rundt 12%. Vi ser en trend over de siste årene med en nedgang i alvorlige skader. Av skadene som avdekkes gjennom GTT metodikken, er det kun ca. 50% av skadene som kan forebygges.



Vestre Viken HF vil, som andre HF, ser på mulighetene for å bruke maskinlæring til å hente ut triggere.

- *Helseforetaket skal videreføre antibiotikastyringsprogram med ledelsesforankring, overvåkning og rapportering om antibiotikabruk og -resistens, samt antibiotika-team, jf. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten 2016-2020. Forbruket av bredspektrede antibiotika skal holdes på samme nivå, eller lavere, enn i 2019 (målt i DDD/100 liggedøgn).*

Sykehusene videreførte arbeidet med antibiotikastyring. Tre av Vestre Viken HF sine fire sykehus har etablert styringsprogram i henhold til nasjonale krav, og det siste sykehuset arbeider aktivt for slik etablering. Helseforetakets to mikrobiologiske laboratorier har ulike datasystemer, og kun ett av disse systemene kan levere rapporter for antibiotika resistens. Sykehuspartner arbeider med å løse denne saken. Dette betyr at inntil videre benytter helseforetaket nasjonale resultater for antibiotika resistens.

Vestre Viken HF's gjennomsnittlige forbruk var 15,1 DDD/100 liggedøgn i 2019, tilsvarende i 2023 (til og med november) var 16,6, altså en økning på 9,9 prosent. Hovedårsaken til økningen er endrede nasjonale anbefalinger for bruk av bredspektrede antibiotika.

Det er verdt å merke seg variasjon mellom sykehusene, hvor Kongsberg sykehus lå lavest og Ringerike sykehus høyest.

- *Helseforetaket skal fortsette arbeidet med å styrke intensivberedskapen slik at sykehusene ved større kriser raskt kan skalere opp kapasiteten, jf. Koronakommisjonens andre rapport (NOU 2022: 5).*

Nåværende antall kategori 1-, 2- og 3-senger i normalsituasjon, og hvilken kapasitet foretaket kan øke til ved behov for økt kapasitet og beredskapskapasitet er angitt i tabellen:

Vestre Viken HF	Normal drift, oktober 2023	Økt kapasitet (kan opprettholdes på døgnbasis over fire uker uten vesentlig reduksjon av planlagt aktivitet), oktober 2023	Beredskapskapasitet (kan opprettholdes på døgnbasis over to uker når all planlagt aktivitet utsettes (unntak: barn, kreft), oktober 2023)
Sengekategori 3 (fullverdig intensivseng)	12	19	30
Sengekategori 2 (overvåkningsseng)	12	19	23
Sengekategori 1 (forsterket observasjonsseng)	7	Usikkert (avhenger av personellbehov for kat 2+3)	Usikkert (avhenger av personellbehov for kat 2+3)
Sengekategori 3+2 (total intensiv- og overvåkningskapasitet)	24	38	53

Det er i 2023 ikke opprettet nye senger i kategori 3 og 2 utover de tidligere rapporterte. Arbeidet med å øke kapasiteten (fleksibiliteten) mtp. antall senger (og evt. fordeling mellom kategori 3 og 2) er forsinket, men sees i sammenheng med forberedelsene til innflytting i Nye Drammen sykehus og en gjennomgang av organiseringen av intensivkapasiteten i hele foretaket. Det er arbeidet systematisk med kompetanseplaner for flere yrkesgrupper, inkl. sykepleiere, helsefagarbeidere. Vestre Viken er representert i referansegruppen til Fagskolen som utvikler en videreutdanning for helsefagarbeidere i intensivpleie. Vi er kjent med at Fagskolen planlegger oppstart av omkring 20 plasser i denne videreutdanningen høsten 2024, og vi vil være interessert i å sende noen av våre helsefagarbeidere på denne videreutdanningen.

Det er gjennom 2023 arbeidet med å etablere en døgnkontinuerlig legebemannet ambulansetjeneste som skal ivareta transport av syke nyfødte samt intensivtransporter mellom våre klinikker. Tilbudet startes opp 5. februar 2024. Dette styrker muligheten for å utnytte totalkapasiteten innenfor intensivbehandling i helseforetaket på tvers av våre klinikker og således bidra til å øke fleksibiliteten i tilbudet.

- *Helseforetaket skal i samarbeid med Regionalt palliativt team for barn og unge ved Oslo universitetssykehus HF oppsummere status for etablering av barnepalliativt team og styrke teamet i tråd med tilskuddet som blir tildelt. Helseforetaket skal rapportere om status i arbeidet innen 15. august 2023.*

Det er etablert barnepalliativt team som er styrket i tråd med tilskuddet. Vestre Viken HF har tidligere rapportert på status innen oppgitt frist.

- *Helseforetaket skal ha særlig oppmerksomhet på sårbare barn og unge, herunder legge til rette for økt antall medisinske undersøkelser i Statens barnehus.*

Vestre Viken HF har medarbeidere fra Barne- og ungdomsavdelingen og Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i to helsekartleggingsteam i samarbeid med Bufetat, institusjonen Gullhella.

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling har en regional kompetansefunksjon for barn og unge med seksuell skadelig adferd, med veiledningsansvar for Vestfold og Telemark sykehus. Samarbeidsavtalen med Bufetat Sør er revidert høsten 2023.

- *Helseforetaket skal videreutvikle og implementere verktøy for å avdekke omsorgssvikt og barnemishandling som rammer barn og unge, jf. pilotprosjektet «Barn under radaren» i Sørlandet sykehus HF. Oppdraget løses i samarbeid med Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.*

Helseforetaket har startet implementeringen et verktøy for å avdekke omsorgssvikt og barnemishandling som rammer barn og unge, jf. pilotprosjektet «Barn under radaren» ved Sørlandet sykehus HF. I løpet av 2024 skal alle akuttmottakene ha innført verktøyet. Oppdraget løses i samarbeid med Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

- *Helseforetaket skal styrke sitt arbeid med helsekompetanse, blant annet gjennom å synliggjøre opplæringstilbudene til pasienter og pårørende på egne nettsider.*

Opplæringstilbudene til pasienter og pårørende er nå samlet og gir en god oversikt på helseforetakets hjemmesider. Det arbeides videre med å se på mulighetene for samtidig å gi en oversikt over kommunale tilbud, som ytterligere vil øke tilgjengeligheten til tilbud som kan øke helsekompetansen til den enkelte.

Lærings- og mestringssenteret har startet en utviklingsprosess for å sikre at arbeidet med å styrke pasienter og pårørendes helsekompetanse følger en overordnet plan for å sikre mer bærekraftige og likeverdige tjenester.

- *Helseforetaket skal gjennomføre minst to kliniske fagrevisjoner etter anbefalinger fra Regional veileder for kliniske fagrevisjoner. Valg av revisjonstema baseres på analyser av egne resultater fra kvalitetsregister/helseatlas/nasjonale kvalitetsindikatorer der helseforetaket oppnår dårligere resultater enn virksomheter det er naturlig å sammenligne seg med.*

I 2023 gjennomførte Vestre Viken HF klinisk fagrevisjon innenfor strålevern. Det er også gjennomført en revisjon av nukleærmedisinsk undersøkelse DaTSCAN. Det er igangsatt, men ikke ferdigstilt en klinisk fagrevisjon med temaet: bruk av kirurgi ved degenerative menisk rupturer. Neste planlagte fagrevisjon er på området bildediagnostikk og bruk av lab/røntgen tjenester i henhold til Kloke valg, denne planlegges gjennomført i 2024.

3.3 Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

3.3.1 Ventetid

- *Gjennomsnittlig ventetid skal ikke øke sammenliknet med 2022. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikken*

Gjennomsnittlig ventetid innen somatikk for avviklede pasienter var 73 dager i 2023. Dette er 9 dager lengre enn i 2022.

En av hovedårsakene til økte ventetider totalt sett er utfordringen vi har på kapasitet innenfor øyefaget. Gjennom året har omkring 30% av fristbrudd ligget innenfor dette faget. Det er laget en handlingsplan for å øke kapasiteten; to nye overleger er ansatt, det gjennomføres kveldspoliklinikk, det er innkjøpt nytt MTU for å øke kapasiteten, det arbeides med oppgavedeling og særlig oppfølging av sykemeldinger i avdelingen. For øvrig er det utfordringer innenfor gastromedisin og hjertemedisin, her pågår også tiltak og vi ser i andre halvdel reduksjon i antall pasienter med lang ventetid.

- Gjennomsnittlig ventetid skal ikke øke sammenliknet med 2022 for psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og TSB. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge, og 30 dager for TSB.

pr desember	Hittil i år	Hittil i fjor	Endring fra i fjor
Ventetid			
VOP	46	43	4
BUP	46	50	-4
TSB	39	37	2
SUM PHR	46	44	2

Innen PHR er ventetiden samlet i desember på 40 dager, og hittil i år 46 dager.

3.3.2 Pasientavtaler

- Helseforetaket skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene.

87,4% av pasientavtalene ble overholdt i 2023. Dette er en svak nedgang fra 2022.

- Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst.

Andelen telefon- og videokonsultasjoner i 2023 er 11,7%. Dette er en liten økning fra 2022. Det arbeides aktivt med å tilrettelegge for digital oppfølging og innføringen av Delta-funksjonen i DIPS Arena vil bidra til en enklere logistikk.

3.3.3 Epikriser

- Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning innen somatikk, psykisk helsevern for voksne og TSB.

77,8% av epikrisene er sendt innen 1. dag etter utskrivning. I somatikk er 78,9% sendt innen 1 dag. For PHR er 62,1% av epikrisene sendt innen 1. dag

3.3.4 Pasientforløp

- Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 pst.

Per desember 2023 fikk 70% av pasientene som er i pakkeforløp for kreft gjennomført dette innen standard forløpstid. Det er fortsatt stor variasjon i måloppnåelse innen de ulike pakkeforløpene.

- Andel pasienter i pasientforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling som sammen med behandler har utført en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.

Pr. desember 2023 er andel pasienter i pasientforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling som sammen med behandler har utført en behandlingsplan 54 % samlet sett for PHR. Registrering av kode varierer mellom de ulike avdelingene i PHR mellom 75 % til 30 % og det antas at det er en underrapportering sett opp mot gjennomføringen i praksis. Med innføringen av DIPS arena vil kodingen forenkles og dette antas å kunne gi bedre kvalitet på rapporteringen, ettersom det i dag ikke er noen støtte for automatisk koding av dokumentopprettelse.

Sett opp mot landsgjennomsnittet på 41 %, ligger Vestre Viken HF over; dette til tross for at vi er under måltall.

- *Helseforetaket skal i løpet av 2023 ha implementert pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Pakkeforløpet gjelder alle kreftformer, også ved akutt innleggelse og for barn og unge.*

Det er etablert et system for pakkeforløp hjem som var klart i august. Tre av fire sykehus er godt i gang med implementeringen, mens Drammen Sykehus er i gang med planlegging for oppstart med pasientforløp brystkreft. De tester ut å inkludere kartleggingssamtalen i digital hjemme oppfølging. Per november 2023 er det gjennomført 138 kartleggingssamtaler.

3.3.5 Behandlingstilbud

- *Regjeringen skal legge fram en stortingsmelding om det prehospitale området. Helse- og omsorgsdepartementet ber om innspill til meldingen. Innspill bør peke på hovedutfordringene i den akuttmedisinske kjeden og hvordan et godt tjenestetilbud med kort responstid kan opprettholdes. Det bes i tillegg om at innspill belyser følgende:*
 - *Hvordan helse- og omsorgstjenesten kan få til bedre samhandling mellom sykehus og kommune om akuttmedisinsk beredskap og ressursutnyttelse, herunder muligheter for bedre/ mer samarbeid mellom legevakt, KAD/ØHD, ambulansetjenesten og akuttmottakene*
 - *Gode parametere for aktivitet og drift i akuttmottak som kan breddes ut nasjonalt (jf. Nasjonal faglige retningslinje for somatiske akuttmottak)*
 - *En vurdering av hvordan høy grad av beredskapstid i ambulansetjenesten kan brukes mest mulig effektivt ved å legge til rette for at ambulanspersonellet kan gjøre oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.**Helseforetaket skal gi innspill til Helse Sør-Øst RHF innen 10. november 2023.*

Vestre Viken HF's høringsinnspill er oversendt Helse Sør-Øst. Saken er behandlet i brukerutvalget og ungdomsrådet. Kommunene i helsefelleskapet er orientert om saken og kom med innspill i Strategisk Samarbeidsutvalg 6. november 2023.

3.4 Øvrige krav og rammer for 2023

3.4.1 Beredskap og sikkerhet

- *Med bakgrunn i det ovennevnte skal helseforetaket*
 - *delta i internasjonale innsatsteam og kapasiteter, og bidra i arbeidet med å videreutvikle disse i samarbeid med DSB og Helsedirektoratet med bakgrunn i gjennomførte evalueringer, herunder NOR EMT og helseteam.*
 - *bidra i utviklingen av operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret i hele krisespekteret basert på erfaring og kunnskap fra piloten i Helse Nord RHF.*
 - *etablere nasjonalt begrenset nett (NBN) (tekst og tale).*
 - *sikre robust infrastruktur, kompetanse og bemanning i AMK-ene (gjelder helseforetak med AMK).*

Vestre Viken HF har begrensede muligheter til å påvirke deltakelse i internasjonale innsatsteam og kapasiteter. Helseforetaket er ikke involvert i arbeidet med å videreutvikle teamene. Vestre Viken HF bidrar til utviklingen av operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret gjennom deltakelse i det regionale beredskapsutvalget. Fremdriften i arbeidet avhenger av arbeidet som gjøres i Helse Nord RHF.

NBN er under etablering. Infrastruktur er etablert. Fase 1 (tekst) implementeres i januar 2024. Utstyr til fase 2 (VTC) bestilles og implementeres så snart anbefaling om utstyrvalg foreligger. AMK Vestre Viken HF har redundant strømforsyning som fullskalatestes 4 ganger i året. Alle operatørplasser er utstyrt med håndholdt nødnetterminal med ekstern antenne til bruk ved feil på ICCS. AMK er utstyrt med satellittelefon, og det er etablert ny reserveløsning for telefoni. AMK har gjennom mange år hatt god rekruttering til ledige stillinger. Turnusordning med tilbud om 12 timers vakter, godt arbeidsmiljø, høy grad av faglig fokus og utvikling antas å være noen

av årsakene. AMK følger KOKOMs retningslinjer for opplæring av AMK operatører. Det gjennomføres et strukturert opplæringsløp som avsluttes med sertifisering før den nyansatte får jobbe selvstendig. I opplæringsperioden tilstrebes det å hospitere hos relevante samarbeidspartnere som 110, 112, ambulanse, legevakt, akuttmottak, helseekspress m.m. for å øke forståelsen for deres ansvar, oppgaver og muligheter. Alle ansatte gjennomfører regelmessige resertifiseringer, hospiteringer og e-læringskurs.

- *Det vises til oppdrag gitt i foretaksmøtet 31. mars 2022 om Medevac-pasienter fra Ukraina. Helseforetaket skal videreføre innsatsen med mottak av medisinsk evakuerte pasienter fra Ukraina og sørger for behandling av disse pasientene. Regional og nasjonal koordinering videreføres i regi av Oslo universitetssykehus HF. Det legges til grunn at kostnadene vil bli dekket. Det skal føres oversikt over kostnadene.*

Drammen sykehus har fått koordinatorfunksjon internt i Vestre Viken HF. Drammen sykehus mottok i 2023 totalt 6 pasienter via MEDEVAC-ordningen, hvorav 2 pasienter var overføringer fra OUS Ullevål. En av de 6 pasientene var en krigsskadet soldat, mens de øvrige pasientene har vært kreftpasienter.

Koordinator for MEDEVAC-ordningen i HSØ har sendt ut mange forespørsler der Drammen sykehus av kapasitetshensyn ikke har hatt anledning til å gi tilbud. Ved andre anledninger har pasienter fått tilbud om oppfølging ved Drammen sykehus, men der pasientene har blitt kanalisert til andre sykehus i Norge/øvrige MEDEVAC-land. Det har gjennomgående vært god dialog med regional koordinator ved OUS, og stor forståelse for at Drammen sykehus ikke alltid kan gi tilbud.

Erfaringsmessig ligger ofte pasientene med krigsskader flere måneder i sykehuset. Kreftpasientene er i ulike faser av sin kreftsykdom når de kommer til Norge. De fleste har vært innlagt noen dager i Kirurgisk avdeling før videre oppfølging ved poliklinikken. Noen pasienter har raskt kommet i palliativt løp og derfor hatt behov for sykehusinnleggelse.

- *Helseforetaket skal etablere planer for blodberedskap. Norsk koordineringssenter for blodberedskap vil bistå. Rammer for arbeidet fastsettes av de regionale helseforetakene i fellesskap.*

Ansatte i blodbankene i Vestre Viken HF har deltatt på webinar i regi av Norsk koordineringssenter for blodberedskap. Det er meldt inn medlem til nyopprettet fagutvalg for transfusjonsmedisin i Helse Sør-Øst, som blant annet skal bistå med regional koordinering av blodberedskap. Blodbankene i helseforetaket utarbeider en risikovurdering med utgangspunkt i scenarier av en slik alvorlighetsgrad at vanlige beredskapsplaner ikke er tilstrekkelige. Risikovurderingen skal brukes til å lage en beredskapsplan som kun er til bruk for «worst-case»-scenarier.

3.4.2 Eierskapsmeldingen

- *Helseforetaket skal følge statens forventninger som fremkommer i eierskapsmeldingen.*

- *Lov om virksomheters åpenhet og arbeid med grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold trådte i kraft 1. juli 2022. Helseforetaket skal innrette sin virksomhet i tråd med åpenhetsloven.*

Vestre Viken HF forvalter store ressurser på vegne av fellesskapet og helseforetaket er seg bevisst at staten som eier har stilt tydelige krav med forventninger om å opptre ansvarlig og være ledende når det gjelder å ivareta menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, redusere klima- og miljøavtrykk samt forebygge økonomisk kriminalitet, som f.eks. korrupsjon og hvitvasking av penger. Vestre Viken HF skal ta aktivt samfunnsansvar på overordnet nivå. Dette har i 2023 kommet til uttrykk på ulike måter. Helseforetaket utfører aktsomhetsvurderinger i

tråd med OECDs retningslinjer og systematikk og helseforetakenes arbeid koordineres av Helse Sør-Øst RHF. En helhetlig tilnærming til arbeidet er i tråd med føringene i Eierskapsmeldingen.

I 2023 har Vestre Viken HF utarbeidet en prosedyre for aktsomhetsvurderinger etter åpenhetsloven, identifisert risikoområder og tiltak, gjennomført utvalgte risikovurderinger samt utarbeidet prosedyre for behandling av informasjonskrav etter åpenhetsloven, se [Rapport åpenhetsloven og samfunnsansvar i Vestre Viken HF](#). I 2024 vil nye risikoområder gjennomgås. Helseforetaket følger nøye med på hva som vil være aktuelle sentrale forbedringstiltak framover.

3.4.3 Teknologi, digitalisering og informasjonssikkerhet

- Informasjonssikkerhet handler om å sikre informasjonsbehandlingen som inngår i systemer og ansattes arbeid. Helseforetaket skal ha oversikt over sine viktigste verdier og risikoer, slik at IKT-systemer og tjenester bestilles med egnet sikkerhetsnivå. Helseforetaket skal gjøre Sykehuspartner HF kjent med verdiene og relevante endringer som påvirker informasjonssikkerheten.*

Vestre Viken HF har oversikt for IKT-systemene med kritikalitetsvurdering nivå 1-3. Regional protokoll for databehandlingsaktiviteter benyttes til å beskrive informasjon som er i IKT-systemene. Egnede sikkerhetsnivå vurderes i den enkelte bestilling og i samarbeid med Sykehuspartner – i tråd med regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Det vil videre være behov for å videreutvikle felles oversikter som grunnlag for bestillinger som med tanke på sikkerhetsvurderinger og -nivå for tjenestene.

Vestre Viken HF har oppdatert kartlegging av kritiske verdier som er gjort gjeldende for 2023.

- Helseforetaket skal gjennomgå eget beredskapsplanverk og vurdere behovet for å iverksette ytterligere forebyggende tiltak og tiltak for å håndtere og gjenopprette funksjon etter tilsiktede eller utilsiktede hendelser mot egen infrastruktur, IKT-systemer og viktige verdier.*

Planverket er evaluert gjennom samarbeidsmøter med Sykehuspartner og øvelser. Beredskapsplanverket med tiltakskort er oppdatert. Nød rutiner for IKT-systemer følges opp gjennom etablert IKT-styringssystem ved bruk av sjekklister. Det er identifisert behov for videreutvikling av etablerte tiltakskort for de mest kritiske systemene og infrastruktur.

3.4.4 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser

- Det vises til Dokument 3:4 (2022–2023) Undersøkelse av helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel. Helseforetaket skal følge opp Riksrevisjonens undersøkelse om helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel.*

Fengselspsykiatrisk behandlingstilbud til innsatte er organisert under Klinikk for psykisk helse og rus. Det er to fengsel i opptaksområdet, Ringerike fengsel og Ila fengsel og forvaringsanstalt. Overordnet ansvar for fengselspsykiatri er lagt til avdelingssjef Ringerike DPS. I praksis drives det som to koordinerte psykiatriske fengselsteam ved henholdsvis Bærum DPS for Ila og Ringerike DPS for Ringerike. Dette grunnet geografiske avstander og at ansatte spesialister og andre behandlere har delstillinger i fengsel og ved lokalt DPS. Ansatte fra helseforetaket er til stede i fengslene mange dager i uken, fengslene stiller med egnede lokaler. Begge team har spesialister og behandlere som gjennomfører utredning og behandling i det aktuelle fengselet flere dager i uken.

Det gjennomføres årlig tre-parts samarbeidsmøter mellom spesialisthelsetjenesten, kommunal helsetjeneste og Kriminalomsorgen. I tillegg gjennomføres det møter mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helsetjeneste flere ganger i året. Nye samarbeidsavtaler er

inngått i 2023. Det er fokus på kvalitet og arbeides med egne rutiner for LAR i fengsel i samarbeid med kommunalt helseteam ved Ila.

Vestre Viken HF opplever gjennomgående et godt samarbeid mellom helsetjenestene og fengslene.

3.4.5 Bygg og eiendom

- *Helseforetaket må som flyplassseier sørge for å gjennomføre nødvendige oppgraderinger og vedlikehold ved egne luftambulansbasefasiliteter. Dette inkluderer å sikre at normer/standarder og lovkrav ivaretas slik at basedriften til enhver tid opprettholdes. Kostnadene ved drift og investering skal for luftambulansbaseer dekkes inn gjennom leieavtaler.*

Vestre Viken HF har en basestasjon i Ål. Stasjonen er under oppdatering etter avvik fra arbeidstilsynet og luftfartstilsynet. Avvikene gikk bl.a. på garderober og inneklime. Avvikene lukkes nå og planen er ferdigstilling våren 2024. Kostnader ved drift og investering dekkes inn gjennom leieavtale.

- *Helseforetaket skal i 2023 utarbeide en plan for å implementere Regional digital tjenesteplattform for bygg og eiendomsforvaltning innen 2025.*

Nytt sykehus Drammen (NSD) er pilot for ny regional digital tjenesteplattform for bygg og eiendomsforvaltning sammen med Radiumhospitalet. Vestre Viken HF er pr i dag med i arbeidsgruppene sammen med Omega 365 som er ny leverandør. Kartlegging av ressursbehov for konvertering fra dagens system Lydia til nytt system Omega 365 gjennomføres så snart pågående pilot er ferdig. Implementering av NSD på ny plattform planlegges gjennomført i løpet av 2024, og planen er at resten av helseforetaket skal over fra dagens system Lydia til nytt system Omega 365 fortløpende etter 2024.

- *Helseforetaket skal i 2023 ta i bruk en kostnadsdekkende intern husleieordning, etter retningslinjene fra RHF-styresak 055-2022 Innføring av internhusleie i Helse Sør-Øst og presiseringene i innføringsprosjektet for internhusleie fra 2022.*

Vestre Viken HF innførte internhusleie i tråd med anbefalingene fra prosjektgruppen i HSØ. Vi deltar i prosjektgruppen med 2 ressurser fra hhv Intern Service og økonomi. Internhusleien er innført på klinikknivå og kontrakter er signert med klinikk direktørene for 2023. Beregningsunderlag for kapitalleie og reelle kostnader er lagt til grunn for husleiebelastningen. I løpet av 2023 er avdelingene også kvalitetssikret med tanke på rombruken, og for fremtiden skal husleien belastes ned på avdelingsnivå. Kostnadsberegningen i 2023 inkluderte ikke renholds kostnader, dette er inkludert i husleien i 2024 og framover.

3.4.6 Kontaktpersoner for forebygging av voldsrisiko

- *Helseforetaket skal oppnevne kontaktpersoner for PST og politiet som kan bidra til å fremme nødvendig informasjonsutveksling om voldsrisiko, basert på gjeldende regler for taushetsplikt og plikt til å bidra til samfunnsvern.*

Vestre Viken HF er i prosess med Oslo politidistrikt og Sør-Øst politidistrikt, og det forventes at strategiske samarbeidsavtaler er på plass tidlig i 2024. Arbeidet blir videreført i første halvår 2024 for å sikre nødvendig samarbeid og informasjonsutveksling på operasjonelt og taktisk nivå.

3.4.7 Pasientreiseområdet

- *Gevinstrealisering innen pasientreiseområdet*

*Pasientreiser HF skal dokumentere gevinster og gevinstrealisering internt i foretaket og i de fire helseregionene. Denne dokumentasjonen skal innarbeides i årlig sak om kostnadsutvikling på pasientreiseområdet.
Helseforetaket skal rapportere tertialvis til Helse Sør-Øst RHF, basert på aktiviteten utført ved helseforetakets pasientreisekontor, om helseforetakets faktiske gevinstuttak (definerte KPI-er fra tiltakene).*

Pasientreiser ved Vestre Viken HF har bidratt med tall og kommentarer til Pasientreiser HF slik at de skal få utarbeidet denne dokumentasjonen.

- *Effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innen reiser med rekvisisjon
Helseforetaket skal i samarbeid med Pasientreiser HF videreføre arbeidet med effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innen reiser med rekvisisjon, herunder: implementere nasjonale serviceparametere, pilotere ny rekvisisjonspraksis, følge opp læringspunkter fra evalueringsrapport etter prosjektet planleggings- og optimaliseringsløsning samt delta i kartlegging av arbeidsprosesser innenfor reiser med rekvisisjon.*

Pasientreiser ved Vestre Viken HF har deltatt og deltar aktivt i forbindelse med effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innen reiser med rekvisisjon. Helseforetaket har Helse Sør-Øst sin representant i både samarbeidsforum (SF), nettverk for reiser med rekvisisjon og juridisk nettverk. Det er gjennom 2023 jobbet med serviceparametere, og det tilstrebes å nå alle servicemålene. Vestre Viken HF leverer godt på de fleste målene. Målet om servicegrad på å besvare 80% av telefonene innen 90 sekunder ligger noe lavt grunnet. Hovedårsaker er høyt sykefravær og prioritering av samkjøringsgraden.

Prosjektet ny rekvisisjonspraksis har ikke kommet så langt at det er startet noen pilotering, dette er utsatt til 2024. Helseforetaket følger nøye med på ny innsiktsfase knyttet til ny vurdering av behovet knyttet til planleggings og optimaliseringsløsning som er et viktig effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak for avdelingen.

3.4.8 Bierverv

- *Vestre Viken HF skal påse at aktuelle retningslinjer, meldeplikt, lovgivning og gjeldende avtaler innen området bierverv er godt kjent og etterleves av alt personell i helseforetaket.*

Hensikten med registrering av bierverv er å forebygge at ansatte innehar bierverv, engasjement, eierinteresse og lignende i annen virksomhet som vil kunne komme i konflikt med helseforetakets interesser.

Det er kommunisert til alle ansatte at det er registreringsplikt for bierverv, enten man har bierverv eller ikke. Dette er oppdatert i arbeidsavtaler og i arbeidsreglementet. Kommunikasjon har gått i lederlinjen via "HR informerer", på informasjonsskjermer, på intranett, samt notis i MinGat (oversikt over arbeidstid, avspasering, ferie og fravær).

Pr desember 2023 er det 4 700 registreringer i personalportalen. Enkelte ansatte har oppført flere registreringer fordi de har flere bierverv. Det er fremdeles mange ansatte som ikke har registrert seg, og det vil gjentatt oppfordres til at alle registrerer seg.

3.5 Tildeling av midler og krav til aktivitet

3.5.1 Økonomiske krav og rammer

- *Vestre Viken HF skal i 2023 basere sin virksomhet på de tildelte midler.*

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

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

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

Basisramme er redusert fra budsjett på grunn av lavere pensjonskostnader.

Det ble i løpet av året gjort en budsjettendring på 177 MNOK som følge av økt bevilgning. Dette var en videreføring av bevilgningen i nysalderingen av budsjettet 2022 og en varig bevilgning knyttet til prisveksten i 2022. Det ble lagt inn en tilsvarende kostnad i budsjettet på grunn av uløst utfordring i budsjettet og den økte bevilgningen økte derfor ikke forventet resultat.

I revidert nasjonalbudsjett ble det i tillegg bevilget 86 MNOK som kompensasjon for høyere prisvekst og lønnsoppgjør. Satsene for ISF både for somatikk og psykiatri ble også justert for økt lønns- og prisvekst.

Planlagt virksomhet for 2023 var i overensstemmelse med de rammer som var tildelt. Vestre Viken HF hadde en uløst utfordring i budsjett 2023 og dette ble løst gjennom reduserte investeringer slik at samlet likviditetsforbruk ikke skulle overstige rammene.

Resultatet for året er ikke i samsvar med styringsmålet og omtales nærmere nedenfor.

• **Resultatkrav**

- *Årsresultat 2023 for Vestre Viken HF skal minst være på 178 millioner kroner.*

Vestre Viken HF har pr. desember I et overskudd på 65,3 MNOK. Dette er 112,7 MNOK lavere enn resultatkravet. Gevinst ved salg av eiendom og ambulanser bidrar positivt med 2,2 MNOK. Vedlikehold over drift utgjør 28,8 MNOK mer enn budsjett og denne posten møtes av lavere investeringer og slik sett ikke et netto merforbruk.

Kostnadsnivået har i 2023 vært betydelig høyere enn budsjett. Det er flere årsverk enn budsjett både på fast og variabel lønn. Året har vært preget av høyt sykefravær og rekrutteringsutfordringer innenfor flere stillingsgrupper. I tillegg kommer høyere lønnsoppgjør. Det har vært lavere aktivitet enn budsjettet. Inntektene er følgelig bak budsjett.

• **Likviditet og investeringer**

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

Helseforetaket styrer total likviditet innenfor de til enhver tids tilgjengelige rammer som tildeles via årlige inntektsrammer. Dette gjelder både til drift og til investeringer. Lavere resultat enn budsjett møtes av lavere investeringer slik at samlet likviditetsmessig forbruk ikke avviker vesentlig fra rammene.

- *Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2023 skal ikke benyttes til investeringer i 2023 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.*

Vestre Viken HF følger opp etablerte prinsipper for likviditetsstyring og sørger for effektiv styring av kontantstrømmer. Dette gjøres ved å følge etablerte prosesser som ved å:

- utarbeide forventningsrette likviditetsprognoser
- optimalisere kontantstrømmene ved å, der det er mulig, fremskynde innbetalinger og tilsvarende forskyve utbetalinger i tid (herunder utnytte kontraktsfestet kredittid der dette er hensiktsmessig)
- minimalisere effektiv kredittid ved å fokusere på avtaleinnhold og sikre effektive ordregistrerings-, fakturerings- og purre rutiner, blant annet ved effektiv bruk av regional avtale om innfordringstjenester
- sørge for effektive betalingsrutiner for inn- og utbetalinger
- minimalisere kredittrisiko ved å sørge for god kredittkontroll

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

Endelige investeringsrammer ble først besluttet i mars 2023 da man så resultatet for 2022. Total ramme inkluderer 100 MNOK som ble tilbakeholdt fra 2022. Tilsvarende vil investeringsbudsjett bli endelig fastsatt for 2024 når endelig resultat for 2023 foreligger.

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

Det er i 2023 gjennomført en revisjon av gevinstrealiseringsplan knyttet til nytt sykehus i Drammen og for helseforetaket samlet. Dette er innarbeidet i ØLP 2024 – 2027 og første år i planen er gjenspeilet i budsjett 2024.

Prosjektavhengige gevinster knyttet til NSD er videreført i tråd med forprosjektrapporten. Fra og med 2024 er disse gevinstene inkludert i den totale Bærekraftsplanen for Vestre Viken HF. Bærekraftsplanen er innarbeidet i budsjett 2024.

Gevinster er og blir rapportert fortløpende gjennom den tertialvise rapporteringen i SAS. I 2023 realiserer vi gevinster for redusert bruk av privat rehabilitering og reduserte kostnader til medikamenter/legemidler. Gevinst realisert totalt for 2023 er 22,2 MNOK.

3.5.2 Aktivitetskrav

- *Vestre Viken HF skal i 2023 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med aktivitetskravene fra Helse Sør-Øst RHF. En oversikt over de detaljerte kravene er tatt inn i vedlegg.*

Aktivitet i 2023	Somatikk	VOP	BUP	TSB
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) "sørge for" ansvaret				
Krav i oppdrag og bestilling	132 122	28 396	28 243	4 841
Resultat 2023	129 134	28 322	31 818	4 972
Avvik	-2 988	-74	3 575	131
Pasientbehandling				
<i>Antall utskrivninger døgnbehandling</i>				
Krav i oppdrag og bestilling	69 960	3 190	218	835
Resultat 2023	67 828	3 293	200	789
Avvik	-2 132	103	-18	-46
<i>Antall liggedøgn døgnbehandling</i>				
Krav i oppdrag og bestilling	224 744	63 000	6 315	13 920
Resultat 2023	221 456	65 825	5 443	14 492
Avvik	-3 288	2 825	-872	572
<i>Antall oppholdsdager dagbehandling</i>				
Krav i oppdrag og bestilling	37 375			
Resultat 2023	35 027			
Avvik	-2 348			
<i>Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner</i>				
Krav i oppdrag og bestilling	497 301	143 148	84 834	24 754
Resultat 2023	497 583	141 108	95 499	25 689
Avvik	282	-2 040	10 665	935

Somatikk

Aktivitet innenfor somatikk inkludert H-resepter målt som antall ISF-poeng er 2988 poeng lavere enn budsjettert. Enkelte avdelinger har hatt høyt sykefravær, vakante stillinger og rekrutteringsutfordringer som har påvirket aktiviteten.

4. Andre rapporteringer

4.1 Oppfølging av andre oppdrag

4.2 Andre forhold ved driften

5. Utviklingstrender og rammebetingelser

[Utviklingsplan 2035](#) og [Bærekraftsplanen](#) er Vestre Viken HFs viktigste strategiske dokumenter. Det peker ut retningen for arbeidet i årene fremover. For nærmere omtale av utviklingstrender og rammebetingelser vises det til Utviklingsplan 2035 og Bærekraftsplanen.

Det vises også til [Økonomisk langtidsplan \(ØLP\) 2024-2027](#), vedtatt av styret 15.mai 2023.

6. Strategier og planer

Det vises til punkt 5 med lenke til blant annet Utviklingsplan 2035. Andre pågående aktiviteter er:

Det virtuelle sykehuset

Det virtuelle sykehuset ble etablert i oktober 2022 som et fremtidsrettet tiltak for å kunne opprettholde en bærekraftig helsetjeneste. Det virtuelle sykehuset har som formål å være en samling av alle digitale tilbud til pasienter, brukere og pårørende i vårt opptaksområde. Tilbudene skal utvikles i tett dialog med pasienter og brukere. Til nå har det i stor grad vært ulike former for digitale konsultasjoner som det er satset på, digitale konsultasjoner, digital hjemmeoppfølging (i all hovedsak skjemabasert) knyttet til ulike pasientforløp, men også andre tilbud innenfor forskning, digitale sårtsjenester, innsyn i pasientjournal etc. er lagt inn i det virtuelle sykehuset. En pågående videreutvikling av tilbudene i det virtuelle sykehuset omfatter tilbud bl.a. innenfor hjemmesykehus/hjemmebehandling, ulike lærings- og mestringstilbud og akuttmedisinske tjenester i samarbeid mellom Klinikkk for prehospitale tjenester og de øvrige klinikkene.

Kreftsenters i Vestre Viken HF

I utkast til ny Nasjonal kreftstrategi 2024-2028 foreslås det som mål at alle fire helseregioner skal ha et Comprehensive Cancer Centre (CCC) akkreditert av Organisation of European Cancer Institutes (OECI). Per i dag er det kun Oslo universitetssykehus HF som innehar denne akkrediteringen. Det er ulike nivåer som kan oppnås innenfor OECI og nivået under CCC er Cancer Centre (CC). I Skandinavia er det kun Vejle Sygehus i Danmark som innehar en slik akkreditering. I forbindelse med at Vestre Viken HF starter opp med strålebehandling i Nytt sykehus Drammen, og således får et komplett krefttilbud, har vi som mål å oppnå akkreditering som et Cancer Centre. Det er avholdt et digitalt møte med Vejle sygehus hvor akkrediteringsprosessen og erfaringer er gjennomgått.

En akkreditering vil bidra til økt kvalitet i pasientforløpene ved at prosessene omkring logistikk, struktur og standardisering gjennomgås innenfor alle områder av kreftomsorgen i VVHF. Erfaringene fra Vejle var at det også gav et godt grunnlag for samarbeid mellom ulike avdelinger og åpner flere muligheter for økt samarbeid med det nærliggende CCC om bl.a. forskning og rekruttering av pasienter til kliniske studier. Vestre Viken HF ønsker å være først i Norge med akkreditering som et CC og arbeidet er påbegynt.

Nytt sykehus i Drammen

Arbeidet med forberedelser til flytting og ibruktakelse av nytt sykehus er godt i gang. Det planlegges for overtagelse og ibruktakelse av de første byggetrinnene i mai 2025, og full drift fra oktober 2025.

Salg Blakstad sykehus

Proessen med salg av eiendommen Blakstad sykehus er igangsatt i 2023. Det foreligger en prisvurdering fra 2018 og en mulighetsstudie for utnyttelse av eiendommen utarbeidet i 2019. Foretaket har hatt flere treffpunkter med Asker kommune om anvendelsen av eiendommen etter at sykehusdriften flytter ut i 2025. Det vurderes å legge en ny, regional poliklinikk for barn og unge til området, som en del av et felles helseknutepunkt med kommunen. Det er inngått avtale med megler og forberedelser for å legge eiendommen ut for salg i markedet pågår. På grunn av markedssituasjonen er planlagt salgstidspunkt forskjøvet til Q1 2025.

PHR eiendomsplan omfatter en stor del av Vestre Vikens tilbud innenfor Psykisk helse og rus. Det er foreslått ulike alternativer for hvordan lokalisering av tilbudet kan se ut fram mot 2040. Det vurderes modeller for lokalisering av polikliniske tjenester og lokalisering av døgnbehandling. En endelig rapport med forslag til konkrete eiendomstiltak er behandlet i 2023. Virksomheten vil allerede i 2024 forsøke å tilpasse seg til de foreslåtte fremtidige løsningene. De største omleggingene vil finne sted først frem mot 2030.

PHT eiendomsplan

Eiendomsplanen skal dekke alle PHT sine arealbehov fram mot 2040. Utviklingen av Drammen ambulansestasjonen har vært prioritert frem til nå fordi det ikke skal bygges ny stasjon ved Nytt sykehus i Drammen. I det videre arbeidet vil det lages planer for øvrige ambulansestasjoner, AMK og pasientreiser. Helse Sør-Øst RHF's arbeid med prosjektet Organisering av prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst vil kunne få betydning for arbeidet.

DEL IV: VEDLEGG

7. Vedlegg 1: Brukerutvalgets uttalelse til Årlig melding 2023

Vedlegg 2. BRUKERUTVALGETS UTTALELSE TIL ÅRLIG MELDING 2023

Arbeidsutvalget er gitt fullmakt til å utforme brukerutvalgets uttalelse til årlig melding for 2023. Samlet brukerutvalg fremlegges uttalelsen til årlig melding i møte 20 februar 2024. Brukerutvalget Vestre Viken HF har felles oppfatning av hovedtrekkene som kommer frem i resultat og utfordringer slik de er beskrevet.

Ventetider

Økte ventetider skaper utrygghet for pasienter og pårørende og er en slitasje for de ansatte som ønsker å gi gode tjenester. Brukerutvalget erkjenner at det ikke finnes enkle løsninger, men forutsetter at det jobbes kontinuerlig med ulike løsninger for å bidra til best mulig tjenester til befolkningen. Vi er kjent med at de fleste ventende er i polikliniske konsultasjoner.

Her må helseforetaket jobbe med å ta i bruk og videreutvikle gode digitale løsninger, som kan være en av flere løsninger til å få ned ventelistene.

Bruk av videokonsultasjoner og andre digitale løsninger

Digital hjemmeoppfølging har skutt fart, men bruken av telefon- og videokonsultasjoner har avtatt i etterkant av pandemien og ligger nå under nasjonale mål. Dette er løsninger som kan bidra til en enklere hverdag for mange pasienter og pårørende, og til økt effektivitet i tjenesten. Her er det på sin plass og minne om "digitalt først", som en føring for utvikling av tjenester i Vestre Viken. Utvalget vil gjenta sin oppfordring om at det skilles mellom telefon- og videokonsultasjoner for å gi et bedre bilde av de tjenestene som gis og de utfordringene som må løses. Dette blir nå viktig å forankre i ledergruppene. Vestre Viken kortet må gjøres bedre kjent og tas i bruk. Brukerutvalget er kjent med at det skal gjennomføres en informasjonskampanje for å bidra til dette. Brukerutvalget mener dette er et viktig tiltak.

Brukerinvolvering gjennom brukerundersøkelser

Brukerutvalget har over lengre tid etterlyst en SMS-løsning som kan bidra til en høyere svarprosent på sykehusets brukerundersøkelser. Brukerutvalget etterspør en intensivering av arbeidet med brukerundersøkelser og forventer en løsning i nær fremtid. I påvente av at dette løses må administrasjonen se nærmere også på andre alternativer for å innhente brukererfaringer.

Pakkeforløp kreft

Brukerutvalget registrerer at Vestre Viken HF har arbeidet godt for å oppnå full måloppnåelse på 70 % innen alle kreftområder. Selv om gjennomsnittlig oppnåelse er over 70% ser vi at det ulikheter mellom de ulike kreftområdene. Det er bekymringsverdig. Det må også jobbes bedre for å få til gode overganger mellom sykehusene og kommunene.

Samvalg, informasjon og kommunikasjon

Å styrke brukermedvirkning på individnivå må fortsatt være et fokusområde i 2024. Samvalg er etter brukerutvalgets mening strategisk viktig for å oppfylle pasientrettighetslovens intensjoner og realisere «pasientens helsetjeneste».

Bygg og vedlikehold

Brukerutvalget er bekymret for at kuttene i BRK prosjektene vil gå ut over pasientsikkerheten.

Pasientreiser

Kvaliteten på pasientreisetjenestene har blitt kritisert i 2023. Brukerutvalget forventer en innsats som gir pasientene tryggere transport til og fra sykehuset.

Fleksible samhandlingsarenaer i psykisk helse

Å møte pasientene der de bor gir bedre samhandling og færre brudd i behandlingen. Fortsatt satsing på FACT Ung og FACT Voksen team er viktig for å få til dette. Det samme gjelder videreføringen av FACT Sikkerhet fra prosjekt til drift. Dette er med å forbedre tjenesten for pasienter i sikkerhets psykiatrien.

MAP i psykisk helsevern

Brukerutvalget er positive til at tilpasset opplæring i MAP, møte med aggresjonsproblematikk, er implementert i alle avdelinger i klinikken.

Oppfølging av andre større oppdrag

Brukerutvalget er aktivt med i EU-innovasjonsprosjektet Carematrix der VVHF er med å utvikler systemer for pasienter med sammensatte diagnoser. Fokus er på individuelle behandlingsplaner, koordinering mellom tjenestenivåer og samhandling på tvers av faggrupper.

Helsefellesskapet

Helsefellesskapet er en viktig arena for diskusjoner og tilrettelegging for økt samarbeid mellom sykehuset og våre 22 kommuner. Brukerutvalget deltar på flere områder i dette arbeidet og vil understreke betydningen av dette arbeidet for en felles helsetjeneste, med gode overganger mellom forvaltningsnivåene og best mulig utnyttelse av våre felles ressurser. I den sammenhengen gjentar vi en tidligere oppfordring om at alle pasienter får med seg sin *epikrise* ved utskriving. Dette gjør det enklere for pasient og pårørende å følge opp behandlingen som er gitt, eventuelt for kommunen dersom pasienten skal ha fortsatt oppfølging derfra.

Dato: 2. februar 2024
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Styrets årsberetning for 2023, førstegangsbehandling av utkast

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte Vestre Viken HF	13/2023	19.02.2024

Forslag til vedtak

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

Drammen, 12. februar 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

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

Saksutredning

Styrets årsberetning følger innretningen i tråd med tidligere år, og formalkrav i samsvar med Regnskapsloven. Beretningen gir ellers uttrykk for hovedlinjene i det året som er gått. Årsberetningen vil til en viss grad være overlappende med årlig melding, men sammen med Glimt fra 2023 vil den gi et overblikk over Vestre Viken HFs virksomhet gjennom 2023. Formalkravene er dekket gjennom overskrifter og underoverskrifter, og er sånn sett en rettesnor for hvilke områder som skal omtales. Utover dette står foretaket fritt til omtale virksomheten.

Styret har tidligere bedt om at årsberetningen søkes forkortet. Det er tatt til etterretning. Samtidig er den nå supplert med områder som tidligere ikke har vært dekket i særlig grad. Det omfatter intern kontroll og virksomhetsstyring, beredskap og kravet til rapportering på, samfunnsansvar.

Det er for 2023 stilt krav til rapportering av samfunnsansvar i tråd med Regnskapslovens § 3-3 c. Redegjørelsen skal minst omhandler miljø, sosiale forhold, arbeidsmiljø, likestilling og ikke-diskriminering, overholdelse av menneskerettigheter og bekjempelse av korrupsjon og bestikkelser. I tillegg er det særskilte krav i Åpenhetsloven og Likestilling og diskrimineringsloven. Ved å utdype dette i årsberetning vil det ikke være nødvendig med en egen rapport fra styret for behandling i egen sak, jfr. sak 67/2023.

Alt tallgrunnlaget er ikke endelig oppdatert i utkastet som her fremlegges for gjennomsyn. Dette omfatter blant annet egenkapital og likviditet. Det er ikke forventet vesentlige endringer fra 2022, slik at omtalen forventes å være tilnærmet likelydende i den endelige årsberetningen som styret får til behandling sammen med årsregnskapet 19. mars 2024.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør imøteser styrets supplerende innspill til årsberetningens innhold, og foreslår at styret tar saken til orientering, med de innspill som ble gitt i møtet.

Vedlegg: 1. Styrets årsberetning for 2023 v. 0.9

Årsberetning 2023

OM HELSEFORETAKET

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

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

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

Ansvar for prehospitaltjenester er delt mellom Vestre Viken og Oslo universitetssykehus hvor sistnevnte har AMK-ansvar for Bærum og nye Asker kommune og ambulansetjeneste for Bærum og gamle Asker, mens Vestre Viken har ansvaret for den øvrige delen.

Administrerende direktør i foretaket er Lisbeth Sommervoll. [\(Sette inn bilde av Lisbeth Sommervoll\)](#)

VIRKSOMHETSSTYRING OG INTERN KONTROLL

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

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

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

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

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

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

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

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

Det er i 2023 videreutviklet systemer og strukturer i organisasjonen for å understøtte kontinuerlig forbedring, ytterligere bredde kompetanse i praktisk endringsarbeid, øke bruken av kompetansen og øke effekter av kompetansen. Det er et potensiale for i enda større grad ta i bruk kunnskap, metode og verktøy i alt endrings- og utviklingsarbeid i foretaket. Da blir kvalitetsforbedring en mer integrert del av virksomhetsstyringen, som igjen kan bidra til vellykket implementering av planer for bærekraftig utvikling.

PASIENTBEHANDLING

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kvalitet i pasientbehandlingen

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

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

Foretaket har etablert et system som identifiserer risikoområder og trender innen pasientsikkerhet og arbeidsmiljø for å redusere antall utilsiktede hendelser. Ved alvorlige hendelser årsaks-analyseres hendelsen gjennom enten fullverdige hendelsesanalyser eller noe forenklete hendelsesgjennomganger. Erfaringene fra utilsiktede hendelser blir brukt til læring i hele virksomheten. Det er etablert et system for å utarbeide og dele læringsnotater og risikovarsler på tvers i foretaket både når det gjelder pasientsikkerhet og innen HMS. I 2023 ble det utarbeidet to risikovarsler og tre læringsnotater. Det er fortsatt et potensiale for å spre

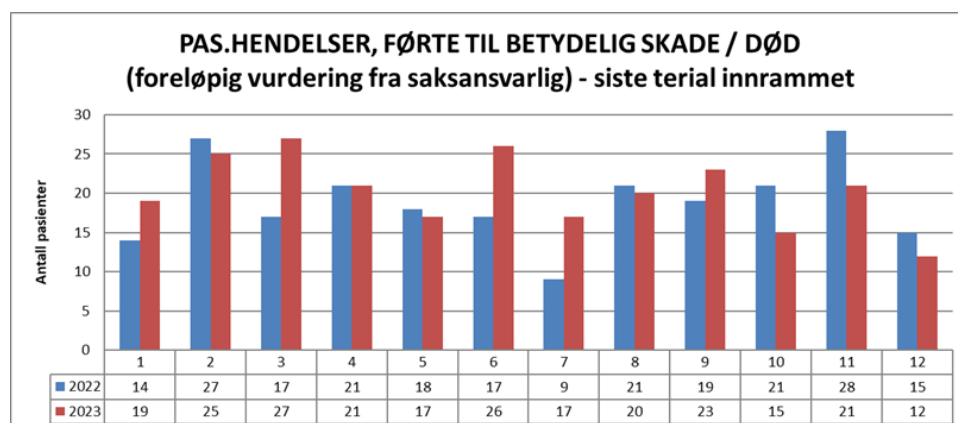
erfaringer og læring etter hendelser. Som et ledd i å lære og dele av det gode arbeidet som gjøres er det besluttet å innføre verktøyet #Råbra.

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

Håndtering av uønskede hendelser

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

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



Det er registret 72 dødsfall i 2023, en stor andel av disse er selvmord.

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

Ventetid

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som fikk avviklet time innen somatikk var 73 dager. Dette er en økning på 8 dager sammenliknet med 2022, og lengre enn det langsiktige målet på 50 dager. Fagområder med lang ventetid har vært øyesykdommer, plastikk-kirurgi og

endokrinologi (hormonsykdommer). Stor økning i antall henvisninger kombinert med etterslep etter pandemien er hovedårsaken.

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

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

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

Pakkeforløp kreft

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

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

FORSKNING OG INNOVASJON

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

Forskning

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

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

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

Forskningsproduksjonen måles nasjonalt med forskningspoeng, og inkluderer publiserte vitenskapelige artikler, doktorgrader, finansieringspoeng og poeng for kliniske behandlingsstudier. I 2022 publiserte Vestre Viken 197 vitenskapelige publikasjoner og fikk 259

forskningspoeng. Dette er en økning på 140% fra året før. (Tallene for 2023 er ikke klare før i juni 2024.)

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

Satsing på kliniske studier

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

Infrastruktur for næringslivssamarbeid

Vestre Viken ønsker å bidra til utvikling av fremtidens helsetjenester i samarbeid med næringslivet. For dette formålet er det opprettet en testbed, det vil si en infrastruktur for næringslivssamarbeid innen forskning og innovasjon. Det ble inngått 13 avtaler på innovasjon og ti på oppdragsforskning med industri i 2023. Dette er en økning på 155 % fra året før. Ved årsslutt i 2023 hadde foretaket 18 pågående kliniske studier i samarbeid med industrien.

Innovasjon

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

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

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

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

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

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

UTDANNING

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

De 102 utdanningsstillingene fordelte seg slik: anestesisykepleie 22, barnesykepleie 6, intensivsykepleie 32, operasjonssykepleie 23, jordmor 19. I desember 2023 var 47 spesialsykepleiere ferdig utdannet og startet sin bindingstid i helseforetaket.

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

Leger i spesialisering (LIS)

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

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

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

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

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

Kompetanseportalen

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

Opplæring Nytt sykehus

Det har vært gjennomført to dagers erfaringsutveksling med opplæringsprosjekter fra andre sykehus med pågående byggeprosjekter fra hele landet. Kompetanseportalen skal benyttes for å dokumentere opplæring til nytt sykehus, og prosjektet er i god gang med å kartlegge behov for opplæring.

Nye sentrale kompetanseplaner

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

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

SAMHANDLING

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

Samarbeidet med kommunene er formalisert i Helsefelleskapet Vest-Viken.

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

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

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

BRUKERMEDVIRKNING

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

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

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

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

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

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

SIKKERHET OG BEREDSKAP

Informasjonssikkerhet

Informasjonssikkerhetstilstanden i Vestre Viken er god. Om meldte avvik knyttet til informasjonssikkerhet har økt med 28 prosent fra 2022 er det vurdert ut fra meldte hendelser at styringssystem for informasjonssikkerhet etterleves i høy grad, i tillegg er meldekulturen for området bedret. Avvik og uønskede hendelser legges til grunn i videre innsatsområder for å styrke informasjonssikkerheten.

Sikkerhet og sikkerhetskultur er kontinuerlige dynamiske prosesser hvor det utenrikspolitiske situasjonsbilde, cybertrusler- og hendelser legges til grunn i risikovurderinger og risikoreducerende tiltak. God internkontroll i de digitale verdikjedene er viktig for å sikre stabil og robust drift av informasjonssystemene. Trusselbildet som Vestre Viken HF står ovenfor i dag er primært cyber trusler og målrettet phishing (svindelforsøk) mot våre ansatte. Sykehuspartner har godt etablerte mekanismer, både organisatoriske og tekniske, for å være rustet til å stå imot ondsinnede angrep eller forsøk på å utnytte sårbarheter fra trusselaktører. For leverandører av eksterne informasjonstjenester som ikke inngår som ordinær drift fra Sykehuspartner, må det gjennomføres en overordnet revisjon i 2024, slik at helseforetaket sikrer at også disse tjenestene er underlagt tilsvarende sikkerhetsregime hos den enkelte leverandør, nettopp for å sikre konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet. Bevisstgjøring og opplæring av våre ansatte for å gjenkjenne forsøk på snoking er en viktig og kontinuerlig aktivitet, dette gjøres i dag via nyansattprogrammer, e-læring, fagdager og informasjon via infoskjermer.

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

Beredskap

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

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

Drammen sykehus og Bærum sykehus har gjennomført fullskalaøvelser for å trene håndtering av store, akutte hendelser som gir massetilstrømning til sykehusene. Kongsberg sykehus har gjennomført en mindre øvelse for trene sitt akuttmottak og stabiliseringsteam. Prehospitalt

tjenester har gjennomført PLIVO og CBRNE øvelser i samarbeid med de andre nødetatene. I tillegg er det gjennomført diskusjonsøvelser med fokus på svikt i informasjonsteknologi og svikt i vannforsyning på flere nivåer i foretaket.

PERSONALET

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

Foretaksledelsen består av 15 personer, hvorav 66 prosent kvinner og 33 prosent menn. Ledernivå 3 – 5 består av:

- 70 avdelingsledere
- 233 seksjonsledere
- 65 ledere med budsjett delegert myndighet

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

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

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

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

Arbeidsmiljø

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

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

Psykososialt og helsefremmende arbeidsmiljø er en del av grunnleggende lederopplæring og kurs for verneombud. Bedriftshelsetjenesten (BHT) er involvert i flere av de forebyggende og konsekvensreduserende tiltakene. Det er i 2023 gjort en innsats for å øke involveringen av BHT i det forebyggende arbeidet med bla. mer konkrete forebyggende aktiviteter i aktivitetsplanene

for BHT, herunder mer involvering av BHT i risikovurderinger. Det er også gitt tilbud til alle ledere om webinar fra BHT om hvordan støtte medarbeidere etter krevende hendelser.

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

Piloter med langvakter på 12,5 timer ble gjennomført sommeren 2023 i tre seksjoner ved sykehusene i Drammen, Kongsberg og Ringerike. Bakgrunnen var gjentakende utfordringer med å dekke vakter i hovedferieperioden uten omfattende bruk av innleie, overtid og/eller at egne medarbeidere må arbeide mange ekstravakter. Bruk av langvakter på 12,5 timer krever færre ansatte på vakt i helger, og gir ansatte mulighet til færre oppmøter på vakt og ha lengre friperioder. Dette kan være et godt virkemiddel for bedre arbeidsdager for medarbeidere, samtidig som man kan oppnå bedre balanse mellom oppgaveløsning og ressurser.

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

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

ForBedringsundersøkelsen

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

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

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

Arbeidstidsbestemmelser

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

Sykefravær

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

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

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

Ulykker, vold og trusler

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

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

Det er i 2023 registrert 772 hendelser i Synergi som gjelder vold, trusler om vold, utagerende atferd og trakassering, en økning på 162 saker fra 2022. Av disse er 574 fra Klinikken for psykisk helse og rus (PHR). Det har vært jobbet for å få bedre registrering av hendelser, noe som delvis

forklarer økningen. Ansatte i PHR får systematisk opplæring når det gjelder å forebygge og håndtere vold og trusler. PHR bruker opplæringsmodellen «Møte med aggresjonsproblematikk» (MAP). Det er også utviklet tilpasset MAP-opplæring for somatikken, og instruktører fra PHR bistår i opplæringen. Oppfølging av anbefalinger i rapport fra Helse Sør-Øst/fra regionalt innsatsteam for vold og trusler er påbegynt. Blant annet er prosedyre for forebygging av vold og trusler oppdatert for å tydeliggjøre systematikken i det forebyggende arbeidet. Antallet risikovurderinger og tiltak for forebygging av vold og trusler har økt, spesielt i PHR. Helseforetaket har politianmeldt 25 vold og trusselforhold i 2023.

Likestilling og diskriminering

Ansattes rettigheter har vært sikret ved at man over lang tid har arbeidet med, og hatt en kultur for, å sikre likestillings- og diskrimineringslovens formål. Forbudet mot diskriminering følges opp i aktiviteter knyttet til rekrutteringsprosesser, inkluderende arbeidsliv, lønns- og arbeidsvilkår, kompetanse- og utviklingsmuligheter og beskyttelse mot trakassering.

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

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

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

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

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

Mangfold

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

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

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

Foretaket etterstreber kjønnsbalanse i alle typer stillinger. I henhold til likestillings- og diskrimineringsloven § 26 skal det blant annet redegjøres for faktiske forhold knyttet til kjønnsbalanse. Per desember var 78 prosent av de ansatte i Vestre Viken kvinner og 22 prosent menn. Kvinner utgjør 72 prosent av de som er midlertidig ansatt og 86 prosent av de som er ansatt i deltidsstillinger. Deltidsansatte blir oppfordret til å registrere om de har ønsket eller uønsket deltid i personalportalen. 30 prosent oppgir å ha uønsket deltid, mens 50 prosent har ønsket deltid. De resterende 20 prosentene oppgir ulike årsaker til deltid, blant annet turnusbelastning, familieforhold, helse, reisevei og studier. Ledere er informert om lovfestet heltidsnorm, som er en ny bestemmelse i arbeidsmiljøloven § 14-1b fra 01.01.23. Formålet med den nye bestemmelsen er å unngå unødvendige deltidsansettelser ved at arbeidsgiver forpliktes til å vurdere om det faktisk er behov for å ansette på deltid.

MILJØ OG SAMFUNNSANSVAR

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

Bærekraft og sosial ulikhet

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

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

Åpenhetsloven

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

- Kommunikasjonsplan for å gjøre regelverket, plikter og rettigheter bedre kjent, blant annet på foretakets nettsider
- Arbeid med rutine for årlig oppdatering av kravene til risikovurdering og avdekking av misligheter.
- Ved inngåelse av avtaler: Tydeliggjøre behovet for å avklare forventninger og fastsette krav i våre leverandørers rutiner om gjennomgang av menneskerettigheter, etikk og bruk av konsulenter.
- Dilemmatrening for forebygging av misligheter. Foretaksledelsen har hatt besøk av Transparency international. Interne kontrolltiltak er gjort for å avdekke eventuelle avvik. Treningen planlegges videreutviklet. Utfordringer og krav rundt forebygging av misligheter og korrupsjon tas opp i foretakets [eHåndbok - VV Etske retningslinjer i Vestre Vikene](#)[Håndbok - VV Etske retningslinjer i Vestre Viken](#)
- Etske retningslinjer skal være utgangspunkt for all daglig kontakt med pasienter, brukere, pårørende, kolleger og medarbeidere, arbeidsgiver og andre samarbeidspartnere. Kurset Etikk for alle er obligatorisk for alle ansatte i Vestre Viken HF, uavhengig av nivå, rolle, funksjon og klinikktilhørighet og er per 7. februar 2024 gjennomført av 7312 medarbeidere. Kurset skal også gjennomføres av studenter, lærlinger, vikarer, konsulenter og andre som har engasjement og oppgaver i foretaket, herunder styreverv og tillitsverv.

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

Klima og miljø

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

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

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

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

Vannforbruk i 2023 ble 222 595 m³, 1,6% eller 6 945 m³ opp fra 2022. Energiforbruk i 2023 ble 79,3 GWh, 2,4 % eller 1,9 GWh opp fra 2022. Korrigert for utetemperatur (graddagskorrigerert energiforbruk=gr.k), har forbruket gått ned med 1,9 GWh i forhold til forbruk 2022.

Klimarisiko

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

Naturmangfold og økosystemer

Naturmangfoldet gir grunnlaget for menneskenes liv på jorda. FNs naturpanel har dokumentert at menneskelig aktivitet har endret naturen betydelig over hele kloden, og at en rekke økosystemer er truet som en følge av dette. For å minimere påvirkningen på naturmangfoldet, skal spesialisthelsetjenesten ta hensyn til miljøet og implementere tiltak som reduserer utslipp av farlige kjemikalier og medisiner, og sørge for at de ikke ødelegger vegeterte og naturlige områder.

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

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

ÅRSREGNSKAPET (foreløpige tall)

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

Det økonomiske målet for 2023 var et resultat på 178 millioner kroner. Det regnskapsmessige resultatet ble 65,3 millioner kroner, som er 112,6 millioner kroner lavere enn resultatmålet.

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

Likviditet, finansiering og investeringer

Likviditetsbeholdningen var 249 millioner kroner pr. 31. desember 2022. Dette er en økning på 5 millioner kroner fra året før.

Samlet kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter var 394 millioner kroner. De samlede investeringene utgjorde 238 millioner kroner, inkludert finansiell leasing for 21 millioner kroner.

Foretaket har rentebærende gjeld, og endringer i rentenivået får dermed konsekvenser. Netto reduksjon i rentebærende gjeld er 25 millioner kroner.

Ved utgangen av året utgjorde langsiktig lån totalt 867 millioner kroner. Lån knyttet til ervervelse av tomten på Brakerøya tilsvarer 610 millioner kroner og har flytende rente. Den resterende låneporteføljen har fastrente som løper frem til 2025. Det er lagt opp til at 70 prosent av investeringen knyttet til nytt sykehus i Drammen skal lånefinansieres. Sykehuset skal stå ferdig i 2025.

I juni 2017 vedtok styret i Vestre Viken et oppgraderings- og vedlikeholdsprogram for sykehusene i Bærum, Ringerike og Kongsberg (BRK-prosjektet) med en total kostnadsramme på 1,6 milliarder kroner. Planen er at det innen utgangen av 2028 skal investeres for om lag 800 millioner kroner på Bærum sykehus, 400 millioner kroner på Ringerike sykehus og 400 millioner kroner på Kongsberg sykehus. Prosjektet ligger et godt stykke etter den oppsatte planen. Forsinkelsene har medført forverring i tilstandsgradene og det er flere områder ved sykehusene som ikke var omfattet av den opprinnelige planen som nå krever vedlikehold. Vedlikeholdsprogrammet har høy prioritet, men finansiering avhenger av at vi klarer å levere de planlagte resultater for de kommende årene.

Egenkapital

Vestre Viken har betydelig egenkapital. Egenkapitalen var 4 663 millioner kroner ved utgangen av året, tilsvarende 54 prosent av totalkapitalen.

Styret vurderer egenkapitalsituasjonen i selskapet per 31.12.2023 som tilfredsstillende.

Forslag til føring av årets resultat

Årsresultatet viser et overskudd på 65,3 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 4 663 millioner kroner.

Forutsetninger for fortsatt drift

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

FREMTIDSUTSIKTER OG UTFORDRINGER

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

Foretakets evne til å finansiere, sikre fremdrift og ta i bruk ny teknologi er særdeles viktig. Den finansielle situasjonen medfører vesentlig risiko for foretakets evne til å gjøre nødvendige

investeringer i fremtiden. Investeringsevne, tilgang på nødvendig kompetanse og digitalisering av tjenestene vil ha høyeste prioritet fremover.

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

Byggeprosjektet har hatt fremdriftsutfordringer og merkostnader, blant annet på grunn av komplekse grunnforhold. Markedsutviklingen under pandemien og krigen i Ukraina, har dessuten ført til ekstraordinære kostnadsøkninger, både som følge av økte råvarepriser og leveranseutfordringer. Dette har resultert i en høyere kostnadsramme enn forutsatt. Foretaket har ikke en endelig avklaring på finansieringen av den økte kostnadsrammen. Det er imidlertid vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF at økt ramme for byggeprosjektet ikke skal være til hinder for foretakets videre utvikling. Styret er av den oppfatning at for å sikre Vestre Viken økonomisk forutsigbarhet og bærekraft må de mulige fremtidige likviditetsbelastningene som følger av vedtaket om å utvide styringsrammen for NSD håndteres gjennom mer langsiktige og forpliktende ordninger enn de som så langt er skissert. Styret ser det som avgjørende å avklare hvordan Helse Sør-Øst over tid vil sikre at foretaket kan opprettholde sin økonomiske bærekraft gitt de betydelige krav til effektivisering og omstilling som foretaket allerede er pålagt, og samtidig sikre at det kan tilbys forsvarlige, gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen i foretakets opptaksområde.

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

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

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

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

Det er avgjørende at planlagte resultater oppnås, både for å bygge et nytt sykehus i Drammen og for å oppgradere og utvikle Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus. I tillegg pågår et arbeid for å utrede oppgraderingsbehovene for bygningsmassen i Klinik for psykisk helse og rus, Prehospitaltjenester.

STYRET

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

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

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

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

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

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

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

Drammen, 19. mars 2024.

Siri Hatlen
Styreleder

Hans Tore Frydnes
Nestleder

Kari Fjelldal
Styremedlem

Robert Bjerknæs
Styremedlem

Hans Kristian Glesne
Styremedlem

Maria Josefsen Gundersen
Ansattes representant

Toril A. K. Morken
Ansattes representant

Tom Roger Frost
Ansattes representant

Gry L. Christoffersen
Ansattes representant

Lisbeth Sommervoll
Administrerende direktør

Dato: 8. februar 2024
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Årsrapport for Varslingsutvalget

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i VVHF	14/2023	19.02.24

Forslag til vedtak

1. Styret tar Årsrapport 2023 for Varslingsutvalget til orientering.

Drammen, 12. februar 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

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

Administrerende direktørs vurderinger

Det er en målsetting for Vestre Viken HF å tilrettelegge for et trygt og åpent arbeidsmiljø. I dette ligger at kritikkverdige forhold skal kunne tas opp åpent på arbeidsplassen ved dialog, gjennom ordinære tilbakemeldingsverktøy i foretaket og ved bruk av varslingsordningen.

Det er sentralt at Varslingsutvalget oppleves som et uavhengig organ som har fagkompetanse til å saksbehandle saker i tråd med gjeldende prosedyrer. Det er derfor viktig at ordningen fortløpende blir evaluert og forbedret. Et viktig moment som er tatt inn i arbeidet er å prioritere en rask behandling av sakene. En rask håndtering av prosessen slik at den ikke trekker ut i tid, kan virke konfliktdempende i seg selv og er viktig for alle involverte. Videre vil Varslingsutvalget i 2024 søke en forbedring der involverte klinikker inviteres i større grad inn i evalueringen. Denne rapporten viser at Varslingsutvalget fortløpende evaluerer sitt arbeid, og gjør nødvendige endringer.

Administrerende direktør foreslår at styret tar årsrapport for 2023 til orientering.

Vedlegg:

1. Årsrapport 2023 for Varslingsutvalget
2. Mandat for Varslingsutvalget i VVHF (juli 2023)

Årsrapport 2023 for Varslingsutvalget

Vestre Viken HF har i tråd med arbeidsmiljølovens § 2A et varslingsutvalg der ansatte kan varsle om kritikkverdige forhold. Varslingsutvalgets rolle og oppgaver er fastsatt i eget mandat, som vedlegg til prosedyre for varsling av kritikkverdige forhold i Vestre Viken. For å ivareta muligheter til anonym varsling er det inngått avtale med BDO som eksternt varslingsmottak.

Varslingsutvalget er et internt organ som en del av det systematiske HMS- og forbedringsarbeidet. Utvalget skal ha solid kompetanse på varsling, håndtering av komplekse saker, rådgivning, opplæring og bevisstgjøring overfor ansatte, ledere, vernetjenesten og tillitsvalgtapparatet.

Varslingsutvalget skal årlig utarbeide årsrapport som redegjør for varslingsutvalgets arbeid, herunder evaluering av eget arbeid. Årsrapporten skal videre omtale behandlede varslings saker på en nøytral måte. Årsrapporten legges frem for HAMU, administrerende direktør og styret.

I 2023 har utvalget bestått av følgende medlemmer:

Hilde Enget (leder), administrasjonssjef	Joan Sigrun Nygard, foretakstillitsvalgt
Janne Hjelm-Gabrielsen, foretaksjurist	Monica Holmen Skjeldrum, avdelingssjef HR
Tove Svensli, jurist HR	Bente Kristensen, foretakshovedverneombud
Cecilie Søfting Monsen, sekretær	

Utvalget er satt sammen for å sikre nødvendig kompetanse i samsvar med mandatet. Utvalget kan ved behov søke råd internt eller eksternt. Utvalget har gjennom året gjennomført digitale kurs fra Arbeidstilsynet om varsling som en del av kontinuerlig læring.

Når et varsel er mottatt peker utvalget ut et par representanter som skal følge opp og utrede saken i samsvar med gjeldende prosedyre. Habilitet skal alltid vurderes.

Varslingsutvalget mandat er å saksbehandle saker om varsling som ikke behandles i linjen. Varslingsutvalgets saksbehandling varierer i omfang for de ulike sakene. Enkelte saker behandles fullt ut av Varslingsutvalget, mens andre overføres linjen for videre behandling. Ved overføring av saker til behandling i linjen ber Varslingsutvalget om tilbakemelding fra linjen om resultatet av oppfølgingen. I de tilfeller der Varslingsutvalget saksbehandler varslet skal det gis informasjon til linjen om saken.

Administrerende direktør (AD) følger ved behov saker opp i linjen i de regelmessige oppfølgingsmøtene med klinikkdirktørene.

Informasjon om varsling i Vestre Viken HF ligger tilgjengelig på foretakets intranettside og på hjemmesiden. Prosedyren for håndtering av varsling i Vestre Viken HF ligger i e-håndboken vedlagt Varslingsutvalgets mandat.

Konsernrevisjonen har i november 2023 gjennomført en oppfølging av Konsernrevisjonens rapport 8/2020. Konsernrevisjonen har med dette avsluttet revisjonen av vårt forbedringsarbeid innenfor området varsling av kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljøloven, jf. sak 19/07403.

Saker som er behandlet av Varslingsutvalget i 2023:

Utvalget har avholdt 9 ordinære møter i løpet av 2023, 5 ekstramøter grunnet nye saker samt en rekke arbeidsmøter i forbindelse med behandlingen av enkeltsaker.

I løpet av 2023 er 6 saker behandlet i Varslingsutvalget. 3 av sakene ble innmeldt gjennom det eksterne mottaket (BDO). 3 av varslene var anonyme

Sakene omhandlet varsel om blant annet uforsvarlig arbeidsmiljø, trakassering, gjengjeldelse, utfordringer i samarbeidet mellom kollegaer og leder, samt påstand om rasistiske ytringer. Fem av sakene er overført linjen for videre oppfølging og behandling, mens en er behandlet av Varslingsutvalget i henhold til prosedyren.

Det er i tillegg registrert 10 saker i 2023 som er behandlet i linjen. Varslene er overlevert direkte til linjen, og er håndtert med støtte fra HR. Disse omhandler i hovedsak påstander om et uforsvarlig arbeidsmiljø. Det antas også at ytterligere flere saker er håndtert i linjen, uten støtte fra HR, noe som er vanskelig å tallfeste. Varslingsutvalget vurderer at dette er i tråd med at saker skal håndteres på lavest mulig nivå i Vestre Viken. Ingen av varslingssakene i 2023 er eskalert til styret.

Det har i tillegg kommet 6 eksterne henvendelser som ikke omhandlet varsling av kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljøloven. Disse henvendelsene er derfor ikke behandlet av varslingsutvalget. Dette omhandlet saker som skal håndteres som ordinære klager fra pasienter eller pårørende og meldes inn via foretakets hjemmeside. Avsenderne ble i alle tilfeller veiledet for å gi sine tilbakemeldinger i de rette kanaler.

Opplæring av ledere ivaretas i programmene for lederutvikling i helseforetaket. Samtlige ledere oppfordres til å gjennomføre tilgjengelige elæringskurs, og oppfordre sine ansatte til det samme. HR utvikling og lederstøtte har også ansvaret for kompetanseheving og opplæring, i tillegg stiller Varslingsutvalget seg også til rådighet for opplæring i klinikkene, etter forespørsel.

Evaluering av eget arbeid

Varslingsutvalget evaluerer sin egen saksbehandling for å sikre kontinuerlig læring og forbedring.

Nye tiltak i 2023	Vurderingen bak tiltakene
Innført en kort evaluering etter behandling av hver sak	For å kunne iverksette forbedringstiltak fortløpende
Involverte i saksbehandlingen oppdaterer sine aktiviteter i fremdriftsplanen på fellesområdet for Varslingsutvalget	Dette for å holde leder av utvalget oppdatert på fremdrift i saken, samt søke å sikre saksbehandling uten ugrunnet opphold.
Ta i bruk felles malverk for saksbehandling	For økt forutsigbarhet og kvalitetssikring for de involverte
Revidert informasjonen om varsling på intranett og hjemmesiden, for å gjøre den tydeligere	Informasjon om ordningen står sentralt for at ansatte skal være kjent med hvordan man kan varsle om kritikkverdige forhold i VVHF. I tillegg sikre at henvendelser og tilbakemeldinger gis i de rette kanaler
Innført en kort ½ -års rapport fra Varslingsutvalget til AD	Gi AD en løypemelding, dette som et supplement til årsrapporten og informasjon om aktuelle enkeltsaker

Oppfølging i 2024:

- Inngått avtale med BDO vil evalueres og følges opp
- Utarbeide rutiner for involvering av klinikker i evalueringen

Drammen 31. januar 2024

Hilde Enget, leder Varslingsutvalget

Mandat for Varslingsutvalget i Vestre Viken HF (VV)

Bakgrunn

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

Kompetanse og sammensetning

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

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

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

Roller og funksjon

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

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

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

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

Forholdet til styreleder

Administrerende direktør informerer styret dersom det er nødvendig, i tråd med Instruks for administrerende direktør.

Oversikt over saker

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

Årsrapport

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

Dato: 15. februar 2024
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering pr januar 2024

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	15/2024	19.02.2024

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapportering pr januar 2024 til orientering.

Drammen, 15. februar 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram foreløpig rapportering per 31. januar 2024 i tråd med styrets årshjul.

Saksutredning

Resultatavviket i januar ligger på samme nivå som tidligere måneder målt mot budsjett for den underliggende drift. Aktiviteten er påvirket av et fortsatt høyt sykefravær i første del av måneden, virusutbrudd og værforhold som resulterte i høyere andel pasienter som uteble fra sine avtaler. Tilsvarende påvirkes brutto bemanning. Gastromedisinsk poliklinikk ved Ringerike sykehus hadde ingen fristbrudd oversendt Helfo i januar, mens regnskapet belastes med fristbruddregninger fra november og desember. Det kan oppfattes som forsinkelser i realisering av tiltak i bærekraftsplanen, og må dessverre tilskrives en feilaktig periodisering av den økonomiske effekten. Det rapporteres også om god fremdrift i flere av tiltakene som er under arbeid.

Ventetider er noe økt sammenlignet med foregående måned både i somatikk og psykiatri. Det er en vanlig utvikling at ventetidene øker etter periode med høytid og ferieavvikling. Det er derfor tidlig å si noe om utviklingen. Kravet for 2024 er en reduksjon fra 2023, og vil bli fulgt tett opp.

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

Administrerende direktørs vurderinger

Januarresultatet påvirkes av et omfattende virusutbrudd og værforhold som har medført avlyste opphold/konsultasjoner. Det er likevel flere indikasjoner på at pågående tiltak har effekt. Enkelte av klinikkene viser en bemanning helt på linje med budsjett.

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

Styret bes om å ta virksomhetsrapporten til orientering.

Vedlegg:

1. Virksomhetsrapportering pr januar 2024.

Vedlegg 1

Virksomhetsrapportering pr. 31. januar 2024

Innhold

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

Sammendrag

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

Styrke brukermedvirkning og brukerstyring

VVHF		Januar		Prognose	
AKTIVITET - Telefon- og videokonsultasjoner - ANDEL	Resultat	12,5		15,0	
	Plan	15,0		15,0	
	Avvik	-2,5		0,0	
	I fjor	11,5		11,7	

Telefon- og videokonsultasjoner

Andel telefon- og videokonsultasjoner er 12,5 % i januar, en liten nedgang fra desember som var på 13,2 %. Målet i 2024 er minimum 15 % for somatikk og 20 % for psykisk helsevern. Andelen sees i sammenheng med andre metoder for digital hjemmeoppfølging (for eksempel egenregistrering og sensortechnologi) som følges opp tertialvis. Det var en betydelig vekst i 2023 sammenlignet med 2022 og det er forventet en fortsatt økning i takt med at løsninger blir gjort tilgjengelig. Det fremkommer også at implementeringen av DIPS Arena legger til rette for videokonsultasjoner på en enklere og bedre måte. Det pågår et arbeid for å planlegge ytterligere økning i digitale konsultasjoner, med tydelige måltall.

Skape trygge og helhetlige pasientforløp

VVHF		Januar		Prognose	
KVALITET - Kreftbehandling: Pakkeforløp gjennomført innen definert forløpstid - ANDEL	Resultat	0		70	
	Plan	70		70	
	Avvik	-70		0	
	I fjor	70		70	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avvirket Somatikk - DAGER	Resultat	77		65	
	Plan	65		65	
	Avvik	12		0	
	I fjor	69		73	
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avvirket PHR - DAGER	Resultat	49		40	
	Plan	40		40	
	Avvik	9		0	
	I fjor	47		46	
KVALITET - Overholdelse av pasientavtaler - ANDEL	Resultat	88		95	
	Plan	95		95	
	Avvik	-7		0	
	I fjor	88		87	
AKTIVITET - Avslag BUPA - ANDEL	Resultat	8,0		10,0	
	Plan	10,0		10,0	
	Avvik	2,0		0,0	
	I fjor	18,4		17,5	

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

Pakkeforløp for kreft

Vestre Viken oppnådde målkravet på 70 % i 2023 samlet sett. Tall for januar er ikke klare fra NPR, samt at det i forbindelse med overgangen til DIPS Arena vil bli redusert datakvalitet da pakkeforløp som er startet i DIPS Classic må avsluttes der og nye pakkeforløp etableres i DIPS Arena. DIPS Arena har en egen modul for oppfølging av pakkeforløp, slik at datakvaliteten og oppfølgingen vil med stor sannsynlighet bli betydelig bedre. Det utføres forløpsgjennomganger i klinikkene for hvert pakkeforløp med manglende måloppnåelse for identifisering av utfordringsområder/flaskehals og iverksettelse av tiltak.

Ventetid somatikk

Ventetiden innen somatikk var 77 dager i januar og innebærer en økning fra desember. Det er en vanlig utvikling at ventetidene øker noe etter ferieperioder slik at utviklingen nok kan vurderes som stabil. Det settes inn tiltak på alle områder for å sikre en bedre utvikling fremover. Pågående arbeid med organisering poliklinikk ved Ringerike sykehus har allerede vist en reduksjon i fristbrudd (gastromedisin) oversendt Helfo. Klinikken prioriterer pasienter fra ventelisten på en slik måte at ventetiden skal være forsvarlig.

Ventetid psykisk helse og rus

Innen psykisk helsevern og TSB er ventetiden samlet i januar 49 dager, som også er en økning fra desember. Ventetiden er lengre enn målet for alle tjenesteområdene (VOP, BUP og TSB), men er redusert i forhold til i fjor innen BUP. Antall henviste pasienter er fortsatt høyt, og det er vanlig med en økning i ventetid i etterkant av ferieperioder. Noe av årsaken til økt ventetid innen VOP antas å henge sammen med felles henvisningsmottak.

Det pågår ulike tiltak i avdelingene for å redusere ventetider og sikre at alle tilbys konsultasjon. Dette omfatter blant annet videreutvikling av dialogbasert inntak i samarbeid med kommunene.

Overholdelse av pasientavtaler

Andel overholdte pasientavtaler var 88 % i januar – uendret fra desember. Tiltakene ses i sammenheng med tiltak for å redusere ventetidene og øke planleggingshorisonten.

Avslag BUP

Andel avslag innen BUPA er 8,0 % i januar som er en betydelig reduksjon fra fjoråret. Målet er på 10%, så resultatet er følgelig oppnådd i januar.

Sikre personell med rett kompetanse

VVHF		Januar	Prognose
HR - Sykefravær totalt - PROSENT	Resultat	9,0	8,0
	Plan	8,5	8,0
	Avvik	-0,4	0,0
	I fjor	9,2	8,6
HR - Brudd på arbeidstidsbestemmelsene - ANDEL	Resultat	2,8	0,0
	Plan	0,0	0,0
	Avvik	-2,8	0,0
	I fjor	2,2	2,8

Sykefravær

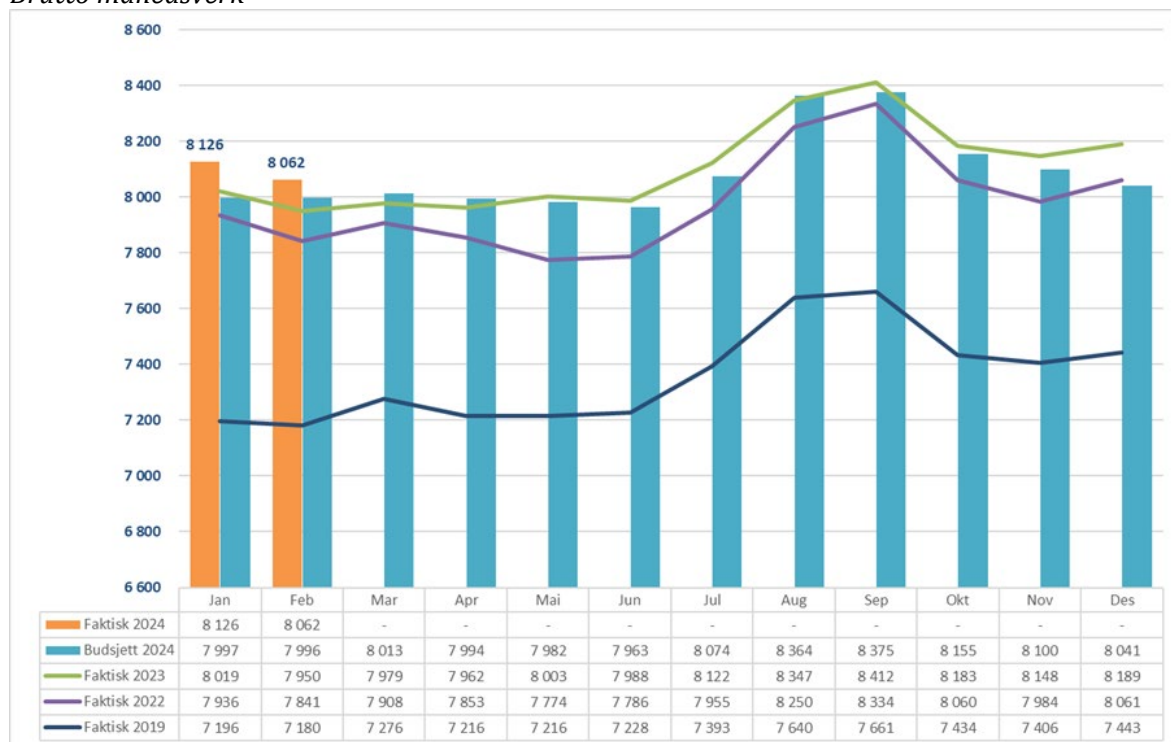
Fraværsprosenten i januar på 9 % fordeler seg med 5,6 % i langtidsfravær og 3,4 % i korttidsfravær. Korttidsfraværet var på 3,5% i fjor og 4 % i desember. Klinikken har laget gode rutiner for å systematisere sykefraværsoppfølging og nærværarbeid. Det samarbeides godt med tillitsvalgte og verneombud. HR bistår ledere med sykefraværsoppfølging, nærværarbeid, tilrettelegging og helsemessig omstilling.

AML-brudd

I januar var gjennomsnittlig andel AML-brudd 2,8 % av alle vakter i foretaket, som er høyere enn samme periode i fjor. Årsakene til AML-bruddene forklares med redusert tilgang på kvalifisert personell, sykefravær og vakante stillinger. Det er mangel på pleiepersonell, og dessverre en del ubesatte stillinger.

Sikre bærekraftig økonomi

VVHF		Januar	Prognose
ØKONOMI - Driftsresultat - TNOK	Resultat	-2 221	238 000
	Plan	19 834	238 000
	Avvik	-22 055	0
	I fjor	-7 302	23 251
HR - Brutto Månedsværk - ANTALL (Februar)	Resultat	8 062	8 088
	Plan	7 999	8 088
	Avvik	-63	0
	I fjor	7 950	8 109
AKTIVITET - DRG-Poeng Somatikk - ANTALL	Resultat	10 887	124 756
	Plan	11 447	124 756
	Avvik	-561	0
	I fjor	10 844	120 383
AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	15 235	170 798
	Plan	16 656	170 798
	Avvik	-1 421	0
	I fjor	15 771	166 797
AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	8 815	102 008
	Plan	9 877	102 008
	Avvik	-1 062	0
	I fjor	9 556	95 499

Brutto månedsværk


Gjennomsnittlig brutto månedsværk i februar er 8062, som er 66 brutto månedsværk mer enn budsjett. Det er en reduksjon på 64 brutto månedsværk fra januar til februar. Det har vært høyt sykefravær de siste månedene som påvirker brutto månedsværk siden dette telles i utbetalingsmåneden og ikke fraværs måneden.

Aktivitet somatikk

Aktiviteten i januar er under plan både på døgn, dagkirurgi og poliklinikk. Det har vært flere dager med dårlig vær som har ført til strykninger og pasienter som ikke har møtt. Det har i tillegg vært et stort utbrudd av Norovirus som har ført til utsettelse av behandlinger. Døgnaktiviteten i januar er 274 opphold bak plan. Avviket gjelder i hovedsak innenfor kirurgi og ortopedi. Det er lavere ø.hjelp enn i januar i fjor. Det er en vridning fra døgn til dag innen enkelte pasientforløp. Dagkirurgi er 268 opphold bak plan. Dagbehandlinger er 25 over plan. Antall polikliniske konsultasjoner er 3540 under plan i januar. Tiltak i bærekraftsplanen er rettet inn mot bedre operasjonsplanlegging og organisering av poliklinikk for å øke produktiviteten sammenlignet med fjorår og pandemiårene, og først og fremst for reduksjon av ventetidene.

Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus

Antall polikliniske konsultasjoner er i januar 1 421 konsultasjoner bak budsjett for VOP og TSB samlet, og 1 062 konsultasjoner bak budsjett for BUP. Årsakene til lavere aktivitet er sammensatte, med en kombinasjon av høyt sykefravær og dager med dårlig vær. Det iverksettes tiltak for å komme opp på budsjett.

Driftsresultat

Resultatet i januar viser et underskudd på 2,2 MNOK som er 22,1 MNOK bak budsjett. Korrigert for økte pensjonskostnader og et lavere nivå på vedlikehold over drift enn budsjettet, er det et negativt avvik på 23,5 MNOK.

Totale inntekter viser et negativt avvik på 14,3 MNOK i januar. Det er et negativt avvik på 14,2 MNOK på ISF-inntekter og 2,2 MNOK på gjestepasientinntekter. Det er en stor økning i utskrivningsklare pasienter, spesielt på Ringerike. Dette følges opp i dialog med aktuelle kommuner.

Det er i januar høye gjestepasientkostnader med et negativt avvik på ca. 6 MNOK. Gjestepasientkostnadene varierer noe fra måned til måned, og det er for tidlig å si om januar-regnskapet gir uttrykk for et økt kostnadsnivå.

Pensjonskostnadene er etter siste beregning økt med ca. 39 MNOK for året, som forventes kompensert ved revidert nasjonalbudsjett. I januar er det 3,2 MNOK i økte pensjonskostnader. Lønnskostnader uten økt pensjon er 3 MNOK over budsjett i januar. Samtidig er refusjoner for sykkelønn 4-5 MNOK høyere enn normalt. Det var høyt sykefravær mot slutten av 2023, men det kan også være at det har vært noe opprydding omkring årsskiftet. Flere klinikker viser nå et mindre avvik på lønn enn tidligere. Ringerike sykehus og Klinikk for medisinsk diagnostikk viser positivt avvik på lønn til fast ansatte. Alle klinikker har negativt avvik på overtid og ekstrahjelp som henger sammen med sykefraværet. Det er noe overforbruk på innleie som følge av rekrutteringsutfordringer og høyt fravær ved enkelte avdelinger.

I januar er andre driftskostnader 4,6 MNOK lavere enn budsjett. Dette skyldes i hovedsak lavere kostnader til bygg vedlikehold over drift i januar. Det antas at dette skyldes at flere fakturaer er kommet med på desember 2023. Det er høyere energikostnader med ca. 2 MNOK i januar på grunn av høyere pris og forbruk enn budsjettet.

Det er 1,6 MNOK i høyere netto finans enn budsjettet. Dette skyldes høyere renter enn forutsatt i budsjettet.

Lønn til fast ansatte

Faktisk pr måned - Fast lønn	jan.23	feb.23	mar.23	apr.23	mai.23	jun.23	jul.23	aug.23	sep.23	okt.23	nov.23	des.23	jan.24
10- Klinikk Drammen sykehus	122 798	130 382	124 109	123 359	131 540	- 260	131 470	128 952	161 669	138 617	133 719	137 800	133 973
20- Klinikk Bærum sykehus	75 319	79 757	76 206	75 940	82 741	3 617	81 731	80 193	97 785	86 146	82 173	84 630	82 158
30- Klinikk Ringerike sykehus	37 923	40 531	37 542	37 674	42 067	1 790	40 853	39 133	47 628	41 010	40 292	41 969	40 606
40- Klinikk Kongsberg sykehus	21 451	23 000	21 858	21 397	23 217	1 295	22 954	22 091	26 323	23 580	22 622	22 406	22 675
50- Klinikk for Intern service	25 401	26 333	25 336	25 116	26 878	- 329	26 345	27 281	32 159	27 307	27 042	28 234	27 325
60- Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	117 017	121 873	118 144	117 513	123 988	88	121 994	119 726	148 102	126 710	125 449	124 606	123 850
70- Klinikk for Prehospitale tjenester	20 805	22 801	21 159	20 907	23 782	2 818	22 866	21 543	25 022	22 669	22 645	25 435	23 946
80- Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KM)	43 067	44 506	43 537	44 112	45 797	- 3 027	46 436	45 300	56 812	46 724	46 483	47 423	47 585
Staber og overordnet	15 293	6 008	9 452	8 871	15 302	568 248	- 211 600	- 64 700	- 79 925	- 28 925	- 3 662	- 11 320	13 976
Totalsum	479 074	495 191	477 344	474 890	515 311	574 240	283 049	419 518	515 574	483 840	496 764	501 184	516 093

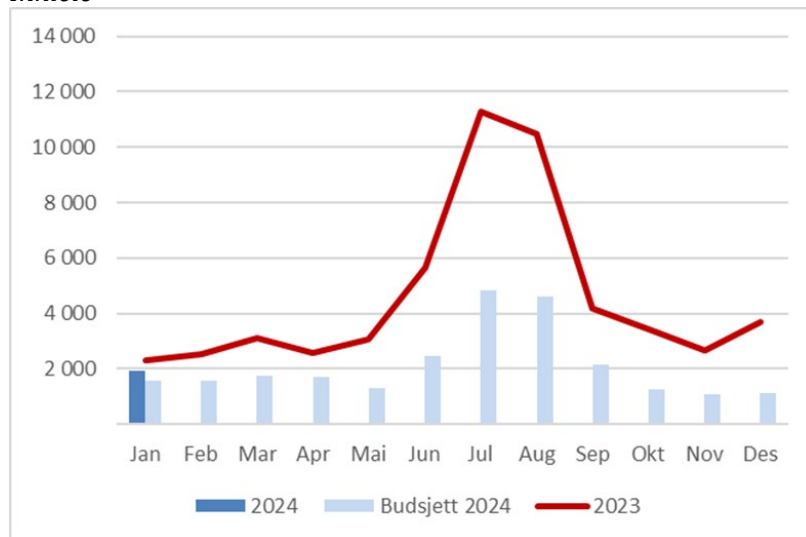
Overtid - utvikling pr. måned

Faktisk pr måned - Overtid og ekstrahjelp	jan.23	feb.23	mar.23	apr.23	mai.23	jun.23	jul.23	aug.23	sep.23	okt.23	nov.23	des.23	jan.24
10- Klinikk Drammen sykehus	9 390	5 965	8 087	7 659	7 587	5 630	7 378	10 071	11 198	9 218	9 503	11 482	10 259
20- Klinikk Bærum sykehus	6 445	4 894	6 166	5 685	5 619	4 886	5 876	7 247	7 803	6 949	6 303	9 007	7 048
30- Klinikk Ringerike sykehus	3 656	2 866	3 421	3 759	3 237	3 438	3 391	3 921	5 719	4 551	4 131	5 612	3 897
40- Klinikk Kongsberg sykehus	2 213	1 789	2 008	2 002	2 052	1 469	1 775	1 708	1 861	2 094	2 205	2 795	2 195
50- Klinikk for Intern service	545	553	556	508	612	499	701	650	817	680	633	1 109	832
60- Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	6 556	5 780	6 305	5 143	6 032	4 777	7 026	6 686	6 419	7 676	7 088	8 371	6 753
70- Klinikk for Prehospitale tjenester	1 493	1 228	1 052	1 367	1 475	1 126	1 655	1 852	2 405	1 517	1 556	2 467	1 530
80- Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KM)	2 782	2 579	2 536	2 389	2 532	2 454	2 780	2 071	2 100	2 574	2 602	3 267	2 603
Staber	1 672	1 572	1 453	1 302	1 684	- 394	1 715	1 564	2 101	1 609	1 587	1 196	1 101
Totalsum	34 754	27 228	31 585	29 816	30 830	23 884	32 297	35 770	40 424	36 866	35 608	45 306	36 217

Innleie - utvikling pr. måned

Faktisk pr. måned - Innleie	jan.23	feb.23	mar.23	apr.23	mai.23	jun.23	jul.23	aug.23	sep.23	okt.23	nov.23	des.23	jan.24
10- Klinikk Drammen sykehus	488	653	589	334	900	1 428	2 100	3 946	950	- 46	9	132	278
20- Klinikk Bærum sykehus	723	258	687	279	302	2 057	3 496	2 030	539	125	203	264	253
30- Klinikk Ringerike sykehus	244	744	993	872	991	1 220	3 292	2 271	939	1 601	1 056	1 712	412
40- Klinikk Kongsberg sykehus	177	76	216	288	163	249	896	769	972	999	380	747	138
50- Klinikk for Intern service													
60- Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	509	781	466	548	576	755	883	943	540	564	924	734	695
80- Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KM)	273		186	249	91		621	512	266	178	86	121	150
Staber og fellesøkonomi	- 89	29	- 29	27	28	- 42	- 8	23	- 10	- 13			
Totalsum	2 326	2 542	3 108	2 597	3 051	5 667	11 281	10 494	4 196	3 406	2 657	3 710	1 927

Innleie



Dato: 8. februar 2024
Saksbehandler: Mai Bente Myrvold

Saksfremlegg

Status nytt sykehus Drammen

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	16/2024	19.2.2024

Forslag til vedtak

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Drammen, 19. februar 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

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

Saksutredning

Status byggeprosjektet

PNSD melder at det er god fremdrift i byggeprosjektet. Det er noe forsinkelse på enkelte entrepriser, og det følges opp tett. Forsinkelsene p.t. vil ikke påvirke planlagt ferdigstillelse. For detaljert status henvises det til tertialrapport fra PNSD til styret i HSØ RHF.

Det er påstartet igangskjøringsaktiviteter i begge poliklinikkbyggene. Det pågår innvendig arbeider i alle bygg i Sentralbygget. For Adkomstbygget ferdigstilles fasader, og innvendig arbeid har kommet langt. I byggene for psykisk helse og rus pågår arbeid med både med fasader, innvendig og utomhus.

Bygg

Hovedområder det arbeides med

Byggeprosjektet er i en overgang til ny fase, fra ferdigstillelse av bygg til slutfaseaktiviteter. VV-NSD er involvert i mange aktiviteter knyttet til gjennomgang ved mekanisk ferdigstillelse av bygg og system akseptansetester (SAT). Opplæring er en stor del av slutfaseaktivitetene for byggområdet. Både område bygg i VV-NSD og avdeling for eiendomsdrift i VV blir mer og mer involvert i slutfaseaktiviteter som idriftsettelse, testing og befaringer. VV-NSD deltar også i Eierskifteforum, etablert av PNSD, for å detaljere rammer og prosedyrer for eierskiftene.

Kritiske risikoer og tiltak

Det er ingen av aktivitetene som vurderes kritisk ift. oppfølging av byggeprosjektet. Det er god kommunikasjon med PNSD, og det er opprettet en saksflyt ved behov for eskalering. Det er etablert Single Point of Contact (SPoC) med PNSD for referansebefaringer og opplæring. Det er definert tydelig eierskap til entrepriser, og daglig oppfølging av innlevering av FDV - dokumentasjon fra leverandører.

Utstyr

Hovedområder det arbeides med

Det er god fremdrift på de fleste anskaffelser, og god koordinering mellom PNSD og VVHF. Grensesnittavklaringer for bygg og infrastruktur er pågående, da noe av utstyret krever ombyggingsarbeider. IKT-tilpasningsprosjekter har flere grensesnitt mot utstyr, og det har vært spesielt fokus på kartlegging av omfang og planlegging av IKT testaktiviteter som skal foregå i Q3-Q4 2024.

Planlegging av mottaksfase for utstyr levert til byggene er påbegynt. Oppfølging av dokumentasjonskrav på utstyr knyttet til forvaltning drift og vedlikehold følges opp i samarbeid med PNSD. Levering av utstyr vil starte i september, og ha sin maksimale samtidighet i jan./feb. 2025. Sammen med mediskteknisk avdeling og avdeling for eiendomsdrift planlegges det for aktiviteter i leveransefase, med blant annet bemanningsplaner for samtidig drift av dagens sykehus parallelt med mottak av utstyr til NSD.

Det er utarbeidet en avtale med PNSD om saksgang ved behov for å erstatte utstyr i eksisterende sykehus ved havari. PNSD har ikke anledning til å anskaffe utstyr for leveranse i eksisterende sykehus. Dette ligger utenfor prosjektets mandat. VVHF vil anskaffe nødvendig utstyr til eksisterende lokasjoner, og dersom dette er utstyr som i henhold til hovedprogrammet skulle

vært anskaffet av PNSD, gjøres det en omfordeling av ansvar, slik at PNSD oppfyller forpliktelsene til å gjennomføre anskaffelser i henhold til opprinnelig ramme. En omfordeling av utstyr begrenses til anskaffelser som inngår i vedtatt investeringsplan for VVHF. Prioritering gjøres av kontaktmøte.

Prosjektadministrasjonen PNSD er bedt av prosjektstyret om å starte forberedelse til anskaffelse av Linac 3, slik at denne er installert og klar til eierskifte. Budsjettet til stråleterapi i PNSD styrkes med 30 MNOK, ved at man reduserer områdereserve utstyr tilsvarende. For VVHF vil dette bety noe økt risiko i forhold til anskaffelser av prioritet 2 utstyr. VV-NSD vil gjennomgå forekomstene for å sikre at det ikke ligger kritisk utstyr i denne kategorien.

Kritiske risikoer og tiltak

Det er høy aktivitet for utstyrgruppen, og arbeidsmengden og kompleksiteten er økende. Det gjøres tiltak for å redusere risiko for forsinkelser, ved å knytte flere ressurser til gruppen.

Medisinske møbler er en krevende anskaffelse pga. ulikt behov og mange interessenter. Innspill fra flyttelistene vil bli brukt til å vurdere anskaffelsesomfang. For å sikre nødvendig fremdrift har PNSD styrket prosjektledelsen for gjennomføring av denne anskaffelsen.

IKT

Hovedområder det arbeides med

Det er pågående arbeid med alle IKT tilpasningsprosjektene som skal tilpasse IKT systemene til NSD. Det arbeides med å få etablert en testlab i tilknytning til eksisterende sykehus, da arbeidet med systemakseptansetester skal starte våren 2024.

VV-NSD og Mottaksprosjekt for Helselogistikk i VVHF jobber tett med nødvendige leveranser og avklaringer knyttet til Helselogistikk i NSD. Videre er kartlegging av nødvendig IKT-utstyr og telefonitjenester påstartet.

Kritiske risikoer og tiltak

VV-NSD er bekymret for avhengigheten til regionale prosjektleveranser som er lagt til grunn som forutsetning for bruk i NSD. Det meldes om forsinkelser i fremdrift for flere av de regionale prosjektene. Spesielt følges Helselogistikk prosjektet tett, da denne leveransen er kritisk for åpning. Da OUS har besluttet å ikke gå videre med Helselogistikk område C til åpning av nye Radiumhospitalet, vil VVHF bli pilotforetak på denne løsningen.

Tabellen viser en oversikt over IKT-løsninger hvor status vurderes som kritisk for forventet gevinstrealisering og/eller ibruktakelse av nytt sykehus:

Resultatmål	Status	Kommentar
Kvalitet		
Løsning for mottak av kritiske alarmer (overfallsalarm, stans-teams osv.), pasientsignal med elektronisk varslings og byggtkniske varsler til personell på en mobil arbeidsflate er implementert		Helselogistikk område C er forsinket og leveranser har vært av lav kvalitet. OUS har besluttet å ikke gå videre med Område C til åpning av nye Radiumhospitalet. VVHF blir første pilotforetak av område C. Pågår kartlegging av regional Helselogistikk og byggeprosjektet av alternative løsninger for mottak av kritiske alarmer (Plan B).
Nytt Regional Multimediaarkiv er implementert		Stor risiko for at OUS RAM prosjektet ikke klarer å levere funksjonalitet til NSD grunnet stort og komplekst omfang som skal leveres til OUS. Prosjektet er avhengig av DIPS Arena konsolidering for å levere til NSD.
LVMS patologi og digital patologi er implementert		Avhengighet til innføringen av DIPS Arena, regional multimediaarkiv og regional digital patologi. Prosjektene er på kritisk linje for å nå NSD.
Effektivitet		
Helselogistikk C "Internkommunikasjon og varslings" er implementert		Avdekket kritiske mangler på utviklet løsning. Helselogistikk område C er forsinket og av dårlig kvalitet. OUS har besluttet å ikke gå videre med Område C til åpning av nye Radiumhospitalet. VVHF blir første pilot av område C.

For å skape et felles risikobilde av IKT-området mellom VVHF, PNSD, Sykehuspartner og RHF blir det kontinuerlig gjennomført risikoworkshops for å fokusere på iverksettelse av nødvendige tiltak. Det ble også i NSD Beslutningsmøte IKT 17.11.23, sak 15-23, besluttet å etablere en operativ samhandlingsarena for NSD, Kontaktmøte IKT, for å adressere risikoer knyttet IKT-leveranser forutsatt for nytt sykehus.

Klinisk ibruktakelse

Område Klinisk ibruktakelse er per nå delt i tre arbeidsgrupper; Tilpasning til drift, Opplæring og Test. Det utarbeides oppdragsbeskrivelse som ivaretar områdets ansvar opp mot Mottaksprosjektets totale omfang. Det utarbeides detaljerte beskrivelser for arbeidsgruppens omfang, leveranser og fremdriftsplaner frem mot innflytting 2025.

Tilpasning til drift er en forlengelse av OU arbeidet klinikkene har gjennomført i form av delprosjekter. Per nå er hovedfokuset på å støtte klinikkene i gjennomføring av handlingsplaner og implementering av tiltak som følge av delprosjektene.

Opplæring har hovedfokus på å kartlegge opplæringsbehov i klinikkene med frist innen 1. mars. I samarbeid med Sykehuspartner utvikles det en løsning for digital omvisning /opplæring i bygget, slik at de som skal ha sin arbeidsplass i NSD skal bli kjent før innflytting.

Test skal ivareta Mottaksprosjektets ansvar knyttet til virksomhetstester i forkant av innflytting i 2025 samt samordning av alle tester i regi av PNSD. Det arbeides nå med å definere hvilke virksomhetstester som skal planlegges for.

Flytting

Hovedfokuset så langt har vært utarbeidelse av flyttelister i dialog med flytterådgiver HCR. I samarbeid med utstyr og IKT er det utarbeidet en flytteliste som sikrer at nødvendig informasjon knyttet til alt som skal flyttes eller gjenbrukes ved andre lokasjoner i VV blir samlet. Dette vil være viktig for videre utarbeidelse av detaljert planer for innflytting.

Det er utpekt flyttekoordinatorene ved alle seksjoner og gjennomført felles oppstartsmøte med disse. Flyttekoordinatorene vil utgjøre et viktig nettverk for Mottaksprosjektet og klinikkene både i forberedelse til og under flytting.

Kommunikasjon

Hovedfokus er i denne fasen på internkommunikasjon med oppdatering av intranett, infopakker til ledere og informasjonsmøter for å sikre kvalitetssikret og relevant informasjon til både medarbeidere, ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste.

Eksternt skal det arbeides med medieinnsalg av nytt sykehus. Det er pågående samarbeid med eksterne samarbeidspartnere som kollektivtransportselskap og Drammen Helsepark om felles kommunikasjonstiltak i forbindelse med NSD.

Prosjektdirektørs vurdering

Det er god dialog og samhandling både med PNSD og med klinikker og staber i VV. Det er høy aktivitet og kompleksiteten er økende frem mot innflytting neste år. Det er god fremdrift innenfor alle områder, men med noen klare risikoområder spesielt innenfor IKT.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør konstaterer at det fortsatt er høy aktivitet i prosjektorganisasjonen for nytt sykehus, og at det i takt med økende kompleksitet er behov for tett oppfølging frem mot ibruktakelse. De identifiserte risikoområdene vil bli fulgt tett opp fra VVHF sin side.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar informasjonen til orientering.

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Hamar
Dato: 9. februar 2024
Tidspunkt: Kl. 09:15 - 14:30

Følgende styremedlemmer møtte:

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

Fra brukerutvalget møtte:

Aina Nybakke
Odvar Jacobsen

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Terje Rootwelt
Spesialrådgiver Hilde Jacobsen
Fagdirektør Ulrich Spreng, eierdirektør Tore Robertsen, økonomi- og finansdirektør Line Alfarrustad, direktør porteføljestyling bygg Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, konserndirektør Mona Stensby og kommunikasjonsdirektør Gunn K. Sande

Saker som ble behandlet:

001-2024	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 9. februar 2024.

002-2024	Godkjenning av protokoll fra styremøte 21. desember 2023
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra styremøte 21. desember 2023 godkjennes.

003-2024	Foreløpig virksomhetsrapport per desember 2023
-----------------	---

Oppsummering

Saken presenterer foreløpig virksomhetsrapport for desember 2023.

Det ble i møtet gitt tilleggsinformasjon om bakgrunnen for de økonomiske resultatene i det regionale helseforetaket.

Kommentarer i møtet

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å tilføre som kreditt inntil 400 millioner kroner for å finansiere nødvendige investeringer i helseforetak med tidligere underskudd. Styret ber administrerende direktør redegjøre for intern gjeld og fordringer i økonomisk langtidsplan.

Videre ber styret administrerende direktør komme tilbake med en plan for styring og redusert bruk av innleie. Planen skal også omfatte viktigheten av å rekruttere og beholde egne ansatte. Det skal også legges vekt på at spesialisthelsetjenesten skal være den fortrukne arbeidsplass. Dette presiseres i vedtaket. Planen må avveie det lokale behovet for

å leie inn arbeidskraft og virkningen på rekrutteringen til spesialisthelsteneesen når omfanget av innleie øker.

Styret understreker betydningen av at ventetidene innen TSB opprettholdes på dagens nivå. Dette gjelder også for psykisk helsevern for barn og unge. Det må arbeides aktivt for å hindre en økning av ventetider innen somatikk og psykisk helsevern for voksne.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar foreløpig virksomhetsrapport per desember 2023 til etterretning.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å tilføre kreditt på inntil 400 millioner kroner for å finansiere nødvendige investeringer i helseforetak med tidligere underskudd. Lånene skal nedbetales over noen år. Styret ber administrerende direktør redegjøre for intern gjeld og fordringer i økonomisk langtidsplan.
3. Styret ber om at administrerende direktør i neste møte legger frem en plan for felles styring og reduksjon av innleie av arbeidskraft i helseforetakene våre. Planen skal omfatte tiltak som bidrar til å gjøre helseforetakene til det foretrukne valg for helsearbeidere.

004-2024	Oppdragsdokument 2024 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 16. januar 2024 - oppdrag og bestilling 2024 til helseforetakene i Helse Sør-Øst
----------	---

Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementet styrer de regionale helseforetakene gjennom oppdragsdokument og vedtak i foretaksmøter.

I oppdrag og bestilling til helseforetakene samordner Helse Sør-Øst RHF oppgaver og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og vedtak fattet i det regionale helseforetakets styre.

Kommentarer i møtet

Styret ber om at det kommer tydelig frem i innledningen til oppdrag og bestilling til helseforetakene hva som er de overordnede føringer fra helse- og omsorgsdepartementet og hvordan føringer viderefremmes til helseforetakene.

Styret gir sin tilslutning til at det utformes selvstendige styringsdokumenter til det enkelte helseforetak som gir de samlede rammene og styringskrav for helseforetakenes virksomhet for inneværende år. Til neste år ber styret om at styresaken også gir en omtale av de vurderinger og tilpasninger som er gjort av hvilke særskilte styringskrav som gis de enkelte helseforetak.

Styret ber om at styringsmålene for Sykehuspartner vurderes nærmere til senere oppdragsdokument. Målstrukturen kan i større grad kan vektas mot å lette og effektivisere arbeidet i spesialisthelsetjenesten.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar oppdragsdokument 2024 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF av 16. januar 2024 til etterretning.
2. Styringsbudskapene følges opp i oppdrag og bestilling 2024 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst.
3. Oppdrag og bestilling 2024 til helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst godkjennes. Administrerende direktør gis fullmakt til å slutføre dokumentene.
4. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppdraget i den ordinære rapporteringen og i årlig melding.

005-2024	Kjøp av helsetjenester fra private leverandører
----------	---

Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF har avtale om kjøp av helsetjenester fra private leverandører for til sammen 4 200 millioner kroner. Det pågår, eller er under planlegging, anskaffelser innen spiseforstyrrelser, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og poliklinisk laboratorievirksomhet, alle med planlagt oppstart 01.01.2025. Avtalene innen rehabilitering er sagt opp, og det vil gjennomføres en anskaffelse med planlagt oppstart 01.01.2026. I tillegg har Helse Sør-Øst RHF avtaler innen psykisk helsevern, somatikk, radiologi og helse- og arbeid.

I denne saken gis en orientering om de ulike tjenesteområdene, herunder fordeling mellom kommersielle og ideelle avtaleparter.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar saken til orientering

Stemmeforklaring fra styremedlem Lasse Sølvberg:

Denne representanten peker på at det helt siden 2016/17, når det gjelder behandlingen av offentlige innkjøpsregler, har vært ett enstemmig Storting som har villet reservere helse - og sosialområdet mot kommersialisering som følge av EØS-regulering av forholdet mellom stat og marked. Med bakgrunn i en dom i Oslo tingrett har Helse Sør-Øst avlyst et anbud reservert for private ideelle. Oslo kommune har anket, og

etter det jeg forstår avviser ikke dommen at skjerming av private ideelle i innkjøp fortsatt kan gjelde, men med strengere krav til begrunnelse. Jeg mener derfor at det nødvendigvis ikke er grunnlag for HSØ til å endre sin opprinnelige reserverte anskaffelse for ideelle aktører, men videreføre denne som etter mitt skjønn er helt i henhold til politiske signaler over lang tid.

006-2024	Status for arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helse Sør-Øst
----------	---

Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF har bedt om å få regelmessig framlagt status for arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helse Sør-Øst. Denne saken beskriver overordnede føringer, samt metodikk og pågående arbeid på dette området. Videre presenteres et rammeverk for hvordan styret kan følge opp sin rolle i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

Kommentarer i møtet

Styret er tilfreds med en god og viktig sak og berømmer arbeidet som er gjort med å etablere et rammeverk for å følge opp kvalitet og pasientsikkerhet på tvers av helseforetakene i regionen.

Styret viser til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og styrets ansvar for at det er etablert et styringssystem for å følge opp arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Styrets ansvar presiseres i vedtaket.

Styret ber administrerende direktør legge til rette for en diskusjon om styrets rolle i oppfølgingen av kvalitet og pasientsikkerhet, herunder også hvordan det kan legges til rette for å rettlede styrene i helseforetakene i deres oppfølging.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar status for arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til orientering.
2. Styret viser til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren og styrets ansvar for at det er implementert et styringssystem for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Styret slutter seg til prinsippene som er lagt til grunn for rapportering til styret, og ber om at status for arbeidet forelegges styret hvert halvår.

007-2024	Styreinstruks og instruks for administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
----------	--

Oppsummering

I protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 er det presisert at styret for Helse Sør-Øst RHF og styrene for helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. I Helse Sør-Øst RHF ble instruks for styret og instruks for administrerende direktør sist fastsatt i styremøte 10. mars 2022 etter at nytt styre var oppnevnt i januar 2022.

Instruks for styret angir nærmere regler om styrets arbeid og saksbehandling. Styreinstruksen skal inneholde regler om struktur på styrearbeidet, krav til styredokumentasjon, styrets saksbehandling og styremedlemmenes plikter og rettigheter.

Instruks for administrerende direktør fastsetter regler for dennes oppgaver, plikter og rettigheter. Instruksen for administrerende direktør gir også en overordnet rolleavklaring mellom styret og daglig leder.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styreinstruksen og instruks for administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF godkjennes.

008-2024	Oppnevning av styrets valgkomité og styrets revisjonsutvalg
----------	---

Oppsummering

Styreleder anbefaler at styret oppnevner styrets revisjonsutvalg og styrets valgkomité.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Følgende oppnevnes til styrets revisjonsutvalg for perioden 9. februar 2024 til februar 2026:

1. Nina Tangnæs Grønvold (leder)
2. Einar Lunde
3. Christian Grimsgaard

4. Følgende oppnevnes til styrets valgkomité for perioden 9. februar 2024 til februar 2026:

1. Svein Ingvar Gjedrem (leder)

2. Nina Tangnæs Grønvold
3. Irene Kronkvist

009-2024	Oppnevning av nye styrever og fastsetting av styregodtgjørelse for helseforetakene i Helse Sør-Øst og Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) for perioden 2024-2026
-----------------	--

Oppsummering

De sittende styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst og pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) er oppnevnt med funksjonstid til februar 2024, og det skal følgelig oppnevnes nye styrever for helseforetakene og PKH. Det fastsettes samtidig styregodtgjørelser som gjelder for hele funksjonstiden.

Kommentarer til saken:

Det presiseres i vedtaket at styrets valgkomite gis fullmakt til å supplere styrene i Sunnaas sykehus HF og Sykehuspartner HF.

Styrets

V E D T A K

1. Følgende oppnevnes som eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i Helse Sør-Øst med funksjonstid fra 15. februar 2024 til februar 2026

Styret i Akershus universitetssykehus HF

<i>Styreleder</i>	<i>Anne Sissel Faugstad</i>	<i>Ny som styreleder</i>
<i>Nestleder</i>	<i>Andreas Norvik</i>	<i>Ny som nestleder</i>
<i>Styremedlemmer</i>	<i>Trine Myrvold Wikstrøm</i>	<i>Ny</i>
	<i>Kjetil Karlsen</i>	<i>Gjenvalg</i>
	<i>Sylvi Graham</i>	<i>Gjenvalg</i>
	<i>Svein Harald Øygard</i>	<i>Gjenvalg</i>
	<i>Solveig Kristensen</i>	<i>Ny</i>

Styret i Oslo universitetssykehus HF

<i>Styreleder</i>	<i>Gunnar Bovim (*)</i>	<i>Gjenvalg</i>
<i>Nestleder</i>	<i>Sigrun Vågeng</i>	<i>Ny som nestleder</i>
<i>Styremedlemmer</i>	<i>Tore Eriksen</i>	<i>Gjenvalg</i>
	<i>Svein Lyngroth</i>	<i>Ny</i>
	<i>Morten Thorkildsen</i>	<i>Gjenvalg</i>
	<i>Hanne Flinstad Harbo</i>	<i>Ny</i>
	<i>Else-Marie Løberg</i>	<i>Gjenvalg</i>

() vedtatt mot tre stemmer (Grimsgaard, Sølvberg og Kronkvist)*

Styret i Sunnaas sykehus HF

<i>Styreleder</i>	<i>LEDIG</i>	<i>LEDIG</i>
<i>Nestleder</i>	<i>Eva Bjørstad</i>	<i>Gjenvalg</i>
<i>Styremedlemmer</i>	<i>Bernadette Kumar</i>	<i>Ny</i>
	<i>Anders Debes</i>	<i>Ny</i>
	<i>Carl C. Thodesen</i>	<i>Ny</i>
<i>Styret i Sykehusapotekene HF</i>		
<i>Styreleder</i>	<i>Anne Karlsen</i>	<i>Ny som styreleder</i>
<i>Nestleder</i>	<i>Ellen Henriette Pettersen</i>	<i>Ny som nestleder</i>
<i>Styremedlemmer</i>	<i>Henrik Schultz</i>	<i>Gjenvalg</i>
	<i>Ulf Sigurdson</i>	<i>Ny</i>
	<i>Kathrin Bjerknæs</i>	<i>Ny</i>
<i>Styret i Sykehuset i Vestfold HF</i>		
<i>Styreleder</i>	<i>Per Christian Voss</i>	<i>Gjenvalg</i>
<i>Nestleder</i>	<i>Charlotte Haug</i>	<i>Ny som nestleder</i>
<i>Styremedlemmer</i>	<i>Hans August Hansen</i>	<i>Gjenvalg</i>
	<i>Anne Biering</i>	<i>Gjenvalg</i>
	<i>Frode Hestnes</i>	<i>Ny</i>
	<i>Trine Vingsnes</i>	<i>Ny</i>
	<i>Ole Johan Bakke</i>	<i>Ny</i>
<i>Styret i Sykehuset Innlandet HF</i>		
<i>Styreleder</i>	<i>Eli Giske</i>	<i>Ny</i>
<i>Nestleder</i>	<i>Halfdan Aas</i>	<i>Gjenvalg</i>
<i>Styremedlemmer</i>	<i>Peggy Sandbekken</i>	<i>Ny</i>
	<i>Ivar Gladhaug</i>	<i>Gjenvalg</i>
	<i>Bjarne Eiof Holø</i>	<i>Gjenvalg</i>
	<i>Irene Dahl Andersen</i>	<i>Gjenvalg</i>
	<i>Ragnhild Aalstad</i>	<i>Gjenvalg</i>
<i>Styret i Sykehuset Telemark HF</i>		
<i>Styreleder</i>	<i>Anne Biering</i>	<i>Gjenvalg</i>
<i>Nestleder</i>	<i>Kine Jordbakke</i>	<i>Gjenvalg</i>
<i>Styremedlemmer</i>	<i>Frode Myrvold</i>	<i>Ny</i>
	<i>Per Christian Voss</i>	<i>Gjenvalg</i>
	<i>Kathan Al-azawy</i>	<i>Ny</i>
	<i>Trygve Nilssen</i>	<i>Gjenvalg</i>
	<i>Marjan Farahmand</i>	<i>Gjenvalg</i>
<i>Styret i Sykehuset Østfold HF</i>		
<i>Styreleder</i>	<i>Morten Reymert</i>	<i>Ny</i>
<i>Nestleder</i>	<i>Petter Brelin</i>	<i>Gjenvalg</i>
<i>Styremedlemmer</i>	<i>Carl-Morten Gjeldnes</i>	<i>Gjenvalg</i>
	<i>Gro Jære</i>	<i>Gjenvalg</i>
	<i>Marta Færevaag Hjelle</i>	<i>Ny</i>
	<i>Børge Tvedt</i>	<i>Gjenvalg</i>
	<i>Alice Reigstad</i>	<i>Ny</i>

Styret i Sykehuspartner HF

Styreleder	Terje Rootwelt	Ny
Nestleder	Nina Mevold	Gjenvalg
Styremedlemmer	Eivind Gjemdal	Gjenvalg
	Bjørn Atle Bjørnbeth	Gjenvalg
	Lisbeth Sommervoll	Ny
	Ingeborg Øfsthus	Gjenvalg
	LEDIG	LEDIG

Styret i Sørlandet sykehus HF

Styreleder	Herlof Nilssen	Ny
Nestleder	Einar Hysing	Ny som nestleder
Styremedlemmer	Sunniva Whittaker	Gjenvalg
	Elisabeth Austad Asser	Ny
	Elisabeth Farbu	Gjenvalg
	Finn Aasmund Hobbesland	Gjenvalg
	Bente Haugland	Gjenvalg

Styret i Vestre Viken HF

Styreleder	Siri Hatlen	Gjenvalg
Nestleder	Hans Tore Frydnes	Gjenvalg
Styremedlemmer	Robert Bjercknes	Gjenvalg
	Kari Fjelldal	Gjenvalg
	Kristin Vinje	Ny
	Hans Kristian Glesne	Gjenvalg
	Hege Mørk	Ny

2. Følgende oppnevnes som styremedlemmer i pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) med funksjonstid fra 1. april 2024 til april 2026:

Styreleder	Svein Tore Valsø	Helse Sør-Øst RHF
Nestleder	Ida Espolin Johnson	Uavhengig

Styremedlemmer

Åmund T. Lunde	Uavhengig
Mette Lise Lindblad	Vestre Viken HF
Marianne Andreassen	Oslo universitetssykehus HF
Jørn Limi	Akershus universitetssykehus HF

Eieroppnevnte varamedlemmer

Ørjan Angel Sandvik	Oslo universitetssykehus HF
Jan Inge Pettersen	Akershus universitetssykehus HF
Hilde Westlie	Sunnaas sykehus HF

Styremedlemmer fra hovedorganisasjonene

Erik Høiskar
Mette Vilhelmshaugen

Svein Øverland

3. Styret gir valgkomiteen fullmakt til å supplere styret i Sunnaas sykehus HF og styret i Sykehuspartner HF.
4. Styregodtgjørelse for valgperioden fastsettes til:

Oslo universitetssykehus HF:

Styreleder	kr	346 400 per år
Nestleder	kr	243 700 per år
Styremedlem	kr	179 700 per år
Varamedlem	kr	5 900 per møte med oppmøte for styremedlem

Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuspartner HF, Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF og PKH:

Styreleder	kr	306 800 per år
Nestleder	kr	214 600 per år
Styremedlem	kr	156 400 per år
Varamedlem	kr	5 900 per møte med oppmøte for styremedlem

Sunnaas sykehus HF og Sykehusapotekene HF:

Styreleder	kr	229 800 per år
Nestleder	kr	154 000 per år
Styremedlem	kr	122 550 per år
Varamedlem	kr	5 900 per møte med oppmøte for styremedlem

Praksis med at det ikke skal utbetales økonomisk kompensasjon eller dekning av kostnader utover fastsatt styregodtgjørelse videreføres. Utgifter til reise og opphold i forbindelse med styrearbeidet dekkes etter regning.

010-20234

Ny anskaffelse av private helsetjenester innen rehabilitering

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

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

011-2024	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Kommentarer i møtet

Styret etterspurte en orientering om oppfølgingen av rapport fra kvinnehelseutvalget. Videre ba styret om at det gis en orientering om erfaringene med innføringen av internhusleie.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker i 2024 tas til orientering.

012-2024	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Kommentarer i møtet

Administrerende direktør orienterte om at Borgating lagmannsrett har avvist sak fra Redd Ullevål sykehus med påstand om at de er en part i saken.

Administrerende direktør orienterte om at mulighetene for å kunne lande de nye redningshelikoptrene ved andre helseforetak med noen tilpasninger blir vurdert.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra møter i brukerutvalget 19. - 20. desember 2023 og 16. - 17. januar 2024
3. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 20. desember 2023
4. Brev fra brukerutvalget NKS
5. Brev fra Norsk Glaukomforening
6. Brev fra spesialsykepleier Synne Løvås, Sykehuset Østfold HF og svarbrev (*unntatt offentlighet*)

Møtet hevet kl. 14:44

Hamar, 9. februar 2024

Svein I. Gjedrem
styreleder

Nina Tangnæs Grønvold
nestleder

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Einar Lunde

Irene Kronkvist

Harald Vaagaasar Nikolaisen

Peder Kristian Olsen

Liv Monica Stubholt

Lasse Sølvberg

Hilde Jacobsen
styresekretær

Foreløpig protokoll

Møte:	Brukerutvalget Vestre Viken HF
Møtedato:	23.01.23
Tidspunkt:	1200-1800
Sted:	G32/Kolsås 1 og 2
Møteleder:	Gudrun Breistøl
Deltakere:	<p>Fra Brukerutvalget: Elisabeth Schwencke, Mark Miller (digitalt), Gudrun Breistøl, David C. Hemmingsen, Jan Helge Tuv (digitalt), Toril Naper Hauge, Christine Malmberg, Nasim Rizvi</p> <p>Fra Administrasjonen: Anne-Lise Kristensen og Kurt Kleppe Josefsen (koordinator)</p> <p>Innledere: Kristine Kleivi Sahlberg (sak 7/24) Lisbeth Sommervoll (sak 13/24)</p> <p>Forfall Rune Kløvtveit</p>

Sak nr.	Sak/merknad
1/24	<p>Godkjenning av innkalling og sakliste</p> <p>Vedtak/kommentarer: Godkjent</p>
2/24	<p>Protokoll brukerutvalgets møte 12.12.23</p> <p>Vedtak/kommentarer: Godkjent</p>
3/24	<p>Referat arbeidsutvalgets møte 9.1.24</p> <p>Vedtak/kommentarer: Godkjent</p>
4/24	<p>Saker til orientering, innkommet post</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referat Ungdomsrådet 12.12.23 • Foreløpig protokoll BU HSØ 19.-20.12 • Samvalg i HSØ • Partnerskapsmøte • Internrevisjon – brukermedvirkning Helse Vest • Høring ABORT - fødsel/gyn • Reviderte retningslinjer for godtgjøring BU • Foreløpig protokoll BU HSØ 16.-17.01 (lagt ved i etterkant)

	<p>Kommentarer/vedtak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referat Ungdomsrådet 12.12.23 Bra at de tas med på DHO • Samvalg i HSØ Det er bra at informasjon om samvalg tas inn i innkallingsbrevene. BU ønsker informasjon om hva som kan være mulig for lokale tekster i innkallingsbrev. ALK sjekker ut og kommer tilbake med informasjon i neste møte. • Partnerskapsmøte Gjennomføres 15. mars. BU deltar. • Internrevisjon – brukermøte Helse Vest Vi tar i februar møtet en gjennomgang av brukerundersøkelsene i VV. ALK gir en presentasjon og vi tar en diskusjon på om det er områder som BU ønsker å gjennomføre lokalt. • Høring ABORT - fødsel/gyn Gudrun og Nasim danner en arbeidsgruppe og tar opp saken til diskusjon i BU i februar møtet med utkast til innspill. • Reviderte retningslinjer for godtgjøring BU Det er litt uavklart med flere møter samme dag som til sammen går over 6 timer. Dette avklares og tas opp på neste møte. • Foreløpig protokoll BU HSØ 16.-17.01. Tas på februar møtet da det kom inn for sent til at deltakerne har fått lest det.
5/24	<p>Skjema – henvendelser til Brukerutvalget Gjennomgang av nytt skjema og rutiner.</p> <p>Vedtak/kommentarer: BU gikk i 2023 i underskudd og engasjement må vurderes opp mot prioriteringer. Skal det være representanter fra BU med i prosjekter SKAL henvendelsen gå via AU og BU og skjema for Henvendelse til Brukerutvalget skal brukes. Det er viktig med avklaring av hva om den enkelte kan si ja til og hva som må tas opp i AU. Det er laget et skjema i forms som skal brukes, men det er behov for en kvalitetsikringsrunde på skjemaet. Alle må gå inn og sjekke funksjon og ordlyd. Skjemaet finner du på Teams i kanalen Generell, men direktelenke er: https://forms.office.com/e/kGzZweJvtf?origin=lprLink. Legg gjerne inn kommentarer direkte i skjema, eller ta det med på neste møte.</p>
6/24	<p>Konferanser, seminarer Ingen invitasjoner mottatt</p>
7/24	<p>Digitale konsultasjoner Kristine Kleivi Sahlberg</p> <p>Kommentarer/vedtak: Det innføres en for pasientene enklere løsning for digitale konsultasjoner (delta). Det er behov for å øke antallet konsultasjoner og forskningsavdelingen ber om BU sitt bidrag til å</p>

	<p>informere om satsningen. BU's representanter tar det opp i det enkelte KKU. BU vil gjerne bidra til å heve antallet digitale konsultasjoner.</p> <p>Tas opp i neste møte (februarmøtet) og UR inviteres også inn i arbeidet.</p>										
8/24	<p>Oppnevninger prosjekt, råd og utvalg</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Oppnevninger i møtet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Skiltprosjektet</td> <td>Rune Kløvtveit</td> </tr> <tr> <td>Fremtidens kontortjeneste</td> <td>Toril Naper Hauge</td> </tr> <tr> <td>Deltakelse Workshops overvekt Forskningsavdelingen</td> <td>Elisabeth Schwencke</td> </tr> <tr> <td>Nettverk for implementering døgnområde DS</td> <td>David Hemmingen</td> </tr> </tbody> </table>	Oppnevninger i møtet		Skiltprosjektet	Rune Kløvtveit	Fremtidens kontortjeneste	Toril Naper Hauge	Deltakelse Workshops overvekt Forskningsavdelingen	Elisabeth Schwencke	Nettverk for implementering døgnområde DS	David Hemmingen
Oppnevninger i møtet											
Skiltprosjektet	Rune Kløvtveit										
Fremtidens kontortjeneste	Toril Naper Hauge										
Deltakelse Workshops overvekt Forskningsavdelingen	Elisabeth Schwencke										
Nettverk for implementering døgnområde DS	David Hemmingen										
9/24	<p>Årlig melding</p> <p>Gudrun, Rune, Anne-Lise og Kurt setter seg og jobber med utgangspunkt i Mark sitt innlegg og sender det ut til utvalget for vedtak.</p>										
10/24	<p>Erfaringsutveksling</p> <p>Deltakerne har i perioden deltatt på:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allmøte Bærum sykehus • Telesår prosjektmøte • Styremøte VVHF • Prosjektmøte DHO • VVHF Organisasjonsutvikling Bærum Sykehus (KIR/GYN/ Føde/Barsel/ plastikk) • Brukerstyrte poliklinikker i HSØ nettverksmøte • VV Prosjektstyre NSD • Styringsgruppe KI • Arbeidsmøte ALK og Kurt • Oppstartmøte brukerkontor • Arbeidsmøte ALK, Kurt og Gudrun • Arbeidsutvalget BU • Styremøte VVHF Møte • Programstyret NSD PHR • FSU PHR møte • Dialogmøte i AMK, Midtfylke, Ringerike og Hallingdal • Arbeidsmøte i forbedringsarbeid LMS. • KKU Drammen sykehus • KEK RS • AKU Stab/ledermøte Ambulanse KKU og klinikkledermøte PHT • Ingen • Innlegg på styremøte VV • "Råbra" 										

	<p>I møtet ble følgende saker tatt opp:</p> <p>Gudrun har deltatt på dialogmøte hos legevakten Ringerike sammen med representant fra Ungdomsrådet. Når det er pasienter som er for friske til innleggelse eller for syke til å sendes hjem, er det for dårlig tilbud. På mindre steder er KAD plassene ofte på sykehjem.</p> <p>Toril forteller om veldig gode diskusjoner i "Råbra". God metodikk som også vil gi gode erfaringer for pasienter.</p> <p>Fra KKU på DS var temaet overbehandling. Det er mange krevende dilemmaer og spesielt når man snakker om det på individnivå. Dette bør vi diskutere i BU. Ellers er David fornøyd med arbeidet med digitale kurs gjennom LMS.</p> <p>Nasim var veldig fornøyd med samlingen "Sammen for barnet"</p> <p>Mark har vært på HSØ prosjektet Brukerstyrte poliklinikker. Ellers er Mark med på møte i forhold til ortogeriatrici for å se på hvilke pasientgrupper som vil ha best effekt i å benytte tverrfaglig behandling.</p> <p>Ellers er det ulik erfaring med om medlemmene i BU er med i ledermøter på de lokale klinikker i tillegg til KKU.</p>
11/24	<p>BU diskusjonen</p> <p>Legemiddelberedskap Elisabeth var før jul på møte om legemiddelberedskapen. Legemiddelberedskapen er kraftig redusert fra tidligere år og er nå ikke mer enn på 6,2%.</p> <p>MAP (møte med aggresjonsproblematikk) Det er behov for kursing i MAP for å bruke dette flere steder enn i PHR. Det er et økonomisk spørsmål. Les mer om MAP på MAP – Sifer.</p>
12/24	<p>Kontinuerlig forbedringsarbeid BU</p> <p>Kommentarer/vedtak: Innspillene ble lagt inn i prioriteringsmatrisen for å identifisere områder som kan gi stor effekt, men uten store innsatser. Prioriteringer av innsatsområder for 2024 tas på februar møtet.</p>
13/24	<p>Dialog/orienteringer fra AD Lisbeth Sommervoll</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktuelle styresaker • Hva nå; oppfølging av sykehustalen • Hva skjer; oppgavefordeling/standardisering • Spesialist i front; erfaringer, skal det breddes ut

	Kommentarer: Veldig bra at ABE-justeringen av budsjetter blir stoppet og at renteberegningen blir annerledes. Veldig godt at VV ble nevnt i sykehustalen i år. Blir mer fokus på det virtuelle sykehuset, og mer arbeid med oppgavedeling og uttesting av nye modeller for arbeidstidsordninger. For øvrig tas diskusjonen til orientering.
14/24	Kommende møter <ul style="list-style-type: none">• Styrets årsplan (ettersendes)• Brukerutvalgets års og møteplan (monsterarket, gjennomgang)
15/24	Eventuelt

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Bente Kristensen, Joan Nygard, Maria Gundersen, Tom Frost, May Janne Botha Pedersen, Mette Lindblad (for Lisbeth Sommervoll), Eli Årnot, Inger Buene, Kristin Fagerhaug, Kirsten Hørthe, Hanne Misund, Hanne Juritzen, Marianne Njøten, Kenneth From (for Kristin Besseberg, BHT); Gry Christoffersen
Møtedato:	6.februar 2024		
Tidspunkt:	0900-1100		
Sted:	Tyrifjord 1-2		
Møteleder:	Eli Årnot		
Referent:	Cecilie Søfting Monsen	Forfall:	Lisbeth Sommervoll, Karoline Sunnarvik-Ween

Saknr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	<p>Konstituering av HAMU HAMU ledes av arbeidsgiversiden i 2024. Leder: Lisbeth Sommervoll Nestleder: Eli Årnot</p>
	<p>Godkjenning av innkalling og agenda Godkjent.</p>
	<p>Endelig godkjenning av referat fra 5/12-23 Godkjent</p>
Oppfølging av sak 35/2023	<p>Sykefraværsoppfølging i klinikkene - erfaring fra Blakstad sykehus v/Idun H. Jahren og Kathrine L.Klepp</p> <p>Bakgrunn for saken er at HAMU ba i møtet 5/12-23 om en tilbakemelding fra evalueringen av sykefraværs oppfølgingen på Blakstad sykehus.</p> <p>Målgruppen var ansatte med 25 dager eller mer fravær – utgjorde ca. 10% av fraværet. Ved oppstart for et år siden utgjorde dette ca. 115 ansatte. God forankring på ledernivå, hos partene og hos de ansatte. Et malverk for systematisk sykefraværarbeid og gode rutiner viser seg å være en suksessfaktor. Tidlig og tett på; kartlegging av den ansattes behov, og tilrettelegging for å redusere sykefraværet. GAT analyse er et godt verktøy i analysearbeidet av fraværet. Nærversarbeid gir resultater. Ferdighetstrening på tvers av ulike ledergrupper har vært svært nyttig. En erfaring er at det må være kort tid fra forankring til oppstart. Viktig å få med alle nye ledere fortløpende. Tett oppfølging fra nivå 3 til 4 ledere viktig. Metodikken kan brukes uten nødvendigvis å gjennomføre hele programmet.</p> <p>HAMU takker for god presentasjon.</p>
Oppfølging av sak 25/2023	<p>Endring regelverk om verneombud v/ Tove Svensli HAMU fattet vedtak i oktober 2023 om at det skulle nedsettes en arbeidsgruppe bestående av FHVO, HMS og HR, for å gå gjennom verneombudene og prosedyren samt kartlegge hvor mange seksjoner som ikke</p>

	<p>har verneombud i dag. Bakgrunnen er det nye kravet om at det skal være verneombud på avdelinger/seksjoner med minimum 5 ansatte – tidligere 10 ansatte (<u>AML § 6-1 (1)</u>).</p> <p>Eventuell kostnad for å utvide antall verneombud vil være gjennomføring av 40-timers kurset for nye som er lovpålagt.</p> <p>Det skal gjøres en hensiktsmessig vurdering av behovet for flere verne-ombud, og man kan ev benytte andre eksisterende verneombud. Prosedyren for verneområdet vil bli oppdatert av HMS-avdelingen.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • HAMU ber AMU i hver klinikk om å kartlegge hvilke enheter som ikke har verneombud eller tilknytning til verneombud. • HAMU ber deretter AMU i hver klinikk, <u>dersom behov</u>, å innføre nye verneområder og evt. nye verneombud. • HAMU ber om å få en tilbakemelding fra lokale AMU om eventuelle endringer innen 1. juni 2024.
<p>Oppfølging av sak 27/2023</p>	<p>Overordnede prinsipper for samlet ferieavvikling 2024, langvakter i sommer v/Inger Lise Hallgren</p> <p>Bakgrunnen er at HAMU ba i møte i oktober om at foretaksledelsen skulle komme med en utredning om hvordan langvakter er tenkt benyttet sommer 2024. Årsakene til behov for vurdering av arbeidstidsordninger er blant annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sviktende tilgang på personell – Vedvarende økt sykefravær – Økt slitasje/belastning – Økende ventetider og lengre ventelister <p>Disse elementene truer evnen til å yte likeverdige helsetjenester. På bakgrunn av dette tilbys nå de som ønsker det å jobbe langvakter i sommer. I tillegg skal det ses på andre turnusordninger og vurdering av oppgavedeling.</p> <p>Det pågår nå en kartlegging av hvem som ønsker å være med. Tillitsvalgte og vernetjeneste inkluderes fra oppstart av prosessen, og dialogen skal dokumenteres. Langvakter skal være basert på den enkelte medarbeiders frivillighet.</p> <p>Det tilbys veiledning for å gjøre risikovurderinger, turnusplanlegging og evaluering.</p> <p>Evaluering av sommeren 2023 piloter må brukes i det videre arbeidet.</p>
<p>01/2024</p>	<p>Årlig rapportering i vernetjenesten</p> <p>Involvering av vernetjenesten i systematisk HMS arbeid er økt fra 64 til 71% i gjennomsnitt; en positiv trend. Det er fortsatt ønske om enda større involvering i forhold til utarbeidelse av handlingsplaner etter ForBedring og budsjettarbeid i klinikkene.</p> <p>PHT har 100% deltakelse – her er det valgt å ha færre VO, men de er frikjøpt i større andel og følger da opp tettere flere avdelinger og seksjoner. HAMU ønsker en presentasjon i et senere møte fra PHT om hvordan de arbeider innenfor HMS og verneområdet.</p> <p><u>Innspill i møtet som gjelder alle årsrapporter:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – En felles mal for alle årsrapporter ble foreslått. – Rapportene må beskrive mål som er satt samt oppnåelse av disse. – Hvordan kan man forbedre seg, en analyse av situasjonen.

	<ul style="list-style-type: none"> – Synliggjøre i større grad oppgaver og bestillinger. <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • HAMU tar vernetjenestens årlige rapportering 2023 til orientering. • HAMU ber om at klinikkene skal involvere vernetjenesten på alle nivå i arbeidet med budsjett og evalueringen av handlingsplaner etter ForBedring.
02/2024	<p>Årsrapport 2023 BHT v/ Kenneth From (Falck) Det ble presentert en oversikt over de tjenester som er gjennomført i 2023 samt omfanget av disse. Det er utarbeidet aktivitetsplan for bruk av BHT på overordnet nivå og ned på klinikknivå. BHT sin rolle er på et overordnet nivå å følge arbeidsmiljøutviklingen og påse at det systematiske HMS-arbeidet utføres i henhold til lover, forskrifter og interne regler.</p> <p><u>Bedriftshelsetjenesten anbefaler blant annet å fokusere på for 2024:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Fokus på kartleggingsarbeid for å få god kontroll på eget risikobilde, spesielt innen vold og trussel området. – Fortsette med det forebyggende arbeidet når det gjelder muskel- og skjelettplager. – Eksponeringsopplæring innen kjemikalier, støy og vått arbeid. – Fortsette med å tilby webinar med tema nattarbeid, helsepåvirkning og forebygging, med tilbud om helsesamtale i etterkant. <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • HAMU tar årsrapport BHT 2023 til orientering. • HAMU tar BHTs ovennevnte anbefalinger for 2024 til etterretning.
03/2024	<p>Årsrapport 2023 Varslingsutvalget Kort oppsummering av rapporten ved leder av utvalget Hilde Enget. Rapporten skal behandles i foretaksledelsen og styret.</p> <p><u>Innspill i møtet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Rapporten bør si noe om hvordan varslingsutvalget kan forbedre seg og gi en mer detaljert analyse av egevalueringen. – Tiltak iverksatt i 2023 bør tydeliggjøres. – Planlagte tiltak 2024 bør settes opp. – Se på rutiner for involvering av klinikker i evalueringen. <p>Vedtak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HAMU tar varslingsutvalgets årsrapport 2023 til orientering.
04/2024	<p>Årsrapport 2023 HAMU <u>Innspill i møtet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Definere mål kommende år. – Hva er oppnådd? <p>HAMU skal sørge for at det gis støtte til å drive forbedringsarbeid i klinikkene via de lokale AMU. Årsrapporten bør inneholde hvilke områder det har vært arbeidet med, mål samt om målene er oppnådd.</p>

	Vedtak: <ul style="list-style-type: none"> HAMU tar HAMUs årsrapport 2023 til orientering.
Info	Til alle årsrapporter ble det bemerket følgende: <ul style="list-style-type: none"> Vurdering og analyse av situasjonen bør være med. Mål for området og evaluering av dette; hva er lært. Administrasjonen ble oppfordret til å lage en mal/sjekkliste for alle årsrapporter.
05/2024	<p>Prosedyre for forebygging av vold og trusler</p> <p>VVHF opplever, som andre helseaktører, en økt risiko for at medarbeidere, pasienter og besøkende blir eksponert for vold og trusler. I 2022 og 2023 har Arbeidstilsynet gjennomført flere tilsyn helseforetaket, der de bla. etterspør risikovurderinger av vold og trusler, og tilhørende tiltaksplan for å redusere risiko. Samtlige av seksjonene har etter tilsynene fått pålegg etter å ikke ha kunnet dokumentere gjennomført risikovurdering av vold og trusler. Det fremstår som at prosedyre og krav til risikovurderinger ikke er godt nok kjent ute i organisasjonen. For å tydeliggjøre kravet til risikovurdering er prosedyren nå oppdatert med en inndeling av hvilke type seksjoner som bør ha en slik risikovurdering. Det kan noen ganger være hensiktsmessig å gjøre risikovurderingene sammen (f.eks. felles for sengetun).</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> HAMU ber klinikkens AMU informere om oppdatert prosedyre for forebygging av vold og trusler i sine respektive AMU. Hver klinikk skal lage en oversikt over hvilke seksjoner som minimum bør ha gjennomført risikovurdering av vold og trusler, og legge en plan for når disse seksjonene skal ha gjennomført disse. AMU i hver klinikk er ansvarlig for videre oppfølging. Det foreslås at hver klinikk utpeker en person /rolle for å sette opp og følge opp en slik plan.
06/2024	<p>Skriftlige orienteringer</p> <p>Ingen innspill i møtet.</p>

Foreløpig referat

Møte:	Ungdomsrådet i Vestre Viken
Møtedato:	30.01.24
Tidspunkt:	1700-1900
Sted:	Grønland 32, Ringkollen
Inviterte:	<p>Fra Ungdomsrådet: Andreas Rollheim Melby, Ayse Iclal, Hanan Murad, Elenor Amalie Iversen</p> <p>Fra administrasjonen: Kurt Kleppe Josefsen, Anne-Lise Kristensen</p> <p>Forfall Kaja Borgersen, Silje Crosby</p>

Saksliste:

1/24	<p>Godkjenning av innkalling</p> <p>Vedtak: Godkjent</p>
2/24	<p>Referat fra UR møtet 12.12.23</p> <p>Vedtak: Godkjent</p>
3/24	<p>Innkomet post</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll BU 12.12 • Foreløpig protokoll BU HSØ des 23 og jan 24 • Høring NOU – abort • Internrevisjon – brukervedvirkning Helse Vest • Samvalg • Endrede satser – retningslinjer godtgjøring BU/UR <p>Kommentarer/vedtak: Protokollene tas til orientering. UR har ingen kommentarer til høring om abort. I forhold til endrede satser tar koordinatør kontakt med HSØ i forhold til oppfølging av de innspill det ga før jul på honorarsatser.</p>

	<p>Det vises ellers til helse- og omsorgsministerens sykehustale Sykehustalen 2024 - regjeringen.no. Ellers er Oppdragsdokumentet relevant informasjon.</p>
4/24	<p>Valg av leder/nestleder</p> <p>Vedtak: Utsettes til neste møte. Anne-Lise og Kurt tar en runde med hver enkelt. Kurt sender mandatet ut til neste møte.</p>
5/24	<p>Årsrapport 2023</p> <p>Vedtak/kommentarer: Utkast til årsrapport ble gjennomgått. Koordinator jobber videre med deg og fremlegger det med forslag til vedtak i neste møte. Det er også et behov for å lage en lettere versjon som kan legges offentlig gjennom sosiale medier og til avdelingene. Det bør også lages i versjoner som lett kan legges på skjermene som er rundt om kring på avdelingene.</p>
6/24	<p>Status arbeidsgruppene</p> <p>Vedtak/kommentarer: Det har i perioden ikke vært aktivitet i arbeidsgruppene. Koordinator tar et møte med gruppeledere for Ungdom på voksenavdeling og Overganger i neste uke. Dette for å få arbeidet igang igjen. Det legges opp til slike møter også med de andre gruppelederne.</p>
7/24	<p>Erfaringsutveksling</p> <p>Kommentarer: Siden sist har deltakerne blant annet vært delaktig i:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dialogmøte med styret i VV • Faglig samarbeidsutvalg (barn og unge) • Dialogkonferanse i regi av FSU • Samarbeidsmøte med ambulansetjenesten <p>I den nære fremtid skal medlemmer delta i styringsgruppemøter FactUNG og delta på en samling av alle teamene i VV.</p>
8/24	<p>Selvevaluering</p> <p>I mandatet er det nå inntatt krav om at rådet minst en gang i året evaluerer sitt eget arbeid.</p> <p>Kommentarer/vedtak: Det er enighet om å gjennomføre en selvevaluering i mars som bakgrunn for planlegging av arbeidet innværende år. Brukerutvalget har brukt et skjema til dette. Dette bør endres litt for ungdomsrådet. Tas opp i AU før marsmøtet i UR. Det tas da utgangspunkt i https://nettskjema.no/a/399526.</p>

9/24	<p>Handlingsplan 2024</p> <p>Kommentarer/vedtak: Tas fortløpende, men noen prioriterte oppgaver er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid med BUPA • Samarbeid med ambulansetjenesten med ansattopplæring • FSU • FactUng • Jobbe med begrepet ungdomshelse og synliggjør det mer. • Barn og unge på sykehus
10/24	<p>Møteplan 2024</p> <p>Vårens møter blir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4. mars (mandag) • 3. april (onsdag) • 23. april (tirsdag) • 22. mai (onsdag) • 07.06 (fredag - felles møte med BU - besøk på Brakerøya, OBS dagtid)
11/24	<p>Eventuelt</p> <p>Rekruttering Det er behov for å jobbe mer konkret med rekruttering. Her vil det være snakk om å utvikle; rekrutteringsvideo, rekrutteringsplakat, materiell til story på FB og Instagram, digital plakat til skjermene på avdelingene. Det ble bestemt at vi bruker neste møte til en Workshop, hvor vi lager rekrutteringsmateriell</p> <p>AU UR Det er vanskelig for leder og nestleder å møte tidligere samme dag som UR for å diskutere dagsorden og planlegge møtet. Det etableres derfor en rutine med å lage et arbeidsutvalg (AU). Denne gjennomføres senest uke før rådsmøtet, fortrinnsvis mande eller tirsdag. Møtet tas på Teams.</p> <p>Møte på Barne- og ungdomsavdelingen. Det er ønskelig med å ta et møte på barne- og ungdomsavdelingen. Her vil vi også kunne få en omvisning og bli litt kjent. Koordinator sjekker med avdelingssjef i forhold til aktuelle datoer i mars eller april. Et senere møte på BUPA vil også være ønskelig.</p>

Årsplan for styret 2024

Ajourført pr. februar 2024

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Tent. mandag 29. januar Digitalt / teams (09.00 – 10.00)		Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig årsresultat 2023 	
Mandag 19. februar Digitalt / teams (09.00 - 11.00)	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2023, inkludert risikovurdering og IKT • Årlig melding 2023 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2024 • Utkast styrets årsberetning • Årsrapport 2023 Varslingsutvalget Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 9. februar • SKU 30. januar • HAMU 6. februar • Styrets årsplan pr februar • Brukerutvalg 23. Januar • Ungdomsrådet 30. januar 	
15. februar - foretaksmøte for sittende styrer			
26. februar – foretaksmøte og felles styreseminar i regi av HSØ (Gardermoen)			Oppdrag og bestilling (OBD) 2024. Program formidles når dette er klart.
Tirsdag 19. mars Bærum sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Årsberetning/årsregnskap 2023 • Instruks for styret i VVHF • Instruks for AD i VVHF 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 29. februar 2024 inkl. rapportering bærekraftsplan 	Eget møte mellom styret og revisor. Pasient- og brukerombudet

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
	<ul style="list-style-type: none"> • Ledelsens gjennomgang VVHF 2023 • Protokoll fra foretaksmøte og Oppdrag og bestilling for 2024 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Bærum sykehus • Pasientombudenes årsmelding 2023 • Rapport Forebygging av vold og trusler • Rapport undersøkelse legenes arbeidsforhold <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 7. mars • Brukerutvalg 12. mars • SKU 12. mars • Styrets årsplan pr mars 	
<p>Mandag 13. mai Kongsberg sykehus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2025 – 2028 • Etske retningslinjer i VVHF • Åpenhetsloven og samfunnsansvar - rapport • Styrets møteplan 2025 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Kongsberg sykehus <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 25/26. april • HAMU 23. april • Brukerutvalg 7. mai • Styrets årsplan pr mai 	
<p>Mandag 10. juni</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 1. tertial 2024 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2024 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen 	<p>Program styreseminar Forberedelser NSD Opplæring</p>

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Styremøte og styreseminar Brakerøya, Drammen		<ul style="list-style-type: none"> Status investeringsramme 2024 Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> SKU 14. mai Brukerutvalg 4. juni Styrets årsplan pr juni 	E-læringskurs "Etikk for alle"
13. juni - foretaksmøte og felles styreseminar i regi av HSØ (Grev Wedels plass 5, Oslo)			Program formidles når dette er klart
Mandag 26. august Digitalt / teams (09.00 - 10.00)		<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr. 31. juli 	
Mandag 23. september Ringerike sykehus	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr 2. tertial 2024 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2025 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Ringerike sykehus Status nytt sykehus Drammen Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> HAMU 3. september SKU 27 august Brukerutvalg 10. september Styrets årsplan pr september 	Forskning i VVHF
Mandag 21. oktober G 32, Drammen Styremøte og styreseminar	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet Lønnsoppgjør 2024 for administrerende direktør 	<ul style="list-style-type: none"> Virksomhetsrapport pr 30. september 2024 Kvalitetsindikatorer Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Drammen sykehus – oppfølging bærekraftsplanen. Flytteforberedelser Nytt sykehus Drammen Budsjett 2025 Referatsaker	Program styreseminar Evaluering av styrets arbeid

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra HSØ 27. september • SKU 8. oktober • Brukerutvalg 15 • HAMU 29. oktober • Styrets årsplan pr oktober 	
Mandag 18. november Digitalt / teams (09.00 – 12.00)		<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2024 	
Mandag 16. desember Drammen	<ul style="list-style-type: none"> • Budsjett og mål 2025 • Styrets årsplan 2025 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 30. november 2024 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fullmakter i VVHF • Nytt sykehus Drammen <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 21. november • HAMU 10. desember • Brukerutvalg 10. desember • Styrets årsplan pr desember 	Dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet.

Merk:

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

Saker til behandling på senere tidspunkt / pendingliste styremøter:

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

Bestilling fra styret	Bestillings- dato	Forventet leveranse	Status
Sak 122/2023 Virksomhetsrapportering pr 30. november 2023 for VVHF. Styret ser frem til å få informasjon om plan og tiltak for å redusere ventetider i forbindelse med 1. tertialrapportering 2024.	18.12.23	10.06.24	
Sak 124/2023 Status nytt sykehus Drammen. Styret ber derfor om å få en gjennomgang av status på disse IKT-leveransene i styremøtet i februar. Dette med tanke på hvilke aksjonsmuligheter VVHF har for å påvirke at kritiske IKT-løsninger er på plass ved oppstart, samt at det må redegjøres for konsekvenser av en eventuell forsinkelse.	18.12.23	19.03.24	
Sak 7/2024 Investeringsrammer 2024. Styret kommenterer at dersom resultatutviklingen ikke går som forutsatt, vil dette få konsekvenser for neste års investeringsramme. Styret ber derfor om en statusorientering i junimøtet.	29.01.24	10.06.24	
<p>Sak 127/2023 Budsjett og mål 2024. Styret konstaterer at implementeringen av DIPS Arena og forberedelsene til innflytting i nytt sykehus i Drammen kommer til å kreve mye ressurser i 2024. Det ble etterspurt nærmere informasjon om forventede kostnader forbundet med dette og hvordan de er synliggjort i budsjettene.</p> <p>Som følge av foreliggende resultat for november 2023 og usikkerhet til det endelige resultatet for året er det ønskelig å avvente å gi fullmakter til investeringer utover rammen av investeringstilskuddet fra HSØ. Så snart regnskap for 2023 er avsluttet vil revidert forslag investeringsramme legges frem.</p>	18.12.23	19.03.24	Det vises til sak 7/2024 Investeringsrammer 2024 til styremøtet 29. Januar 2024.

