

Til: Styret ved Vestre Viken HF
Dato utsendt: 10. desember
Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 16. desember 2024
Møtetid: Kl. 10.00 – 16.00

Møtested: Drammen, Grønland 32

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Publikum og media som ønsker å være til stede i møtet, bes melde fra om dette til styresekretær innen søndag 15. desember (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
	10.00 50 min	Dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet
	10.50 10 min.	Pause
	Lukket møte (inkl. lunsj)	
107/2024	11.00 30 min	Sak 107 unntatt offentlighet Presentasjon i møtet <i>Jf. Hfl.§ 26a andre ledd nr. 4.</i>
115/2024	11.30 30 min	Økonomiske utredninger parkering NSD Vedlegg: Økonomiske utredninger <i>Jf. Hfl.§ 26a andre ledd nr. 4. Vedlegget er unntatt offentlighet jf offl. § 23, første ledd</i>
	Ordinært styremøte	
108/2024	12.00 0 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 16. desember 2024
109/2024	12.00 5 min	Godkjenning av møteprotokoll 18. November 2024 Vedlegg: Foreløpig protokoll 18. november 2024
110/2024	12.05 30 min	Virksomhetsrapportering per 30. november 2024, inkl. ventetidsløftet - ettersendes Vedlegg: Virksomhetsrapport per 30. November 2024
111/2024	12.35 60 min	Bærekraftsplan versjon 2.0 Vedlegg: 1. Bærekraftsplan 2.0 2. Risikovurdering av bærekraftsplan 2.0
	13.35 15 min	Pause
112/2024	13.50 45 min	Budsjett og mål 2025 Vedlegg: 1. Budsjett 2025 VVHF 2. Drøftingsprotokoll fra møte med hovedtillitsvalgte og vernetjeneste 5. desember 2024 - ettersendes 3. Referat fra behandling i HAMU 10. desember 2024 - ettersendes
113/2024	14.35 5 min	Fullmakter i VVHF Vedlegg: Administrerende direktørs delegerte fullmakter
114/2024	14.40 20 min	Sykefraværarbeidet i VVHF Vedlegg: Oversikt over sykefraværutviklingen i VVHF 2018 - 2024
	15.00 10 min	Pause
115/2024	15.10 20 min	Parkeringsløsning for nytt sykehus i Drammen

116/2024	15.30 5 min	Oppdatert antikorrupsjonsprogram HSØ Vedlegg: Antikorrupsjonsprogram HSØ
117/2024	15.35 5 min	Status nytt sykehus Drammen
118/2024	15.40 5 min	Oppnevning av valgstyre - gjennomføring av valg av ansattes medlemmer til styret i VVHF 2025
119/2024	15.45 5 min	Styrets årsplan for 2025 Vedlegg: Styrets årsplan 2025
120/2024	15.50 0 min	Referatsaker 1. Styrets årsplan 2024 inkl. pendingliste per desember 2. Referat BU 10. Desember 2024 - ettersendes
121/2024	15.40 5 min	Eventuelt
122/2024	15.50 10 min	Driftsorientering fra administrerende direktør
	16.00	Møteslutt

Dato: 2024
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	108/2024	16.12.24

Forslag til vedtak

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Drammen, 10. desember 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Innkalling og saksliste til styremøte 16. desember 2024

Dato: 01.12 2024
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	109/2024	xx.xx.24

Forslag til vedtak

Styret godkjenner møteprotokoll datert 18. november 2024

Drammen, 10. desember 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 18. november 2024

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Grønland 32, Drammen

Dato: 18. november 2024

Tidspunkt: Kl. 13.00 – 14.30

Følgende medlemmer deltok:

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

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

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

Navn	Funksjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør
Joachim Thorkildsen	Ass. fagdirektør medisin og helsefag
Mette Lise Lindblad	Direktør økonomi
Henning Aarset	Direktør kommunikasjon og samfunnskontakt
Eli Årnot	Direktør kompetanse
Robert Nystuen	Stedfortreder direktør teknologi
Hilde Enget	Administrasjonssjef/styresekretær

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

Protokollfører: Hilde Enget.

Sak 97/2024 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 98/2024 Godkjenning av styreprotokoller fra 21. og 31. oktober 2024

Styrets enstemmige

Vedtak:

Møteprotokoll fra styremøte 21. oktober og 31. oktober 2024 godkjennes.

Sak 99/ 2024 Avtale om overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital AS, Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF

Oppsummering av innhold

Det vises til styrets behandling av intensjonsavtale om overtakelse av Martina Hansens Hospital (MHH), sak 63/2024, 10. juni 2024 og styresak i HSØ 21. juni 2024, sak 075-2024. Partene har framforhandlet et forslag til endelig overføringsavtale, vedlegg 1. Avtalen behandles i styret i Stiftelsen Martina Hansen hospital 18. november 2024, og endelig i styremøtet i HSØ 22. november 2024.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god presentasjon og kommenterer at overdragelse av MHH er en viktig sak som styret kjenner godt gjennom tidligere behandlinger. Styret opplever at saken ivaretar samfunnsoppdraget til helseforetaket om å utvikle gode tilbud til pasientene. Gjennom overdragelsen vil VVHF bli Norges største ortopediske miljø, og det blir derfor viktig at det gjøres forberedelser som legger til rette for å kunne hente ut synergier. For å lykkes med dette er det viktig at ansatte involveres og at prosedyre for omstilling følges underveis i hele prosessen.

Det følger av styresak i HSØ den 22. november at de tar ansvar for at VVHF ikke får økonomisk belastning for overdragelsen og styret i VVHF legger til grunn at HSØ dekker aktuelle merkostnader. Styret støtter utsatt overdragelsestidspunkt slik at det kan gjøres nødvendige og forsvarlige forberedelser for overføring.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret godkjenner avtale om overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital, Martina Hansen Hospital AS, Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalen på vegne av Vestre Viken HF.
3. Det vises til styrets behandling av intensjonsavtale om overtakelse av Martina Hansens Hospital (MHH), sak 63/2024, 10. juni 2024. Styret ber om at Helse Sør-Øst RHF dekker alle merkostnader som påløper i forbindelse med selve overtakelsen, samt eventuelle merkostnader i den løpende drift, herunder bidrar med finansiering for å utbedre teknisk etterslep på medisinteknisk utstyr og eiendom. Det vises til styresak Avtale om overføring av virksomhet mellom Stiftelsen Martina Hansens Hospital, Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF, som behandles i styret i HSØ 22. november 2024.
4. Styret legger til grunn at Stiftelsen Martina Hansens Hospital og Martina Hansens Hospital AS i perioden fra inngåelse av avtalen og frem mot overføringsdato ikke treffer beslutninger

eller gjør disposisjoner av uvanlig art eller størrelse, eller som binder opp sykehusdriften fremover, uten at dette er skriftlig avtalt med Vestre Viken HF.

5. Styret forutsetter at Vestre Viken HF skal ha rett til innsyn i ethvert forhold i driften ved Martina Hansens Hospital AS i perioden fra inngåelse av avtalen og frem til overføringsdato.

Sak 100/ 2024 Orientering om fremdriftsplan salg av Blakstad

Oppsummering av innhold

Presentasjon i møtet v/Håkon Heiberg Styrvold og Jørgen Schartum fra eiendomsfirmaet Newsec. Presentasjonen er lagt i admincontrol.

Kommentarer i møtet

Styret takker for god informasjon om planprosess, mulighetsstudie Blakstad og den tentative bud – og salgsprosessen. Det bemerkes også et det er positivt at det er etablert god dialog med Asker kommune.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar informasjonen til orientering.

Sak 101/2024 Virksomhetsrapportering pr. 31. oktober 2024

Oppsummering av innhold

Oktober viser et forbedret økonomisk resultat på flere områder. Større deler av dette kan tilskrives inntektsstøtte fra HSØ for å møte de økte netto finanskostnadene. Når det gjelder den underliggende drift, så fortsetter klinikkene PHR og KMD å vise gode resultater. KIS er tilnærmet på resultatmål og Kongsberg viser tegn til forbedring med forventede effekter av omstilling fra november. For de andre somatiske klinikkene er situasjonen uendret. Som tidligere omtalt vil det største tiltaket ved Bærum sykehus først få effekt fra januar måned.

Kommentarer i møtet

Styret uttrykker bekymring knyttet til at polikliniske konsultasjoner generelt sett ligger under plan. Lavere aktivitet kombinert med økte årsverk og overforbruk på fast og variabel lønn medfører behov for en analyse av den samlede ressursbruken. Styret ønsker å se årsverksutviklingen opp mot prioriteringer og ressursøkning til tiltak for å redusere ventetidene i VVHF. Eksempelvis blir det stilt spørsmål om det er behov for å tilby kveldspoliklinikk innen fagområder som kan dekkes bedre gjennom en mer optimal organisering på dagtid. Styret bemerker at det er viktig å ha en overordnet analyse av helheten, for å sikre riktige prioriteringer og beslutninger. Styret ser frem til behandlingen av Bærekraftsplan 2.0 i styremøtet 16. desember.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar virksomhetsrapportering pr oktober 2024 til orientering

Sak 102/2024 Status nytt sykehus Drammen

Oppsummering av innhold

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

Kommentarer i møtet

Styret takker for en god rapport og ønsker at temaet flytteforberedelser NSD settes på dagsorden i februarmøtet. Styret kommenterer at det at Helseloggistikk er overført fra det regionale prosjektet til byggeprosjektet virker som et godt grep.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Sak 103/ 2024 Instruks for styret - revidering

Oppsummering av innhold

Instruks for styret ble sist regodkjent i styremøtet 19. mars 2024 (sak 34/2024). På bakgrunn av erfaring knyttet til avstemming i sak 76/2024 *Strukturendringer i klinikk Psykisk Helse og Rus* 23. september 2024, er det behov for en justering av instruksene.

Kommentarer i møtet

Styret drøftet avklaringer knyttet til ny presisering om at eventuelle protokolltilførsler skal være skriftlige og fremlagt i møtet.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Instruks for styret i Vestre Viken HF godkjennes.

Sak 104/2024 Referatsaker

Ingen kommentarer.

Sak 105/2024 Eventuelt

Ingen saker.

Sak 106/2024 Driftsorientering fra administrerende direktør

Oppsummering av innhold

Administrerende direktør informerte om at Mai Bente Myrvold er ansatt som ny klinikkdirektør ved Drammen sykehus. Myrvold kommer fra stillingen som prosjektdirektør ved NSD. Ansatte ved Ringerike sykehus satt nordisk rekord med åtte gjennomførte robotassisterte operasjoner på én dag. VVHF deltok på EHIN 2024 med ulike bidrag innen flere sesjoner. Det pågår et stort arbeide med Bærekraftsplan 2.0, blant annet på samling der alle 1-3 ledere, foretakstillitsvalgte og verneombud deltok. VVHF øver på kriser og administrerende direktør informerte om den årlige AD-øvelsen om helsetjenestens rolle i en krigssituasjon og om beredskapsøvelse sammen med Forsvaret, politi, legevakt og andre helseinstanser. Det har den siste tiden vært store utfordringer med telefoni, der erfaringene har vist oss at våre beredskapsplaner fungerer. Det har vært en delegasjon fra Estland på besøk og på omvisning ved NSD, der temaene bla. var digitalisering og KI.

Kommentarer i møtet

Styret takker for en fin presentasjon som viser mange eksempler på godt utviklingsarbeid i VVHF.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Driftsorienteringen fra administrerende direktør tas til orientering.

Drammen 18. november 2024

Siri Hatlen
styreleder

George Harold Fulford (sett)

Hans Tore Frydnes
nestleder

Robert Bjerknes

Kristin Vinje

Kari Fjelldal

Hege Mørk

Tom Roger H Frost

Toril A K Morken

Maria Josefsen Gundersen

Gry L Christoffersen

Dato: 11. desember 2024
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering pr. november 2024

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	110/2024	16.12.2024

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapportering pr november 2024 til orientering.

Drammen, 12. desember 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram foreløpig rapportering per 30. november 2024 i tråd med styrets årshjul.

Saksutredning*Økonomisk resultat*

Akkumulert avvik mot budsjett er på 139 MNOK per november måned. Resultatavviket inkluderer 25 MNOK i økte kostnader som følge av et høyere lønnsoppgjør enn budsjettforutsetningen, samt kostnader til Fjernvarmesentralen ved Nytt sykehus i Drammen som ikke var budsjettetert. Per november utgjør det 16 MNOK. Det er også lavere ISF inntekter enn budsjettetert ved enkelte av klinikkene samt totalt høyere lønnskostnader utover lønnsoppgjørseffekten. Finanskostnader er 36 MNOK utover budsjett hittil i år. Deler av dette merforbruket dekkes opp av inntektsstøtten fra HSØ.

Det er store forskjeller i resultatutvikling mellom klinikkene. Også pr november oppnår PHR og KMD resultater i tråd med planen. For KIS er det i hovedsak kostnadene knyttet til varmesentralen som gjør at de ikke når resultatmål. De somatiske klinikkene har fortsatt betydelige avvik fra budsjett, men Kongsberg sykehus har et resultat i samsvar med mål i november måned.

Prognosen for året er opprettholdt på 100 MNOK.

Ventetidsløftet

Det er en fortsatt positiv utvikling på ventetider både i somatikk og psykisk helse og rus. For PHR er ventetidene betydelig redusert, og i november er målsettingen som er satt for juni 2025 oppnådd. For somatikken er det fortsatt et stykke igjen til forventet mål i juni 2025, men prognosen tilsier at målet pr utgangen av året vil oppnås. Det er god utvikling på mange områder. Det er tatt i bruk kveldspoliklinikk, og gjennomført flere opplæringsaktiviteter som sikrer korrekt registrering.

For øvrige indikatorer og resultater for målområdene brukermedvirkning/brukerstyring, trygge og helhetlige pasientforløp, personell med rett kompetanse og bærekraftig økonomi vises det til vedlegget.

Administrerende direktørs vurderinger

Resultatutviklingen i november er på linje med tidligere måneder, derfor opprettholdes prognosen for året. Det er spesielt gledelig at Kongsberg sykehus nå kan vise effekter av sine tiltak, og dermed når resultatmålet sitt for måneden. Klinikkene PHR og KMD fortsetter å vise gode resultater. KIS er tilnærmet på resultatmål for året når de store merkostnadene for Fjernvarmesentralen ved nytt sykehus i Drammen holdes utenfor.

For Bærum og Ringerike sykehus fortsetter resultatet å være preget av lavere aktivitet, og derav lavere inntekter enn budsjettetert. Bemanningsutviklingen i desember er derfor særlig bekymringsfull. Det er et høyere sykefravær enn i samme periode i fjor, men det er ikke hele forklaringen. Det pågår arbeid med å analysere tallene, blant annet hvor mye den ekstra innsatsen i forbindelse med Ventetidsløftet utgjør. Som tidligere omtalt vil det største tiltaket ved Bærum sykehus først få effekt fra januar måned.

I den reviderte Bærekraftsplanen som legges frem i dette møtet, er drift og organisering av somatiske sengeområder og fag- og funksjonsfordeling spesielt løftet frem.

Det er etablert en innsatsgruppe bestående av de fire somatiske klinikkdirektørene, tillitsvalgte og vernetjeneste. I tiden fremover vil det bli viktig å etablere et solid faktagrunnlag som det videre arbeid kan bygge på.

Tiltakene i arbeidet med Ventetidsløftet begynner å få effekt, og vil presenteres nærmere for styret i møtet. Det er særlig gledelig å kunne konstatere at PHR allerede har oppnådd målet som er satt for juni 2025.

Styret bes om å ta virksomhetsrapporten til orientering.

Vedlegg:

1. Virksomhetsrapportering pr. november 2024.

Vedlegg 1

Virksomhetsrapportering pr. 30. november 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		November	Hittil i år	Prognose
AKTIVITET - Telefon- og videokonsultasjoner - ANDEL	Resultat	12,0	11,4	11,5
	Plan	15,0	15,0	15,0
	Avvik	-3,0	-3,6	-3,5
	I fjor	11,7	11,5	11,7

Telefon- og videokonsultasjoner

Andel telefon- og videokonsultasjoner er 12,0 % for november, og 11,4 % samlet per november. Målet i 2024 er minimum 15 % for somatikk og 20 % for psykisk helsevern. Andelen må sees i sammenheng med andre metoder for digital hjemmeoppfølging (for eksempel egenregistrering og sensortechnologi) som rapporteres tertialvis. Innføringen av DIPS Arena legger bedre til rette for videokonsultasjoner ved å forenkle booking av konsultasjoner for klinikere og kontorpersonell. Grunnet manglende måloppnåelse er det avsatt midler fra ventetidsløftet for frikjøp av ressurs for å bistå avdelingene i arbeidet med å øke andelen video- og telefonkonsultasjoner.

Skape trygge og helhetlige pasientforløp

VVHF		November	Hittil i år	Prognose
KVALITET - Kreftbehandling: Pakkeforløp gjennomført innen definert forløpstid - ANDEL	Resultat	0	60	59
	Plan	70	70	70
	Avvik	-70	-10	-11
	I fjor	64	71	70
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet Somatikk - DAGER	Resultat	73	78	77
	Plan	65	65	65
	Avvik	8	13	-12
	I fjor	79	73	73
KVALITET - Gj.snittl. ventetid avviklet PHR - DAGER	Resultat	33	43	42
	Plan	40	40	40
	Avvik	-7	3	-2
	I fjor	42	46	46
KVALITET - Overholdelse av pasientavtaler - ANDEL	Resultat	86	85	85
	Plan	95	95	95
	Avvik	-9	-10	-10
	I fjor	88	87	87
AKTIVITET - Avslag BUPA - ANDEL	Resultat	14,8	11,6	11,3
	Plan	10,0	10,0	10,0
	Avvik	-4,8	-1,6	-1,3
	I fjor	15,0	17,6	17,5

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

Pakkeforløp for kreft

Vestre Viken ligger under målkravet på 70 % med oppnådd 60 % per oktober. Tall per november er ikke klare. Kvalitetsavdelingen er pr. 1. september styrket med en medisinsk rådgiver som har som en av sine hovedoppgaver å følge opp resultatoppnåelsen for kreftpakkeforløpene. Denne ressursen, sammen med kvalitetsavdelingen, har gjennomført kvalitetssikringsarbeid for å verifisere at datakvaliteten er tilfredsstillende. De rapporterer om fortsatt feil rapportering på flere pakkeforløp. Pakkeforløpsgjennomgang gir innsikt i hvor feilene oppstår og det arbeides iherdig med feilretting. Det vil parallelt gjennomføres månedlige

møter med pakkeforløpseiere for forløp der vi ser det er manglende resultatoppnåelse, i tillegg til videre kvalitetssikring, utredning og målrettede tiltak.

Ventetid somatikk

Gjennomsnittlig ventetid innen somatikk, var ved utgangen av november på 73 dager. Målet for utgangen av desember 2024 er <68 dager, og basert på prognosen vil vi oppnå målet. Innen 31 mai 2025 skal den gjennomsnittlig ventetid ligge under 2019-nivå for samme periode, det vil si 51 dager. Det er gjennomført tiltak for å rydde i ventelistene med særlig oppmerksomhet på langtidsventende, og tatt grep for å øke kapasitet midlertidig, som ved bruk av ekstrapoliklinikk og kveldspoliklinikk. I tillegg er det gjennomført kurs knyttet til god registreringspraksis og oppfølging av ventelister, og det jobbes med å styrke styringsinformasjonen. Parallelt arbeides det med tiltak som vil øke kapasitet på mer permanent basis som anskaffelse av utstyr, økt utnyttelse av ressurser som rom og avansert utstyr, samt forbedring av pasientforløp (reduksjon av kontroller, behovsstyrt poliklinikk med mer).

Ventetid psykisk helse og rus

Innen psykisk helsevern og TSB er ventetiden samlet per november 43 dager og 33 dager i november isolert. Ventetiden er redusert i forhold til i fjor innen alle tjenesteområdene (VOP, BUP og TSB) og er i november lavere enn samme måned i 2019. Målene for 2024 er allerede oppnådd og man er på det nivået som er satt som mål for 2025. Antall henviste pasienter til DPS-ene er fortsatt høyt. Det pågår ulike tiltak i avdelingene for å redusere ventetider og sikre at alle med rett til helsehjelp tilbys behandling innenfor retningslinjer som er gitt for prioritering. Innenfor BUPA jobbes det særskilt med videreutvikling av dialogbasert inntak i samarbeid med kommunene. I forbindelse med ventetidsløftet har PHR fått midler til to tiltak for å redusere ventetidene. Det ene er å avholde kveldspoliklinikk i BUPA for å redusere ventetid for pasienter med ADHD og obsessiv-kompulsiv angstlidelse (OCD), og det andre er tiltak i DPS for å redusere ventetid for pasienter med obsessiv-kompulsiv angstlidelse (OCD).

Overholdelse av pasientavtaler

Andel overholdte pasientavtaler var 85 % per november, samme nivå som tidligere perioder. Tiltak ses i sammenheng med tiltak for å redusere ventetidene og øke planleggingshorisonten.

Avslag BUP

Andel avslag innen BUPA er 11,6 % per november, som er en betydelig reduksjon fra fjoråret. Målet er på 10%.

Sikre personell med rett kompetanse

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

Sykefravær

Fraværsprosenten hittil i år er på 8,5 %, og fordeler seg med 5,8 % i langtidsfravær og 2,7 % i korttidsfravær. Korttidsfraværet per november er 0,1 p.p. lavere enn november i fjor. Det er gode rutiner for å systematisere sykefraværsoppfølging og nærværarbeid. Det samarbeides

godt med tillitsvalgte og verneombud. Ledere får støtte og bistand med sykefraværsoppfølging, nærværarbeid, tilrettelegging og helsemessig omstilling. Helhetlige tiltak innenfor områdene organisering og arbeidsmiljø er viktig.

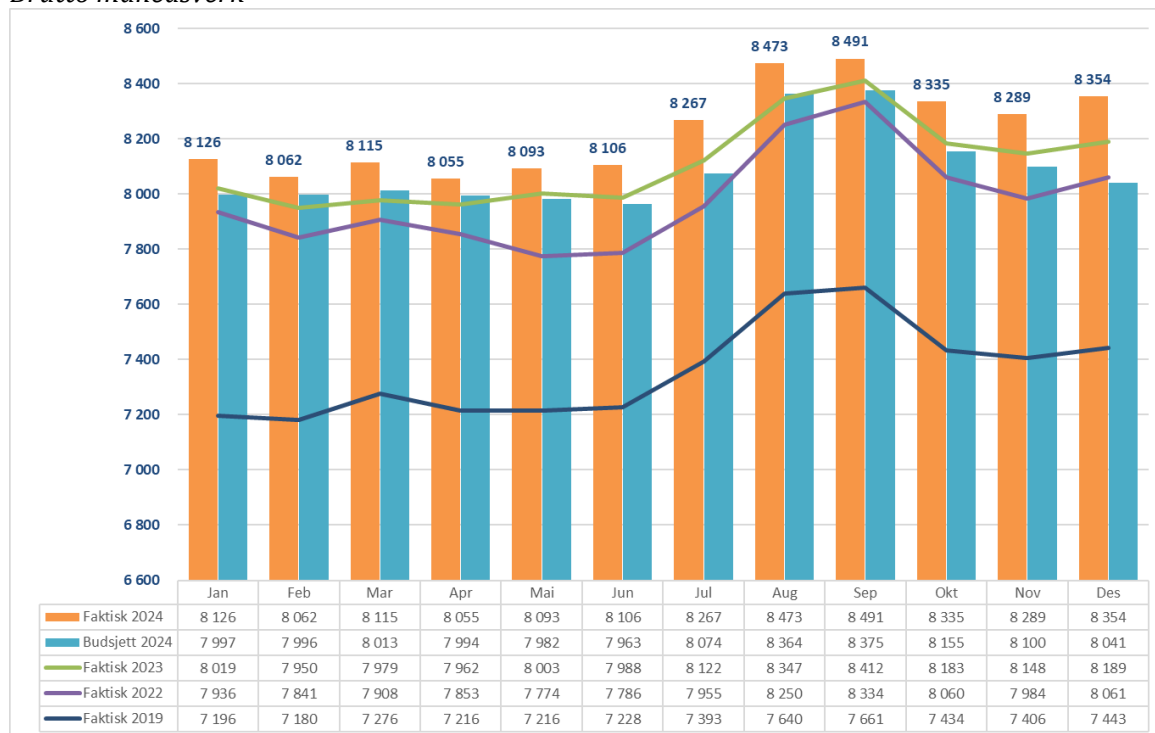
AML-brudd

Per november var gjennomsnittlig andel AML-brudd 2,8 % av alle vakter i foretaket, som er på samme nivå som samme periode i fjor. Årsakene til AML-bruddene forklares med redusert tilgang på kvalifisert personell, fravær og ledige stillinger.

Sikre bærekraftig økonomi

VVHF		November		Hittil i år		Prognose	
ØKONOMI - Driftsresultat - TNOK	Resultat	5 877		79 602		100 000	
	Plan	19 834		218 167		238 000	
	Avvik	-13 957		-138 565		-138 000	
	I fjor	-24 873		48 886		23 251	
HR - Brutto Månedsverk - ANTALL (Desember)	Resultat	8 354		8 230		8 230	
	Plan	8 041		8 088		8 088	
	Avvik	-312		-143		-143	
	I fjor	8 189		8 109		8 109	
AKTIVITET - DRG-Poeng Somatikk - ANTALL	Resultat	10 576		112 409		122 045	
	Plan	11 024		115 049		124 756	
	Avvik	-448		-2 640		-2 711	
	I fjor	10 724		110 970		120 383	
AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	15 068		151 518		164 724	
	Plan	15 452		158 219		170 798	
	Avvik	-384		-6 701		-6 074	
	I fjor	16 014		155 527		166 797	
AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri - Polikliniske konsultasjoner - ANTALL	Resultat	9 633		90 914		97 000	
	Plan	9 703		94 626		102 008	
	Avvik	-70		-3 712		-5 008	
	I fjor	9 158		89 433		95 499	

Brutto månedsverk



Gjennomsnittlig brutto månedsverk i desember er 8 354, som er 312 brutto månedsverk mer enn budsjett og akkumulert 143 flere enn budsjett for året samlet. Økt avvik i desember henger blant annet sammen med økt sykefravær og økning i antall permisjoner forbundet med graviditet. Klinikkerne er bedt om å redegjøre nærmere for økt avvik i desember måned. Sykelønnsrefusjonene er høyere enn budsjett.

Aktivitet somatikk

Akkumulert er aktiviteten under plan både på døgn, dagkirurgi og poliklinikk. Døgnaktiviteten per november er 794 opphold bak plan. Dagkirurgi er 572 opphold bak plan, dagbehandlinger er 77 foran plan. Antall polikliniske konsultasjoner er 23 534 under plan per november. Antall ISF-poeng er 2 640 bak plan per november. Kongsberg sykehus viser forbedring, og har positivt avvik mot budsjett målt i DRG poeng. Drammen sykehus er noe bak plan i november, men har hatt god aktivitet gjennom store deler av året. Bærum sykehus har så langt i år størst negativt avvik målt i DRG poeng.

Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus

Antall polikliniske konsultasjoner er per november 6 131 konsultasjoner bak budsjett for VOP og TSB samlet, og 3 712 konsultasjoner bak budsjett for BUP. Årsakene til lavere aktivitet er sammensatte, med en kombinasjon av høyt sykefravær, rekrutteringsutfordringer og vakanser. Det jobbes med forbedring av kodekvalitet og organisering av poliklinikkene for å øke produktiviteten.

Driftsresultat

November måned viser et overskudd på 5,9 MNOK, som er 14,0 MNOK bak budsjett. Korrigert for et lavere vedlikehold over drift er det et negativt avvik på 6,6 MNOK i måneden. Resultatet akkumulert per november viser et overskudd på 79,6 MNOK, som er 138,6 MNOK bak budsjett

hittil i år. Korrigert for et lavere nivå på vedlikehold over drift enn budsjettert, er det et negativt avvik på 152,8 MNOK. Det er per november inntektsført 5/6 av varige midler fra RNB.

Totale inntekter viser et positivt avvik på 170,4 MNOK pr. november, der 77,9 MNOK skyldes endret basisramme som følge av RNB og pensjon, og 22,8 MNOK skyldes ekstraordinær inntektsstøtte. Det er i november inntektsført 24 MNOK knyttet til legemidler for sjeldne diagnoser. Det har tidligere vært avsatt 19 MNOK for dette. Det er et negativt avvik på 53,0 MNOK på ISF-inntekter. Gjestepasientinntekter er høyere enn budsjettert både hittil i år og i november måned isolert. Det er i november måned færre utskrivningsklare pasienter som gir lavere inntekter, men hittil i år er antallet høyere enn budsjett.

Lønnskostnader uten økt pensjon er 68,1 MNOK over budsjett pr. november. Av dette er 11,9 MNOK knyttet til ventetidsløftet. Det er fortsatt overforbruk på både fast og variabel lønn i flere av klinikkene, men det er høye refusjoner på grunn av høyt sykefravær.

Det er noe høyere gjestepasientkostnader og kjøp av tjenester enn budsjettert i november, og 38 MNOK høyere enn budsjettert akkumulert hittil i år.

Pr. november er det et negativt avvik på varekostnader på 59,7 MNOK. De største avvikene er på H-reseptkostnader, andre medisinske forbruksvarer, laboratorierekvisita, instrumenter, implantater, andre forbruksvarer og mat. Det økt forbruk av H-resepter og stadig utvidelse av nye preparater som godkjennes av Nye Metoder. Det jobbes tett på klinikerne for å få utnyttet alle prisfall og endring i anbud fortløpende gjennom året.

I november måned er andre driftskostnader 10,4 MNOK høyere enn budsjett når mindreforbruk knyttet til byggvedlikehold over drift er holdt utenfor. Hittil i år er avviket uten byggvedlikehold på 59,1 MNOK. Kostnader knyttet til fjernvarmeanlegget på nytt sykehus i Drammen er så langt i år kostnadsført med 16,2 MNOK, 2,0 MNOK i november måned. Dette var ikke budsjettert i 2024. I tillegg er kjøp av MTU-utstyr ca. 6 MNOK høyere hittil i år fordi investeringer mellom 100' og 200' nå føres som driftskostnader og investeringer reduseres tilsvarende. Ellers skyldes avviket i november blant annet kostnader til annen ekstern tjeneste og konsulenttjenester. Dette omfatter blant annet NSD, herunder parkeringsløsning.

Det er 36,1 MNOK i høyere netto finans enn budsjettert hittil i år. Hovedforklaringen til negativt avvik kommer av et betydelig høyere gjennomsnittlig trekk på driftskreditt gjennom året enn det som er budsjettert i tillegg til høyere renter enn det som lå i budsjetttforutsetningene. Inntektsstøtten fra HSØ på 24 MNOK i 2024 er en følge av dette forholdet og var ikke budsjettert.

Lønn til fast ansatte (tall for desember er foreløpige)

Faktisk pr måned - Fast lønn	des.23	jan.24	feb.24	mar.24	apr.24	mai.24	jun.24	jul.24	aug.24	sep.24	okt.24	nov.24	des.24
10 - Klinikk Drammen sykehus	137 800	133 973	141 948	135 112	135 608	141 725	- 4 358	144 141	141 128	172 691	145 644	145 359	148 728
20 - Klinikk Bærum sykehus	84 630	82 158	86 022	83 008	81 811	90 118	1 536	90 773	87 488	106 867	89 943	89 141	90 082
30 - Klinikk Ringerike sykehus	41 969	40 606	43 253	40 725	40 360	44 324	1 307	44 529	42 617	51 435	43 262	43 822	43 685
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	22 406	22 675	24 118	22 379	21 731	24 017	1 724	24 436	24 054	28 503	24 622	24 377	24 994
50 - Klinikk for Intern service	28 234	27 325	28 740	27 415	27 300	29 344	- 578	29 101	29 047	34 569	29 135	29 373	31 391
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	124 606	123 850	127 861	123 211	123 621	130 795	- 1 086	129 001	125 154	148 142	131 298	132 405	133 025
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	25 435	23 946	26 605	24 454	24 246	27 354	4 312	26 332	24 419	29 473	27 104	27 498	28 669
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	47 423	47 585	48 826	47 548	47 874	49 414	- 2 507	51 422	50 876	61 329	52 797	54 975	52 856
Staber og overordnet	- 11 320	13 976	7 238	5 726	8 762	13 015	621 764	- 227 375	- 84 413	- 93 024	- 21 431	- 6 970	22 247
Totalsum	501 184	516 093	534 613	509 579	511 313	550 107	622 116	312 360	440 369	539 986	522 374	539 981	575 677

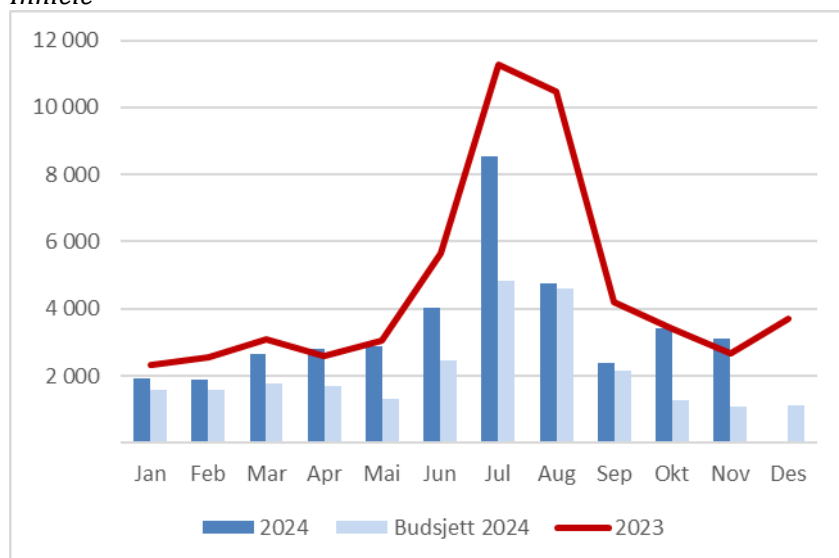
Overtid - utvikling pr. måned (tall for desember er foreløpige)

Faktisk pr måned - Overtid og ekstrahjelp	des.23	jan.24	feb.24	mar.24	apr.24	mai.24	jun.24	jul.24	aug.24	sep.24	okt.24	nov.24	des.24
10 - Klinikk Drammen sykehus	11 482	10 259	7 707	9 796	8 824	8 890	7 034	8 346	10 957	13 733	11 340	10 996	10 250
20 - Klinikk Bærum sykehus	9 007	7 048	6 586	6 988	7 028	7 139	5 840	6 617	7 009	7 519	7 817	7 446	7 368
30 - Klinikk Ringerike sykehus	5 612	3 897	4 037	3 836	3 886	3 863	3 164	3 989	5 601	5 454	4 260	4 392	4 729
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	2 795	2 195	2 082	2 530	2 113	2 329	1 813	2 515	2 764	2 678	2 454	2 457	2 520
50 - Klinikk for Intern service	1 109	832	907	992	720	971	662	1 069	1 083	1 135	1 042	1 016	1 297
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	8 371	6 753	6 257	6 987	5 991	5 835	3 522	6 241	5 985	6 278	6 559	7 596	7 280
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	2 467	1 530	1 387	1 872	1 770	1 692	1 072	1 530	1 690	1 561	1 071	1 199	1 170
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	3 267	2 603	2 635	3 293	2 563	2 824	3 238	2 468	2 825	2 297	3 018	1 906	3 545
Staber	1 196	1 101	1 526	1 081	1 395	1 302	222	1 673	1 287	2 050	1 651	1 699	1 930
Totalsum	45 306	36 217	33 126	37 375	34 290	34 846	26 569	34 447	39 201	42 705	39 212	38 707	40 090

Innleie – utvikling pr. måned

Faktisk pr. måned - Innleie	nov.23	des.23	jan.24	feb.24	mar.24	apr.24	mai.24	jun.24	jul.24	aug.24	sep.24	okt.24	nov.24	
10 - Klinikk Drammen sykehus		9	132	278	263	329	323	209	585	1 761	931	684	808	645
20 - Klinikk Bærum sykehus		203	264	253	155	167	98	265	1 027	2 452	1 431	274	335	519
30 - Klinikk Ringerike sykehus		1 056	1 712	412	230	621	581	782	890	2 252	1 489	335	881	696
40 - Klinikk Kongsberg sykehus		380	747	138	371	691	872	853	713	989	344	366	376	388
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)		924	734	695	799	710	565	619	546	736	597	605	785	614
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)		86	121	150	49	117	365	169	274	312		102	239	254
Staber og fellesøkonomi										49	- 28	28		4
Totalsum	2 657	3 710	1 927	1 866	2 635	2 804	2 897	4 036	8 551	4 765	2 394	3 424	3 120	

Innleie



Prognose

Det er ikke gjort endringer i prognosen for året, som er et resultat på 100 MNOK, 138 MNOK lavere enn årets resultatbudsjett. Resultatet per november er allerede på årsprognosen. Det forutsetter dermed et resultat i tråd med budsjett i desember måned. Det er flere forhold som vil påvirke sluttresultatet i desember. Det blir annet avregnet for ISF både 2023 og 2024, avregning for kjøp fra private og det avsettes for endringer i uavviklet ferie og avsetning for variabel lønn.

Det er i resultatprognosen ikke tatt hensyn til foreslått styrket engangsbevilgning på 105,8 MNOK i nysaldering av statsbudsjettet. Det avventes beslutning i styret i HSØ, antatt vedtak 19. desember 2024.

Dato: 09.12.2024
Saksbehandler: Anders Debes

Saksfremlegg

Handlingsplan for bærekraftig utvikling – versjon 2.0

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	111/2024	16.12.2024

Forslag til vedtak

1. Styret tar Handlingsplan for bærekraftig utvikling – versjon 2.0 til etterretning.
2. Planen legges til grunn for foretakets økonomiske langtidsplan 2024 – 2027 og kommende års budsjetter.
3. Administrerende direktør bes om å rapportere på fremdrift i iverksettelse av tiltak, slik det er skissert i planen.

Drammen, 10. Desember 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør viser til styremøte 28. august 2023, sak 77-2023 der “Handlingsplan for bærekraftig utvikling” ble fremlagt. Vedlagte dokument er en revidert utgave, gjeldende for 2025 og 2026. Planen vil bli revidert årlig.

Saksutredning

Erfaringer, læringspunkter og resultater fra gjennomføringen av Handlingsplanen for bærekraftig utvikling i 2024 er viktig grunnlag for planleggingen av tiltak i 2025. Samlet sett har klinikker og staber realisert 85,6 MNOK i perioden fra januar til og med oktober. Dette tilsvarer 63% av de totalt planlagte 137 MNOK. Klinikkk for psykisk helse og rus (PHR) og Klinikkk for medisinsk diagnostikk (KMD) har realisert sine planlagte mål til fulle i 2024.

Tiltakene knyttet til organisering og struktur har gitt det største gevinstuttaket så langt i 2024, etterfulgt av tiltakene innen teamarbeid og oppgavedeling. Rett i underkant av 40% av de planlagte tiltakene har status som fullført, det vil si at det kan forventes ytterligere resultater fra tiltakene anført i første utgave av Bærekraftsplanen. De somatiske klinikkene viser størst avvik fra mål. På bakgrunn av dette ble det i november avholdt en workshop med foretaksledelsen og klinikktillitsvalgte hvor man identifiserte noen områdene som det spesielt skal jobbes med i 2025. Organisering og drift av sengeposter er ett av disse områdene. Arbeidet er påstartet, og de somatiske klinikkdirektørene arbeider med tverrgående felles tiltak inkl. standardisering av arbeidsprosesser, benchmarking av ressursinnsats, sengetall med mer. Det andre prioriterte området ble fag- og funksjonsfordeling innenfor ortopedi i VVHF. Dette på bakgrunn av at VVHF skal overta Martina Hansens Hospital (MHH) og med dette vil ha Norges største ortopediske aktivitet, men spredt på fem klinikker. Overtakelsen av MHH er utsatt fra 1.1.25 til 1.11.25, men arbeidet med å innhente faktagrunnlag og organisere det videre arbeidet er i gang.

Ventetider er økt som følge av høyt sykefravær, avvikling av ekstraordinær poliklinikk og fritt behandlingsvalg. Med Ventetidsløftet er det igangsatt nye tiltak for økt aktivitet, her er det en stor grad av overlapp mellom tiltak i Bærekraftsplanen.

Ressursteamet vil fortsatt være ansvarlig for oppfølging av fremdrift for hele planen, men vil prioritere gjennomføring av endringstiltak i de somatiske klinikkene. Det er her resultatutviklingen er mest bekymringsfull, og behovet for effektive tiltak størst.

Rapporteringen på gevinstplanen vil fortsatt inngå som en del av tertialrapporteringen til styret, i tillegg til løpende rapportering i forbindelse med månedsrapportene om virksomheten.

Administrerende direktørs vurderinger

Arbeidet med å realisere handlingsplanen vil ha høyeste prioritet også i 2025, sammen med Ventetidsløftet. Bærekraftsplanen gjelder for årene 2024, 2025 og 2026, og vil bli revidert årlig. Den foreliggende utgaven peker på behovet for forsterket innsats og nye tiltak innenfor de somatiske klinikkene. Sentralt ressursteam er et viktig virkemiddel for å støtte klinikkene, mens ansvaret ligger i lederlinjen. Månedlige oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og klinikkdirektørene videreføres. Ved utilfredsstillende måloppnåelse vil det kunne bli nødvendig med enda tettere oppfølging.

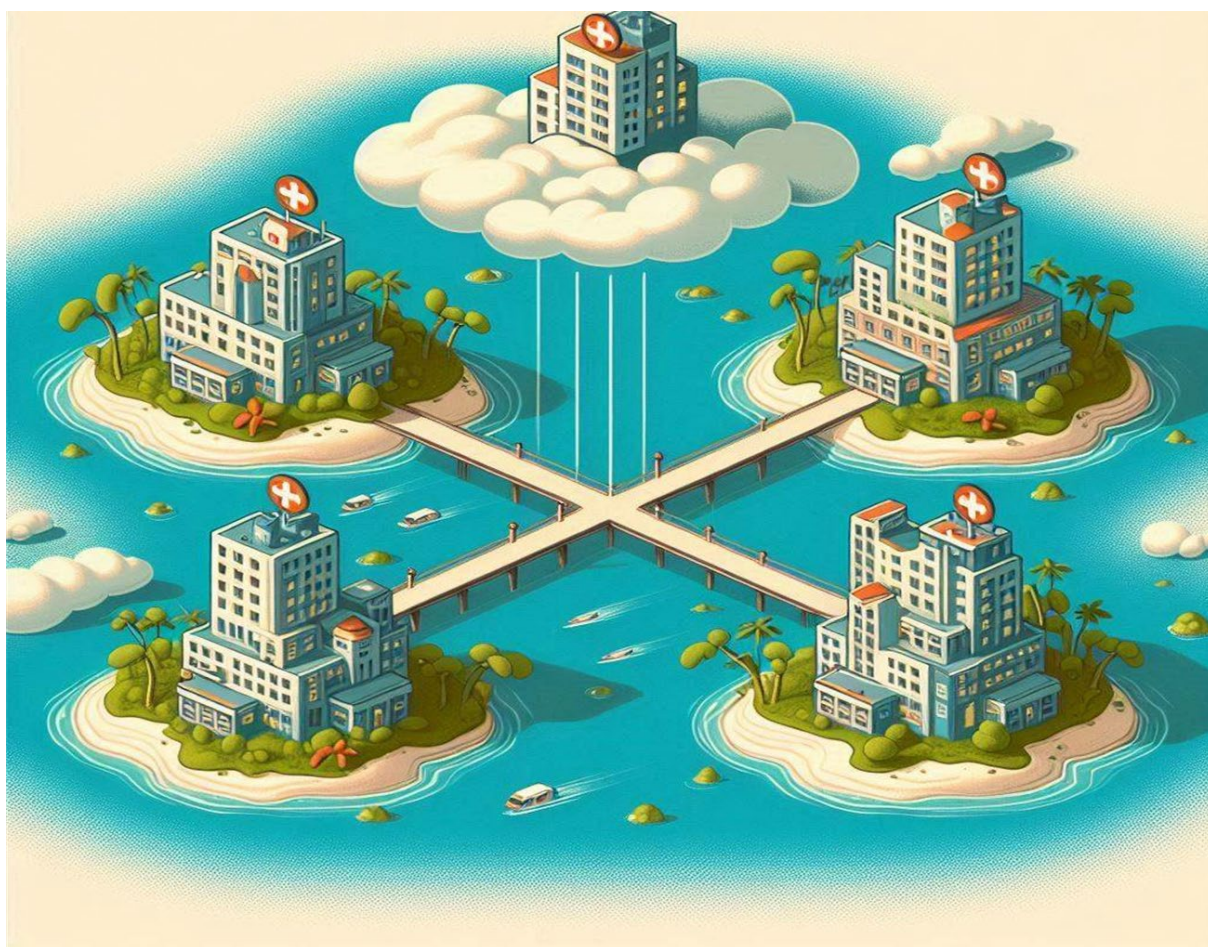
Vedlegg:

1. Handlingsplan for bærekraftig utvikling – versjon 2.0
2. Risikovurdering av Bærekraftsplan 2.0

Bærekraftsplanen 2.0

Revidert handlingsplan for bærekraftig utvikling

16.12.2024



Innhold

1. INNLEDNING	3
1.1. ENDREDE FORUTSETNINGER	4
1.2. HVA ER OPPNÅDD I 2024?	4
1.3. ØKONOMISK STATUS.....	6
1.4. ÅRSVERK	6
1.5. TURNOVER	7
1.6. SYKEFRAVÆR.....	8
1.7. VENTETIDER.....	8
1.8. DEMOGRAFI OG BEMANNING	8
1.9. LEDELSE OG LEDEROPPFØLGING.....	9
1.10. SAMARBEID MED TILLITSVALGTE OG VERNETJENESTEN	9
2. STANDARDISERING	11
2.1. DRIFT/ ORGANISERING AV POLIKLINIKK I DE SOMATISKE KLINIKKENE	11
2.2. FORVENTENDE EFFEKTER	11
2.3. DRIFT OG ORGANISERING AV SENGEOMRÅDER I DE SOMATISKE KLINIKKENE	12
2.4. FAKTAGRUNNLAG.....	13
2.5. TURNUSPLANLEGGING	15
2.6. FLEKSIBLE ARBEIDSTIDSORDNINGER.....	16
2.7. BEMANNINGSSENTERET.....	17
2.8. STØTTETJENESTER	17
2.9. GRØNN MOBILITET I VESTRE VIKEN.....	19
2.10. TJENESTEBILER.....	19
2.11. AREALEFFEKTIVISERING	19
2.12. ENERGIEFFEKTIVISERING	19
2.13. FORBRUKSVARER OG LEGEMIDLER	20
2.14. INNKJØP	20
2.15. MEDIKAMENTBYTTER.....	21
2.16. SERVICEAVTALER MEDISINSK TEKNISK UTSTYR (MTU).....	22
2.17. BEHANDLINGSHJELPEMIDLER	22
2.18. BILDE- OG LABORATORIETJENESTER.....	22
2.19. HANDLINGSPLAN OG FORVENTEDE EFFEKTER.....	22
3. TEAMARBEID OG OPPGAVEDELING	24
4. DIGITAL TRANSFORMASJON	25
4.1. OVERORDNEDE PRIORITERINGER	25
4.2. TEKNOLOGIKOSTNADER	25
4.3. KUNSTIG INTELLIGENS OG AUTOMASJON	25
4.4. KUNSTIG INTELLIGENS INNEN BILDEDIAGNOSTIKK OG KLINISK PATOLOGI	26
4.5. VESTRE VIKENS VIRTUELLE SYKEHUS	26
4.6. VIDEOKONSULTASJONER PÅ NØDSAMTALER.....	27
4.7. HELSELOGISTIKK	27
5. ORGANISERING OG STRUKTUR	29
5.1. FAG- OG FUNKSJONSFORDELING.....	29
5.2. KLINIKK FOR PSYKISK HELSEVERN OG RUSBEHANDLING (PHR).....	30
5.3. GEVINSTREALISERING NYTT SYKEHUS I DRAMMEN.....	31
6. RAPPORTERING	31
7. RISIKOVURDERING.....	32
8. OPPSUMMERING	33

1. Innledning

Dette er andre utgave av «Handlingsplan for bærekraftig utvikling». Planen vil heretter omtales som «Bærekraftsplanen». Planen er gjeldende for årene 2025 og 2026, og vil bli revidert og oppdatert årlig.

Vestre Vikens utviklingsplan 2035 har fem strategiske mål:

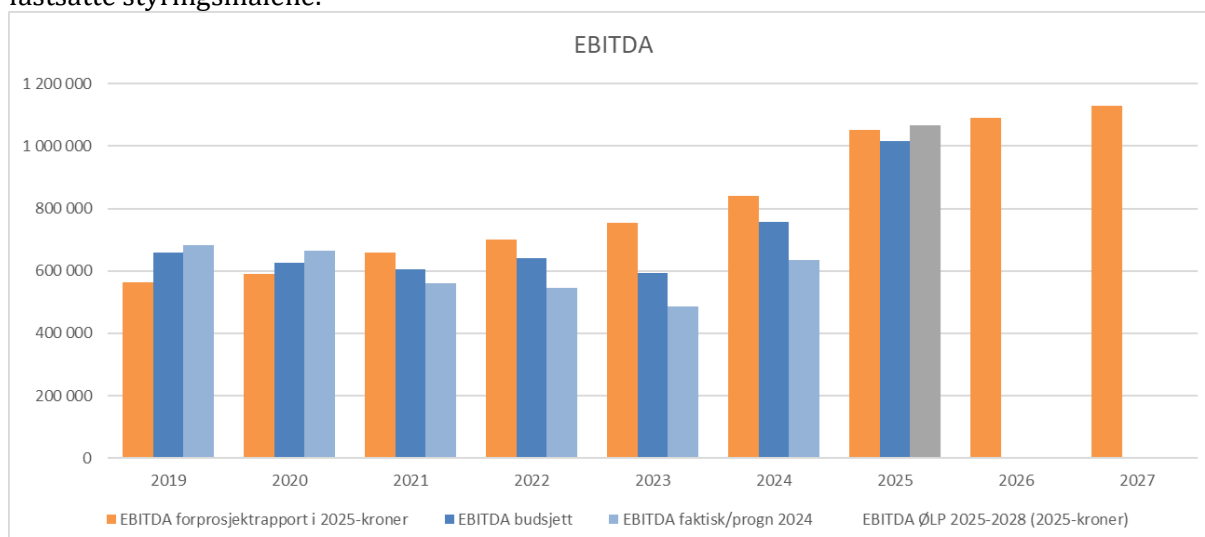
- Styrke brukermedvirkning og brukerstyring
- Skape trygge og helhetlige pasientforløp
- Styrke samhandling og nettverk
- Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi
- Sikre personell med rett kompetanse

Denne handlingsplanen viderefører operasjonalisering av utviklingsplanen og tiltakene grupperes fortsatt i fire innsatsområder:

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

Forprosjektrapporten for NSD i 2019 la til grunn en resultatutvikling som skulle sikre kravet til egenfinansiering, BRK-prosjektet og finansiering av nødvendige investeringer i eiendom og utstyr.

Kravene til EBITDA ble ikke oppfylt i årene med pandemi. EBITDA-målet nås heller ikke i 2024. Akkumulert avvik (prognose 2024) utgjør 659 MNOK. Det vises til sak 45/2024 der styret fastsatte styringsmålene.



Resultatutviklingen i 2024 er forbedret sammenliknet med 2023. EBITDA i 2024 er allikevel 123 MNOK lavere enn budsjett. For å nå resultatmålet i 2025 kreves en forbedring av EBITDA på 382 MNOK fra 2024. Økning i basisrammen gjennom inntektsmodell dekker en del av forebedringskravet. Resterende må dekkes gjennom forbedringstiltak i klinikkene tilsvarende

168 MNOK. I årene etter 2025 reduseres kravet til forbedring. Arbeidet vil kreve medvirkning og gjennomføringsevne i hele organisasjonen.

Det sentrale ressursteam viderefører sin innsats med å understøtte måloppnåelsen i handlingsplanen.

1.1. Endrede forutsetninger

Driftssituasjonen i norske sykehus er varig endret etter pandemien (2020-2022). Sykefraværet er på et høyere nivå, og dette bidrar til lavere planlagt aktivitet. Ventetidene er lengre, og flere pasienter venter på helsehjelp. Av denne grunn ble den politiske satsningen Ventetidsløftet lansert i april 2024. Antall ø-hjelp innleggelses har vært lavere enn forventet. En økt satsning på kompetanse i front i akuttmottakene bidrar til å redusere behovet for innleggelses. Dette gir rask og effektiv behandling for pasientene, men reduserer samtidig inntektene. Reduksjonen i aktivitet er ikke fulgt av tilsvarende reduksjon i sengetall eller bemanning. Samtidig har lønnsnivået økt mer enn det som kompenseres gjennom bevilgninger. Tilgangen på helsepersonell er langt mer utfordrende enn tidligere. Det er større konkurranse om arbeidskraften og økt turnover innenfor spesifikke grupper, og særlig blant de nyutdannede.

Økningen i bemanning skjer samtidig som det er en opplevd mangel på helsepersonell, og aktiviteten ikke er høyere enn den var i 2019. Dette er et tilsynelatende paradoks. De personellgruppene som har hatt den sterkeste økningen er leger og psykologer, mens det har vært en mindre økning for sykepleiere. Forklaringen på dette er sammensatt, og det er nødvendig å analysere og forstå den daglige drift for å finne de riktige tiltakene. Det høye sykefraværet er en del av forklaringen. Det er samtidig nødvendig å se på hvordan arbeidet og arbeidsprosessene er organisert.

Vestre Viken HF har hatt som mål å øke andelen heltid, og har hatt en god utvikling på dette området. Hele stillinger og tredelt turnus med arbeid hver tredje helg vil føre til økt bemanning på dagtid i ukedager, for å kunne dekke helgene. Økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger, herunder også langvakter, gir nye muligheter og er etterspurt av arbeidstakerne. De somatiske døgnsengeområdene er utpekt som særskilt tiltaksområde i Bærekraftsplanen, fordi budsjettutfordringen her er størst.

Innenfor psykisk helsevern har det vært en betydelig aktivitetsøkning som følge av økt etterspørsel. Det er en viktig del av forklaringen på det økte antallet årsverk i denne delen av virksomheten.

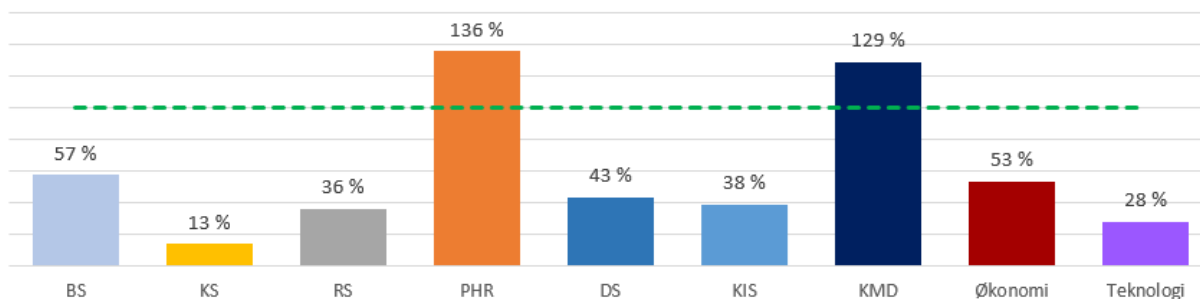
Legegruppen har hatt en vekst i brutto årsverk på 20 % i perioden 2019 til 2024. Økt sykefravær er en del av forklaringen også her, sammen med økt kvinneandel og fravær på grunn av svangerskap og fødsel. Samtidig har det vært en økende spesialisering i medisinen, og et økende antall vaktlinjer og timer brukt i vaktjeneste og beredskap. Dette tar tid bort fra poliklinikk og annet legearbeid. Dreiningen fra døgnaktivitet til dag og poliklinikk krever samtidig mer legearbeidstid. I den samme perioden har antallet LIS 1-leger økt. Disse har behov for veiledning og opplæring. Det samme gjelder LIS 2 og 3, som har et høyt antall læringsmål å fylle for å oppnå sin spesialitet. Disse læringsmålene blir mer krevende å oppnå når andelen vaktarbeid og beredskap er høy. Derfor vil også struktur og organisering, herunder fordeling av fag og vaktlinjer, være et viktig område å se nærmere på i bærekraftsarbeidet.

1.2. Hva er oppnådd i 2024?

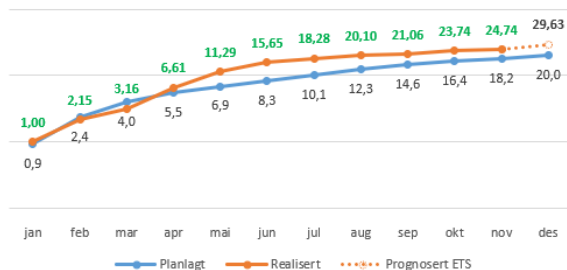
Erfaringer og resultater fra gjennomføringen av Handlingsplanen for bærekraftig utvikling i 2024, er et viktig grunnlag for planleggingen av tiltak i 2025.

Klinikk for psykisk helse og rus og Klinikk for medisinsk diagnostikk har realisert sine planlagte mål i 2024.

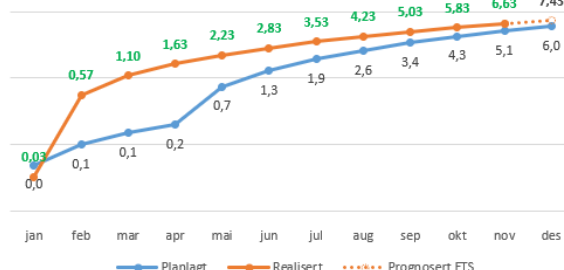
Realisert hiå - % av planlagt



PHR - Akkumulert planlagt vs realisert gevinstuttak

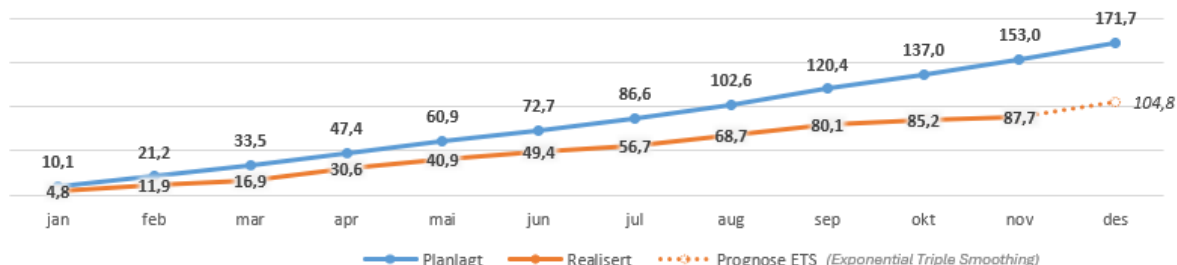


KMD - Akkumulert planlagt vs realisert gevinstuttak



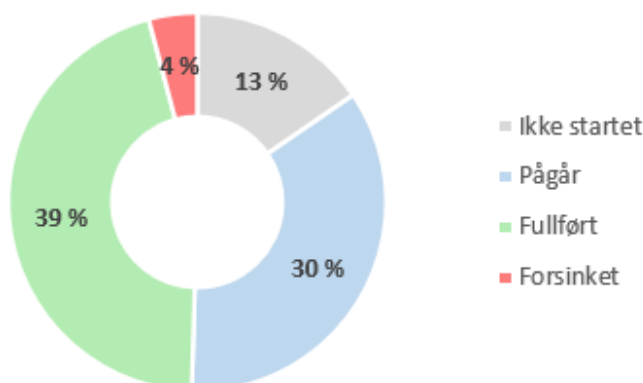
Samlet sett har klinikker og staber realisert 87,7 MNOK i perioden fra januar til og med oktober. Dette tilsvarer 57% av de planlagt realiserede 153 MNOK.

Akkumulert planlagt vs realisert gevinstuttak



Tiltakene knyttet til organisering og struktur har gitt det største gevinstuttaket så langt i år, etterfulgt av tiltakene innen teamarbeid og oppgavedeling.

Per 30. november 2024 hadde 39 % av tiltakene i handlingsplanene status fullført.



Viktige læringspunkter:

- Riktig organisering av arbeidet med handlingsplanen, med en som koordinerer tiltaksporteføljen og sikrer god kommunikasjon.
- Tett oppfølging av planen og rask reaksjon på vesentlig endring i risiko og avvik.
- Kompenserende tiltak som bidrar til å oppnå de planlagte målene.
- Effektene av noen tiltak er svært vanskelig å måle isolert sett. Økt oppmerksomhet på bunnlinjen.
- Viktig å følge opp milepæler i handlingsplanene.
- Planleggingsverktøyet må forenkles og tilpasses en større brukergruppe i det kliniske miljøet.

1.3. Økonomisk status

Tabellen nedenfor viser forventet økonomisk status pr. klinikk ved utgangen av 2024.

Klinikk	Resultatmål 2024	Prognose 2024
Drammen sykehus	-98 000	-160 000
Bærum sykehus	-60 500	-154 200
Ringerike sykehus	-24 436	-62 950
Kongsberg sykehus	-6 000	-34 241
Intern service		-24 312
Psykisk Helse og Rus	-50 000	-48 000
Prehospitaltjenester	-9 000	-16 700
Medisinsk diagnostikk	-22 000	-20 500
Teknologi		-22 768
SUM klinikkene	-269 935	-543 671

Resultatmål for 2024 indikerer den restutfordring klinikkene var forventet å gå inn i året 2025 med, og som skulle løses ved tiltak i årene 2025 og 2026. Som det fremkommer av tabellen er det kun klinikkene PHR og KMD som oppnår resultatmålet for 2024. Det er de somatiske klinikkene som har de største avvikene. For KIS omfatter resultatavviket i all hovedsak en uforutsett kostnad knyttet til varmesentralen ved NSD.

1.4. Årsverk

Lønnskostnadene utgjør om lag 80 % av samlede driftskostnader. Tabellen nedenfor viser utvikling i brutto årsverk for klinikkene. Sammenstillingen viser to punktmålinger 1.1.2020 og

1.1.2024.

Årsverksutvikling pr klinikk	1.1.2020			1.1.2024			Endring Brutto årsverk fra jan 2020 - jan 2024	Endring Brutto årsverk fra jan 2020 - jan 2024 i %	Herav faste årsverk	Herav variable årsverk
	Brutto årsverk	Herav faste årsverk	Herav variable årsverk	Brutto årsverk	Herav faste årsverk	Herav variable årsverk				
10 - Klinikk Drammen sykehus	1 818	1 604	214	1 967	1 779	188	149	8,2 %	175	- 26
20 - Klinikk Bærum sykehus	1 071	948	123	1 234	1 117	117	163	15,2 %	169	- 6
30 - Klinikk Ringerike sykehus	587	515	72	613	540	73	26	4,5 %	25	- 1
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	324	285	39	357	326	31	33	10,3 %	41	- 8
50 - Klinikk for Intern service	523	460	63	568	493	75	45	8,5 %	33	- 12
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	1 739	1 578	161	1 840	1 707	133	101	5,8 %	129	- 28
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	366	299	67	385	332	53	19	5,3 %	33	- 14
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	650	603	47	735	673	62	85	13,0 %	70	- 15
Grad total	7 078	6 292	787	7 699	6 967	732	621	8,8 %	675	- 54
Sentrale staber										
Sentrale staber eks NSD, utdanning, forskning og bemanningscenter	282			284			2			
Bemanningscenter	36			68			32			
Utdanningsstillinger	30			85			55			
Forskning og innovasjon	9			17			8			
NSD	7			32			25			

Årsverksutviklingen har, med unntak av området psykisk helsevern og rus, vært større enn veksten i aktivitet fra 2019 til 2023. Dette har fortsatt i 2024. Samtidig har det vært en vridning fra variabel til fast lønn. En mindre andel skyldes sentrale pålegg og strategiske satsninger hvor tilskudd og vekst i pasientinntekter følger med. Gjennomsnittslønnen i VVHF er beregnet til 800 000 kroner pr. Årsverk. Den økte aktiviteten i forbindelse med Ventetidsløftet (kvelds- og ekstrapoliklinikker) vil også bidra til midlertidig økte årsverk.

1.5. Turnover

Forskning viser at sunn turnover ikke bør overstige 10%. Nedenfor fremgår turnover i ulike yrkesgrupper for 2022 og 2023, samt per 1.12 2024. Siden vi kun har med 11 måneder i 2024 så vil turnover i % antakelig bli liggende noe høyere på årsbasis. Likevel synes tendensen å være at ekstern turnover er synkende.

Ekstern turnover pr år	2022	2023	2024*
01 - Administrasjon/Ledelse	9,0 %	9,8 %	7,6 %
02 - Pasientrettede stillinger	15,1 %	15,3 %	12,1 %
03 - Leger	7,7 %	7,2 %	7,4 %
04 - Psykologer	15,6 %	14,3 %	8,7 %
05 - Sykepleier	14,5 %	13,4 %	10,5 %
06 - Helsefagarbeider/hjelpepleier	11,2 %	14,6 %	12,2 %
07 - Diagnostisk personell	12,2 %	7,0 %	6,9 %
09 - Drifts-/teknisk personell	10,2 %	6,1 %	7,2 %
10 - Ambulansepersonell	5,5 %	6,3 %	5,4 %
Totalsum	12,1 %	11,3 %	9,3 %

* Turnover i 2024 omfatter t.o.m. november

Et forsiktig gjennomsnittlig anslag tilsier en kostnad på ca. kr 800 000 pr. ekstern turnover. Tiltak som kan bidra til å beholde arbeidstakere blir derfor fortsatt viktig. Innenfor gruppene i tabellen kan det skjule seg subgrupper med høyere turnover som f.eks. somatiske sengeområder der man fra tidligere kjenner til at de nyutdannede sykepleierne har en høyere turnover.

1.6. Sykefravær

Hittil i 2024 ligger sykefraværet på 8,5 %. Gjennomsnitt for de 10 årene før pandemien har vært på 7,5 %. Gjennomsnittlig sykefravær de siste 3 årene har vært på 8,5%. Korttidsfraværet utgjorde i snitt 3,1% siste 3 år, men var lavere i 2023 enn i 2022. Hittil i år (pr. november) er korttidsfraværet på 2,60%. Langtidsfraværet har vært relativt stabilt, og har de siste 3 år hatt et snitt på 5,5%, mens korttidsfraværet svinger mellom sesongene. En reduksjon i det totale sykefraværet fra 8,5 % til 7 % vil gi en økonomisk gevinst estimert til 50 MNOK. Tiltak som påvirker sykefraværet, vil derfor muligens ha stor økonomisk effekt.

1.7. Ventetider

Ventetiden innenfor somatikken har økt gjennom pandemien, og har senere lagt seg på et høyere nivå. VVHF har historisk hatt korte ventetider og få fristbrudd. Andel fristbrudd lå i 2019 på omkring 0,9%, mens andelen i mai 2023 var på 6,1%.

Før sommeren lovet helse- og omsorgsministeren at ventetidene skulle reduseres betydelig, og kom med "Ventetidsløftet". På sikt skulle ventetidene ned under 50 dager i somatikken, 40 dager i voksenpsykiatrien, 35 dager i barne- og ungdomspsykiatrien og under 30 dager innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er senere kommet konkretiserte mål; innen utgangen av 2024 skulle ventetidene ned under 2023-nivå og i juni 2025 skal helseforetakene ha en ventetid på, eller under, 2019-nivå. For VVHF betyr dette samlet gjennomsnittlig ventetid avviklede 51 dager (somatikk 53 dager, VOP 27 dager, BUP 20 dager og TSB 25 dager). Klinikken har lagt ned et betydelig arbeid i å gjennomføre tiltak som vil redusere ventetidene. Disse handler i stor grad om tiltak som øker aktiviteten, men også rydding i ventelistene, redusere kontrollvirksomhet, ha god dialog med fastlegene om henvisningspraksis osv. Det er anskaffet medisinsk teknisk utstyr, gjennomført kvelds- og ekstrapoliklinikker, organisert opplæring av merkantilt personell i henvisnings- og ventelistehåndtering samt riktig registrering. Økt andel digital, behovsstyrt oppfølging vil bidra til å frigjøre tid på poliklinikkene. Det er betydelig overlapp mellom tiltakene i Ventetidsløftet og tiltak allerede pågående i Bærekraftsplanen.

Status pr. november 2024 er at samlet gjennomsnittlig ventetid (avviklet) er 69,5 dager (mål: 68 dager). For somatikken ligger ventetiden nå på 73,2 (mål: <72 dager). Innenfor psykisk helsevern og rusbehandling er målene for 2024 oppnådd med gjennomsnittlig ventetid (avviklet) VOP 35,7 (mål: <40 dager), BUP 28,5 (mål: <35 dager) og for TSB 20,8 dager (mål: <30 dager).

1.8. Demografi og bemanning

Frem mot 2060 vil hver femte person i Norge være over 70 år, og antallet mennesker over 80 år vil tredobles. Behovet for helsetjenester vil øke sterkt i årene som kommer. Samtidig er det lav befolkningstilvekst, og høyt sykefravær.

Allerede i dag oppleves det utfordrende å rekruttere helsepersonell. Det er derfor behov for både kortsiktige og langsiktige tiltak for å rekruttere ansatte med rett kompetanse. Det må legges til rette for fleksible arbeidstidsordninger, kompetanseutvikling, faglige karriereveier og utviklingsmuligheter for medarbeidere i alle yrkesgrupper.

VVHF har samarbeidsavtale med flere utdanningsinstitusjoner; Universitet i Sør-Norge (USN), OsloMet, Lovisenberg Diakonale Høyskole (LDH), VID og NTNU/Gjøvik. Det er etablert

samarbeid med aktuelle videregående skoler i Viken. Det vil etableres et tettere samarbeid med Fagskolen i Viken, med tanke på videreutdanning av helsefagarbeidere.

Det arbeides aktivt med å øke antall lærlinger i helsearbeiderfaget og andre relevante fag. I første omgang vil helsefagarbeiderlærlinger prioriteres. Det tilrettelegges for å kunne tilby praksisperioder til flere sykepleiestudenter, og det er utdanningsstillinger innen anestesi-, intensiv-, operasjon-, barnesykepleie samt nyfødtsykepleie. I tillegg finnes utdanningsstillinger for sykepleiere som gjennomfører jordmor-utdanning.

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

VVHF bruker Kompetanseportalen til opplæring for alle yrkesgrupper, et verktøy som vil bidra til en systematisk kartlegging av fremtidig kompetansebehov. Ledere kan på en effektiv måte følge opp gjennomføring av tildelte kompetanseplaner. I Kompetanseportalen dokumenteres oppnådde læringsmål hos lærlingene, og ikke minst i LIS-utdanningen.

De fremtidige bemanningsutfordringene vil kreve endringer i arbeidsprosesser og organisering av arbeidsstyrken. For å lykkes med oppgavedeling må teamarbeid og teamledelse systematiseres. VVHF tilbyr opplæring i teamledelse.

1.9. Ledelse og lederoppfølging

Helhetlig system for lederoppfølging skal bidra til å sette ledere på ulike nivåer i stand til å utøve god ledelse. Alle nye ledere gjennomfører grunnopplæring det første arbeidsåret. For mer erfarne ledere tilbys programmer innen personlig lederskap og strategisk ledelse. Mentorprogram for ledere og ledermobiliseringsprogram skal bidra til at flere velger ledelse som karrierevei, og motiveres og styrkes til å stå i lederrollen.

For alle ledernivåer i VVHF tilbys det fra høsten 2024 samlinger med ledelsesfaglige temaer, og dette er planlagt gjennomført 4. ganger årlig. Etter valgt metodikk fra HSØ er det utviklet et halvdagskurs i Endringsledelse som et nytt tilbud i 2024. Hensikten er å sette ledere og støtteressurser bedre i stand til å gjennomføre nødvendige endringsprosesser. Til nå har ca. 280 ledere gjennomført seminaret, og det planlegges flere kurs i 2025.

Kontinuerlig forbedring er en del av foretakets kultur og arbeidsform. Det er utviklet et opplæringsprogram for å gjøre lederne i stand til å bruke metodikken. Samme opplæringsprogram tilbys også tillitsvalgte og vernetjeneste, som ledd i å sikre god medvirkning i alle prosesser. Det er etablert lederavtaler med alle ledere. Avtalene følges opp månedlig.

1.10. Samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten

Handlingsplanen fordrer at ledere følger etablerte systemer for endring. HSØ sine tolv prinsipper for omstilling skal følges. Involvering av tillitsvalgte (TV) og vernetjeneste (VO) på alle nivåer vil være avgjørende for å lykkes.

TV og VO har fremhevet samhandlingen i BUPA som en god modell, med blant annet gjennomføring av workshops. Medvirkningsmøter mellom ledere og TV/VO skal gjennomføres på alle nivåer. Tidlig involvering, bred forankring og god samhandling er viktig for å nå avtalte mål.

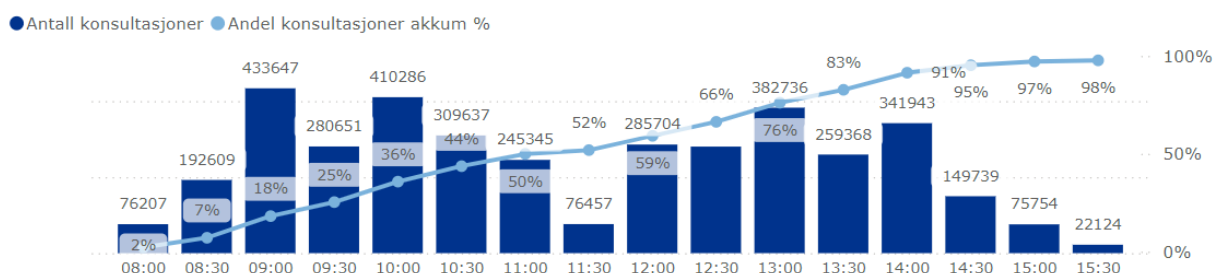
Administrerende direktør har i tillegg til eksisterende medvirkningsmøter etablert en ukentlig uformell møtearena med organisasjonene og vernetjenesten. Disse møtene vil også omhandle fremdrift i handlingsplanen. Tillitsvalgte og vernetjenesten er involvert i en rekke omstillinger og prosesser som pågår i klinikkene, blant annet forberedelser til å ta i bruk nytt sykehus og ventetidsløftet. De tilbys samme opplæring som ledere og støttepersonell innen områdene risikovurdering- og håndtering og endringsledelse.

2. Standardisering

Det er et overordnet mål angitt i HSØ sin utviklingsplan 2040 å redusere uønsket variasjon og sikre likeverdige helsetjenester. Standardisering av prosesser og forløp, der det er hensiktsmessig, er derfor nødvendig. Standardisering kan bidra til økonomiske gevinster.

2.1. Drift/ organisering av poliklinikk i de somatiske klinikkene

Det er betydelig variasjon i utnyttelsesgrad ved våre poliklinikker gjennom dagen. Det er lav aktivitet på morgenen (før kl. 09), en reduksjon i aktiviteten ved lunsjtider (kl. 11-12) samt mot slutten av dagen (etter kl. 14):



I tillegg ser vi at kapasiteten utnyttes ulikt gjennom ukedagene, med en tydelig reduksjon mot slutten av uken. Begrensede arealer og tilgang til avansert medisinsk teknisk utstyr, samtidig med stadig økende ventelister, krever mer effektiv utnyttelse av kapasiteten gjennom døgnet. I tillegg arbeides det med for kort planleggingshorisont for mange steder. Det jobbes med å registrere legenes funksjoner i GAT, som er en forutsetning for å kunne planlegge frem i tid. Kort planleggingshorisont bidrar til høyere "ikke-møtt"-andel, økt antall telefoniske kontakter og av- og ombestillinger.

2.2. Forventende effekter

Det er igangsatt flere prosjekter for definerte fagområder ved DS. I juli 2023 ble det startet et arbeid for effektivisering av drift av poliklinikken ved Ringerike Sykehus. Effekten av effektiviseringstiltakene ved gastromedisinsk og kardiologisk poliklinikk ble økt aktivitet. Dette har bidratt til reduksjon i ventetider og antallet pasienter med passert planlagt tid, i tillegg til økte ISF-inntekter. Innsatsen har gitt følgende resultater:



Poliklinisk aktivitet ved alle somatiske klinikker har økt i 2024 sammenlignet med 2023 med totalt 6 129 opphold, tilsvarende 946 DRG-poeng (19,8 MNOK).

Tiltakene som forbedringsprosjekter på gastromedisinsk og kardiologisk poliklinikk ved Ringerike sykehus (+75 DRG-poeng), effektivisering av medisinsk poliklinikk ved Kongsberg sykehus (+124 DRG-poeng), og polikliniske timer på morgenen ved Drammen sykehus (+36 DRG-poeng) har spesielt bidratt til økt aktivitet i 2024. Dette tilsvarer til sammen 4,9 MNOK i økt inntekt.

Forventede effekter (MNOK):

Drift og organisering poliklinikk				
	Mål 2024	Realisert 2024	Mål 2025	Mål 2026
Bærum Sykehus	-	0,9	5,0	-
Drammen sykehus	4,0	0,5	4,0	9,0
Kongsberg sykehus	2,5	1,8	-	-
Ringerike sykehus	5,6	1,1	2,8	2,8
Total (MNOK)	12,1	4,3	11,8	11,8

2.3. Drift og organisering av sengeområder i de somatiske klinikkene

De største budsjettavvikene er i de somatiske klinikkene, fremfor alt sengeområdene. Foretaksledelsen har derfor sammen med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud vurdert at det er nødvendig å se på ytterligere tiltak i drift og organisering av sengeområder.

Målet med tiltakene er å oppnå hensiktsmessig drift og riktig ressursbruk, innenfor budsjett:

Kvantitativt	Kvalitativt
Større sengeområder med profesjonalisert, sentralisert bemanningsplanlegging	Samhandling om ansettelser, onboarding av nyansatte
Mindre lederspenn, teamorganisering og lederstøtte	Mentor/fadderordning
Delte stillinger mellom sengeområder og poliklinikk/dagavdeling	Karrierevei/trappetrinnsmodell
Delte stillinger mellom sengeområder	Breddekompetanse -fagutvikling
“Dagsykehus”, “nattsykehus” og “helgesykehus”	Teamledelse, samarbeid, oppgavedeling
Standardisering	

Standardisering av arbeidsoppgaver og prosesser vil gi større mulighet for helsepersonell å jobbe på tvers og flytte kompetanse der det trengs. Vestre Viken HF følger pågående prosjekt omkring digitalisering av arbeidet på sengeområdene i regi av OUS og Health2B.

2.4. Faktagrunnlag

Analysene som er utført innen sengeområdet kan på plantidspunktet inndeles i følgende:

- Befolkningsutvikling, sykkelighet, samarbeid med kommuner og forbruk av døgnaktivitet, utført av analysesjef HSØ
- Sammenligning av sengetall med Vestfold pr. medio november 2024
- Sammenstilling av interne data for perioden 2019, 2023 og pr. oktober 2024:
 - Lønnskostnader, årsverk, arbeidede timer og sykefravær
 - Senger i bruk, utskrivinger og liggetider

Per november 2024 har Vestre Viken 690 normerte senger registrert i DIPS, og av disse er det 480 som defineres som “vanlige senger” innenfor kirurgiske og medisinske fagområder. Spesialsenger innen områdene fødsel, intensiv, observasjon og postoperativ er ikke med i de foreløpige analysene. Kostnadsstedene som inngår i driften av disse 480 sengene har for 2024 en omsetning på 1 mrd. kroner og et beregnet budsjettavvik/prognose på 55 MNOK. Lønnskostnader utgjør 45 MNOK og varekostnader utgjør øvrige 10 MNOK, herunder medikamenter 6,5 MNOK, For 2024 ser vi et samlet overforbruk på 28 brutto årsverk innenfor døgnområdene, samt et forbruk av 16,5 MNOK i byråkostnader. Bærum sykehus har i 2024 gjennomgått sengepoststruktur som følge av færre ø-hjelpsinnleggelser, og redusert sengetallet med 13 i planen for 2025. Drammen sykehus vil ved innflytting i nytt sykehus høsten 2025 få en endret struktur for døgnområdene, og kun enkelt sengsrom. Bemanningsplaner som er lagt for den nye strukturen følger så langt som mulig standardisert bemanningsfaktor.

HSØ sine analyser viser at befolkningsveksten for Vestre Viken er 4,2% fra 2019-2024. Den største veksten er i aldersgruppen 75-84 år. Kommunal klassifisering av “skrøpelige eldre” viser at Vestre Viken har en lettere pasientpopulasjon enn for HSØ samlet.

Analysen viser også at Vestre Viken har få liggedøgn pr. unike pasient sammenlignet med andre foretak, noe som indikerer en allerede effektiv drift i døgnområdene. Sengetall er imidlertid vanskelig å sammenligne på tvers av foretak. Det er ulik registreringspraksis i DIPS, og sengetall kan justeres opp og ned ved helg, høytid og sesongvariasjon. En punktsammenligning med Sykehuset i Vestfold (SIV) en onsdag medio november 2024 (SSB definisjon) viser at sengetallet i Vestre Viken er lavere enn ved SIV, sett i forhold til befolkning.

Interne sammenligninger:

Fagområde	Beleggsprosent			Snitt sengepoststørrelse 2024	Lønn pr arbeidstime 2024	Lønn pr seng i bruk 2024
	2019	2023	2024			
Medisinske senger	98,3 %	96,3 %	93,8 %	23 senger	483	1,50 MNOK
Kirurgiske senger	80,0 %	81,7 %	79,5 %	22 senger	462	1,25 MNOK

Tabellen viser sammensetninger av noen grunndata fra sengepostområdene i Vestre Viken. Det er stor forskjell i belegg mellom kirurgiske og medisinske fagområder, og det er også stor variasjon i størrelse på døgnområdene, fra 12 til 33 senger. Dette kan føre til smådriftsulemper. Beleggsprosentene viser en ubalanse mellom kirurgiske og medisinske senger, Forskjellen i kostnad per seng mellom medisin og kirurgi skyldes ulikt forbruk av variabel lønn, som en konsekvens av fravær og tidvis høyt belegg. Analysene viser at det er behov for å øke fleksibilitet i bruk av personell på tvers av sengeområder og poliklinikkdrift.

Tiltak i budsjett 2025:

Tiltak sengeposter 2025	Beløp	Merknad
Drammen	1 MNOK	3 mnd. effekt NSD
Bærum	24 MNOK	Nedtak og strukturendringer Kir Ort, med
Ringerike	1 MNOK	Variabel lønn og rekruttering
Kongsberg	5 MNOK	Variabel lønn og rekruttering
Budsjettetert effekt sengeposter	30 MNOK	

Klinikkene har planer for videre prosesser for endring i drift av sengeområder, men effektene av tiltakene lar seg foreløpig ikke tallfeste.

Effekter

Arbeidet med å beskrive nåsituasjonen pågår. Analysene skal bidra til at det iverksettes riktige tiltak, estimere effekter og legge grunnlaget for at ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten, sammen med brukerorganisasjonen, kan prioritere nødvendige tiltak.

I Helse Sør-Øst (HSØ) pågår det parallelt et pågående prosjekt, hvor det skal utarbeides en helhetlig regional plan for drift og organisering av sengeposter. VVHF vil følge dette arbeidet og hente og nyttiggjøre seg erfaringer fra andre helseforetak i HSØ.

Milepæl – og aktivitetsplan for drift av sengeposter:

Dato	Milepæl	Hvorfor/Hva er målet?	Hvem må involveres?	Ansvarlig	Kommentar
5.1.2025	Det er innhentet tilgjengelig kunnskap og forskning på området pleie- og bemannings -tyngde	Innsikt for å iverksette riktige tiltak, på rett område	Sentralt ressursteam, OU, Analyse, controller, FTV og FVO	Klinikk - direktør	
15.1.2025	Det er avholdt et forberedende møte med somatiske klinikkdirektører for å forberede utgangspunktet for standardisering	Gjennomgå tilgjengelig kunnskap Gjennomgang av analyser Erfaringsdeling mellom somatiske klinikker Sette retning for videre tiltak	Sentralt ressursteam, OU, Analyse, controller,	Klinikk - direktør	Sentralt ressursteam vil sammen med OU avdelinger fasilitere møtene og videre fremdrift
30.1.2025	Det er avholdt en samling med klinikkdirektører, avdelingssjefer/fagansvarlige, FTV, HTV og FTVO.	Forankre prosjektet i linjen. Prioritere områder for prioritering av områdene som kan standardiseres Sette retning og prioritet på arbeidet samt utarbeide en langsiktig handlingsplan med tidslinje	Sentralt ressursteam. OU, prosjektleder MOH, analyse, controller avdelingssjefer, fagpersoner.	Klinikk - direktør	

2.5. Turnusplanlegging

Det er et mål at turnusplanleggingen skal være mest mulig standardisert og tilpasset aktivitet og tilgang på personell. En mer sentralisert og profesjonalisert turnusplanlegging vil redusere administrative oppgaver for ledere.

VVHF vurderer om kunstig intelligens kan benyttes til å optimalisere turnusplanleggingen, og har derfor gjennomført innsiktsfase og tidsavgrenset pilot (test av løsning). Flere offentlige og private aktører er i gang med liknende prosjekter, og VVHF har kontakt med flere av disse for gjensidig erfaringsutveksling. Mulige gevinster ved standardisering, prosessforbedring og innføring av KI for turnusplanlegging:

- Forutsigbarhet i drift for seksjon og avdeling,
- Flere heltidsstillinger og redusert uønsket deltid,
- Redusert overtid og innleie,
- Frigjort tid til ledelse og redusert sårbarhet knyttet til kompetanse på turnusplanlegging
- Økt fagkompetanse til stede i avdelingen flere tidspunkter i løpet av dag, døgn, uke og ferietid
- Prediksjon i sykefravær og budsjettplanlegging
- Økt sikkerhet i budsjettprognoser

2.6. Fleksible arbeidstidsordninger

Målet med fleksible arbeidstidsordninger er å møte arbeidstakeres behov for å balansere jobb og fritid på en bedre måte enn dagens turnusordninger tillater. Dette vil gi mer fleksibilitet, forutsigbarhet og en mer robust bemanning. Samtidig kan det medvirke til lavere sykefravær. Ordningen med langvakter er frivillig. Sommeren 2023 gjennomførte VV tre pilotprosjekter (en seksjon på Kongsberg-, Ringerike- og Drammen sykehus) med langvakter 12,5 timer. Pilotene i de somatiske klinikkene ga foretaket nyttige og positive erfaringer. Samtidig ble det høsten 2023 levert en rapport fra PHR, med mer blandede erfaringer. Resultater fra evalueringen fra pilotene viser at det rekrutteres bra til seksjoner som har innført langvakter. Turnover og behov for innleie reduseres i tillegg. Dette medfører at kompetanse beholdes i seksjonen, også under ferieavvikling. Helse Sør-Øst RHF har finansiert en ekstern evaluering og Oslo Economics har fått oppdraget. Rapporten ventes i midten av desember 2024 og vil kunne gi en indikasjon på om langvakter også har effekt på sykefraværet.

Basert på evalueringer og erfaringene er det signert nye rammeavtaler mellom arbeidsgiver og organisasjonene for ytterligere utprøving av langvakter i somatiske og psykiatriske sengeposter for sommeren og høsten 2024 og våren 2025. Sommeren 2024 var det 18 seksjoner hvor medarbeidere jobbet langvakter 3. hver helg. I høst er det 22 seksjoner som har medarbeidere i langvakter 3. hver helg.

Rammeverk for fleksible vakter

Det er et ønske fra alle parter om å utvikle konseptet fleksible arbeidstidsordninger i Vestre Viken videre. I rammeavtalen gjeldende for våren 2025 er det enighet om å utarbeide en mer langsiktig avtale rundt langvakter. Det er besluttet at det skal settes sammen en gruppe som skal ha som mål å videreutvikle ordningen og få på plass en mer langsiktig rammeavtale. I tillegg skal det arbeides videre med andre fleksible arbeidstidsordninger. Behov for retningslinjer/rammeverk for disse ordningene må avklares nærmere.

Milepæl- og aktivitetsplan:

Dato	Milepæl	Hvorfor?	Hvem må involveres	Ansvarlig
10.1.2025	Det er etablert en partssammensatt arbeidsgruppe med mål om å videreutvikle et langsiktig rammeverk for bruk av langvakter. Arbeidsgruppen har startet sitt arbeid.	Mål om å utarbeide en mer langsiktig avtale om bruk av langvakter	Sentralt ressursteam, representanter fra HR, FTV/FHVO og seksjon	Stab HR/kompetanse
10.1.2025	Organisering, tidsplan og mandat for arbeidet med å videreutvikle rammeverk for turnusplanlegging og fleksible arbeidstidsordninger er utarbeidet og vedtatt.	Sikre gjennomføring, forutsigbarhet og deltakelse fra alle parter	Sentralt ressursteam, representanter fra HR, FTV/FHVO og seksjon	Direktør stab kompetanse/HR
28.2.2025	En langsiktig <u>avtale</u> for bruk av langvakter er signert av partene.		FTV, FTVO, Direktør stab kompetanse/HR	Direktør kompetanse/HR
31.3.2025	Arbeidsgruppen har levert sin innstilling i rapport til oppnevnt styringsgruppe for dette arbeidet.	Mål om å utarbeide et godt rammeverk for turnusplanlegging og fleksible arbeidstidsordninger	Sentralt ressursteam, representanter fra HR, OU, økonomi, FTV/FHVO og seksjon	Direktør kompetanse/HR

2.7. Bemanningssenteret

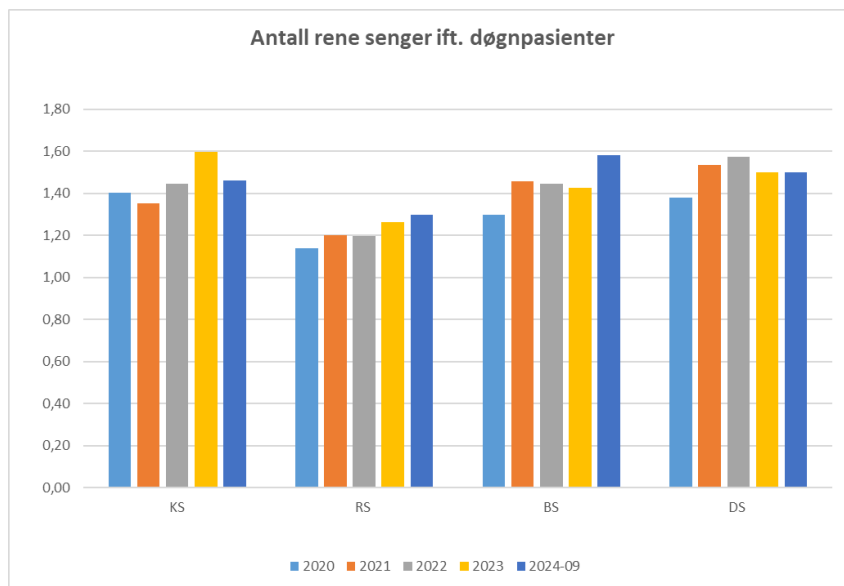
Bemanningssenteret har egen vikarpool med både fast ansatte og tilkallingsvikarer. Tjenesten er rettet mot Drammen sykehus og Klinikk for psykisk helse og rus, i all hovedsak de avdelingen som skal flytte inn i NSD. Enkelte av avdelingene støttes med booking av ledige vakter. Bemanningssenteret sørger for rekruttering av tilkallingsvikarer og faste ansatte som jobber fleksibelt i avdelingene. Behov for fastvakter i somatikken dekkes i økende grad ved hjelp av Bemanningssenteret.

All ekstern innleie av personell koordineres i Bemanningssenteret. Det er kontinuerlig fokus på å redusere innleie og variabel lønn - spesielt overtid, ved å etablere og utvide interne løsninger, Tiltak i denne sammenheng er blant annet å ansette flere faste sykepleiere/helsefagarbeidere, egen pool med fastvakter samt å sørge for tilkallingspools med erfarne vikarer. Det er etablert økt bistand til linjeledere med forsterket støtte til rekruttering av grunnbemanning, fra utarbeidelse av stillingsannonser og frem til onboarding er gjennomført.

2.8. Støttetjenester

For et pasientforløp er også *ikke-helsefaglige støttetjenester* viktig. Dette er tjenester som leveres i førstelinje til besøkende og pasienter, og som kjernevirksomheten har behov for innen matforsyning, intern transport av pasienter, renhold og vareforsyning. I tillegg kommer eiendomsdrift, vedlikehold og utvikling av bygg som mer internt rettede tjenester, men som også påvirker pasientopplevelsen og pasientsikkerheten.

Det foreligger et godt datagrunnlag knyttet til leveranse av enkelttjenester og synliggjøring av variasjon i bruk av tjenester på klinikknivå. Den årlige tjenesteleveranserapporten viser beste praksis og mulig gevinstrealisering. Her et eksempel på nevnte datafangst:



For å få til utbredelse av beste praksis til alle klinikker og avdelinger, og på den måten realisere gevinster, er Intern service avhengig av tett samarbeid med kjernevirksomheten.

Det er identifisert flere områder der utbredelse av beste praksis vil kunne føre til vesentlig kostnadsreduksjon. Disse områdene var i 2024 middager pr liggedøgn, rene senger og smittevask.

Det har vist seg vanskelig med målrettede tiltak ned på seksjonsnivå grunnet utfordringer med datafangst ned på lavt nok nivå. I tillegg er det ulik organisasjonskultur og ulike holdninger som medfører variasjon i bruk av tjenestene. Resultat hittil i 2024 viser:

- Antall middager per liggedøgn somatikk har i snitt økt fra 1,06 til 1,07
- Antall smittevask per produksjonskoeffisient har i snitt økt fra 3,2 til 3,7
- Antall rene senger ift. døgnpasienter har i snitt økt fra 1,45 til 1,46

Intern service vil øke samhandlingen med klinikkene vi leverer tjenester til gjennom nyopprettede klinikk-kontaktteam, og ta initiativ til at det etableres konkrete mål for beste praksis.

Det er på sikt et mål i Intern service og få til aktivitetsbasert tjenesteleveranse for *ikke helsefaglige støttetjenester*. Dette muliggjør lavere ressursbruk i drift, fordi tjenestene tilpasses reelle behov:

- Dynamisk tilpasning (f.eks. renhold, teknisk drift og sikkerhet) basert på bruken av arbeidsarealer.
- Skalering etter behov hos kjernevirksomhet
- Bruk av teknologi for å overvåke og predikere når og hvordan tjenester skal tilbys.

Målet er forbedret effektivitet, langsiktig reduserte driftskostnader og bærekraftige løsninger. Dette vil kreve tett dialog med kjernevirksomhetene, tilgang på aktivitetsdata, investeringer i teknologi, opplæring og prosessendringer.

2.9. Grønn mobilitet i Vestre Viken

Vestre Viken HF er pålagt å redusere klima- og miljøutslipp på linje med alle statlige virksomheter. Det må tilrettelegges for at flere velger å gå, sykle eller benytte kollektivtransport til jobben. I dag er det få insentiver som understøtter dette, samtidig som lave ansattpriser for parkering bidrar til økt etterspørsel etter parkeringsplasser. Det er iverksatt et virksomhetsovergripende prosjekt - Grønn mobilitet. Prosjektet har kartlagt reisevaner, kollektivtilbud, mulige incentivordninger, fasiliteter knyttet til sykkelparkering, parkeringsdekning for ansatte, mm. Prosjektet er under restrukturering høsten 2024, hvor parkering skilles ut som et eget delprosjekt. Det vil videre legges opp til bred medvirkning fra vernetjeneste og tillitsvalgte, slik at man sikrer forankring i hele organisasjonen. Rapport og forslag til tiltak forventes fremlagt foretaksledelsen våren 2025.

2.10. Tjenestebiler

Forvaltningsoppgaven for samtlige tjenestebiler er flyttet fra KIS til PHT 1. januar 2024. PHT har gode rutiner for bedre utnyttelse og mer effektiv forvaltning av bilparken.

Alle leasingavtaler er nå rekalkulert. Første halvår ga dette en innsparing på 875.000. Antall tjenestebiler er redusert med 13 biler. Frem mot innflytting i nytt sykehus Drammen jobbes det med ytterligere nedskalering av bilparken. Digitale verktøy kan gi økt sambruk og optimalisere utnyttelsesgraden.

2.11. Arealeffektivisering

Fortetting i Grønland 32 pågår og ansatte i avdelingsledelsen for ambulanse har permanent flyttet til G32, og ansatte i stråleterapi benytter lokalene i G32 frem til innflytting i nytt sykehus i 2025. Det ble avklart høsten 2023 at det ikke lar seg gjøre å redusere antall leide kvm eller fremleie, da markedet for utleie av kontorarealer rundt Grønland 32 er svært vanskelig. I takt med at eksterne leieavtaler utgår vurderes det om andre administrativt ansatte kan flyttes til Grønland 32. I den forbindelse har ansatte i avdelingsledelse og stab i ambulanseavdelingen og ansatte i stråleterapi, som skal inn i nytt sykehus i Drammen, flyttet inn i Grønland 32.

I forbindelse med tjenesterokade i PHR, vil 3 lokasjoner bli fristilt innen 2026. Disse vil bli lagt ut for salg. Inntektene er en del av PHR sin bærekraftsplan. Avhending av bygg vil samtidig gi reduserte kostnader til drift og vedlikehold.

Leieavtalen i Rosenkrantzgata 11 avsluttes ved årsskiftet 2024/2025. Der har det det siste året kun vært møteromsareal, og er fra og med oktober stengt for bruk for klargjøring til avlevering. Det gir en årlig reduksjon i leiekostnader på 0,8 MNOK.

2.12. Energieffektivisering

Det er i henhold til EU/EØS-lovgivning forbudt å installere nye armaturer til lysstoffrør etter 23.08.23, og selve lysstoffrørene produseres ikke etter nevnte dato. Det planlegges for utskifting av 60 % av armaturene i første omgang, med forventet reduksjon i energikostnader på 5 MNOK i perioden 2024 – 2026. Finansiell støtte gjennom incentivordningen for bærekraft i HSØ RHF og lån på 20 MNOK er innvilget. Utskiftingsplan ble igangsatt senere enn planlagt. Prognosen for gevinstuttak 2024 er redusert med 250.000, som forskyves til 2025.

Forventede effekter (MNOK):

Tiltak	Mål 2024	Realisert 2024	Mål 2025	Mål 2026
Grønn mobilitet	0	0	1	1
Avvikle leieforhold administrative lokaler	0	0	0,8	-
Realiserte effekter, utskifting til LED-belysning	0,75	0,3	2,25	2
Optimalisere bruk av tjenestebiler samt redusere antall fossilbiler fram mot 2026	0	0	-	-
Total (MNOK)	0,75	0,3	4,0	3,0

Ved oppstart nytt tjenestebilsystem 01.01.2024, var det 170 biler. Hittil har man redusert antall biler med 12 og ytterligere omrokkert 4 biler i stedet for å skaffe nye. Ved utgangen av 2025 forventer vi ytterligere redusere antallet tjenestebiler ned til 140.

Spesifikt for el-biler:

Vestre Viken hadde 10 el-biler per 01.01.2024, ved utgangen av 2024, er nå tallet økt til 43. Målet er at 50% av bilparken er elektrisk ved utgangen av 2025. Videre mål for 2025:

- **Innføre bildelingsverktøy/Bilbooking** (app for bildeling på lokasjoner hvor det er flere avdelinger som kan benytte en felles bilpool)
- **Innføre Teams kanal.** For å få flere bilansvarlige til å aktivt følge Teams kanalen Tjenestebiler. Der det er lagt ut mye informasjon til bilansvarlige, eks. avtaler vedr. verksteder, bilglass, veiredning og annen relevant informasjon.
- **Fulletablere Tracksys kjørebok:** For å få enda bedre oppfølging og kontroll på km og bruk. Vi har gjennom 2024 gått fra å ha ca. 70 biler som ikke ga info tilbake til kjørebokportalen, til pr. 01.12.2024 være nede i ca 7 biler.
- **Bruk av Bliksund:** Alle som har bilansvar ute på avdelingene skal benytte Bliksund bilmodul. Dette for å få mer bevisstgjøring på serviceintervall, PKK/EU kontroller og kostnadsbilde for deres biler.
- **Innleveringsprosess:** Det vil bli jobbet videre med det arbeidet som er startet vedr. reparasjoner av småskader på biler som skal innleveres, vi har to samarbeidspartnere som utfører reparasjon av kosmetiske utbedringer både i Drammen og på Ringerike.
- **Modellutvalg:** Vi ønsker å standardisere på færre modeller og velge modeller som viser driftssikkerhet og modeller som dekker behov hos flere.

2.13. Forbruksvarer og legemidler

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

Effekten av det planlagte arbeidet på innkjøpsområdet er reduserte kostnader, økt pasientsikkerhet og tilby likeverdige helsetjenester.

2.14. Innkjøp

VVHF har siden 2021 systematisk fulgt opp lokale avtaler og kjøp utenfor avtale, og konvertert artikler over til regionale avtaler. I 2023 ønsket Foretaksledelsen også å innføre kontroll med fritekstbestillinger for å effektivisere bestillingsprosesser, øke avtaledekning og bruk av det regionale forsyningscenteret, samt en forventet reduksjon av innkjøpskostnader.

Innkjøpsavdelingen startet prosjektet høsten 2023 og kontrollerte alle fritekstbestillinger før de ble sendt leverandør. Prosjektet ble avsluttet juni 2024 og er nå over i drift. Resultatet er at fritekstbestillinger er redusert på alle klinikker. Totalt for VVHF er gjennomsnitt av fritekstbestillinger 2,9 % av omsetningen per måned, mot 4 % i 2023.

Varekostnad innenfor medisinske forbruksvarer og utstyr har en gjennomsnittlig økning på 12 % sammenlignet med fjoråret. Dette skyldes i hovedsak økte råvarepriser og transportkostnader hos våre leverandører. Det å følge de lovlige inngåtte avtalene vil allikevel gi gevinster i form av en mer effektiv forsyning ved bestilling fra det regionale forsyningscenteret, samt at VVHF overholder vårt samfunnsansvar. Realisering av gevinster fremkommer i klinikkene. De økte prisene i 2024 har imidlertid medført at det ikke kan dokumenteres realisert effekt.

Videre har innkjøpsavdelingen synliggjort variasjon på ortopediområdet mellom klinikkene, og fremmet forslag om bytte til andre avtaleprodukter for kostnadsbesparelser. Det er også andre områder vi er i prosess på, og har dialog med avdelingene.

2.15. Medikamentbytter

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

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

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

Innkjøpsavtalene for legemidler inngås ofte for ett eller to år. En del av avtalene har medført betydelige kostnadsreduksjoner, særlig når patenter på legemidler har gått ut. Det er derfor viktig å få iverksatt nye avtaler raskt. Tett oppfølging kan gi økte gevinster. Foretaket etablerte derfor i 2019 et utvalg for høykostmedisin som skal sikre rask implementering av nye avtaler, og sørge for at oppfølgende styringsinformasjon blir tilgjengelig for ledelsesnivåene. I tillegg er det i 2024 inngått avtale med Sykehusapotekene HF om kjøp av bistand fra farmasøyt i arbeidet med å øke andelen legemiddelbytter. Dette vil føre til reduserte kostnader. Effektene kommer for fullt i 2025.

Høykostgruppen jobber tett på fagfeltet for å følge opp gevinster, og at vi får gevinst av prisfall så raskt som mulig. Det er forventet at vi kan hente ytterligere gevinster i 2025 som følge av prisfall/patentfall. I 2024 har vi prognose som er 20,7 MNOK lavere enn budsjettet. Dette gir oss en netto besparelse på medikamenter. Besparelsen skyldes redusert forbruk, reduserte priser og patentfall. Totalt sett har vi identifisert 12 MNOK knyttet til prisfall hittil i år. For 2025 har vi lagt inn en forventet besparelse på 35 MNOK knyttet til prisfall.

Det planlegges med at høykostgruppen skal utvide sitt område med innkjøpskostnader knyttet til implantater og instrumenter, samt støtte behandlingshjelpemidler i oppfølgingen av lojalitet til avtaler.

2.16. Serviceavtaler medisinsk teknisk utstyr (MTU)

Medisinsk teknologisk avdeling jobber med standardisering av utstyrsparken. Det vil i løpet av 2025 bli levert mye nytt MTU til NSD. Med anskaffelsene følger 2 år fullserviceavtale. Det er forventet en økning i serviceavtaler etter utløp av garantitiden. MTA jobber systematisk med opplæring slik at serviceoppdrag som i dag utføres av eksterne aktører skal kunne utføres av egne ansatte, til en lavere kostnad. Kostnadene ble redusert i 2023 med 4,5 MNOK, samt at det er planlagt med ytterligere reduksjon på 3 MNOK i 2025.

2.17. Behandlingshjelpemidler

Kostnadene til behandlingshjelpemidler har økt kraftig de siste årene. For å minimere kostnadene følger avdeling for behandlingshjelpemidler opp avtalelojalitet knyttet til valg av utstyr, spesielt innen diabetesområdet. Avvik fra førstevalg må godkjennes av fagdirektør eller fagnettverk. Avdelingen følger tett opp reklamasjoner og vedlikeholdskostnader. Det pågår et nasjonalt prosjekt som har til hensikt å digitalisere dagens manuelle prosesser for å skape handlingsrom og bedre utnyttelse av helseressursene. Dette prosjektet bygger på VVHF forprosjekt Bever (Behandlingshjelpemidler i det virtuelle sykehuset).

Forventede effekter (MNOK)

Tiltak	Mål 2024	Realisert 2024	Mål 2025	Mål 2026
Innkjøpskostnader (legemidler)	10,0	11,0	10,0	10,0
Behandlingshjelpemidler	0	0	2,0	1,0
Serviceavtaler MTU	0	0	3,0	1,0
Total (MNOK)	10,0	11,0	15,0	12,0

2.18. Bilde- og laboratorietjenester

Bilde- og laboratoriediagnostikk er en del av de fleste pasientforløp. Behovene er økende, i takt med behovet for rask utredning og behandling, samt at nye avanserte metoder utvikles. Dette gjør det nødvendig å prioritere. Det er satt i gang flere klinisk fagrevisjoner i VVHF innenfor et begrenset område innenfor bilde- og laboratoriediagnostikk, og en metode for videre arbeid på flere områder. Parallelt utvikles et analyseverktøy som skal gi grunnlag for benchmarking mellom sykehus og fagområder. Med "kloke valg" og samvalg kan vi få en mer bærekraftig tjeneste.

VVHF har medisinsk biokjemitjenester i alle sykehus, men med forskjellig utstyr, reagenser og arbeidsprosesser. Ved å standardisere til en leverandør for analyser med høy-volum kan det oppnås betydelige gevinster og en felles laboratorietjeneste på tvers av VVHF. Anskaffelse av analysehall til NSD utløste en opsjon for de andre sykehusene i VVHF, og en vesentlig prisreduksjon oppnås så snart systemene er i drift på alle sykehusene. Gevinster allerede oppnådd i 2024 med Ringerike og Kongsberg oppgradert, med Bærum og Nytt Drammen Sykehus planlagt i 2025 med gevinster som kommer i 2025 og 2026.

2.19. Handlingsplan og forventede effekter

Forventede effekter (MNOK):

Tiltak	Realisert 2024	Mål 2025	Mål 2026	Mål 2027
Prioritering - riktig bruk av BILDE og LAB tjenestene	-	0,6	2,6	2,0

Forventede effekter (MNOK):

Tiltak	Realisert 2024	Mål 2025	Mål 2026	Mål 2027
Standardisering og Automasjon: LAB automasjon på tvers av HF. Ekskl. investeringer	5,5	4,5	65,6	6,5

3. Teamarbeid og oppgavedeling

Teamarbeid gir psykologisk trygghet og stimulerer til kreativitet og innovasjon, og fremmer trivsel og rekruttering. Sengepostene må utvikles fra dagens profesjonsrettede organisering til tverrfaglige team, med teamledere på alle skift, tavlemøter og prioriteringsstøtte. Gode systemer for planlegging av arbeidsdagen og standardisering av arbeidsprosesser muliggjør en større fleksibilitet og smidighet i organisasjonen. Flere prosesser er allerede i gang i klinikkene. Teamorganisering og oppgavedeling vil påvirke hvordan personellet jobber sammen.

Brukerne av tjenesten er også en viktig ressurs i utvikling av hensiktsmessige forløp, og kan redusere behovet for helsepersonellinnsats. Avdeling for Samhandling, brukermedvirkning og helsekompetanse vil være en viktig bidragsyter i arbeidet.

Vestre Viken har retningslinje for arbeidet med oppgavedeling på overordnet nivå. Den er drøftet med organisasjonene og vernetjenesten. Som vedlegg til retningslinjen og inspirasjon til arbeidet med oppgavedeling har foretaket "Wibe-modellen", hvor også tydelig ledelse, oppbygging av effektive team, visittstruktur for leger mv. omtales.

Høsten 2023 startet Helse Sør-Øst RHF (HSØ) opp et regionalt kvalitetsutviklingsprosjekt under TØRN-programmet. Vestre Viken deltok med 4 seksjoner. Prosjektet ble gjennomført over et år, med konkrete forbedringsprosjekter knyttet til oppgavedeling i seksjonene og læringsnettverk på tvers i HSØ. I 2024 har ytterligere 2 seksjoner deltatt som del av TØRN-programmet i HSØ. I tillegg er 3 prosjekter startet opp lokalt i foretaket, med midler tildelt gjennom programmet.

Det er siden 2023 igangsatt flere tiltak i forhold til oppgavedeling innenfor fagene logistikk sentralbord, og portørtjeneste. Dette er tiltak innenfor økt forsyningsgrad, etablering av portørtjeneste på Ringerike sykehus og å svare ut innkomne telefonsamtaler til poliklinikker i førstelinjen.

I mai 2024 ble det gjort vedtak om at samtlige klinikker skal innføre standardisert oppgavedeling innenfor områdene logistikk, portørtjeneste og renhold.

Det er fortsatt stort potensiale for oppgavedeling innenfor disse fagene, og Intern service vil fortsette å være en pådriver. For fagavdelinger som overtar oppgaver, medfører det en økning i antall årsverk, mens gevinstuttak skjer i klinikkene som avgir oppgaver. En viktig forutsetning for oppgavedeling er at årsverk ikke skal økes, og helst reduseres. Ved å profesjonalisere utførelsen av oppgavene nevnt over, vil det bli en mer effektiv drift av oppgavene, i tillegg til økt tid til pasientnært arbeid.

Forventede effekter (MNOK)

Team, oppgavedeling og ressursplanlegging				
	Mål 2024	Realisert 2024	Mål 2025	Mål 2026
Bærum sykehus	9,1	24,9	24,0	-
Drammen sykehus	7,0	-	4,0	4,0
Kongsberg sykehus	5,2	-2,9	-	-
Ringerike sykehus	3,5	0,5	4,2	0,2
TOTALT (MNOK)	24,8	22,4	32,2	4,2

4. Digital transformasjon

4.1. Overordnede prioriteringer

Digital transformasjon legger til rette for standardisering, nye måter å jobbe med team- og oppgavedeling, samt strukturelle endringer. Videreutviklingen av det virtuelle sykehuset er et hovedgrep for at Vestre Viken skal kunne tilby bærekraftige helsetjenester ved hjelp av digitale løsninger. Teknologistrategi 2023-2026 synliggjør prioriteringer på teknologiområdet. Et overordnet prinsipp er at foretaket skal prioritere å ta i bruk teknologi som understøtter sikre pasientforløp og sparer personell. Foretaket vil etterstrebe å ta i bruk teknologi som allerede har en demonstrert nytte, eksempelvis i et annet helseforetak. Forenkling og standardisering av teknologiporteføljen for å tilby brukervennlig og kostnadseffektiv teknologi til pasienter, pårørende og ansatte, er nødvendig.

Konkrete tiltak og teknologiinvesteringer prioriteres innen følgende hovedområder:

- Kunstig intelligens og automasjon skal forenkle oppgaver og redusere plunder og heft. Det skal anvendes med mål om å skape effektive og sikre pasientforløp innen prioriterte fagområder.
- Virtuelt sykehus, med mål om å ta i bruk teknologi som gir pasienter mulighet til å motta helsetjenester i eller nær eget hjem.
- Nytt sykehus i Drammen, med mål om å sikre en vellykket innflytting med tidsriktig teknologi som gir arealeffektive arbeidsprosesser og effektiv logistikk. Det er et mål at teknologiutviklingen i Nytt Sykehus i Drammen skal komme hele foretaket til gode.

4.2. Teknologikostnader

Foretaket har flere tiltak for å minimere teknologikostnadene. Dette omfatter bedre kontroll med kostnader fra Sykehuspartner og andre leverandører, forenkling og standardisering av teknologiporteføljen, herunder redusere antall applikasjoner i bruk, samt samarbeid med Sykehuspartner om ressurser og opplæring av personale.

Det er helt nødvendig at det stilles krav til gevinstrealisering når nye systemer tas i bruk. I takt med sanering og økende andel regionale løsninger er det også en forventning til at Sykehuspartner skal kunne oppnå effektiviseringsgevinster.

Forventede effekter (MNOK)

Tiltak	Mål 2024	Realisert 2024	Mål 2025	Mål 2026
Tiltak for å redusere/minimere teknologikostnader	2,8	1,1	2,0	3,0

4.3. Kunstig intelligens og automasjon

Kunstig intelligens og automasjon er tatt i bruk i 2024. Det er inngått avtaler regionalt for KI-plattformer som muliggjør ibruktakelse av flere applikasjoner. Arbeid med ventetider og ventelister er et høyt prioritert område. Digitale medarbeidere (RPA) er i løpet av 2024 tatt i bruk for å frigjøre tid for helsepersonellet, f.eks. ventelisteroboten. Håndtering av medisinalister, registreringer innen føde- og svangerskapsomsorgen er eksempler på oppgaver som planlegges automatisert i 2025.

Testbed har pågående flere initiativ for å vurdere bruk av KI. Eksempler på dette er planlegging av turnus, operasjonsplanlegging, sensortechnologi for overvåking av vitale parametere og digital assistent med støtte fra kunstig intelligens for arbeid i elektronisk journal innen Psykisk

helsevern og rusbehandling. Det er forventet at det vil være personellbesparende effekter av disse tiltakene, dersom de innføres.

4.4. Kunstig intelligens innen bildediagnostikk og klinisk patologi

VVHF var først i Norge med implementering av kunstig intelligens (KI) innen bildediagnostikk. Prosjektet har anskaffet en plattform for KI med verifiserte KI-algoritmer (CE-merkede) for bildediagnostikk. HSØ har bidratt med finansiering i form av innovasjonsmidler på 5,5 MNOK over 3 år (2021-2024). Den første algoritmen ble satt i drift i slutten av august 2023 ved Bærum sykehus, og er nå i drift i hele VVHF samt flere HF i HSØ. Her har VVHF bidratt med VVHF KI Implementerings team. Klinikk for medisinsk diagnostikk har estimert at innføring av KI innen bildediagnostikk vil gi følgende økonomisk gevinster:

Forventede effekter (MNOK)

Tiltak	Mål 2024	Realisert 2024	Mål 2025	Mål 2026
Digitalisering og automasjon: BILDE KI	1,0	0,73	1,7	3,2
Digitalisering og automasjon: PAT KI			0,2	1,0
TOTALT (MNOK)	1,0	0,73	1,9	4,2

4.5. Vestre Vikens virtuelle sykehus

Det virtuelle sykehuset ble etablert oktober 2022. Den største satsingen innen det virtuelle sykehuset har så langt vært innenfor området digital hjemmeoppfølging (DHO). Program DHO ble etablert i 2019 og omfatter implementering av løsninger for egenregistrering fra pasient (digital skjemaløsning), videokonsultasjoner og innhenting og oppfølging av sensordata fra medisinsk utstyr i hjemmet.

Status pr. november 2024 er 27 pasientforløp er i drift og det er pågående planlegging og implementering av i alt 22 nye forløp. Over 12 000 pasienter er så langt fulgt opp gjennom det virtuelle sykehuset. Gjennomgang av kostnader og inntekter er gjennomført for program DHO, med utgangspunkt i eksempler fra enkelte forløp i klinikkene. Det er utarbeidet en gevinstmodell og snart publiseres et digitalt dashboard slik at klinikkene kan følge egne aktivitetstall og gevinster knyttet til digital hjemmeoppfølging. Per i dag er kostnadene til program DHO større enn inntektene, men med økt bredding til flere forløp forventes kostnadsbesparelser. Det er foreløpig lite resultater på økonomiske gevinster for helsetjenesten ved innføring av DHO i Norge. Det arbeides aktivt med å fremskaffe slike resultater gjennom program DHO, også gjennom forskning.

Selv om det er et høyt antall forløp i drift, er det få av disse som er tatt i bruk ved alle aktuelle klinikker, og samtidig er det få forløp som treffer de store pasientgruppene. Ventetidsløftet har gitt et ytterligere press på å øke aktiviteten for å få ventetidene ned. VVHF videreutvikler derfor det virtuelle sykehuset med økt hjemmebehandling/hjemmeoppfølging og vurderer å sentralisere all skjemabasert oppfølging i en egen enhet. Det siste vil være en løsning som adresserer de hindrene som er identifisert for å få fart på antallet pasienter som kan tilbys dette, samt vil sikre mer likeverdige helsetjenester i hele vårt nedslagsfelt. Vurderingen som pågår, inkluderer de økonomiske konsekvensene av å overføre både kostnader knyttet til utvikling og inntekter fra aktiviteten til en sentral enhet. En målrettet økt andel skjemabasert digital

oppfølging (behovsstyring) vil frigjøre tid ved poliklinikkene, som igjen bidrar til økte inntekter og lavere ventetider.

4.6. Videokonsultasjoner på nødsamtaler

VVHF har valgt å bruke videokonsultasjoner i forbindelse med nødsamtaler (113) på vår akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK). Med dette tiltaket ønsket VVHF å begrense bruk av ambulanser slik at riktig ressurs blir brukt på riktig hendelse, til rett tid og med rett hastegrad. Dermed skal responstidene opprettholdes og reduseres, samt at man unngår fremtidig kostnadsutvikling i form av nye ambulanser som må opprettes. Fra 2023 har dette vist gunstig effekt ved at utviklingen i antall oppdrag har stagnert. Hittil i 2024 ligger andelen videokonsultasjoner på 28,5% (mål: 25%).

Ut fra fremtidig plan om opprettelse av nye ambulanser vil tiltaket, sammen med andre tiltak, kunne gi følgende kostnadsbesparelser for foretaket:

Forventede effekter (MNOK)

Begrense styrking ambulanser i perioden 2023 til 2026	Kostnadsunnngåelse:
1 deldøgnambulanse ultimo 2023	8 MNOK
2 døgnambulanser i 2024	19,2 MNOK
1 døgnambulanse i 2025	9,6 MNOK
1 dagambulanse i 2026	2,4 MNOK
Samlet effekt:	39,2 MNOK

Begrense styrking ambulanser i perioden 2027 til 2030:	Kostnadsunnngåelse:
1 dagambulanse, 1 deldøgnambulanse i 2027	7,2 MNOK
1 dagambulanse 1 deldøgnambulanse 1 døgnambulanse i 2028	16,8 MNOK
1 døgnambulanse i 2029	11,9 MNOK
1 deldøgnambulanse 1 døgnambulanse i 2030	14,4 MNOK
Samlet effekt:	50,3 MNOK

4.7. Helselogistikk

Helselogistikk er planlagt som en sentral løsning for å gi mulighet for en mer effektiv informasjonsdeling og samhandling i sykehusene knyttet til pasientlogistikk og samhandling. Innføring av helselogistikk i foretakene var i konseptutredningen forventet å gi gevinster to år etter oppstart. Oppstart er vesentlig forsinket som følge av forsinkelser i det regionale prosjektet. VVHF var første foretak til å ta i bruk deler av løsningen i juni 2023, da elektroniske

tavler ble tatt i bruk ved en sengepost på Drammen sykehus. Erfaring fra bruk av løsningen på sengepost, akuttmottak og poliklinikk viser at løsningen gir bedre støtte til kommunikasjon, og intern og ekstern samhandling. På poliklinikk ser man at 80% av pasientene sjekker inn selv digitalt, enten på egen mobil eller skjerm på avdeling. 95% av betalingene er automatisert.

Det regionale prosjektet har hatt ytterligere forsinkelser gjennom 2024. Plan pr. desember 2024 fra regionalt prosjekt er å sikre leveranse av en helhetlig løsning til VVHF som er gjennomtestet og tilpasset til innflytting Nytt Sykehus i Drammen august 2025. Planen videre er å bredde til resten av foretaket innen 2026. Grunnet forsinkelsene i det regionale prosjektet har arbeidet med bredding og gevinstplaner først kunnet starte opp med konkretisering i november -24. Utvikling av nye arbeidsprosesser og forankring av konkrete gevinstmål pågår sammen med gevinsteierne i VVHF. Arbeidet baseres på erfaringene fra de tre avdelingene som har hatt tilgang på deler av løsningen siden sommer 2023, samt erfaringsutveksling med OUS, STHF og SIV som også har pilotert deler av løsningen. Gevinstplan planlegges ferdig innen 1.kvartal 2025.

Det regionale prosjektet

Investeringen er blitt dyrere enn tidligere angitt, dels grunnet forsinkelsene, og dels at kostnadene for nødvendig funksjonalitet tidligere ikke var estimert. Investeringen innebærer ikke en netto gevinst sett i forhold til investeringens avskrivningsperiode. Det er forventet positive effekter på driften, og endringsprosesser må planlegges og iverksettes i takt med at systemet tas i bruk.

Regionalt prosjekt Helselogistikk fremla i sak 047-2024 Porteføljestyre regional IKT-portefølje et oppdatert gevinstpotensialet for helseforetakene. For Vestre Viken er det estimert 30MNOK som helårseffekt ved full ibruktakelse.

Det er avtalt følgeforskning på innføringen av Helselogistikk i VVHF med formål om økt kunnskap om hvordan overgangen til digitale enheter og systemer kan organiseres på en effektiv og god måte. Forskningen gjennomføres av Universitetet Sørøst-Norge gjennom deres CoTech prosjekt i samarbeid med prosjekt for innføring av Helselogistikk i VVHF.

5. Organisering og struktur

5.1. Fag- og funksjonsfordeling

I henhold til Utviklingsplan 2035 skal sykehusene utvikles og arbeide i nettverk. Dette vil legge til rette for økt klinisk samarbeid om pasientene, best mulig utnyttelse av tilgjengelige ressurser og samtidig sikre robuste fagmiljø og likeverdige helsetjenester.

Organiseringen av fagområdene i Vestre Viken på flere geografiske lokasjoner, gjør at det innenfor flere fagområder er overlappende vaktordninger og økt behov for kostbart teknisk utstyr. Det fører også til mindre og sårbare fagmiljøer med rekrutteringsutfordringer, samt risiko for uønsket variasjon. Det skal i løpet av 2025 etableres flere fagråd på tvers av klinikkene som vil bidra i arbeidet med standardisering av både arbeidsprosesser og behandlinger.

I 2024 ble det besluttet at VVHF skal overta Martina Hansens Hospital (MHH) i løpet av 2025. Med dette vil VVHF ha det største ortopediske miljøet nasjonalt. Dette gir unike muligheter for fagmiljøet til å rendyrke spesielle områder innenfor ortopedien samt gjøre en grundig vurdering av funksjonsfordeling mellom klinikkene. I en workshop med foretaksledelsen og klinikktiltitsvalgte/verneombud i november ble ortopedien identifisert som ett av to særskilte områder man ønsker å prioritere. Det er påstartet en sammenstilling av et faktagrunnlag før den foretaksovergripende prosessen starter. Overtakelsen av MHH er nylig utsatt til 1.11.2025, men MHH vil involveres i arbeidet fra start.

I etterkant av besøk ved Kirurgisk avdeling, Ringerike sykehus varslet spesialistkomiteen for urologi at VVHF stod i fare for å miste utdanningsstatus. Dette grunnet manglende veiledning av leger i spesialisering som følge av den utfordrende rekrutteringssituasjonen som hadde vedvart over tid. Det ble derfor besluttet at fagansvaret for urologi skulle overføres fra Ringerike sykehus til Bærum sykehus for å sikre et mer robust miljø og en bedre læringsarena for utdanningskandidater. Spesialistkomiteen har på bakgrunn av dette godkjent utdanningsstatus videre. Det er under planlegging en helhetlig gjennomgang av det urologiske tilbudet i VVHF, som kan gi grunnlag for endringer i vaktlinjer og funksjonsfordelinger mellom våre klinikker. I prosessen vil de aktuelle fagmiljøene involveres fra start, samt utdanningsansvarlig overlege og tillitsvalgte.

De to tabellene nedenfor viser klinikkenes innmeldte tiltak for å bedre den økonomiske situasjonen. Disse kommer i tillegg til de tiltak som er beskrevet ovenfor.

Forventede effekter (MNOK)

Økt elektiv virksomhet (økt operasjonsaktivitet)				
	Mål 2024	Realisert 2024	Mål 2025	Mål 2026
Bærum sykehus	12,6	4,5	3,9	-
Drammen sykehus	4,0	-	4,0	6,0
Kongsberg sykehus	8,0	4,5	12,1	-
Ringerike sykehus	2,2	-	-	-
TOTALT (MNOK)	26,8	9,0	20,0	6,0

Forventede effekter (MNOK)

Redusert sykefravær. Ansettelser i vakante stillinger. Bedre koding				
	Mål 2024	Realisert 2024	Mål 2025	Mål 2026
Bærum sykehus	8,5	2,5	1,3	-
Drammen sykehus	12,0	7,0	10,0	10,0
Kongsberg sykehus	-	1,7	9,5	-
Ringerike sykehus	-	0,45	4,2	0,2
TOTALT (MNOK)	20,5	11,65	25,0	10,2

5.2. Klinik for psykisk helsevern og rusbehandling (PHR)

Per september 2024 er klinikken i rute til å klare kravene til gevinster i bærekraftsplanen for 2024. Selv om enkelte av tiltakene for 2024 har måttet utsettes, så har disse blitt håndtert med kompenserende tiltak som ikke er varige tiltak.

Gevinstrealisering per september 2024:

En viktig del av arbeidet fra høsten 2023 har vært koblingen mellom Eiendomsplan PHR og Handlingsplan for bærekraftig utvikling (bærekraftsplanen). Dette for å sikre at klinikkens planlagte strukturendringer (styresak 76/2024 vedtatt 23 september) har en strategisk langsiktig retning og et helhetlig perspektiv på utfordringsbildet i klinikken samlet sett.

Ved å se klinikken samlet sett vil mulighetsrommet til å styrke kapasiteten i sykehuspsykiatrien, styrkingen av poliklinikkene i de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) samt en forsterkning av rusakutt-tilbudet kunne muliggjøres.

Strukturendringene bygger på forutsetningen om at polikliniske og ambulante tjenester både for barn, unge og voksne opprettholdes slik som i dag og det legges også til grunn at den totale døgnkapasiteten opprettholdes, både for DPS-området og avdeling for rus og avhengighet (ARA).

Forventede effekter (MNOK):

	Sum
Utgangspunkt PHR Bærekraftsplan	70 MNOK
Diverse tiltak 2024:	20 MNOK
Årsprognose 2024 ut fra dagens regnskap og drift, merforbruk i fht oppsatt plan	0
Utgangspunkt for 2025	50 MNOK
Omprioritering i klinikken:	
Styrke akuttpsykiatrien med en akuttseksjon i NSD	+37 MNOK
Økt bemanning ved etablering av rusakutt NSD	+5 MNOK
Behov for å styrke poliklinikkene i DPS i fht henvisingsvekst og kompensere for bortfall av lokale døgnplasser	+20 MNOK
Utfordringsbilde for klinikken	+112 MNOK
Tiltak 2025/26:	
Slutføre omstilling i BUPA NSD	15 MNOK
Omstille DPS døgn fra fem til tre lokasjoner/seksjoner, estimert innsparing	43 MNOK

Forventet inntekstvekst ved styrking av poliklinikkene i DPS	7 MNOK
Nytt driftskonsept for BET tilbudet	5 MNOK
Omlegging av døgntilbudet i SUA til 5 døgn drift i NSD, som ledd i utvikling av hjemmesykehus	7 MNOK
Nye bemanningsplaner for sykehuspsykiatrien	7 MNOK
Samling av ARA på en lokasjon	10 MNOK
Fremtidens kontortjeneste/helselogistikk-løsninger	3 MNOK
Utvikling av teammodeller etter innflytting i NSD	5 MNOK
Videre arbeid med oppgaveglidning	5 MNOK
Digitalisering	5 MNOK
Restutfordring	0

Planlagte endringer frigjør også følgende eiendommer for foretaket:

- **Bjerketun**
- **Valbrottveien 23/25 og 17**
- **Røyse**

I tillegg vil det bli ledig kapasitet innad i Bærum sykehus for annen virksomhet i foretaket.

Risikoer ved de planlagte tiltakene er innslagspunkt for gevinstrealisering og hvorvidt klinikken treffer på estimerte gevinster.

5.3. Gevinstrealisering nytt sykehus i Drammen

Forventede effekter (MNOK)

Reduser Gevinstrealisering nytt sykehus i Drammen				
	Mål 2024	Realisert 2024	Mål 2025	Mål 2026
Drammen sykehus	13,6	-	-	25,5
Intern service	-	-	3,4	3,1
Medisinsk diagnostikk	-	-	1,9	7,3
Psykisk helse og rus	9,0	7,7	-18,4	-23,6
TOTALT (MNOK)	22,6	7,7	-13,1	12,3

Gevinstrealiseringsplanen for NSD ble vedtatt av styret i april 2020. Mottaksprosjektet for NSD etablerte delprosjekter som skulle utrede ibruktakelse av NSD og potensialet for gevinster. Pandemien medførte at gevinstarbeidet stanset opp og utfordringsbildet endret seg vesentlig. Planer for gevinstrealisering knyttet til det å ta i bruk NSD inngår i de tiltak som berørte klinikker har i bærekraftsplanen. Den negative effekten innen PHR skyldes at klinikken bygger opp kapasiteten på akuttpsykiatri. Det vises til omtale av tiltak i PHR overfor.

6. Rapportering

Oppfølging av planlagte tiltak skjer i de fast oppsatte oppfølgingsmøter som administrerende direktør har med klinikkene. I tillegg sammenstilles en rapport hver måned og fremlegges for

porteføljestyret. Styret i VVHF får en samlet rapportering i forbindelse med tertialrapporteringen gjennom året.

7. Risikovurdering

Bærekraftplanen 2.0. en ambisiøs og omfattende plan og vil kreve mye av organisasjonen fremover. Samtidig er det bred enighet om at de valgte nye områdene og øvrige tiltak er kloke og fremtidsrettede. En omforent risikovurdering har fremhevet følgende risiko som de største:

- At de riktige tiltakene ikke iverksettes
- At digitale løsninger som innføres ikke utnyttes godt nok

Det skal utarbeides en detaljert og konkret handlingsplan som skal bidra til å redusere risiko. Gjennomføring av risikoreduserende tiltak i handlingsplanen må følges tett opp, og med nye risikovurderinger om tiltakene ikke følges opp.

Øvrige identifiserte risikoområder innenfor vår påvirkning:

- Manglende kommunikasjon og forankring hos medarbeidere, tillitsvalgte, vernetjenesten og brukere
- Overvurdering av gevinstpotensialet
- Negativt omdømme

Risikofaktorer utenfor vår påvirkning:

- Utvikling i pasientgrunnet, herunder opptaksområder for VVHF
- Teknologisk og faglig utvikling som vesentlig påvirker planlagt drift
- Framdrift i teknologiprojekter, herunder regionale prosjekter og kapasitet for gjennomføring hos Sykehuspartner

8. Oppsummering

Handlingsplan for bærekraftig utvikling og gevinstmål for perioden 2024-2026 (MNOK).

Tiltaksområde	Opprinnelig mål pr aug. 2023				Oppdatert mål pr nov. 2024					Realisert i 2024 (pr. 30/11)
	2024	2025	2026	TOTALT	2024	2025	2026	TOTALT	Avvik	
Teamarbeid og oppgavedeling	24,8	23,6	17,0	65,4	62,4	34,0	19,2	115,6	77 %	22,4
Standardisering	37,5	28,3	22,0	87,8	73,2	90,7	61,2	225,1	156 %	26,6
Organisering og struktur	52,2	39,9	24,0	116,1	30,7	40,0	32,3	103,1	-11%	37,0
Digital transformasjon	2,9	5,5	9,0	17,4	4,9	1,9	9,2	16,0	-8 %	1,7
PHR omstilling	15,4	7,4	38,8	61,6	0,0	0,0	0,0	0,0	-100 %	0,0
Gevinstrealisering nytt sykehus i Drammen	12,3	23,2	22,2	57,7	22,6	-13,1	12,3	21,8	-62 %	7,7
TOTALT uten NSD (MNOK)	145,1	128,0	133,0	406,1	171,3	166,7	121,9	459,8	13 %	87,7

Tiltaksområde	Opprinnelig mål pr aug. 2023				Oppdatert mål pr nov. 2024					Realisert i 2024 (pr. 30/11)
	2024	2025	2026	TOTALT	2024	2025	2026	TOTALT	Avvik	
Bærum sykehus	30,2	20,4	16	66,6	49,5	64,2	0,0	113,7	71 %	25,8
Drammen sykehus	33,4	41,1	35,71	110,3	30,5	26,9	46,5	103,9	-6 %	10,8
Kongsberg sykehus	15,7	17,9	0,0	33,6	26,9	21,6	0,0	48,5	44 %	3,5
Ringerike sykehus	11,3	2,0	0,0	13,3	8,0	7,0	3,0	18,0	35 %	2,6
PHR	20	9,3	40,7	70,0	20,0	9,3	40,8	70,1	0 %	24,7
PHT	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,2	0,0	9,2	0%	0,0
KIS	6,4	6,1	5,0	17,6	3,9	7,5	6,1	17,5	-1 %	0,5
KMD	6,3	17,1	30,1	53,5	4,5	11,0	15,5	31,0	-42 %	6,6
Økonomi/Innkjøp	15	6	0,0	21	22,3	0,0	0,0	22,3	6 %	11,0
Teknologi	1,9	5,2	3,4	10,5	2,8	0,0	0,0	2,8	-73 %	1,1
Stab/støtte	2,9	0,75	0,0	3,6	2,9	0,0	0,0	2,9	-21 %	1,1
Sykehus i nettverk	2,0	2,0	2,0	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-100 %	0,0
Felles økonomi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	10,0	20,0	0 %	0,0
TOTALT (MNOK)	145,1	128,0	133,0	406,1	171,3	166,7	121,9	459,8	13 %	87,7

Gevinstplaner og tiltak for å sikre økonomisk bærekraft er delvis dedikert til avdelinger og til mer overordnede tiltak. Disse vil bli fordelt når planene for realisering knyttes til enkeltavdelinger og områder. Dette gir konkrete resultatmål på hver enkelt avdeling, på NSD og på VVHF som helhet for de kommende årene. For flere områder er det fastsatt prosessmål som muliggjør overvåking av fremdrift. For enkelte områder er planene ikke fullt ut detaljert. Effektene vil måles med indikatorer som er angitt for flere av områdene. Disse vil videreutvikles og danne grunnlaget for den løpende oppfølgingen. Ved avvik skal kompensierende tiltak iverksettes.

Det vil legges opp til bred medvirkning og forankring, i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten.

Risikovurdering Bærekraftsplanen 2.0

Risikovurderingen har som formål å vurdere risiko for at foretaket ikke oppnår målene som ligger i bærekraftsplanen 2.0.

Dette er en helt overordnet risikovurdering baser på måloppnåelse. Vurderingen som er utført er en vurdering av utfallet av måloppnåelser dersom tiltakene har effekt. Tiltakene skal følges jevnlig opp og risikovurderingen må justeres med endret status og evt nye tiltak.

Det er viktig å erkjenne krevende endringsprosesser i en kompleks virksomhet.

Satsingsområdene: Standardisering, teamarbeid og oppgavedeling, digital transformasjon, organisering og struktur

Risikoområder	Vurdering	Tiltak	Vurdering etter tiltak	Vurdering etter tiltak	Vurdering etter tiltak	Vurdering etter tiltak
			økonomi	Arbeidsmiljø	Pasient-sikkerhet	Omdømme
<p>Tiltakene får ikke tilstrekkelig prioritet og endringer iverksettes ikke.</p> <p>Årsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiltakene er ikke tilstrekkelige konkretisert i handlinger som gir ønsket endring og derav effekt. - Ledelsen, og organisasjonen for øvrig, makter ikke å avsette tilstrekkelig med ressurser og tid til prioritering, organisering, planlegging, gjennomføring og evaluering av prioriterte tiltak - Tiltak tar ikke utgangspunkt i arbeid som allerede gjøres på avdelingene, erfaringer, arbeidsbeskrivelser og faktiske arbeidsoppgaver. - Berøringsangst – organisasjonen tør ikke endre det bestående 	<p>Stor sannsynlighet</p> <p>Betydelig konsekvens</p>	<p>Utarbeide en langsiktig handlingsplan med konkrete risikoreduserende tiltak og sikre bred involvering, forankring, og eierskap i fagmiljøene til handlingsplanen.</p> <p>Handlingsplan med konkrete risikoreduserende tiltak er en del av lederavtalen og følges opp med frister, oppfølgingsansvarlige for tiltak, gjennomføring og evaluering.</p> <p>Handlingsplanen skal inneholde en omforent tidslinje, gjerne med planlagte møter frem i tid (1 år).</p> <p>Nye alternative tiltak må utarbeides umiddelbart og synliggjøres i handlingsplanen om effekten av bestående tiltak ikke er tilstrekkelig for å oppnå mål og resultat.</p> <p>Prioriteringsmatrisen kan brukes for å prioritere tiltak. Det skal prioriteres tiltak som avlaster ledere.</p> <p>Prioritere tidsbruk i stab og ressursteam, for å sikre god nok støtte i klinikkene for organisering, planlegging, gjennomføring og evaluering av prioriterte tiltak.</p>	<p>Moderat sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>	<p>Moderat sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>	<p>Meget liten sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>	<p>Meget liten sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>

Risikoområder	Vurdering	Tiltak	Vurdering etter tiltak økonomi	Vurdering etter tiltak Arbeids- miljø	Vurdering etter tiltak Pasient- sikkerhet	Vurdering etter tiltak Omdømme
<ul style="list-style-type: none"> - Manglende lojalitet til beslutninger 		<p>Ta i bruk etablerte prinsipper og systemer for endringsledelse, praktisk forbedringsarbeid og bruke implementeringsverktøy for å sikre gode prosesser, gjennomføring og evaluering av endringer.</p> <p>Sikre at nivå 4 ledere får støtte i lederlinjen og sikre at det settes av tid og ressurser for å tilføre nødvendig kompetanse i endringsledelse</p> <p>Sikre samme informasjon til alle og kommunikasjon begge veier (opp/ned-ned/opp både i leder-, i tillitsvalgt- og vernetjenestelinjen.</p> <p>Etablere en teamskanal for å sikre kommunikasjonen i tillitsvalgt- og vernetjenestelinjen.</p>				
<p>Det er ikke tilstrekkelig involvering og kommunikasjon mellom medarbeidere, ledere, tillitsvalgte/ vernetjeneste og brukere på alle nivåer og derav manglende forankring av planlagte tiltak.</p> <p>Årsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manglende åpenhet og dialog i prosessene - Motstand mot endringer, fare for å miste nøkkelmedarbeidere og kompetanse - Kulturelle forskjeller mellom klinikkene - Utfordringer med å se potensialet i endringen og forstå hvorfor endringen skal gjennomføres på 	<p>Stor sannsynlighet</p> <p>Betydelig konsekvens</p>	<p>Bruk av kommunikasjonsapparatet strategisk som virkemiddel.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strategisk kommunikasjonstøtte fra kommunikasjonsavdelingen som inneholder tydelig informasjon om formål, forventet effekt (the why) og bekreftelse på lik situasjonsforståelse. <p>Ledere tar i bruk prinsipper og systemer for endringsledelse (ADKAR) for å sikre god kommunikasjon og informasjon for å skape forståelse hos ansatte.</p> <p>Organisere tiltaksarbeidet slik at prinsipper for medvirkning ivaretas.</p>	<p>Moderat sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>	<p>Moderat sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>	<p>Meget liten sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>	<p>Meget liten sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>

Risikoområder	Vurdering	Tiltak	Vurdering etter tiltak økonomi	Vurdering etter tiltak Arbeids- miljø	Vurdering etter tiltak Pasient- sikkerhet	Vurdering etter tiltak Omdømme
<p>grunn av utilstrekkelig involvering i saksgrunnlaget.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ikke tilstrekkelig flyt av kommunikasjon mellom nivåene begge veier (opp/ned – ned/opp). - Mangler tid og ressurser 		<p>Sette av tid og ressurser til workshop på alle nivå i linjen.</p> <p>Dele erfaringer og etablere mentorordninger.</p> <p>Ta i bruk implementeringsverktøy som gjør oss i stand til å gjennomføre endringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Systematisk bruk av sjekklister for endringsledelse og praktisk forbedringsarbeid. - Bruke verktøy som eks. driverdiagram og 5 x hvorfor <p>Bredde tiltak etter pilotering – bruke referansegrupper som følger pilot. Tillitsvalgte/ vernetjeneste inkludert i referansegrupper</p> <p>Involvere brukerrepresentanter</p>				
<p>Overvurdering av gevinstpotensialet</p> <p>Årsaker: Tiltakene tillegges større effekt enn realistisk fordi;</p> <ul style="list-style-type: none"> - VV har ikke tilstrekkelige tverrgående tiltak - Gevinsten regnes flere ganger - Tidspunkt for realisering legges for tidlig – tar ikke høyde for pukkelkostnader og kompleksitet i endringen - Ansatte mister sosial og faglig tilhørighet 	<p>Stor sannsynlighet</p> <p>Betydelig konsekvens</p>	<p>Sikre gode budsjettprosesser som medfører lederne har eierskap til eget budsjett:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sikre opplæring i hva budsjettansvar betyr - Standardisering av budsjettprosessen og starte prosessen året før gjeldende budsjettår. - Etterleve VV sin fullmaktstruktur på alle ledernivåer <p>Sikre god virksomhetsstyring etter de etablerte systemer og prinsipper for god styring:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bruke etablerte modeller for beregning av gevinster inkludert kvalitetssikring - Gjennomføre gevinstrealisering som ivaretar alle aspekter av gevinster, følger opp og evaluere resultater 	<p>Moderat sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>	<p>Moderat sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>	<p>Meget liten sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>	<p>Meget liten sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>

Risikoområder	Vurdering	Tiltak	Vurdering etter tiltak økonomi	Vurdering etter tiltak Arbeids- miljø	Vurdering etter tiltak Pasient- sikkerhet	Vurdering etter tiltak Omdømme
<ul style="list-style-type: none"> - Tar ikke høyde for investeringskostnader og pukkelkostnader 		<ul style="list-style-type: none"> - Utnytte systemene for gevinstrealisering for å sikre riktig gevinstnivå (økonomi og kvalitet etc). <p>Alle kostnader, også pukkelkostnader må medregnes når helhetlig gevinstpotensialet skal vurderes</p> <p>Nye alternative tiltak må utarbeides umiddelbart og synliggjøres i handlingsplanen om effekten av gevinsten ikke er tilstrekkelig for å oppnå mål og resultat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 				
<p>Digitale løsninger utnyttes ikke godt nok</p> <p>Årsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har ikke tilstrekkelig evne (kompetanse, ferdigheter og tid og kapasitet) til å ta i bruk digitale løsninger i komplekse arbeidsprosesser - Endrer ikke arbeidsprosessene i tråd med tilgang på ny funksjonalitet i løsningene - Setter ikke av tilstrekkelig tid til endringsarbeidet - Regionale løsninger innføres uten at det er utarbeidet «beste praksis» i arbeidsprosess - Kartlegger og evaluerer ikke arbeidsprosesser tilstrekkelig før ny teknologi tas i bruk 	<p>Stor sannsynlighet</p> <p>Betydelig konsekvens</p>	<p>Det er nødvendig å kartlegge organisering, nødvendig kompetanse, arbeidsprosesser, risiko og gevinster før ny teknologi tas i bruk.</p> <p>Innføring av nye digitale løsninger kan medføre endring i hvordan arbeidet organiseres og innholdet i arbeidsoppgaver og må ansees å være en OU prosess.</p> <p>Sikre gode evalueringsprosesser og erfaringsdeling under og etter innføringen av ny teknologi.</p> <p>Involvere fagmiljøer tidlig når ny teknologi skal tas i bruk, for å sikre tilstrekkelig digital helsekompetanse.</p> <p>Sikre at arbeidsprosesser er godt beskrevet og forankret.</p> <p>Etablere robuste strukturer hvor digitale superbrukere/agenter, som ønsker å finne nye muligheter i verktøy, er en del av løsningen.</p>	<p>Moderat sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>	<p>Moderat sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>	<p>Meget liten sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>	<p>Meget liten sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>

Risikoområder	Vurdering	Tiltak	Vurdering etter tiltak økonomi	Vurdering etter tiltak Arbeids- miljø	Vurdering etter tiltak Pasient- sikkerhet	Vurdering etter tiltak Omdømme
<ul style="list-style-type: none"> - Stabene har ikke tilstrekkelig kapasitet og tilgjengelighet til å støtte klinikkene ved behov for tilpasninger 		<p>Sikre gode systemer for melding av avvik fra standard arbeidsprosesser.</p> <p>Det må være enighet og lik situasjonsforståelse for hvilke tiltak innen digitalisering som har prioritet, for å sikre tilgjengelig tverrfaglig stabsstøtte i klinikkene.</p>				
<p>Tiltakene våre kan mobilisere politisk motstand og negativt omdømme</p> <p>Årsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motstand til endring av godt etablerte tjenester - For befolkningen er det ikke ønskelig å miste etablerte helsetjenester - Bekymring for at helsetilbudet ikke vil opprettholde samme kvalitet - Forlenget reisevei til behandling - Interessesmotsetninger mellom samarbeidende etater som eksempelvis kommune og helseforetak - Endringsmotstand hos ansatte som kommuniseres ut i media. 	<p>Stor sannsynlighet</p> <p>Moderat konsekvens</p>	<p>Gjennomføre en interessentanalyse med tiltak for å sikre god kommunikasjon med prioriterte interessenter.</p> <p>Utarbeide en langsiktig plan med konkrete risikoreduserende tiltak, sikre bred involvering, forankring, og eierskap blant interessentene til handlingsplanen.</p> <p>Kommunikasjonsplan for så tidlig som mulig å involvere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - brukerorganisasjoner - politisk nivå helsefellesskapene - Kommuner - Andre interessenter <p>Ledere tar i bruk prinsipper og systemer for endringsledelse (ADKAR) for å sikre god kommunikasjon og informasjon for å skape forståelse for tiltaket hos ansatte og samarbeidpartnere.</p> <p>Organisere tiltaksarbeidet slik at prinsipper for medvirkning ivaretas.</p>	<p>Moderat sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>	<p>Moderat sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>	<p>Meget liten sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>	<p>Meget liten sannsynlighet</p> <p>Mindre alvorlig konsekvens</p>

Risikoområder	Vurdering	Tiltak	Vurdering etter tiltak økonomi	Vurdering etter tiltak Arbeids- miljø	Vurdering etter tiltak Pasient- sikkerhet	Vurdering etter tiltak Omdømme
	[Red]		[Yellow]	[Yellow]	[Green]	[Green]

Saksfremlegg

Budsjett og mål 2025

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte VVHF	112/2024	16.12.2024

Forslag til vedtak

1. Styret slutter seg til mål og prioriteringer for 2025 som fremkommer i administrerende direktørs saksfremstilling. Budsjettet vedtas med totale inntekter på 14 281 MNOK, hvorav 10 447 MNOK er basisrammetildeling fra HSØ. Styret vedtar budsjettet med et overskudd på 40 MNOK.
2. Styret vedtar en øvre investeringsramme på 438 MNOK. Investeringer finansieres med 394 MNOK i egne midler, og 44 MNOK med finansiell leasing. Investeringsmidler overført fra 2024 kommer i tillegg.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av endrede DRG-indekser, nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, samt mindre tekniske justeringer.

Drammen, 10. desember 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Det vises til styrets behandling av rammebetingelsene for budsjett 2025 i sak 45/2024 om økonomisk langtidsplan 2025-2028(ØLP) i mai 2024.

Styret har gjennom året 2024 fulgt den økonomiske utviklingen i foretaket tett. I september 2023 vedtok styret Handlingsplan for bærekraftig utvikling (bærekraftsplanen). Realiseringen av målene i planen er ikke fullt ut oppnådd. Det gjelder først og fremst de somatiske klinikkene. Klinikken for psykisk helsevern og rus har vært igjennom en omfattende omstilling, og innfrir i samsvar med bærekraftsplanen. Det samme gjelder klinikken for medisinsk diagnostikk. For klinikken interne servicetjenester har nye avtaler ved nytt sykehus i Drammen allerede fått effekt, og det har påført klinikken større kostnader enn budsjettet. Klinikken for prehospitale tjenester har som en av få tilsvarende virksomheter i både regionen og landet lyktes i å stagnere veksten i pasienttransport, blant annet gjennom innføring av videoløsninger. Denne saken beskriver foretakets forslag til budsjett og mål for 2025.

Saksutredning

Utviklingsplanen har til hensikt å gi tydelig retning for valg og prioriteringer, og vise sammenhengen mellom faglige mål og rammene lagt i økonomisk langtidsplan. Prioriteringer og mål for 2025 skal støtte opp under utviklingsplanen og de fem målområdene:

1. Styrke brukermedvirkning og brukerstyring
2. Skape trygge og helhetlige pasientforløp
3. Styrke samhandling og nettverk
4. Forbedre pasientbehandling gjennom forskning, innovasjon og teknologi
5. Sikre personell med rett kompetanse

Innretningene på tiltakene som ligger til grunn for utvikling fra 2023 følger av bærekraftsplanen:

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

Gjennom lederavtaler på alle ledernivåer i organisasjonen fastsettes mål for hvordan hver enkelt bidrar til realisering av foretakets mål. Lederavtalene omfatter krav til aktiviteter og styringsindikatorer knyttet til økonomi, aktivitet, kvalitet, medarbeidere og miljø. Klinikkenes og stabsdirektørenes lederavtaler for 2025 vil signeres før julen 2024, og vil sammen med bærekraftsplanen danne grunnlag for foretakets samlede overordnede virksomhetsplan som igjen er grunnlag for rapportering kommende år. For 2025 vil det spesielt prioriteres tiltak som bidrar til reduksjon i ventetidene, og bedring i den økonomiske situasjonen for de somatiske klinikkene.

Når oppdrags- og bestillingsdokumentet fra Helse Sør-Øst for 2025 foreligger, vil mål og handlingsplaner justeres i samsvar med dette.

Bærekraftsplanen legger til grunn en resultatforbedring på 168 MNOK i 2025. Klinikken har bygget sine budsjetter ut fra det.

Budsjett 2025

Hovedinnretningen i driftsbudsjett og investeringsbudsjett for 2025 fremgår av vedlegg 1 Budsjett 2025.

Basisfinansiering er forbedret med 110 MNOK som følge av inntektsmodelleffekter. Økte aktivitetsmidler utgjør 196 MNOK. Disse midlene går hovedsakelig til finansiering av kostnadsvekst. Spesielt gjelder det kostnader til Sykehuspartner, medikamentområdet og

behandlingshjelpemidler, flytting NSD, samt økte driftskostnader eiendom som følge av dobbel drift av gamle Drammen sykehus, Blakstad sykehus og nytt sykehus i Drammen. Det er i ØLP ikke tatt tilstrekkelig høyde for konsekvensene av ibruktakelse av bygget. Det er anslått merkostnader på i underkant av 90 MNOK i 2025. Deler av dette bortfaller når bruken av gamle Drammen sykehus og Blakstad sykehus bortfaller. Fremtidige driftskostnader for NSD ligger en god del høyere enn antatt i forbindelse med utarbeidelsen av den økonomiske langtidsplanen som fulgte forprosjektrapporten i 2019.

Det er krevende for klinikkene å måtte bære aktivitetsvekst med en marginalfinansiering på 30% ISF. For de klinikkene som er rammefinansiert er det bevilget noen nye aktivitetsmidler. Veksten innen psykiatriområdet ligger vesentlig over plantallene for 2024. Det er forutsatt en noe høyere vekst enn det som ligger i ØLP også i 2025. Foretakstillitsvalgte og vernetjenesten gir uttrykk for bekymring for denne veksten, fordi den kan føre til økt slitasje på personellet. Utover de midler som er tildelt over basisramme, foreslås det ytterligere tildeling til PHR for å styrke tilbudet. For KMD er budsjettet avhengig av at klinikkene lykkes i å bremse veksten innenfor lab og bilde, men de er også tilført aktivitetsmidler på 6 MNOK. Klinikker for prehospitaltjenester er styrket i tråd med rammetildelinger fra HSØ etter inntektsmodell.

For somatikk er det lagt til grunn en vekst på 2,7 % i antall behandlinger sammenlignet med prognosen for 2024, mens veksten i ISF-poeng i tråd med vekstmidler i rammetildelinger er på 1,8%. Veksten er spesielt på dagbehandlinger og poliklinikk. Utviklingen i 2024 viser liten vekst i døgnopphold. Bærekraftsplanen vil rettes spesielt inn mot drift og organisering av somatiske sengeområder. De somatiske klinikkene vil intensivere arbeidet med å utvikle virksomheten i fellesskap, gjennom standardisering av driften av døgnområdene. Videre vil arbeidet etablere et kunnskapsgrunnlag for å sikre en bærekraftig utvikling av fagområder som vanskelig kan driftes effektivt fordelt på fire lokasjoner. Mot slutten av 2025 vil også virksomheten ved Martina Hansens hospital inngå i VVHF, noe som gjør det nødvendig å gjennomgå organiseringen innenfor fagområdet ortopedi.

Aktivitetsveksten skal understøtte krav til reduksjon av ventetider. Det er en forutsetning å forsterke arbeidet med digital transformasjon, og at brukerne skal kunne velge digitale konsultasjoner der det er mulig. Arbeidet med å bredde allerede etablerte løsninger til alle sykehusene i foretaket fortsetter i 2025. Dette har sammenheng med likeverdige helsetilbud og standardisering i tråd med bærekraftsplanen. Brukerutvalget har spesielt fremmet digitale konsultasjoner som et ønsket satsingsområde.

Det er lagt til grunn en vekst i brutto bemanning grunnet forhold knyttet til nytt sykehus i Drammen. Budsjettet til innleie er redusert fra prognose 2024. Videre er overtid og ekstrahjelp redusert med 18 % sammenlignet med prognose 2024, men økt med 11 % sammenlignet med budsjett 2024. Dette henger sammen med tiltakene i bærekraftsplanen.

Investeringsmidlene er opprettholdt på samme nivå som forutsetningen i ØLP, kun justert for endring av vedlikehold over drift knyttet til BRK-prosjektet, samt forsinket anskaffelser av ambulanser. Det er viktig for å komme i mål med alle investeringer knyttet opp til innflyttingen i nytt sykehus. Som følge av den ekstra bevilgningen som forventes vedtatt i HSØ styret 19. desember 2024, vil foretaket ha tilstrekkelig med investeringsmidler for å opprettholde investeringsnivået i ØLP. Både på eiendomsområdet og MTU-området er behovet større enn rammene som ligger i ØLP. Når endelig årsresultat for 2024 foreligger, kan det vurderes å styrke investeringsbudsjettet ytterligere. Dette vil i så fall fremlegges for styret i et kommende møte.

Finanskostnadene øker vesentlig fra 2024. HSØ endret modellen for belastning av egenandelen på 30% av NSD i 2021, slik at den øker i takt med kostnadene som påløper i byggeprosjektet. Økt styringsramme for NSD er inkludert i beregningen av 30 %-andelen. VVHF tildeles ekstra inntektsstøtte for å dekke merkostnadene i prosjektet. Budsjett for 2025 påvirkes av at

tidspunkt for balanseføring av nytt sykehus er endret sett mot forutsetningen i ØLP. Dette medfører at foretaket påføres betalbare rentekostnader for lånefinansieringen av nytt sykehus på et tidligere tidspunkt enn forutsatt. Rentekostnadene øker med 88 MNOK av den grunn. I tillegg er beløpet som inngår i kostnader for Sykehuspartner i nytt sykehus justert 36 MNOK, Det medfører endring i tjenesteprisen som også treffer resultatet i 2025 på et tidligere tidspunkt enn forutsatt i ØLP. Til sammen utgjør disse to forholdene er økt kostnad på 124 MNOK. Midlertidig inntektsstøtte økes med 23 MNOK, og nettoeffekt for økningen blir 101 MNOK. Det er kun periodiseringen som er endret, men konsekvensen av dette er et betydelig lavere resultat i 2025, og derav også betydelig reduksjon av midler til å gjennomføre investeringer i 2026. Foretaket vil redegjøre nærmere for den fremtidige økonomiske utvikling i forbindelse med behandlingen av ØLP 2026 – 2029.

Resultatmål 2025

I henhold til ØLP skal foretaket ha et driftsresultat på 170 MNOK i 2025. Resultatkravet foreslås justert for følgende forhold:

- Resultatkravet økes med redusert byggvedlikehold over drift på 26 MNOK sammenholdt med ØLP.
- Resultatkravet reduseres med 6 MNOK som følge av endring vedlikehold MTU over drift sammenholdt med ØLP.
- Resultatkravet reduseres med 50 MNOK som følge av pukkelkostnader ved innflytting i Nytt sykehus Drammen (jf. omtale overfor).
- Resultatkravet reduseres med 101 MNOK som følge av økte finanskostnader og kostnader til Sykehuspartner knyttet til NSD.

De to første postene er nøytrale, i den forstand at de møtes av tilsvarende økning/ reduksjon i investeringer. Reduksjon av resultatmål som følge av økte driftskostnader krever nye tiltak for å bedre fremtidig økonomi. Beløpet som treffer 2025 er imidlertid så stort at foretaket ikke ser det som mulig å dekke dette gjennom kostnadseffektivisering i 2025. Endringen i resultatkrav knyttet til NSD innebærer en endret forutsetning fra ØLP i forhold til når bygget tas inn i foretakets balanse og gjeldsrenter påløper. Effekten er betydelig på foretakets resultat, og derav for finansiering av investeringer påfølgende år. Dette forventes å medføre at foretaket må be om ekstraordinær inntektsstøtte utover det som er vedtatt av HSØ allerede i 2026. Dette fremlegges for styret i forbindelse med behandlingen av ØLP 2026 – 2029.

Resultatkrav	MNOK
Resultatkrav ØLP	170
Reduksjon byggvedlikehold	26
Økning vedlikehold MTU	-6
Pukkelkostnader NSD	-50
Økning finans NSD inkl SP	-101
Justert resultatkrav	40

Resultatmålet foreslås fastsatt til 40 MNOK. Endret vedlikehold over drift møtes av tilsvarende lavere investeringer. Resultatmålet er 35 MNOK lavere enn styringsmålene for EBITDA (resultat før avskrivninger og finans) som angitt i sak 78/2023. Endringen i tjenestepris fra Sykehuspartner vedrørende NSD medvirker til dette.

Risiko

Risikoområder er omtalt i kap. 7 i vedlegg 1. Forhold knyttet til Nytt sykehus i Drammen og utilstrekkelig fremdrift i realisering av bærekraftsplanen er blant de største risikoene for 2025. Manglende resultatoppnåelse kan innvirke negativt på investeringsevne, arbeidsmiljø og

pasientbehandling. Kostnadsvekst på behandlingshjelpemidler, gjestepasienter og medikamenter er også en risiko. I tillegg kommer aktivitetsvekst, spesielt på områder som er rammefinansiert, samt forsinkelser i IKT-leveranser eller manglende effekter av nye IKT-løsninger.

Administrerende direktørs vurderinger

De somatiske klinikkene har ikke lyktes i å forbedre underliggende drift i tråd med bærekraftsplanens mål for 2024. I den reviderte bærekraftsplanen er derfor somatiske døgnområder valgt ut som et område som vil få særlig oppmerksomhet. Drift og organisering av døgnområdene omfatter bemanningsplanlegging, arbeidstidsordninger, oppfølging av nyansatte og samarbeid mellom enheter.

Resultatmålet for 2025 er foreslått nedjustert ut fra to forhold. Det ene er de betydelig økte driftskostnadene for bygg som inntreffer ved ibruktakelse av nytt sykehus i Drammen, samtidig som driften av de tidligere byggene Drammen sykehus og Blakstad sykehus fortsetter. Foretaket ser ikke at det er mulig å dekke inn hele denne merkostnaden i 2025. I tillegg er det endrede forutsetninger for håndteringen av tjenestepreis for Sykehuspartners leveranser til NSD og renter på finansieringslån NSD. Disse forholdene medfører en resultatforverring på 101 MNOK.

Den ekstra bevilgningen i 2024 forventes vedtatt i HSØ styret 19. desember. Det gjør at investeringsnivået kan opprettholdes på samme nivå som forutsatt i ØLP. Det reduserte resultatmålet for 2025 påvirker rammen for investeringer i 2026. Vi vil komme nærmere inn på dette i mai 2026 når økonomisk langtidsplan 2026 – 2029 skal behandles i styret. De økte finanskostnadene og endringen i tjenestepreis fra Sykehuspartner vedrørende NSD lå ikke som forutsetning i ØLP 2025-2028. Det er derfor lagt til grunn en dialog med HSØ om økonomisk støtte, for å sikre tilstrekkelige rammer for finansiering av nødvendige investeringer i 2026.

Gjennomføring av vedlikeholdsprogrammet ved Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus blir videreført i samsvar med planen som ble utarbeidet etter risikovurderingen av gjenværende prosjekter i programmet.

De økonomiske rammene for 2025 innebærer behov for omstilling og nytenkning. Det er forventet at det legges til rette for medvirkning fra tillitsvalgte og vernetjeneste i dette arbeidet i hele organisasjonen.

Administrerende direktør foreslår at styret slutter seg til mål og prioriteringer for 2025, slik det fremkommer i saken med vedlegg.

Det foreslås at budsjettet vedtas med et overskudd på 40 MNOK, og en ramme for investeringer på 504 MNOK.

Det må tas forbehold om mindre justeringer av tallunderlagene for budsjettet. Kvalitetssikring pågår frem til leveranse av budsjett til Helse Sør-Øst i januar 2025.

- Vedlegg:**
1. Budsjett 2025 VVHF
 2. Drøftingsprotokoll fra møte med hovedtillitsvalgte og vernetjeneste 5. desember 2024 (ettersendes)
 3. Referat fra behandling i HAMU 10. desember 2024 (ettersendes)

Budsjett 2025

Vestre Viken HF

**«Vestre Viken HF skal gi gode og likeverdige helsetjenester
til alle som trenger det, når de trenger det»**

Godkjent av:
Styret i Vestre Viken HF

Dato:
16.12.2024

Saksnummer arkiv:

Innhold

1. MÅL OG RESULTATKRAV	3
2. STATUS VED UTGANGEN AV 2024	3
3. BUDSJETTPROSESSEN	4
4. PRIORITERINGER I BUDSJETT 2025	5
5. BUDSJETT 2025	8
5.1 BUDSJETTFORUTSETNINGER 2025	9
5.2 AKTIVITET PASIENTBEHANDLING	9
5.3 DRIFTSRESULTAT 2025.....	12
5.4 ARBEIDSPRODUKTIVITET OG BEMANNINGSUTVIKLING	15
5.5 INVESTERINGER.....	16
5.6 LIKVIDITET OG FINANSOMRÅDET.....	20
6. BÆREKRAFTSPLANEN	20
7. RISIKOOMRÅDER	21

1. Mål og resultatkrav

Økonomisk bærekraft er et viktig fundament for å sikre måloppnåelse. Inn under økonomisk bærekraft ligger foretakets arbeid med optimal utnyttelse av arealer, samt videre utvikling av arealene for virksomheten i fremtiden.

Sammenhengen mellom økonomisk langtidsplan og årsbudsjett er med på å øke graden av forutsigbarhet i klinikkenes planlegging inn mot det enkelte budsjettår. Økonomisk langtidsplan 2026-2029 vil bygge videre på budsjettet og budsjettforutsetningene som er lagt til grunn i denne saken. Økonomisk langtidsplan 2026-2029 planlegges fremlagt for styret 26. mai 2025.

Fra økonomisk langtidsplan 2025 – 2028 har foretaket følgende resultatmål, styremøte 13. mai 2024, sak 78/2023:

MNOK	2025	2026	2027	2028
Resultatmål fra ordinær drift	170	-310	-244	-153
Gevinst ved salg av eiendom	716			
Resultatmål ØLP 2025-2028	886	-310	-244	-153

2. Status ved utgangen av 2024

Foretaket har avgitt en prognose for resultat 2024 på 100 MNOK. Dette er 138 MNOK bak budsjettet resultatmål for 2024. Et resultat lavere enn budsjett medfører reduserte midler til investeringer i de kommende årene. Det er i forbindelse med budsjettsalderingen for 2024 tildelt helseforetakene ytterligere midler. HSØ tildeles 869 MNOK. Fordeling til HF'ene vil mest sannsynlig styrebehandles i HSØ 19. desember 2024. VVHF er forespeilet et ekstra tilskudd på 105 MNOK. Dette vil gi en vesentlig styrking av årets resultat og derav bedre finansieringen for investeringer i 2025. Foretaket går uansett inn i 2025 med et høyere kostnadsnivå enn forutsetningen i ØLP. Det er somatisk virksomhet som i all hovedsak står for de negative resultatavvikene i 2024. Somatisk virksomhet har i minst grad realisert mål i bærekraftsplanen og har hatt en drift gjennom 2024 som har lagt på et høyere kostnadsnivå enn i 2023. Psykiatri og klinikk for medisinsk diagnostikk har gjennomgående realisert målene i bærekraftsplanen og oppnådd økonomisk resultat for året som er på eller bedre enn plan.

Prisveksten de siste årene har vært svært høy, og har oversteget de priskompensasjoner som har kommet gjennom statsbudsjettet. Videre har lønnsoppgjøret i 2024 også blitt høyere enn kompensasjonen i foretakets inntektsrammer. Prisveksten kompensert i 2024 var 2,9 % i statsbudsjettet, 12 mnd prisindeks fra SSB viser en vekst på 2,6 %. Det kan følgelig se ut som om dette bildet er noe bedret. Det er forventet fortsatt relativt høy prisstigning i 2025. Kompensasjonen i statsbudsjettet gir 3,1% i prisvekst. Basert på vekstforutsetningen i dag synes dette å være tilstrekkelig kompensert.

Aktivitetsnivået på døgnet innen somatikk ligger bak plan for 2024, med et avvik på 2 %, som i realiteten innebærer at aktiviteten er tilnærmet på nivå med 2023 samlet. Aktiviteten i poliklinikk er økt i somatisk virksomhet sammenlignet med 2023, med 1 % i antall konsultasjoner og 4 % i antall ISF-poeng. Innen psykisk helse og rus ligger alle fagområdene bak plan i poliklinisk aktivitet i 2024, med et samlet avvik på 4 %. Sammenlignet med 2023 er det økt poliklinisk aktivitet innen BUP (1 %), men VOP og TSB ligger bak (hhv.1 og 5 %). Antall utskrivinger døgnet i psykisk helse og rus er samlet 1% bak sammenlignet med 2023, hvorav TSB

er 6 % over, og VOP og BUP er hhv. 2 og 17 % bak. Antall liggedøgn innen psykisk helse og rus er samlet 2% bak 2023, hvorav VOP er 0,1% over, mens TSB og BUP er hhv. 1 og 26 % bak.

Bemanningen ligger vesentlig over budsjett både på faste og variable årsverk. Sykefraværet er fortsatt høyt (8,6 % pr. oktober 2024 og 8,3 % pr. oktober 2023). Innleiekostnadene har også ligget over budsjett i 2024, men er betydelig redusert sammenlignet med fjoråret og er på lavt nivå sammenlignet med andre HF i regionen. Det må jobbes helhetlig med tiltak for å redusere sykefraværet. Turnover har gått noe ned fra 2023. Kombinasjon av høyt sykefravær og turnover har ført til flere dyre timer i løpet av 2024.

3. Budsjettprosessen

Administrerende direktør stiller krav til involvering av ansatte, tillitsvalgte og verneombud på alle nivåer i budsjettprosessen. Kravene stilles i interne budsjettskriv og i ledermøter. Det er den enkelte klinikkdirektør som har vært ansvarlig for å gjennomføre budsjettprosessen innenfor de rammer som administrerende direktør til enhver tid fastsetter.

Følgende prosesskrav er lagt til grunn for arbeidet med budsjettet for 2025:

- Tillitsvalgte og vernetjeneste skal tas med på interne budsjettmøter i klinikken. Det forutsettes at klinikkens tiltak i bærekraftsplanen er godt forankret med tillitsvalgte og vernetjeneste i klinikk. Det skal foreligge drøftingsprotokoll ved oversendelse av klinikkens budsjett til administrerende direktør, samt AMU vedtak om budsjett 2025.
- Nivå 3- og 4-ledere er ansvarlige for budsjettering av årsverk og aktivitet i sine avdelinger/seksjoner. Klinikkdirektør skal fastsette rammer for avdelingene.
- Klinikkdirektør skal selv delta og lede budsjettmøter med nivå 3 ledere. Det anbefales også at klinikkdirektør deltar i budsjettmøter med nivå 4 ledere.

FTV og FHVO er informert om budsjettarbeidet i samarbeidsmøtene med foretaksledelsen gjennom høsten 2024. Foreslåtte prioriteringer for budsjett 2025 er fremlagt i dialogmøter med FTV/FHVO gjennom høsten. I tillegg ble det avholdt felles møte med FTV/FHVO og foretaksledelsen 26. november. Drøfting av foretakets samlede budsjett er gjennomført 5. desember 2024. Grunnlag for drøftingen var utkast til styresak. Det har vært enkelte endringer i saksfremstillingen etter dette som omtales i referat fra drøftingsmøtet. Alle klinikker har avholdt klinikkvise drøftinger med tillitsvalgte og vernetjenesten. HAMU planlegger behandling av budsjettet 10. desember 2024. Det fremkommer i underlaget til HAMU at det i flere klinikker ikke oppleves å være tilstrekkelig involvering av tillitsvalgte og vernetjenesten i budsjettarbeidet.

Styrets involvering i budsjettprosessen:

- 13. mai Styringsmål for økonomisk langtidsplan (ØLP) 2025-2028 (sak 45/2024)
- 18. november Budsjett 2025 – foreløpig orientering i styreseminar

I tillegg har styret vært involvert i det pågående arbeidet med bærekraftsplanen i klinikkene gjennom styremøtet i mai og september 2024 der det er redegjort for utfordringsbildet og tiltak.

4. Prioriteringer i budsjett 2025

Den økonomiske situasjonen gir lite rom for nye satsingsområder. Prioriteringer er basert på streng vurdering av hva som er helt nødvendig å styrke finansiering av. Dette gjelder spesielt kostnadene til Sykehuspartner, medikamenter, NSD og mottaksprosjekter, samt avskrivninger og finanskostnader.

NSD 2025

Blakstad og Drammen sykehus flytter inn i nytt sykehus hhv. august og oktober 2025. Klinikken KMD og KIS flytter sine tilsvarende funksjoner fra DS og Blakstad. I tillegg er psykiatrien berørt ved at BUPA og ARA samlokaliserte flere funksjoner fra eksterne bygg til samlet virksomhet for poliklinikk på NSD. Det er satt av 104 MNOK i driftsbudsjettet til å dekke opp pukkelkostnader klinikken vil ha i forbindelse med flyttingen. I tillegg er det avsatt ekstra midler til drift av bygget siden varmesentral, sikkerhet, parkering og nødstrøm blir vesentlig dyrere enn i gammelt bygg, totalt bevilget 33,2 MNOK.

Medikamenter

Beslutningsforum har i løpet av høsten godkjent nye medikamenter som kan påføre foretaket betydelige kostnader, spesielt i kreftbehandling. Det er tatt høyde for vekst på h-resepter i samsvar med sykehusapotekenes vekstforutsetninger. Sammenlignet med fjorårets budsjett har vi en vekst i medikamenter med 3,6%. Flere enkeltmedikament har en vesentlig høyere vekst enn normal prisvekst sammenholdt med 2023. Eksempler er kreftområdet med 22%, alvorlig astma 40%, HIV 26%, kronisk nyresykdom 56%, sjeldne sykdommer 11% og immunoglobuliner 40%. Det er lagt inn forventede gevinster for prisfall i henhold til estimater basert på anslag fra prisreduksjon mottatt fra Sykehusinnkjøp. I tillegg til veksten i h-resepter, budsjetterer også klinikken med kostnadsvekst på medikamenter i sine budsjetter for medikamenter som gis i sykehus.

Sykehuspartner

Kostnadene fra Sykehuspartner øker med 128 MNOK sammenlignet med budsjett 2024. Økningen er 29,4 MNOK høyere enn prisjustert ØLP 2025-2028. Utover prisvekst øker Sykehuspartnerkostnadene i 2025 som følge av de regionale prosjektene, bl.a. Modernisering av nett og infrastruktur, sikkerhetsplattform, Regional LVMS-Patologi og Helselogistikk. Veksten i kostnader til Sykehuspartner beslaglegger store deler av de vekstmidler som tilføres i basisfinansieringen. 36 MNOK av økningen skyldes overtakelsen av NSD. I forbindelse med KIB 1 og KIB 2 vil investeringene for bygget overføres til VV og NSD og da vil SPs andel komme tilbake til VV som økt tjenestepris.

Det er helt nødvendig at det stilles krav til gevinstrealisering når nye systemer tas i bruk. I takt med sanering og økende andel regionale løsninger forventes det også at Sykehuspartner oppnår effektiviseringsgevinster. Videre må det stilles krav til at Sykehuspartner utøver god kostnadskontroll i alle prosjekter. Foretaket reiser disse spørsmålene i kundemøter med Sykehuspartner og i de regionale prosjektene.

Behandlingshjelpemidler

Kostnader til behandlingshjelpemidler (BHM) (varekostnader og utstyr) til pasientene har hatt en betydelig vekst de senere årene, selv om veksten flatet noe ut i 2024. Den største kostnadsposten er diabetesprodukter, som utgjør om lag 78 % av den totale kostnaden. Det forventes ytterligere vekst i 2025, og budsjett 2024 er 13,5 MNOK høyere enn budsjett 2024.

Vekst i BHM knyttes i stor grad til økning i antall pasienter som mottar hjemmebehandling, samt at det medisinske utstyret for hjemmebehandling blir stadig mer avansert og kostbart. I 2022 ble det igangsatt tiltak for å styrke kostnadskontrollen gjennom tettere dialog med respektive fagavdelinger i klinikk, oppfølging av reklamasjoner og effektivisering av teknisk vedlikehold. Dette arbeidet må videreføres inn i 2025 for å sikre kontroll på veksten. Det er behov for bedre styringsdata for å målrette tiltakene ytterligere.

Finanskostnader

Finanskostnader øker netto med 57 MNOK sammenlignet med budsjett 2024. Veksten skyldes hovedsakelig betalbare renter i forbindelse med overtakelsen av nytt sykehus i Drammen, samt at basisfordringen belastes med 30 % egenandel av pådrag på nytt sykehus.

Økt styringsramme for NSD, jf. styresak 78/2023 Økonomisk langtidsplan, inngår i beregnet egenandel som belastes basisfordringen. Det er beregnet at 14,8 MNOK av rentekostnadene er relatert til økt styringsramme for byggeprosjektet. Foretaket mottar en støtte på dette beløpet for å avhjelpe den vanskelige situasjonen med den økte styringsrammen.

Når det nye sykehuset tas i bruk høsten 2025 er det bestemt at byggelån konverteres i to omganger. Dette skjer i forbindelse med KIB (klinisk ibruktakelse) 1 og 2. I ØLP 2025 – 2028 var det forutsatt at byggelån ble konvertert først 1.1.2026. Effekten av konvertering av byggelån er estimert til totalt 88 MNOK forutsatt rente på 3,9 %. Dette er inkludert i finanskostnadene i budsjettet. Endringen medfører en betydelig effekt på resultatet og dermed fremtidig investeringsevne og det må i forbindelse med investeringsbudsjettet for 2026 vurderes å søke om ekstraordinær investeringsstøtte.

Mottaksprosjekter

Det er satt av 13 MNOK til implementeringen av pågående og planlagte mottaksprosjekter i 2025. Foretaket har flere store IKT prosjekter i gang som krever ressurser til implementeringsarbeidet i 2025, blant annet innføring av helselogistikk, Pasientens måledata/Mine Timeavtaler, Regional løsning for EEG, Prosessplattform, mm. Flere av de regionale prosjektene er forutsatt i driftskonseptet for det nye sykehuset. Felles for mottaksprosjektene er at det er kostnadsstunge prosjekter med krav til at foretaket og Sykehuspartner bidrar med teknisk konfigurering, integrasjon og test for å kunne utarbeide gode breddingsplaner og nødvendig kompetansebygging av personell, samt opplæring av klinikere til å sikre god pasientbehandling gjennom videre tilpasning av dagens arbeidsprosesser knyttet opp mot de nye systemene. Erfaringsvis legges det for lite ressurser på implementeringsarbeidet. Konsekvensen av dette er at systemene ikke tas godt nok i bruk, eller det oppstår brukerfeil som kompliserer driften. Ressurser i mottaksprosjektene må vurderes i de konkrete implementeringsprosjektene fortløpende.

Kompensasjon for ekstraordinære vekstområder

Det gis årlig kompensasjon for kostnadsøkninger på områder som er utenfor klinikkenes kontroll. Dette inkluderer pasientreiser, forsikringer og prisendringer på energiområdet.

Ekstern husleie øker med prisregulering og endrede leiekontrakter. Det er ingen vesentlige endringer i budsjett 2025 på dette området.

Stråleterapi

Ved oppstart nytt sykehus Drammen skal Stråleenheten settes i drift. Bemanningen bygges opp mot oppstart i slutten av 2025. Stråleterapiområdet øker med 20,4 MNOK i budsjettet for 2025.

KMD BILDE og LAB

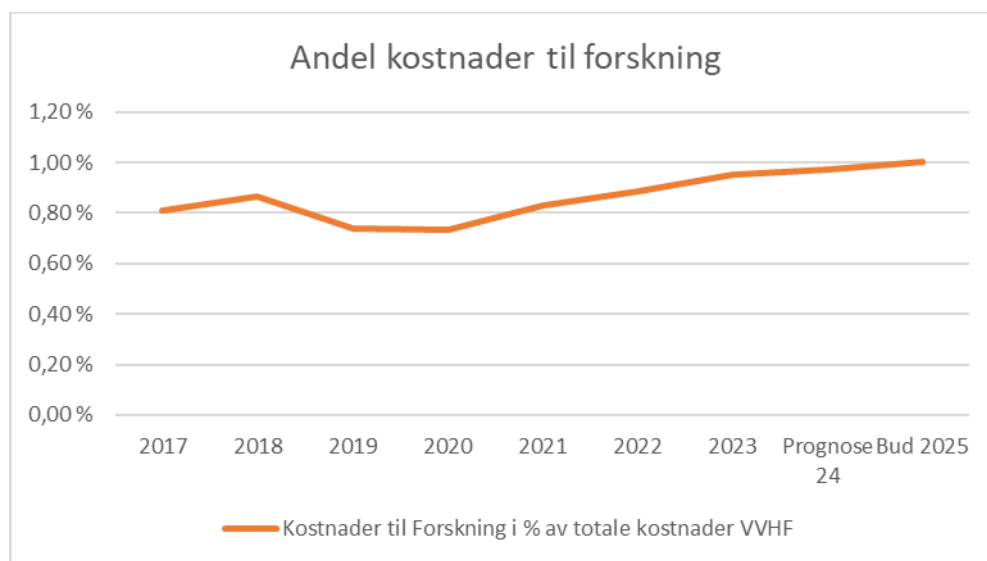
Klinikk for medisinsk diagnostikk opplever økt etterspørsel både på bilde og lab. Økningen forventes å komme innenfor avansert diagnostikk med høy hastegrad. Bilde er godt i gang med bruk av KI, som på sikt effektiviserer tid både for pasienter, leger og radiografer. Et annet viktig pågående tiltak i KMD er å ta styringen på økt etterspørsel gjennom kritisk vurdering av behov og dialog med rekvirerende enheter. Det er besluttet å tilføre KMD 5,9 MNOK i aktivitetsmidler for 2025.

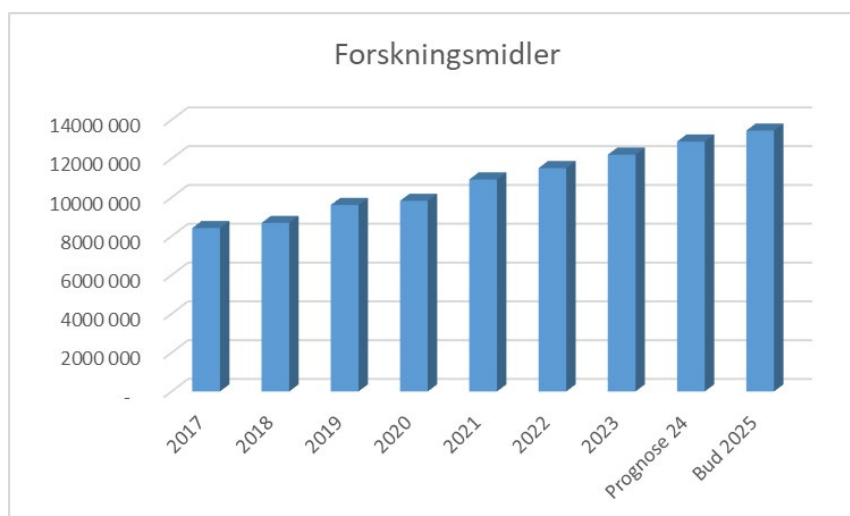
PHR aktivitetsmidler

PHR har fortsatt en vekst i henvisninger innenfor VOP, og en utflating innen BUP sammenlignet med 2023. Klinikken må ha kapasitet i 2025 til å håndtere samme henvisningsmengde som i dag. Tildelte midler på 16,4 MNOK fra HSØ til særskilte satsingsområder innen psykisk helse og rus videreføres til PHR i sin helhet. Dette består av 10,4 MNOK til sikkerhetspsykiatri, 1,9 MNOK til brukerstyrte døgnplasser og ettervern TSB, 0,5 MNOK til gratis langtidsvirkende prevensjon i TSB og 3,5 MNOK til vurderingssamtaler innen psykisk helsevern. I tillegg tilføres PHR 7 MNOK i generelle aktivitetsmidler til vekst.

Forskning/ innovasjon og oppdragsforskning

VVHF har som mål å trappe opp forskningsaktivitetene til minimum 1 % av samlet brutto driftsbudsjett. I ØLP 2025 – 2028 ble det lagt opp til en opptrapping av egenfinansierte midler til forskning som skulle bidra til at målet om 1 % oppnås innen 2026. Det er i den forbindelse lagt inn en økning på 4,7 MNOK til forskning.





Avhending Blakstad

I forbindelse med salg av Blakstad er det satt av 5 MNOK til alle kostnader som påløper for forberedelse og gjennomføring av salget ved Blakstad. Disse kostnadene forventes å dekkes inn gjennom økt salgsgevinst.

5. Budsjett 2025

Inntektsrammer fra Helse Sør-Øst er innarbeidet i budsjett i tråd med vedtak i sak 119-2024, styremøte i HSØ 22.11.2024, «*Budsjett 2025 – fordeling av midler til drift og investeringer*». Inntektsrammer fra Helse Sør-Øst RHF bygger på bevilgningsforslag og forutsetninger som er gitt i regjeringens forslag til statsbudsjett 2025.

Resultatambisjonene i økonomisk langtidsplan viser at det er et behov for en generell kostnadsreduksjon for å dekke inn økte kostnader til blant annet Sykehuspartner IKT, høykostmedisin og avskrivninger knyttet til investeringer i nye bygg. I tillegg skal foretaket finansiere om lag 1/3 av anskaffelseskostnaden for nytt sykehus i Drammen ved salg av bygningsmasse og egen sparing. Foretaket har videre en omfattende plan for vedlikehold og oppgradering av eksisterende bygninger tilknyttet Bærum, Ringerike og Kongsberg Sykehus (BRK). Det er gjennomført en utredning av arealbehovet og behovet for vedlikehold og oppgradering av bygninger som er i bruk innen psykisk helse og rus og prehospitale tjenester. Innføring av regionale IKT-løsninger gir økte kostnader for Vestre Viken HF, samtidig som det gir muligheter for gevinster.

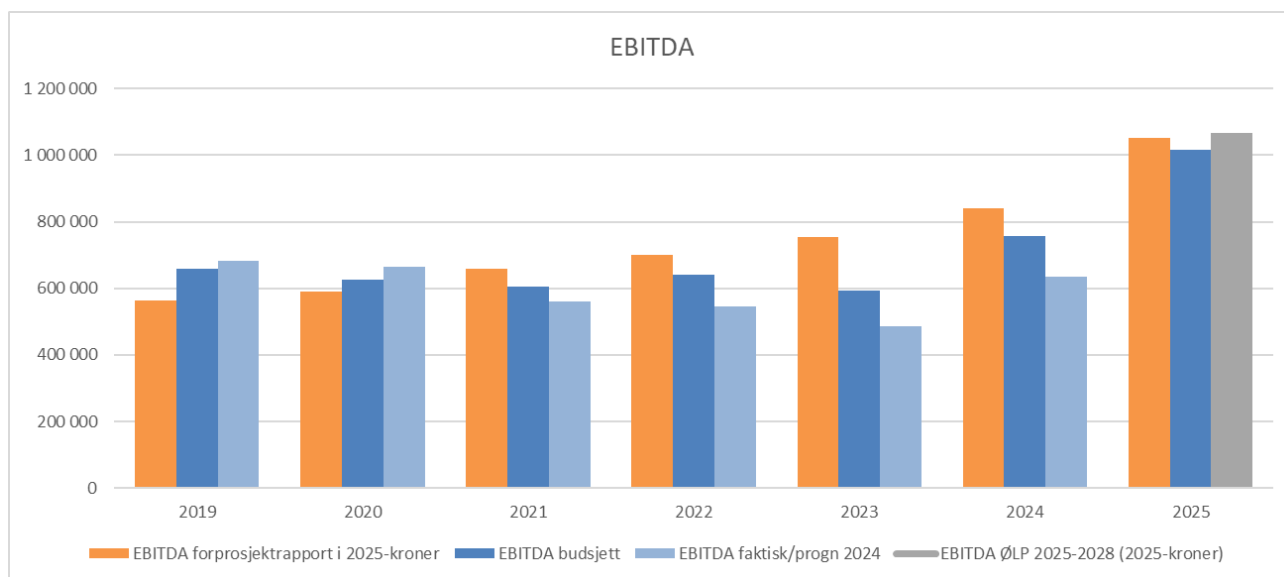
Styret vedtok 25.9.2023 «*Handlingsplan for bærekraftig utvikling*». Planen redegjør for de aktiviteter som foretaket må iverksette for å sikre at resultatene i økonomisk langtidsplan realiseres, og at foretaket kan opprettholde og øke sin investeringsevne. Det er i 2024 realisert om lag 2/3 av planlagte resultateffekter. I revidert plan, Bærekraftsplan 2.0 er det estimert effekter av tiltak tilsvarende 168 MNOK. Det arbeides videre med tiltak som gir økte synergier på tvers av de somatiske klinikkene.

Som følge av prisregulering NSD utover deflator i statsbudsjettet, korrigert styringsramme NSD, samt endrede forutsetninger for kapitalisering, vil foretakets resultat etter avskrivninger og finans avvike vesentlig fra de forutsetninger som lå til grunn for godkjent forprosjekt NSD. Det ble derfor besluttet å legge til grunn krav til EBITDA (resultat før avskrivninger og

finanskostnader) fra forprosjektrapporten for NSD som foretakets styringsmål. Det vises til sak 45/2024, der styret behandlet styringsmålene.

Utvikling i EBITDA og forutsetningen i ØLP er vist i grafen nedenfor. Når det korrigeres for flyttekostnader NSD og byggvedlikehold over drift er budsjettet for 2025 lagt opp med et EBITDA resultat 35 MNOK lavere enn målet fra forprosjektrapporten. Endringer knyttet til tjenestepriis fra Sykehuspartner som følge av NSD medvirker til dette. Jf. omtale av resultatmål nedenfor.

Forbedringen i EBITDA fra 2024 til 2025 omhandler økte tildelinger over statsbudsjettet og positive effekter av inntektsmodell. I tillegg kommer resultatforbedringer i klinikk.



5.1 Budsjettforutsetninger 2025

I tråd med statsbudsjettet er det lagt til grunn en generell lønns- og prisvekst for 2023 på 4,1 %, hvor lønnsvekst er 4,5 % og prisvekst er 3,1 %.

Enkelte områder er i tillegg regulert for ekstraordinær prisvekst. Det gjelder blant annet kommunale avgifter.

Det er lagt til grunn kostnadskompensasjon for drift og investeringer knyttet til Mammografibussene.

5.2 Aktivitet pasientbehandling

Statsbudsjettet for 2025 legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen på nasjonalt nivå på om lag 1,8 % i forhold til prognose 2024. For pasientbehandling som omfattes av ISF, legger statsbudsjettet også til rette for en vekst på om lag 1,8 %.

Somatikk

Pasientbehandling i sykehus

Somatisk aktivitet er budsjettert av utførende enhet i klinikkene, med utgangspunkt i prognose for 2024 og forventet endring i 2025. Faktisk aktivitet i 2024 er lavere enn budsjett 2024.

Budsjett 2025 legger opp til en vekst i antall pasientbehandlinger på til sammen 2,7 % i forhold til prognose 2024.

Somatikk	Budsjett 2024	Prognose 2024	Budsjett 2025	% -endring i 2025	
				ift B24	ift P24
Døgnbehandling	68 556	67 886	68 737	0,3 %	1,3 %
Dagophold	15 716	15 956	15 866	1,0 %	-0,6 %
Dagkirurgi	20 778	19 907	21 438	3,2 %	7,7 %
Poliklinikk	527 403	506 036	520 465	-1,3 %	2,9 %
Total antall behandlinger	632 453	609 785	626 506	-0,9 %	2,7 %
ISF poeng totalt	126 362	124 065	126 312	0,0 %	1,8 %

Vestre Viken har gjennom flere år dreid aktivitetsveksten fra døgn til dag og poliklinikk. Denne dreiningen videreføres i budsjett for 2025 med vekst innenfor polikliniske behandlinger og dagkirurgi. Det er tiltak innen forbedret flyt på poliklinikk og forbedring av operasjonsforløp som er planlagt å øke aktiviteten. I tillegg er det planlagt økt bruk av digital hjemmeoppfølging. Det er lagt inn nedtak av elektiv virksomhet på Drammen sykehus i ukene rundt flytting til nytt sykehus.

Ventetidsløftet

Det er stor aktivitet knyttet til prosjektene i ventetidsløftet siste del av 2024 og videre inn i 2025. Klinikkerne har stort sett forventet å ta økt kapasitet innenfor eksisterende bemanning. Bemanning i de fleste klinikker ligger over nivået budsjettert i 2024, og videre inn i 2025. Det er lagt opp til at polikliniske konsultasjoner skal øke med omtrent 14 000 konsultasjoner i 2025 sammenlignet med prognose 2024. Det forventes at dette vil ha god effekt på ventetidene og at disse vil bli redusert i løpet av 2025.

Grouperendring 2025

Endring i ISF-satser for 2025 (groupereffekt) for somatisk pasientbehandling er innarbeidet i budsjettet ved å omregne faktisk pasientbehandling i 2024 pr. 2. tertial med nye ISF-vektorer, basert på «Foreløpig DRG-liste» fra Helsedirektoratet pr. november 2024. Foreløpig grouperberegning gir en reduksjon på om lag 9,5 MNOK i forhold til 2024 for somatisk aktivitet utført i sykehus.

Det er beregnet en reduksjon i ISF-satser for H-resepter på om lag 6 MNOK.

ISF-poeng

Alle klinikker prioriterer økt produktivitet/effektivitet i pasientbehandlingen og god kvalitet på koding. I 2025 legges det opp til en økning på 1,8 % målt i ISF-poeng sammenlignet med prognose 2024. Inkludert i dette er grouper-effekten.

Antall ISF-poeng vokser mindre enn aktivitetsvekst skulle tilsi, som følge av vridning fra døgnbehandlinger til dag- og polikliniske behandlinger.

Psykisk Helse og Rus (PHR)

Pasientbehandling

PHR	Budsjett 24	Prognose 24	Budsjett 25	%endring i 2025	
				ift B24	ift P24
Døgnbehandling	4 333	4 299	4 333	0,0 %	0,8 %
Poliklinikk	272 806	261 724	268 303	-1,7 %	2,5 %
Total antall behandlinger	277 139	266 023	272 636	-1,6 %	2,5 %
ISF poeng totalt	68 498	66 311	67 833	-1,0 %	2,3 %

Døgnbehandling

Det er lagt inn en liten økning i antall utskrivinger døgn i budsjett 2025. Antall utskrivinger har i 2024 ligget rett i underkant av budsjett.

Poliklinikk

Det legges opp til en vekst i antall polikliniske konsultasjoner på 2,5 % i forhold til prognose, men en liten nedgang i forhold til budsjett 2024. BUPA har planlagt den største veksten i poliklinisk aktivitet i budsjett 2025 målt mot prognose, mens den planlagte aktivitet målt mot budsjett 2024 er om lag uendret.

Generelt om aktivitet

PHR har fortsatt en vekst i henvisninger innenfor VOP, og en utflating innen BUP sammenlignet med 2023. Klinikken må ha kapasitet i 2025 til å håndtere samme henvisningsmengde som i dag. Aktiviteten og arbeidsproduktiviteten i poliklinikkene er gjennomgående høy. Det pågår ulike tiltak i forbindelse med ventetidsløftet som er forventet å øke aktiviteten inn i 2025.

Psykisk helse og rus i Vestre Viken HF har i 2025 fått et tilskudd via inntektsbilaget fra HSØ med 16,4 MNOK, dette er videreført i sin helhet som økte aktivitetsmidler til klinikken. I tillegg er PHR tilført 7 MNOK fra fellesøkonomien for å styrke tilbudet innen PHR.

Grouperendring 2025

Endring i ISF-satser for 2025 (groupereffekt) for poliklinisk pasientbehandling innenfor psykisk helse og rus er innarbeidet i budsjettet ved å omregne faktisk 2024-aktivitet pr. 2. tertial 2024 med nye ISF-vekter. Det gir en reduksjon på 485 poeng, eller 1,8 MNOK i forhold til 2024.

Aktivitet øvrige klinikker

Medisinsk diagnostikk

Det har vært stor aktivitetsøkning spesielt for bilde og patologi i 2024. Det forventes en økning og planlegges med økning i forbindelse med flytting til nytt sykehus og oppstart av nye aktiviteter, slik som CT-coronar og stråleterapi.

Undersøkelser knyttet til inneliggende pasienter viser en dreining mot mer ressurskrevende undersøkelser, noe som gjør at reduksjonen i antall undersøkelser ikke oppleves tilsvarende i redusert arbeidsmengde.

Det jobbes ut mot rekvirentene for å optimalisere rekvireringspraksisen både innenfor laboratoriemedisin og bildediagnostikk, og for å få til en vridning fra inneliggende til poliklinikk.

Klinikken jobber godt med bærekraftsplanen og forventer å kunne hente ut gode gevinster i forbindelse med KI, automasjonsprosjekt og mindre kjøp fra private.

Prehospitale tjenester

Prehospitale Tjenester	Antall				%ending 2025	
	Faktisk 2023	Budsjett 2024	Prognose 2024	Budsjett 2025	ift B24	ift P24
Antall oppdrag med ambulanse ekskl. bårer	42 420	41 000	41 000	41 000	0,0 %	0,0 %
Antall telefonhenvendelser til linje 113 AMK	47 571	51 000	47 000	49 000	-3,9 %	4,3 %
Antall turer med rekvisisjon Pasientreiser	205 789	208 000	208 000	216 320	4,0 %	4,0 %

Aktivitetsveksten i ambulansetjenesten har tidligere ligget jevnt på 4 % vekst pr. år (Beredskapsanalyse PHT). Veksten for perioden jan – okt 2024 i forhold til 2023 viste en nedgang på 4,3 %. Det er ikke lagt inn noen aktivitetsvekst i budsjettert aktivitet i ambulansetjenesten for 2025.

Det er lagt inn aktivitetsvekst i antall 113 telefonsamtaler på AMK med 4,3 % i forhold til prognose 2024.

Aktivitetsveksten i antall turer i Pasientreiser ligger på 4 % ift. prognose 2024 og 4 % høyere enn budsjett 2024. Antall turer med rekvisisjon viser økning på 5 % for perioden januar til oktober 2024 i forhold til 2023.

Sett bort fra pandemisituasjonen har aktivitetsnivået i luftambulansetjenesten vært stabil de siste årene. Aktivitetsnivået i luftambulansetjenesten forventes omtrent på samme nivå som tidligere.

5.3 Driftsresultat 2025

Resultatkrav 2025

I henhold til ØLP skal foretaket ha et driftsresultat på 170 MNOK i 2025. Resultatkravet er justert for følgende forhold i forhold til ØLP:

- Resultatkravet økes med redusert byggvedlikehold over drift på 26 MNOK sammenholdt med ØLP.
- Resultatkravet reduseres med 6 MNOK som følge av endring vedlikehold MTU over drift sammenholdt med ØLP.
- Resultatkravet reduseres med 50 MNOK som følge av pukkelkostnader ved innflytting i Nytt sykehus Drammen (jf. omtale nedenfor).
- Resultatkravet reduseres med 101 MNOK som følge av økte finanskostnader og kostnader til Sykehuspartner knyttet til NSD.

De to første postene er nøytrale, i den forstand at de møtes av tilsvarende økning/ reduksjon i investeringer. Endringen i resultatkrav knyttet til NSD innebærer en endret forutsetning fra ØLP i forhold når bygget tas inn i foretakets balanse og gjeldsrenter påløper. Effekten er betydelig på foretakets resultat og derav for finansiering av investeringer påfølgende år. Dette forventes å medføre at foretaket må be om ekstraordinær inntektsstøtte utover det som er vedtatt av HSØ allerede i 2026. Dette fremlegges for styret i forbindelse med behandlingen av ØLP 2026 – 2029.

Resultatkrav	MNOK
Resultatkrav ØLP	170
Reduksjon byggvedlikehold	26
Økning vedlikehold MTU	-6
Pukkelkostnader NSD	-50
Økning finans NSD inkl SP	-101
Justert resultatkrav	40

Resultatoppstilling budsjett 2025

VVHF	Budsjett 2024	Prognose 2024	Budsjett 2025	Endring B25-B24	Endring B25-P24
Basisramme	8 596 680	8 729 153	10 447 288	21,5 %	19,7 %
Resultatbasert finansiering	45 912	48 232	53 030	15,5 %	9,9 %
ISF-inntekter	3 015 774	2 967 227	2 432 232	-19,3 %	-18,0 %
Gjestepasientinntekter	195 796	201 087	247 921	26,6 %	23,3 %
Øvrige driftsinntekter	1 146 005	1 255 021	1 100 443	-4,0 %	-12,3 %
Sum inntekter	13 000 167	13 200 720	14 280 914	9,9 %	8,2 %
Varekostnader	1 648 555	1 717 986	1 739 266	5,5 %	1,2 %
Gjestepasientkostnader og kjøp av tjenester	1 068 294	1 112 706	1 298 978	21,6 %	16,7 %
Innleid arbeidskraft	25 469	39 731	25 433	-0,1 %	-36,0 %
Lønnskostnader	8 037 798	8 170 764	8 607 368	7,1 %	5,3 %
herav overtid og ekstrahjelp	316 270	427 186	363 559	15,0 %	-14,9 %
Avskrivninger	326 334	331 968	425 727	30,5 %	28,2 %
Andre driftskostnader	1 536 291	1 576 300	1 880 090	22,4 %	19,3 %
Netto finanskostnader	119 427	151 266	264 052	121,1 %	74,6 %
Sum drifts- og finanskostnader	12 762 168	13 100 721	14 240 914	11,6 %	8,7 %
Resultat	238 000	100 000	40 000	-83,2 %	-60,0 %

Basisramme

Basisfinansiering fra Helse Sør-Øst er økt knyttet til lønns- og prisvekst, pensjon, aktivitetsmidler, inntektsmodell, legemidler, endret ISF-andel og økt grunnfinansiering. Som følge av redusert ISF-andel til 30 % øker basisrammen med 877 MNOK, mens inntektsmodellen gir en økning i basisramme på 110 MNOK fra budsjett 2024. Det er trekk i basisramme som følge av effektiviseringskrav. Basisramme inkluderer midler til forskning, som vil oppdateres etter HSØ-styremøte 19.desember.

Resultatbasert finansiering

Det er en økning på ca. 7 MNOK fra budsjett 2024 til 2025. VVHF har gode resultater på de kriterier som gir slik finansiering og oppnår en forholdsmessig stor andel av samlede midler til HSØ.

ISF-inntekter/gjestepasientinntekter

Endringer i finansieringsordningen for ISF medfører at andel ISF-inntekt reduseres fra 40 % til 30 % sammenlignet med 2024. Reduksjonen er kompensert i basisrammen.

ISF-inntektene reduseres også som følge av negativ groupereffekt i somatikk i tillegg til aktivitetsøkning og prisøkning (ISF-enhetspris).

ISF-refusjoner for H-resepter reduseres på grunn av negativ groupereffekt.

Gjestepasientinntekter er budsjettert med utgangspunkt i prognose 2024 med en aktivitetsøkning på 1,8 %.

Øvrige driftsinntekter

Øvrige driftsinntekter reduseres blant annet på grunn av overføring av finansiering til basisramme for overførte legemidler.

Varekostnader

De somatiske klinikkene opplever en betydelig vekst i medikamentkostnadene. Tilsvarende gjelder PHR innenfor LAR-behandling. Økning på varekostnader skyldes i stor grad økte priser og noe økt aktivitet. Foretaket har en høykostgruppe som følger opp utviklingen i medikamentkostnader og bidrar til rask utskifting når legemidler har gått av patent. Medikamentkostnader til H-resepter belastes fellesområdet og er økt med 19,5 MNOK i forhold til prognosen for 2024. Dette utgjør en vekst på 3,8% sammenlignet med prognose for 2024. Prognosen ligger an til å ende på 515 MNOK i 2024, mens budsjett 2025 er lagt inn med 535 MNOK. I 2024 er det oppnådd en netto besparelse på 12 MNOK sammenlignet med budsjett for 2024. Høykostgruppen jobber sammen med klinisk personell for å hente ut prisfall raskest mulig. Det er i 2025 ventet en vekst i antall pasienter som mottar H-resepter, både på grunn av lenger overlevelse og på grunn av flere pasienter som treffer på indikasjon. Det er også kommet nye kreftmedikamenter og utvidelse av indikasjoner på enkelte medikamenter som vil gi noe vekst innenfor MS og Kreft. Det er også forventet patentfall i 2025 som vil gi betydelig lavere kostnad for enkelte medikamenter. Det er forutsatt en besparelse på 35 MNOK som følge av dette i 2025.

I tillegg til høykostmedisin er det betydelige medikamentkostnader til legemidler gitt i sykehus.

Medikamenter gitt i sykehus	2020	2021	2022	2023	Budsjett 2024	Prognose 2024	Budsjett 2025
Legemidler	333 902	360 554	375 895	391 717	373 767	385 105	428 564
Endring i forhold til året før		8,0 %	4,3 %	4,2 %	-4,6 %	-1,7 %	11,3 %
Total økning siste 5 år							28,4 %

Varekostnader for behandlingshjelpemidler (BHM) øker med 13,5 MNOK fra budsjett 2024, dette tilsvarer 7,5 % økning sammenlignet med budsjett 2024. Økningen er knyttet til økt forbruk og prisøkninger.

Øvrige varekostnader er økt fra prognose 2024 med bakgrunn i både prisøkning og forventet vekst i aktiviteten.

Gjestepasientkostnader og kjøp av tjenester

Konserninterne gjestepasientkostnader øker med endret ISF-andel, økt aktivitet, grupperendringer og prisvekst. I sum øker konserninterne gjestepasientkostnader med 21,3 % fra budsjett 2024 og 22,3 % fra prognose 2024. Korrigert for endret ISF-andel øker

gjestepasientkostnaden med 3,4% mot budsjett 2024 og 2,7 % mot prognosen for 2024. Det er selgende enhet som melder budsjett innenfor Helse Sør-Øst.

Innleid arbeidskraft

Innleie fra byrå er redusert betydelig i 2024 fra 2023. Budsjettet for 2025 er redusert til samme nivå som budsjett 2024.

Lønns- og pensjonskostnader

Lønnskostnader viser en netto økning på 570 MNOK i forhold til budsjett 2024 og en økning på 437 MNOK fra prognose 2024. Inkludert er en økning i pensjonskostnader på 81 MNOK mot budsjett og 42 MNOK mot prognosen. Det er lagt opp til økning i lønn som følge av nytt sykehus i Drammen og økt kapasitet i PHR. Flere av tiltakene i bærekraftsplanen for klinikkene treffer lønnsområdet. Økningen knyttet til lønnsoppgjør i 2025 beløper seg til 301 MNOK.

Avskrivninger

Avskrivninger i 2025 er vesentlig høyere enn 2024 på grunn av Nytt sykehus i Drammen. Totalt sett øker budsjetterte avskrivninger med 99,4 MNOK sammenlignet med 2024.

Andre driftskostnader (ADK)

Andre driftskostnader er økt vesentlig sammenlignet med budsjett 2024, en økning på 344 MNOK. Økningen skyldes i stor grad økning i kostnader til Sykehuspartner, ny varmesentral NSD, kjøp av utstyr til NSD, økt leie og pukkelkostnader NSD. Kostnader knyttet LCC er vesentlig høyere enn forprosjektrapportens forutsetninger, likeså gir konseptvalg for kjøkken og renhold ytterligere kostnader ved innføring enn forutsatt. Logistikk har også vesentlig høyere kostnader enn det som lå til grunn for opplæring og testing.

I tillegg er det lagt inn et tap på MTU på 15 MNOK i forbindelse med utstyr som ikke tas med videre ved flytting til NSD.

Vedlikeholdskostnader til bygg er redusert med 8,5 MNOK sammenlignet med budsjett 2024.

Netto finanskostnader

Netto finanskostnader øker med 113 MNOK i forhold til prognose for 2024, og er 145 MNOK høyere enn budsjett 2024. Økning i forhold til prognose 2024 skyldes i hovedsak økt trekk på basislikviditet og kassekreditt. Økt trekk på basislikviditet skyldes både høyt pådrag på NSD, og HSØ prinsipp om å belaste basisfordringen fortløpende. Overtakelse av byggene ved NSD forutsettes å skje tidligere enn forutsetningen i ØLP, og dette gjør at det påløper rente på lån allerede i 2025. Isolert sett for 2025 betyr dette at finanskostnadene i 2025 blir 88 MNOK høyere enn det ville vært uten belastning av NSD av betalbare renter for NSD. Finanskostnader knyttet til økt styringsramme utgjør 38 MNOK og kompenseres av HSØ i 2025.

5.4 Arbeidsproduktivitet og bemanningsutvikling

VVHF har gjennom lengre tid vært blant de mest kostnadseffektive helseforetakene og har opprettholdt plasseringen som mest produktiv innad i HSØ gruppen, sammen med Sykehuset Østfold og Sykehuset i Vestfold som ligger tett på. Det er foreløpig lagt opp til en videreføring av arbeidsproduktivitet fra prognose 2024. Dette er før nye tiltak i somatikken. Jf. bærekraftsplan

2.0. Produktiviteten i 2024 er svekket som følge av lavere aktivitet og høyere bemanning enn budsjett.

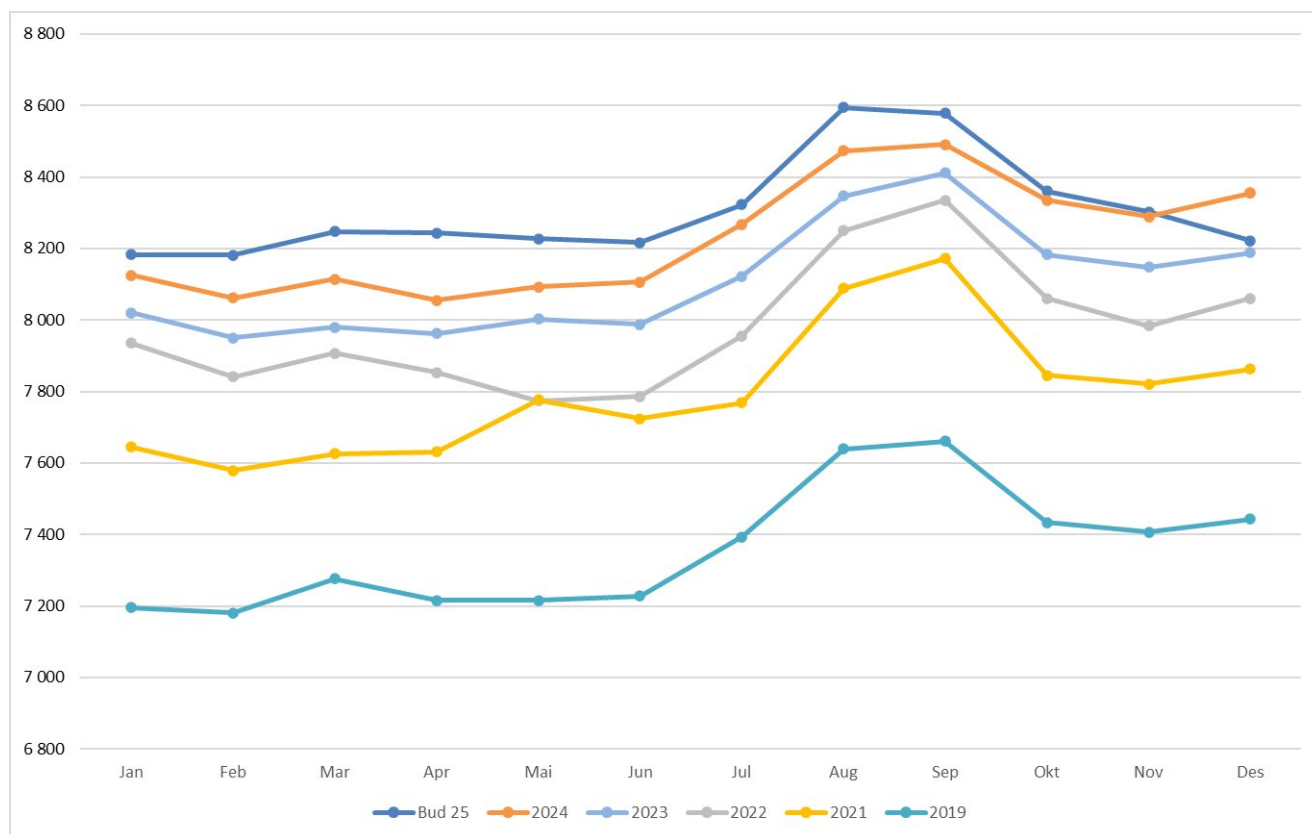
Produktiviteten innenfor de somatiske sykehusene måles som antall ISF-poeng produsert pr. brutto månedsverk.

Produktivitet somatikk	Budsjett 2024	Prognose 2024	Budsjett 2025	% ift B24	% ift P24
ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk produsert i eget HF	125 380	122 862	125 299	-0,1 %	2,0 %
Brutto månedsverk somatikk	5 580	5 696	5 799	3,9 %	1,8 %
ISF-poeng pr årsverk	22,5	21,6	21,6	-3,9 %	0,2 %

Til sammenligning av ISF-poeng pr. årsverk 23,4 i 2019.

Bemanningsutvikling

Grafikken nedenfor viser bemanningsutviklingen i 2019, 2021, 2022, 2023, 2024 og budsjett 2025.



Det er en økning på 76 årsverk fra 2024 til budsjett 2025. Det er økning i årsverk knyttet til oppbygging av stråleterapi og Nytt sykehus i Drammen.

5.5 Investeringer

Rammene for investeringer er noe endret fra ØLP 2025 – 2028 som følge av forskyvning av ambulanseskjøp fra 2024 og utskifting av LED-armaturer som har egen særskilt finansiering.

Investeringsnivået i ØLP la til grunn et resultat for 2024 på 138 MNOK. Prognosen for året ligger nå an til å ende på 100 MNOK, før tildeling av ekstra tilskudd som følger av budsjettsalderingen for 2024. Videre er det en ubenyttet ramme til havarier i sentral buffer på 21 MNOK som videreføres til 2025. Samlet vil dette medføre at foretaket har tilstrekkelig likviditet i 2025 til å iverksette planlagte investeringer i tråd med ØLP. Nedtak av resultatkrav i 2025 medfører mindre likviditet til rådighet for investeringer i de påfølgende årene.

I 2025 inntreffer en rekke forpliktelser knyttet til NSD. PET-CT, spect-CT og andre MTU investeringer må gjennomføres før flyttingen. I tillegg er det viktig for foretaket å videreføre planlagte tiltak innenfor BRK området der det ble foretatt en grundig risikovurdering i 2023.

Investeringsbehovene vurderes å være vesentlig høyere enn det er finansiering til. Dette gjelder både MTU og eiendom. Jf. omtale nedenfor.

Forslag til investeringsrammer sammenholdt med ØLP:

Investeringsrammer MNOK	B2025	
	ØLP	innspill
BRK-prosjektet	125	163
BRK utover plan	15	17
Annet bygg vedlikehold over drift	3	3
PHR	-	10
Bygg øvrige	10	10
Ambulanser	29	46
MTU	126	120
IKT	10	10
IKT ut over SP-IKT	10	10
Byggnær IKT	7	7
EK innskudd pensjon	15	25
Annet (grunnutrustning, klinikk dispenser)	28	18
Avhending Drammen Sykehus	-	-
Mammobussene	-	-
Annet over drift (rtg.rør mm)	-	-
SUM	377	438
<i>Herav finansiert med finansiell leasing</i>	<i>26</i>	<i>44</i>
<i>Herav finansiert med egen likviditet</i>	<i>351</i>	<i>395</i>

Økningen fra ØLP vedrører ambulanser som overføres fra budsjett 2024, samt EK-innskudd. Investeringer ekskl byggevedlikehold beløper seg til 438 MNOK. Byggevedlikehold over drift utgjør 66 MNOK, og inngår som en del av driftsresultatet.

Finansiering

Investeringer finansieres ved bruk av ordinært tilskudd på 163,9 MNOK i tillegg til overskudd fra drift (eksklusiv gevinst ved salg). Det er i også i 2025 fristilt 200 MNOK i HSØ til ekstraordinære vedlikeholdsmidler i HSØ, der VVHF's andel utgjør 26,2 MNOK. I tillegg kan det benyttes finansiell leasing og evt. midler fra salg. Det er ikke forventet salg av en eiendom i 2025. Det jobbes med en rokodeplan for psykiatri som på sikt vil fristille bygg, men det anses

realistisk at dette først treffer våren 2026. Salget av Drammen og Blakstad forventes først å bli realisert hhv i begynnelsen av 2026.

Investeringsbudsjett 2025

De respektive investeringsområdene er gjennomgått i prioriteringsutvalgene og samordnet mellom investeringsområdene.

Årets budsjett vil være summen av årets ramme, pluss investeringer planlagt til 2024, men som forventes utført først i 2025. Midler overført fra 2024 inngår ikke i tabellen overfor, med unntak av 5 ambulanser som er bestilt, men ikke leveres før i 2025. Erfaringsmessig forskyves om lag 100 MNOK fra et år til et annet som følge av forsinket fakturering eller at enkelte prosjekter drar ut i tid.

Følgende prioriteringer ligger til grunn for alle investeringer:

- Myndighetskrav fra lover og forskrifter
- Nødvendige tiltak for å overholde krav til HMS og arbeidsmiljø, samt sikker pasientbehandling
- Havarier – herunder nødvendige tiltak for å unngå vesentlige merkostnader over drift til vedlikehold eller driftsstans
- Investeringer som bidrar til økt effektivisering av driften
- Andre investeringer

Eiendomsområdet inkl. BRK-prosjektene

Gjennomføring av BRK-programmet har vært den viktigste satsningen for Vestre Viken ved siden av NSD siden oppstarten av Vestre Viken i 2009. BRK-prosjektet ble vedtatt i juni 2017 og var tenkt gjennomført over en 10-års periode. Programmet har fulgt en helhetlig plan, og det er i ØLP allokert betydelige summer til disse prosjektene hvert år. Resterende prosjekter ble risikovurdert i 2023 og det ble lagt opp en plan for utførelse de kommende årene.

Det planlegges for følgende deler av programmet i 2025:

- B3 Lab Bærum ferdigstilling av andre fase, B7 avløpsrør, B11 Sengepost og B13 radiologi-108 MNOK
- K7 sengepostprosjekt Kongsberg, K9 Poliklinikk og K23 Kjøkken - 67 MNOK
- R10 operasjon og R13 bunnledning - 53 MNOK

BRK programmet har som hovedprioritet å få redusert tilstandsgradene ved sykehusene Bærum, Ringerike og Kongsberg. Utsettelsene tidligere år har medført at tilstandsgradene igjen forverres. Det er bare gitte prosjekter som er inkludert i BRK-planen. Det er også øvrige behov knyttet til disse sykehusene. Mange av områdene som i 2017 ble vurdert til å ha en vedlikeholdsgrad på 1 eller 2 har blitt betydelig forverret gjennom de siste årene. Det er satt av 17 MNOK i budsjettet til å oppgradere BRK utover selve BRK-programmet.

PHR Eiendomsplan

PHR eiendomsplan ble ferdigstilt vinteren 2023. Planen vil gi virksomheten i PHR en mer hensiktsmessig struktur på tjenesten. Dette vil gi både driftsmessige og kvalitative fordeler. I tillegg vil samlet arealforbruk reduseres, og bidra med en bedre driftsøkonomi. Dette vil kunne gi besparelser på vedlikehold og havarier knyttet til byggene. Det er foreslått avsatt 10 MNOK i investeringsbudsjettet for 2025. Dette skal dekke nødvendige investeringer i eksisterende bygg, og en oppstart på gjennomføringen av den nye eiendomsplanen gjennom rokadeprosjektet.

PHT Eiendomsplan

Det har så langt vært prioritert å etablere en fremtidsrettet løsning for Drammen ambulansestasjon på grunn av NSD, og fordi dagens Drammen ambulansestasjon har dårlig kapasitet og ikke møter HMS kravene. Styret behandlet valg av løsning for Drammen ambulansestasjon i sak 78/2024. Det er søkt om dispensasjon om bruk av dagens lokaler ut 2025. Nye leiepriser inntreffer tidligst i 2026.

Byggnær IKT

Med byggnær IKT menes IKT-relaterte bygningsmessige investeringer, for eksempel kostnader til lokale elektrikere ved utbedring av lokale datarom eller nettverkskabling. Investeringsbudsjettet for byggnær IKT i 2025 omhandler i hovedsak modernisering av nett og ombygginger i forbindelse med BRK.

Grunnutrustning

For 2025 planlegges ingen nyinvesteringer med unntak av senger, erstatning av rullende materiell slik som rullestoler, samt arkivskap til patologi for oppbevaring av biobankmateriale.

Øvrige bygg

Det er satt av 10 MNOK til øvrige investeringer i bygg i 2025. Dette omfatter buffer for eventuelle nødvendige utskiftninger, samt miljø- og vernetiltak. Klinikk for intern service har kartlagt alle nødvendige investeringer og oppgraderinger vi har behov for. Kartleggingen er prioritert, og det er ikke midler til å dekke alle prioritert 1. Tiltak med fare for liv og helse er prioritert først. Det er ikke rom for å gjennomføre alle nødvendige prioriterte 1-tiltak. Det er behov for utskifting av ventilasjonsanlegg og kjøling, oppgradering og utvidelse av heiskapasitet, takteking, fullføre sikker strømforsyning, utfasing av oljekjeler og oppfylle lydkrav.

MTU

Det er i budsjett 2025 for MTU satt av 120 MNOK. Det meste av investeringer i 2025 knyttes opp til NSD. Det er allerede forpliktet 61 MNOK til PET/CT. SPECT/T og Analyseband BS. I tillegg må det frikjøpes leasing for 10 MNOK i forbindelse med flytting til NSD, samt at det er behov for nye innkjøp for 35 MNOK til NSD. Utover dette gjenstår det 20 MNOK til havarier for hele 2025. Budsjettet er stramt, og det er flere behov som foreløpig ikke kan dekkes. Dette omfatter blant annet utskiftninger av anesthesiapparater, endoskopi, blærescannere, pasientovervåkning, mobilt røntgen, ultralydapparater, fosterovervåkning, analyseinstrument. Det er i tillegg ønskelig å kjøpe nytt MTU til operasjonsstuer RS og en CT3 BS – total 29 MNOK. Det vil til enhver tid påses at utstyret er tilfredsstillende til å utføre sikker pasientbehandling.

Lokale IKT-investeringer

Investeringer i IKT er hovedsakelig finansiert av investeringsbudsjetter hos Helse Sør-Øst eller Sykehuspartner. Lokale IKT investeringsmidler skal dekke IKT-utstyr og leveranser fra Sykehuspartner med en kostnad over 200 000 kr som ikke finansieres av regionale investeringsmidler eller av tjenesteavtalen med Sykehuspartner (SLA – service level agreement). Lokalt IKT investeringsbudsjett 2025 inneholder hovedsakelig midler til utstyr for regionale løsninger og NSD. I dette inngår midler til T-doc Sterilsentralløsning tilgang for VVHF, Radiologi innsjekk og mine timeavtaler, dialyse, PHR testverktøy, Kunstig intelligens bilde, Oppkobling Analysehaller og MTU, BRK-investeringer etc. er i planen for 2025.

Buffer

Investeringsbudsjettet har tradisjonelt hatt en ufordelt pott på 10 – 15 MNOK til uforutsette anskaffelser. I 2025 budsjetter er posten redusert til 3 MNOK som følge av økt innkreving av EK-tilskudd til pensjonskassene.

EK tilskudd

Pensjonskassene melder forventet EK tilskudd på 25,1 MNOK i 2025.

Finansiell leasing

Finansiell leasing innebærer at foretaket i praksis opptar et lån for å foreta investeringer. Det belaster følgelig ikke likviditeten fullt ut i anskaffelsesåret. Etter gjeldende retningslinjer fra Helse Sør-Øst kan foretakene ta i bruk finansiell leasing innenfor en ramme på 2 % av samlede driftsinntekter.

I tråd med dagens praksis er det kun ambulanser som finansieres ved leasing i 2025. Det planlegges anskaffet 15 nye ambulanser og 4 pasientreisebusser, estimert til en verdi av 43,8 MNOK i løpet av 2025. Det har vært store forsinkelser i leveranser av ambulansene i 2024. Kun 5 av planlagte 10 biler blir levert i 2024. Dermed øker anskaffelsene i 2025. Det er vurdert slik at en lavere utskiftingstakt for ambulansene medfører en høy risiko for større vedlikeholdskostnader, samt redusert salgssinntekt ved videresalg av utrangerte biler. Utskiftingstakt er derfor videreført i samsvar med ØLP.

Pasientreisebusser er gjennom de siste årene leaset via operasjonell leasing. Fra om med 2025 vil også disse anskaffes via finansiell leasing da dette vil bli noe gunstigere økonomisk.

5.6 Likviditet og finansområdet

Det er etablert prinsipper for likviditetsstyring i Helse Sør-Øst som skal bidra til å sikre at foretakene styrer samlet likviditet innenfor tilgjengelige rammer, både til drift og til investeringer. Det skal også legges til rette for et investeringsregime der foretaket gjennom egne likviditetsoverskudd kan spare til senere investeringer. Ved manglende resultatoppnåelse må det møtes av lavere investeringer.

Renter på langsiktige lån og konsernfordring er beregnet ut fra forutsetninger gitt av Helse Sør-Øst. Rentekostnader på benyttet kassakreditt er beregnet ut fra et gjennomsnittlig trekk siste år. Netto finanskostnader i budsjett 2025 er totalt 188 MNOK, hvilket er betydelig høyere enn budsjett 2024. Det som medfører økning i rentekostnad er at Vestre Viken generelt er i en større negativ fordringsposisjon mot Helse Sør-Øst, langsiktig mellomværende, ref. basisfordring som tidligere omtalt.

Kapitalisering av NSD skjer som nevnt i to omganger, ved KIB 1 og KIB 2. Forutsetningen i ØLP 2025-2028 legger til grunn kapitalisering 31.12.2025. Det vil si at VV skal legge inn betalbare renter i budsjettet for 2025 i stedet for byggelånsrenter. Betalbare renter utgjør 88 MNOK for overtakelsesperioden i 2025.

Lavere resultat enn forutsatt i budsjett 2024 innebærer en lavere likviditetsoppbygging enn det som var forutsatt. Likviditetsutviklingen følges nøye opp mot foretakets tilgjengelige driftskreditt.

6. Bærekraftsplanen

Realisering av tiltak som er planlagt i klinikkene og i sentrale prosjekter, er avgjørende for resultatoppnåelse i 2025. Tiltakene skal bidra til varige driftsendringer og sikre en bærekraftig utvikling frem mot, og etter, overtakelse av nytt sykehus i Drammen.

Planen som ble vedtatt i august 2023 inneholdt tiltak med forventet effekt på 128 MNOK i 2025. Som følge av de svakere resultatene i 2024 er det nå planlagt tiltak for 168 MNOK. Det vises til sak 111 Bærekraftsplan for nærmere gjennomgang av innhold. De somatiske klinikkene har ikke tilstrekkelig oppnåelse av tiltak i 2024 og heller ikke tilstrekkelige tiltak for å oppnå resultatmål som forutsatt i 2025. Foretaket har imidlertid oppnådd betydelig økt finansiering over RNB i 2024 og er tilført økt ramme også i 2025. Utover den betydelig økte kostnaden for drift av bygg i 2025 har foretaket inndekning for manglende tiltak i somatikken. De somatiske klinikkene skal videreføre det påstartede arbeidet for standardisert modell for drift av sengeposter, samt utforske potensiale i en bedre ressursbruk på tvers av sine virksomheter. Dette er så langt ikke konkretisert i tilstrekkelig grad og derav heller ikke forankret med effekter på den enkelte klinikk. I påvente av at tiltak konkretiseres med effekter på hver enkelt klinikk er det besluttet at de somatiske klinikkene ikke tildeles noen økt ramme i budsjett 2025. Når endelige beslutninger foreligger vil rammene for klinikkene justeres.

De økte kostnadene for drift av bygg treffer klinikk for interne servicetjenester. Klinikken jobber videre med justeringer slik at ingen kostnader inntreffer før de absolutt må. Også for KIS vil det derfor kunne bli justeringer av budsjetttrammer utover i året. Budsjettet på foretaksnivå tar høyde for disse forholdene. Klinikken PHR, KMD planlegger innenfor tildelte rammer. Klinikk PHT er tilført midler i tråd med endringer som gjelder den regionale inntektsmodellen og har med det en planlagt drift innenfor rammene. Klinikken bidrag er å fortsette arbeidet med økt bruk av video for å stagnere vekst, understøtte tiltak i somatikken, samt optimalisere ressurspoolen for transport av pasienter.

Arbeidet med tiltak og måloppnåelse følges opp regelmessig og rapporteres til styret tertialvis gjennom 2025.

7. Risikoområder

Klinikker og staber har gjennomført risikovurderinger av planlagt virksomhet i 2025. Inngangsfarten til 2025 har med seg overforbruk på bemanning og lavere effekt av planlagte tiltak. Klinikken er gitt økonomisk støtte så langt det er funnet mulig innenfor de samlede økonomiske rammer. Det vises til omtalen overfor hva angår de somatiske klinikkene og KIS.

Følgende områder er vurdert å inneha størst risiko:

Nytt sykehus Drammen

Flytting og ibruktakelse av nytt bygg realiseres i løpet av 2025. Det foreligger en omfattende plan for dette og planen er risikovurdert og følges tett opp. Det vil alltid være en risiko for at aktiviteten faller og personellbruk øker i forbindelse med ibruktakelsen og flytteprosessen. Dette vil følges tett opp i perioden før, under og etter flytting. Det er svært viktig at driften kommer raskt i gang i ny lokasjon. Sykehusene Bærum, Ringerike og Kongsberg vil være i beredskap for å håndtere øyeblikkelig hjelp pasienter i den mest prekære perioden. Likeledes vil PHT ha slik beredskap.

Bærekraftsplanen

Den somatiske virksomheten har ikke oppnådd målene i bærekraftsplanen for 2024. Budsjettet er basert på at planlagte tiltak for 2025 realiseres. Det er risiko forbundet med fremdrift og for liten grad av alternative tiltak om effekter uteblir eller forsinkes. Dette blir vesentlig å følge opp de første månedene. Det vises til egen risikovurdering av bærekraftsplanen som vedlegg til sak 111.

H-resept-medikamenter og legemidler gitt i sykehus

Dyre medikamenter har vært en økende utfordring for økonomien. Budsjettet for 2025 er lagt omtrent litt høyere enn prognose 2024, øker med 19,5 MNOK. Det er lagt inn forutsetning om tiltak for å ta ned kostnadene med ca. 35 MNOK. Arbeidet i høykostgruppen bidrar til å redusere risikoen for ytterligere kostnadsøkninger. Dog er det risiko for at Nye metoder beslutter bruk av nye dyre medikamenter som spiser opp planlagt prisfall i forbindelse med patentfall og nye innkjøpsavtaler for medikamenter.

Pasientreiser, BHM og kostnader til serviceavtaler MTU

Disse områdene har vist en vekst de senere årene. Det er risiko for større vekst enn budsjettet. For pasientreiser er det forutsatt økt grad av samkjøring - tilbake til 2019 nivå og en forbedring derfra. Økt grad av hjemmebehandling kan medføre ytterligere vekst i BHM. Økt aktivitet i klinikkene med mer MTU, indeksregulering av kontrakter og lavere investeringsbudsjett gir risiko for økte vedlikeholdskostnader for MTU. På området BHM og vedlikeholdskostnader MTU jobbes det med tiltak for å begrense kostnadsutviklingen.

IKT-kostnader

IKT-kostnader øker vesentlig i forhold til budsjett 2024. Økningen skyldes i hovedsak innføring av regionale løsninger som gir økte kostnader til Sykehuspartner, kostnader til mottaksprosjekter, samt dekning av prisvekst i tjenestepriis Sykehuspartner. Innføring av ny teknologi krever også fremtidig forvaltning av systemene som tas i bruk.

Grouper

Budsjett 2025 tar utgangspunkt i aktivitet pr 2. tertial 2024. DRG-vekter fra Helsedirektoratet er foreløpige, og endringer kan komme. Effektene av endringen vil ikke være kjent før ny endelig prisliste foreligger. Det ser ut fra foreløpige prisliste at det er døgn og medikamenter som får reduserte inntekter.

Tilgang på rett kompetanse, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø

Til tross for lavere aktivitet enn budsjett og høyere antall brutto årsverk er det mange signaler om slitasje i virksomheten. Høyt sykefravær har medført høy andel innleie og overtid. Planlagte tiltak gjennom bærekraftsplanen forventes å bedre situasjonen. Disse tiltakene bidrar til å øke pasientsikkerhet og sikre bedre kontroll over arbeidspress og økonomi.

Investeringsnivået

Investeringene er oppretthold på nivå med ØLP. Det er kritisk at man får kjøpt alt utstyr man trenger til NSD, samt opprettholde framdriften i BRK-prosjektet. Redusert resultatkrav i 2025 vil få konsekvenser for investeringsnivået for 2026. Dette vil søkes om ekstra inntektsstøtte for å sikre en forsvarlig drift også i 2026.

Når investeringsbudsjettet ikke gir rom for utvikling, er det en begrensning for omstillingstakten. Prioriteringer må gjøres underveis og området må overvåkes nøye for å unngå større negative effekter.

Referat fra drøftingsmøte 5. desember 2024

Drøfting iht. HA §30 / AML kap.2

Sak: Budsjett 2025 – Vestre Viken HF

Dato: 5. desember 2024

Møtested: Tyrifjord 1 og 2

Til stede fra arbeidstakersiden:

Harald Baardseth, Fellesorganisasjonen (representerte også Fagforbundet)

Joan Sigrun Nygard, Norsk psykologforening

Nina Bjerke, NITO

Tom Roger Frost, Norsk sykepleierforbund

Bente Kristensen, Foretakshovedverneombud

Geir Bye Gundersen, Norsk Fysioterapeutforbund

Toril Morken, Den Norske Legeforening, OF

Inger Hagen Bjurstrøm, Den Norske Legeforening, YLF

Gry Lilleås Christoffersen, Delta

Til stede fra arbeidsgiversiden:

Anders Debes, direktør fag

Mette Lise Lindblad, direktør økonomi

Eli Årnot, direktør kompetanse

Merete Bjørkenes, avdelingssjef foretakscontrolling (referent)

Oppsummering av fremlagt budsjett 2025

Det vises til utsendte utkast til styresak for budsjett 2025 og gjennomgang i møtet. Styresaken skal sendes til styret tirsdag 10. desember. Drøftingen har skjedd med utkast til styresak som grunnlag. Mindre endringer i budsjettet omtales som et supplement til referatet nedenfor.

Drøfting av budsjettet

Direktør økonomi går gjennom styresaken i møtet med innspill og spørsmål underveis. Innspill og spørsmål fra foretakstillitsvalgte (FTV) og foretakshovedverneombud (FHVO) under møtet fremgår med kursiv skrift.

1. Mål og resultatkrav
 - a. Budsjettet bygger på økonomisk langtidsplan (ØLP)
2. Status ved utgangen av 2024
 - a. Orientering fra økonomidirektørmøtet 4.12.24: Nysaldering av statsbudsjettet 2024 foreslår å styrke bevilgninger til Helse Sør-Øst med 869 MNOK. Av dette foreslås 105 MNOK tildelt Vestre Viken. Styrkingen er en engangsbevilgning. Formålet er å styrke resultatet for å kunne gjøre investeringer. Forventes vedtatt i styret i HSØ 19.12.2024. Inntektsgrunnlaget er brukt som fordelingsnøkkel for denne fordelingen mellom HF'ene.
 - i. *Spørsmål i møtet om midlene kan brukes til andre ting enn investeringer, Bevilgningen vil komme inn som en resultatforbedring i 2024 som medfører en bedre ramme til kommende års investeringer. Den kan følgelig ikke anvendes til å finansiere andre satsingsområder.*
3. Budsjettprosessen
 - a. Viser til kravene og behandling i klinikk

- b. Det har kommet fram i drøftinger i klinikkene at det ikke er god nok involvering, særlig på nivå 3 og 4. *Innspill i møtet at det i hovedsak er god involvering på klinikknivå, men med unntak.*
 - i. Hva kan vi gjøre for at dette kan bli bedre?
 - 1. *Controller/HR-rådgiver bidrar i prosessen*
 - 2. *På Bærum sykehus har tillitsvalgte og hovedverneombud ikke deltatt i prosessen som tidligere år. Etter protokolltilførsel til drøftingen er det planlagt et møte over nyttår for gjennomgang av budsjettet.*
 - 3. *Det er behov for tydeligere prosesskrav*
Foreslås å lage prosesskriv på alle nivåer for involvering
- 4. Prioriteringer i budsjett 2025
 - a. NSD
 - i. Flytting, opplæring og ibruktakelse medfører vesentlig høyere kostnader i 2025. Det var ikke tatt tilstrekkelig høyde for dobbel drift av bygg i ØLP forutsetningen.
 - ii. Det foreslås for styret å redusere resultatkravet på grunn av høyere kostnader til drift av bygg
 - b. Medikamenter
 - i. Øker jevnt
 - 1. Jobber for å redusere kostnader, blant annet ved å bytte raskt ved patentfall etc.
 - c. Sykehuspartner
 - i. Kostnadene øker mye
 - ii. Viktig å ta i bruk og utnytte systemene
 - 1. Viktig å øke vår kunnskap i bruk av systemene.
 - 2. Viktig å hente ut gevinster
 - iii. *Innspill i møtet at kostnadene til Sykehuspartner øker mye og vi bør utfordre Sykehuspartner på dette området.*
 - d. Behandlingshjelpemidler
 - i. Et område som vokser på grunn av produktutvikling og økt hjemmebehandling
 - ii. 80 % av kostnadene på BHM er knyttet til diabetes
 - e. Finanskostnader
 - i. Vi har fått en endring ift når nytt bygg kapitaliseres. I 2025 kjøper vi sykehuset. En endring ift forutsetningene i ØLP. Konsekvenser er økte renter. Resultatkravet i 2025 vil tas ned som følge av dette.
 - ii. Foretaket forventer å måtte søke om ekstraordinær inntektsstøtte for 2026 til investeringer. Søknad vil sendes i god tid før budsjett for 2026.
 - f. Mottaksprosjekter
 - i. Viktig å jobbe godt med nye mottaksprosjekter
 - g. Stråleterapi
 - h. KMD
 - i. Er i stor grad rammefinansiert og tilføres aktivitetsmidler
 - i. PHR
 - i. Styrket med midler direkte fra inntektsrammer
 - ii. Styrket for generell aktivitetsvekst
 - j. Forskning
 - i. Styrket som i ØLP for å øke til 1% av samlet driftsbudsjett.
- 5. Budsjett 2025

- a. Aktivitet pasientbehandling
 - i. Antall behandling øker med 2,7 % i somatikk
 - ii. ISF-poeng øker med 1,8 % i somatikk
 - iii. Ventetidsløftet
 1. Bruker midler i 2024
 2. *Spørsmål om omtalen av økning ift ventetidsløftet i PHR er overvurdert ift. totalen.* Dette vurderes i styresaken.
 - b. Driftsresultat
 - i. Lønn: *Spørsmål om reduksjon på overtid og ekstrahjelp er realistisk spesielt som følge av NSD.*
 - ii. Gjestepasientområder
 1. Vi mangler gode styringsdata på dette området. Ønskelig å gå nærmere inn i dette området i 2025 mht muligheter for å redusere kostnader
 - iii. ADK: Høye kostnader NSD som følge av dobbel drift av eiendommer
 - c. Arbeidsproduktivitet i somatikk
 - i. Samme nivå som prognose 2024. Det er følgelig ikke lagt økt press på produktiviteten.
 - ii. *Det bemerkes at året 2025 kommer til å være krevende pga flytting til NSD og øvrig omstillingsarbeide.*
6. Investeringer
- a. Tilleggsbevilgningen som forvente å forbedre resultatet i 2024 med 105 MNOK medfører at foretaket vil ha tilstrekkelig finansiering til investeringer som var planlagt i ØLP.
 - b. Investeringsforum vil i første omgang gjennomgå prioriteringer av økte investeringsmidler. Dette vil fremlegges i medvirkningsmøte.
 - c. *Det ble stilt spørsmål ved om budsjetterte 10 MNOK til rokadeplan PHR var tilstrekkelig*
7. Bærekraftsplanen
- a. Det står at det er planlagt tiltak for 168 MNOK, økning fra 128 MNOK. *Innspill at det er utydelig hva de 168 MNOK er.* Det vises i den anledning til egen sak om bærekraftsplanen som budsjettet bygger på.
 - b. Standardisert modell for drift av sengeposter
 - i. *Innspill at det ikke er realistisk med så store gevinster på sengeposter. De somatiske sengepostene har ikke har så mye å gå på og gevinstene ligger mye i synergier på tvers. Det ble blant annet henvist til endringsprosessene i PHR. De somatiske klinikkene må i større grad samarbeide for å få effekter av synergier på tvers av sykehusene.*
Tilbakemelding fra administrasjon at det jobbes bedre med dette nå.
8. Risikoområder
- a. Planlagte tiltak gjennom bærekraftsplanen forventes å bedre situasjonen.
 - i. *Konkretisering av tiltakene etterspørres.* Det henvises til egen sak om bærekraftsplanen.

Arbeidsgivers oppsummering:

Vestre Viken får gjennom nysaldering av statsbudsjettet mulighet til å øke investeringene i 2025 utover forslag i utkast til styresak.

Resultatkravet vil reduseres som følge av tidligere kapitalisering av Nytt sykehus i Drammen enn forutsatt. Behov for ekstraordinær inntektsstøtte for 2026 vil vurderes, og det vil sendes

søknad til Helse Sør-Øst om dette i god tid før budsjett 2026. Justeringen av resultatkravet er videre endret som følge av at en større del av byggekostnader NSD enn tidligere forutsatt er henført til Sykehuspartner og derav kommer som økt tjenestepris allerede i 2025.

Det fremkommer at involvering ikke er tilstrekkelig på alle nivåer og i alle klinikker. Dette har også kommet fram tidligere år, og det må nå iverksettes tiltak som gir varig forbedring.

Bærekraftsplanen legges fram som egen styresak og vil følges opp i tett samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten. Det vil også legges fram en egen styresak om sykefravær.

Administrasjonen takker for de innspill som er mottatt.

Protokolltilførsel budsjett 2025 fra Foretakstillitsvalgte og Foretakshovedverneombud.

Arbeidstakernes tillitsvalgte har følgende bemerkninger til budsjett 2025:

Det er beklagelig at budsjettprosessen har vært mangelfull i KMD og på nivå 4 til 5 så å si alle klinikker. På Bærum sykehus har de tillitsvalgte ikke vært invitert i budsjettprosessen i det hele tatt. Dette er kritikkverdig, og vi støtter at det skal lages tiltak som gir varig forbedring på dette området.

Foretakstillitsvalgte og Foretakshovedverneombud frykter at tiltakene tilsvarende 168 MNOK som er beskrevet nødvendig for å saldere underskudd i budsjettet er for krevende og vanskelige å gjennomføre i budsjettåret 2025.

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Bente Kristensen, Toril Morken, Joan Nygard, Cecilie Føreland (for Tom Frost), Geir Gundersen (for Gry Christoffersen), May Janne Botha Pedersen, Lisbeth Sommervoll, Eli Årnot, Trine Olsen, Kristin Fagerhaug, Kirsten Hørthe, Marianne Njøten, Hanne Misund
Møtedato:	10.desember 2024		
Tidspunkt:	0900 - 1100		
Sted:	Tyrifjord 1-2		
Møteleder:	Lisbeth Sommervoll		
Referent:	Marianne Ono Njøten	Forfall:	Maria Gundersen, Tom Frost, Gry Christoffersen

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Godkjenning innkalling og dagsorden Godkjent
	Godkjenning referat fra 29.oktober 2024 Godkjent
32/2024	<p>Budsjett 2025 Mette Lise Lindblad presenterte.</p> <p>Det stilles prosesskrav til klinikkene i fht budsjettprosessen at både tillitsvalgte og vernetjeneste skal involveres, også på nivå 3 og 4. For flere klinikker er det omtalt i drøftingsprotokollene at dette har vært mangelfullt.</p> <p>Noen av hovedpunktene: Styringsfart inn i 2025 er på et høyere nivå enn forutsett i ØLP. Krever fortsatt omstilling. Høyt sykefravær er også en vesentlig del av utfordringen. Aktivitetsvekst er lagt inn i tråd med vekstforutsetningene. Ikke lagt inn bemanningsvekst i budsjettet utover forventet pukkelkostnad i fm flytteprosjektet.</p> <p>Betydelig uløst utfordring i de somatiske klinikkene som ikke er finansiert. Klinikkerne ønsker å avvente budsjettjustering til det er konkretisert forbedringstiltak i fellesskap.</p> <p>Investeringsmidler for 2025 er på nivå med ØLP etter budsjettsaldering av 2024 statsbudsjett som tilfører HSØ nye 869 MNOK i 2024.</p> <p>Budsjett er drøftet med tillitsvalgte 5.12.24, alle innspill er ikke mottatt ennå. Det ble der spesielt bemerket at involveringen på nivå 3 og 4 ikke er tilstrekkelig i alle klinikker.</p> <p>Arbeidsgiver kommenterte at dette er noe som er gjentakende fra tidligere år og vi må utrede tiltak som gir varig forbedring. Det foreslås at det utarbeides tydeligere prosessbeskrivelse og sjekklister for at prosesskrav er overholdt.</p> <p>Fra drøftingen nevnes også at det er reduksjon på overtid og ekstrahjelp i budsjettet. Dette handler om tiltak i bærekraftsplanen. Tillitsvalgte stiller</p>

	<p>spørsmål til om det er realistisk, spesielt som følge av NSD. Videre ble det stilt spørsmål ved om det er realistisk med store gevinster på sengeposter. Det bemerkes at synergiene forventes å ligge i økt samarbeid på tvers av de somatiske sykehusene.</p> <p>Endelig referat fra drøftingsmøtet med tillitsvalgte deles med HAMU i etterkant av møtet.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) HAMU konstaterer at budsjettprosessen ikke er gjennomført i tråd med forutsetningene om medvirkning i samsvar med utsendt budsjettprosedyre ved flere klinikker. HAMU ber om at det utarbeides tydeligere retningslinjer i fht prosess. 2) HAMU registrerer at det i flere klinikker er høyt fravær og utfordringer med å rekruttere og beholde medarbeidere. Denne situasjonen krever nye tiltak, som blant annet økt fleksibilitet i arbeidstidsutfordringer. Dette kommer i tillegg til andre pågående tiltak. HAMU forutsetter at klinikk AMU-ene følger dette i løpet av budsjettåret gjennom aktiv bruk av risikovurderinger, både av nåsituasjonen og foreslått og iverksatte tiltak. 3) 2025 vil i stor grad bli påvirket av flytteprosess NSD, noe som kan påvirke arbeidsmiljøet i alle klinikker. HAMU ønsker å få tilbakemeldinger i kommende møter rundt store pågående omstillingsprosesser med påvirkning på arbeidsmiljø og medarbeidere i fm NSD, PHR og øvrige klinikker. HAMU ber om en plan for fremlegg fra klinikkene i HAMU i neste møte.
33/2024	<p>Prosjekt Grønn mobilitet</p> <p>Gro Sølvsberg-Øyen informerte om revidert mandat og bakgrunnen for dette. Det er behov for presisering av mål for prosjektet, rammebetingelser og leveranser.</p> <p>I tidligere mandat var det oppgitt tre ulike formål med prosjektet. Fokusområdene er nå delt i to; 1) grønn mobilitet og 2) parkeringsutfordringer og det settes også ulik tid for arbeidet. Det er satt ned en bred arbeidsgruppe (17 personer) hvor flere lokasjoner er representert.</p> <p>Saken er drøftet i medvirkningsmøtet. Herfra kommenteres innspill om at det er ulike meninger om hva som er «rettferdig», at det er uheldig å ta ut «Grønn reiseavtale». Ses i sammenheng med økonomisk belastning ved å tilby parkeringsplasser.</p> <p>Første møte i «ny» arbeidsgruppe ble holdt sist uke. I dette møtet ble diskutert hva gruppen ønsker å prioriteres høyest innen «Grønn mobilitet», men det ble bemerket at ikke alle medlemmer i arbeidsgruppen var til stede. De som ikke var til stede vil bli kontaktet og mulighet til å komme med sine innspill. Oversikt over arbeidsgruppemedlemmer vil bli vedlagt referatet.</p> <p>Området «Parkering» vil arbeides med på nyåret.</p>

	<p>Vedtak: HAMU tar det reviderte mandatet (versjon 2.0) til orientering.</p>
34/2024	<p>Representasjon HAMU og AU HAMU 2025</p> <p>Vedtak: HAMU vedtar forslag til representasjon i HAMU med unntak av arbeidsutvalg (AU) 2025 hvor ansattes representant ble endret til Tom Frost. Møtedatoer for 2025 vedtas i henhold til vedlagte dokumentasjon.</p>
35/2024	<p>BHT - muntlig orientering</p> <p>Kristin Besseberg – status fra BHT. Mest bistand innen organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø. Kontaktperson i BHT, psykologspesialist Therese Bratvold, har vært mye involvert i omstillingen i PHR og har jobbet proaktivt. Generelt fokus på å støtte, veilede og styrke ledere i håndtering fremfor at BHT styrer håndteringen. Ansatte har selv også kunnet ta kontakt.</p> <p>Kirsten Hørthe formidlet erfaringer med bruk av BHT i forbindelse med omstillinger og flytting til NSD. Veldig god støtte fra psykologspesialisten i BHT i fm med reduksjon av lokasjoner og endret arbeidssted for en del ansatte. Klinikk-hovedverneombudet har også medvirket på en god måte. Viktig fra lederstøtte å være tydelig på at ansatte tar imot tilbud om dialog og bistand fra BHT. Det vil være mer krevende for noen enn andre i omstillingsprosesser og det kan være vanskelig å si fra i plenum. Det å legitimere at endringer kan være krevende. Har vært fint å ha med AMU inn i omstillingsprosessen og har vært en god arena.</p> <p>BHT har dedikert ressurs tilgjengelig på hver klinikk og er til stede en fast dag per uke. Det skal lages aktivitetsplaner for 2025, og det er da viktig at klinikkene og ledere i klinikkene kjenner HMS-risikobildet i egne enheter, og planlegger for bruk av BHT iht. behovet. Det er også viktig å ha med vernetjenesten.</p> <p>BHT er også en del inne i byggesaker, nærværsprosjekter, bistand til Ambulansetjenesten i kollegastøtteordningen, frisk graviditet mv.</p> <p>Vedtak: HAMU tar informasjonen til orientering.</p>
36/2024	<p>Omstilling urologi RS/BS</p> <p>Anders Debes orienterte om overføring av fagansvar urologi, og organisatorisk omstilling av ansatte ved Ringerike sykehus (RS) til Bærum sykehus (BS).</p> <p>Spesialistkomiteen for utdanning av leger var på besøk ved RS i høst og underkjente RS som utdanningsinstitusjon. Utfordringer har blant annet vært knyttet rekruttering og sårbarhet, mulighet til supervisjon mv.</p> <p>To ansatte omfattes av endringen og overføres organisatorisk til BS. Det har vært informasjonsmøter med ansatte og drøftingsmøter med tillitsvalgte. Det er også gjennomført risikovurdering med tillitsvalgte og vernetjenesten, samt at den er gjennomgått med urologene. Det er gjort tiltak rundt risikoområdene og så må det gjøres evaluering av dette etter hvert.</p>

	<p>Det var behov for å gjøre tiltak og det som er iverksatt synes å fungere godt så langt både i fht. drift. De ansatte opplever det som hyggelig å jobbe ved RS, og RS opplever at det er en god løsning for pasientene.</p> <p>Tillitsvalgt kommenterte at det fortsatt er noen uavklarte punkter, men dette diskuteres videre og avklares. Dette gjelder bl.a. øyeblikkelig hjelp.</p> <p>Debes kommenterte at det må klargjøres, men det som ikke er generell kirurgi må tas ved BS.</p> <p>Man skal i gang med å se på hele urologien som fagområde i hele Vestre Viken. Dette arbeidet skal raskt i gang nå.</p> <p>Vedtak: HAMU tar saken til orientering.</p>
37/2024	<p>Sykefraværarbeidet i Vestre Viken Eli Årnot presenterte.</p> <p>Langtidsfraværet i VVHF er noe høyere i 2024 enn det var i 2018. Det er bekymringsfullt da det skaper utrygghet i arbeidsmiljø og er kostnadskrevenende. Korttidsfraværet har vært veldig høyt i 2022, men er nå nesten nede igjen på linje med 2018 nivå.</p> <p>Det systematiske arbeidet for å redusere sykefraværet omfatter flere områder, bl.a. opplæring og system, partssamarbeid og arbeidsmiljø og arbeidsplaner og organisering. Det gjøres mye innenfor alle disse områdene.</p> <p>Prioriteringer i 2025 er også lagt innenfor disse områdene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisering – team, oppgavedeling og prioriteringsstøtte, systematisering av onboarding, kollegaveiledning/mentorordning, arbeid med å profesjonalisere og standardisering • Oppfølging av sykefravær – tiltak mot seksjoner som scorer lavere enn 75% på utvalgte temaer i ForBedring og har sykefravær over 10%, lederstøtte i enkeltsaker og arbeidsmiljøprosesser • Tverrfaglig partssamarbeid for støtte og fremme ansattes psykiske helse – implementere felles rammeverk for kollegastøtte, benytte mental helses nasjonale kampanjeperiode uke 39-42, spesifikke tiltak for å adressere helseutfordringer som er spesielt relevant for kvinner i arbeidslivet. <p>Kommentarer rundt at omstilling også påvirker sykefraværet og kan medføre at sykefraværet blir høyere som følge av dette en periode.</p> <p>Vedtak: HAMU tar informasjonen til orientering.</p>
38/2024	<p>Skriftlige orienteringer</p> <p>Vedtak: HAMU tar de fremlagte notatene til orientering.</p>

Dato: 5. desember 2024
Saksbehandler: UXGAJA, INNJEN

Saksfremlegg

Reviderte fullmakter i VVHF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	113/2024	16.12.24

Forslag til vedtak

Styret tar administrerende direktørs delegasjon av fullmakter til etterretning.

Drammen, 10. desember 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Fullmaktstrukturen og fullmaktmatrisen er administrerende direktørs interne delegasjon i linjen, innenfor myndigheten hun er tildelt i helseforetaksloven og instruksen fra styret.

I sak om administrerende direktørs delegerede fullmakter i Vestre Viken lagt frem for styret i styremøte 30. januar 2023 sak 5/2023, merket styret seg at fullmaktene gjennomgås årlig som en del av budsjettprosessen i desember.

Styret for regionale helseforetak har myndighet i vedtektene til å beslutte salg av fast eiendom, når eiendommen er verdsatt til 40 MNOK eller mindre (tidligere 10 MNOK). Dette gjelder så langt lov, andre bestemmelser eller rettigheter ikke er til hinder for det. Styret i HSØ kan gi fullmakt til helseforetak å treffe beslutning om salg innenfor denne rammen, jf. lovkommentarer til helseforetaksloven §31.

Saksutredning

Det har gjennom 2024 vært gjort følgende oppdateringer:

- Rammer for salg av eiendom er oppdatert (jf. foretaksmøte i Vestre Viken 26.02.2024, Sak 4 Endring i vedtekter § 10 – salg av eiendom). Vedtak om å selge fast eiendom treffes av foretaksmøtet dersom eiendommens verdi overstiger den til enhver tid gjeldende grense, for tiden satt til 40 millioner kroner. Ved salg over 40 millioner kroner skal saken styrebehandles i Helse Sør-Øst RHF og oversendes foretaksmøtet for beslutning. Vedtak om salg av eiendommer under 40 millioner kan fattes av styret i helseforetakene og delegeres administrerende direktør etter styrevedtak.
- Innkjøpssjef er gitt fullmakt til å signere prolongeringer og endringsavtaler. Delegasjonen er et effektiviseringstiltak.

Fullmaktmatrisen er oppdatert i tråd med dette.

Administrerende direktørs vurderinger

Fullmaktene er en del av virksomhetsstyringen i VVHF og viser administrerende direktørs interne delegasjon i linjen, innenfor de rammer hun er tildelt etter helseforetaksloven, finansstrategien i HSØ og instruks gitt av styret.

Vedlegg: Administrerende direktørs delegerede fullmakter i Vestre Viken HF

Dokument-ID: 78528	Status: Godkjent	Dokumentansvarlig: Janne Mette Hjelm-Gabrielsen	Godkjent av: Janne Mette Hjelm-Gabrielsen	Godkjent fra: 03.12.2024
Versjon: 11				
Utarbeidet av: Foretaksjurist Janne Hjelm-Gabrielsen og Spesia...				

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

- [-](#)
- [Matrise 1 - beløpsgrense for økonomiske fullmakter med unntak av investeringer](#)
- [Matrise 2 - juridiske fullmakter](#)
- [Matrise 3 - Økonomiske fullmakter](#)
- [Matrise 4 - Innkjøpsfullmakter](#)
- [Matrise 5 - HR Fullmakter](#)

- [6. Referanser](#)
 - [6.1 Lover](#)
 - [6.2 Veiledere](#)
- [7. Begrepsforklaringer](#)

1. Innledning

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

Fullmaktmatrisen viser administrerende direktørs interne delegasjon i linjen.

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

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

Fullmaktene skal

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

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

myndighetsnivå på området i fullmaktmatrisen.

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

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

Avgrensning

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

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

2. Vestre Vikens styrende organer

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

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

3. Fullmakter

3.1 Forholdet mellom fullmakt og saksbehandlingsregler

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

3.2 Fullmakter til å representere Vestre Viken HF utad

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

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

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

3.3 Fullmaktstildeling

3.3.1 Tildeling av fullmakter i Vestre Viken HF

Foretaksomfattende (nivå 1 - felles Vestre Viken)/01. Ledelse, kvalitetsstyring og organisasjon/Organisasjon, ansvar og myndighet/Ansvar og myndighet		
Dokument-Id: 78528 - Versjon: 11	Utskriftsdato: 09.12.2024 Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.	Side 2 av 16

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

3.3.2 Grenser for tildelte fullmakter

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

3.4 Videredelegasjon av fullmakter

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



Fig.1 Videredelegasjon av fullmakter

3.5 Spesialfullmakt og stillingsfullmakt

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

Styrets tildelinger gjøres i form av protokollerte vedtak.

3.6 Overholdelse av fullmaktene

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

4. Fullmakttypen i Vestre Viken HF

4.1. Fullmakter som tildeles gjennom fullmaktmatrisen

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

Fullmaktmatrisen deler de forskjellige fullmaktene inn i hovedkategorier:

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

økonomidirektør og direktør medisin og helsefag (Styresak 30/2022)

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

5. Fullmaktmatrise for Vestre Viken

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

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

Matrise 1 - beløpsgrense for økonomiske fullmakter med unntak av investeringer

For investeringer gjelder egen fullmakt. Se matrise 3 - økonomifullmakter

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

Matrise 2 - juridiske fullmakter

Særskilt om juridiske fullmakter

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

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Signatur	Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av foretaket i forretningsforhold Styreleder og administrerende direktør i Vestre Viken har retten til å tegne foretaket (signatur/firmategningsrett). Styremøtet i Vestre Viken bestemmer hvem som har signaturrett i foretaket. Signaturrekten kan ikke delegeres videre. Den skal være registrert i Foretaksregisteret.	Signaturrekten må delegeres fra foretakets styre. Fullmakten må være registrert med navn i foretaksregisteret	Adm. dir Styremøtet
Prokura	Fullmakt til å opptre på og å underskrive på vegne av foretaket i forretningsforhold	Prokurarett må delegeres av foretakets styre Fullmakten må være registrert med navn i foretaksregisteret eller være navngitt i styresak Enkelte leverandører godkjenner kun signatur fra signaturberettiget eller prokurist	Direktør Økonomi Direktør Medisin og Helsefag
Oppdrag og bestilling	Fullmakt til å inngå avtalen "Oppdrag og bestilling" i foretaksmøtet mellom Vestre Viken og Helse Sør-Øst		Adm. dir
Vesentlige avtaler	Inngå vesentlige avtaler (se definisjon), som inngår i den daglige ledelsen, av økonomisk art, utenom innkjøp/anskaffelser Kan være av prinsipiell, politisk karakter og angå helseforetakets omdømme Eksempelvis samarbeidsavtaler, strategi, oppgavefordeling mellom helseforetak og flerårige avtaler, herunder leie/leasingavtaler	Styret skal orienteres om alle vesentlige saker	Adm. dir
Forlik	Fullmakt til å inngå forlik i saker av økonomisk og annen karakter Fullmakten gjelder både rettslige og utenomrettslige forlik	Vesentlige saker: Styret skal orienteres Andre saker skal fremlegges for juridisk vurdering før forlik inngås	Adm. dir Nivå 2
Erstatning	Fullmakt til å godkjenne utbetaling i samsvar med kontraktsforpliktelser Fullmakt til å godkjenne utbetaling av erstatning, uten at dette har utgangspunkt i kontrakt	Saken skal underlegges juridisk vurdering før utbetaling Styret skal orienteres om alle vesentlige saker	Nivå 2
		Styret skal informeres om	

Ta ut og motta stevning/anke	Fullmakt til å ta ut stevning på helseforetakets vegne og eventuelt anke	alle stevninger av prinsipiell, omdømmemessig eller annen vesentlig karakter	Adm. dir
Politianmeldelse	Fullmakt til å anmelde straffbare forhold begått mot helseforetaket eller dets ansatte	Saken forberedes i berørt avdeling. Saken underlegges juridisk vurdering før anmeldelse. Styret skal informeres om vesentlige saker	Nivå 2
Ta imot og begjære påtale	Fullmakt til å begjære påtale på vegne av foretaket	Ta imot og begjære påtale i vesentlige saker. Styret skal informeres om alle påtalebegjæringer av vesentlig karakter I andre saker skal juridisk kompetanse trekkes inn før begjæring	Adm. dir Nivå 2
Partsrepresentant	Opptre som part/lovlig stedfortreder i en rettslig prosess	I vesentlige saker skal Adm. dir informeres	Nivå 2 Foretaksjurist

Matrise 3 - Økonomiske fullmakter

Særskilt om økonomiske fullmakter

Regelverket for offentlige anskaffelser skal følges.

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

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

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Fordele budsjetttrammer	Fullmakt til å fastsette detaljert årsbudsjett ut fra styrets budsjettvedtak		Adm. dir
Omdisponere budsjett	Fullmakt til å endre vedtatt budsjett innenfor gitt ansvarsområde		Nivå 3
Disponere budsjett	Fullmakt til å benytte budsjettmidler innenfor eget ansvarsområde og vedtatt budsjett	Innenfor årets budsjett	BDM
Investeringer	Fullmakt til å beslutte gjennomføring av investering	Årlig budsjettvedtak innenfor de gitte investeringsområder: Eiendom, grunnutstyr og byggnær IKT Medisinsk teknisk utstyr og IKT Ambulanser Enkeltinvesteringer over 20 MNOK skal styrebehandles (50 MNOK for bygg)	Klinikkdirektør KIS Direktør teknologi Klinikkdirektør PHT
Salg av foretakets faste eiendom	Vedtatt om å selge fast eiendom må treffes av foretaksmøtet, men det kan gjøres unntak for dette i vedtektene dersom eiendommens verdi ikke overstiger et nærmere bestemt beløp.	Styret kan beslutte salg av fast eiendom som Helse Sør-Øst RHF eier, når eiendommen er verdsatt til 40 MNOK eller mindre, jfr. helseforetaksloven § 31 annet ledd. Dette gjelder med mindre lov, andre bestemmelser eller rettigheter er til hinder for det. Styret kan overlate til helseforetak å treffe beslutning om salg innenfor denne rammen.	AD delegert av styret
Salg og utrangering av utstyr, eiendeler og forbruksartikler	Fullmakt til å beslutte salg eller utrangering av utstyr, eiendeler og forbruksartikler	VV salg og utrangering av VV utstyr, eiendeler og forbruksartikler Retningslinjer for mobiltelefon Salg innenfor investeringsområdene (MTU, GRU, bygg, IKT og AMB) må godkjennes av ansvarlige for områdene. Regnskapssjefen skal informeres. Antatt markedsverdi over 1 MNOK Antatt markedsverdi mellom 100 TNOK og 1 MNOK Antatt markedsverdi under 100 TNOK	Adm. dir Nivå 2 Nivå 3
Innlevere tilbud ved salg av tjenester	Fullmakt til å innlevere tilbud der helseforetaket konkurrerer om å være	Konsultasjonsplikt med controller	Nivå 2

	leverandør		
Leiekontrakter for eiendom/bygg	Fullmakt til å inngå leiekontrakt for eiendom/bygg	<ul style="list-style-type: none"> Leiekontrakten skal vurderes av stab Økonomi for vurdering av avtalevilkår og finansieringsmetode før kontraktinngåelse. Direktør økonomi godkjenner leieavtaler ut over ett år og over 100 TNOK pr. år. Leieavtaler for eiendom/bygg ut over 10 år godkjennes av Styret i Vestre Viken. Finansielle leieavtaler ut over 0,2 % av omsetningen godkjennes av Helse Sør-Øst og undertegnes av signaturberettiget i VV. Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg med avtalevarighet over 5 år og nåverdi av fremtidige leieforpliktelser over 10 MNOK i hele perioden godkjennes av administrerende direktør. Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er mellom 10 MNOK og 50 MNOK godkjennes av Styret i Vestre Viken. Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er over 50 MNOK godkjennes av Helse Sør-Øst. Operasjonelle avtaler for eiendom/bygg hvor nåverdien av fremtidige leieforpliktelser er over 100 MNOK godkjennes i Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst Finansstrategien i Helse Sør-Øst har forrang 	Klinikkdirektør KIS
Leiekontrakter for utstyr	Fullmakt til å inngå leiekontrakter av utstyr	<ul style="list-style-type: none"> Leiekontrakten skal vurderes av stab Økonomi i forhold til avtalevilkår og finansieringsmetode før kontraktinngåelse. Direktør økonomi godkjenner leieavtaler ut over ett år og over 100 TNOK pr. år. Finansielle leieavtaler ut over 0,2 % av omsetningen godkjennes av Helse Sør-Øst og undertegnes av signaturberettiget i VV. Forespørsel til finansieringsselskap skal sendes fra Stab Økonomi. Leiekontrakten godkjennes av Helse Sør-Øst om anskaffelsen overstiger 20 MNOK <p>IKT og medisinsk teknologisk utstyr</p> <p>Ambulanser</p> <p>Grunnutrustning og biler</p> <p>Mindre utstyr under 100 TNOK</p>	<p>Direktør Teknologi</p> <p>Direktør PHT</p> <p>Direktør KIS</p> <p>Nivå 2</p>
Opprette, endre eller slette bankkonti	Fullmakt til å opprette, endre eller slette bankkonti hos foretakets bankforbindelse		Regnskapssjef
Avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti	Fullmakt til å avgjøre hvem som skal ha utbetalingsfullmakt på bankkonti		Regnskapssjef
Avskrive fordringer	Fullmakt til å avskrive uerholdelige fordringer	Kan først gjøres etter at ordinære purre- og inkassorutiner er fulgt og har vært formålsløst over 1 MNOK	<p>Regnskapssjef</p> <p>Direktør økonomi</p>
Godkjenne særskilte oppdrag	Fullmakt til å godkjenne oppstart av	Inntil 10 MNOK	Adm. direktør

	særskilte prosjekter, der det følger med særskilte midler, og som medfører ressursbruk utenfor primæroppgavene til enheten.	Inntil 5 MNOK	Nivå 2
Godkjenne regnskap for øremerkede midler	Fullmakt til å undertegne særregnskap for bruk av øremerkede midler mottatt fra utenforstående (i hovedsak departement)		Regnskapssjef
Motta pengegaver/donasjoner	Fullmakt til å motta gaver på vegne av helseforetaket	Fullmakten gjelder kun i de tilfeller det ikke er bindinger tilknyttet gaven Følgekonsekvenser for gaven må vurderes Gaver som generer vesentlige kostnader utover budsjettåret og/eller som det knyttes vesentlige bindinger til, skal vurderes av administrerende direktør Gaver som er av vesentlig størrelse og som kan ha innvirkning på strategien i Vestre Viken skal vurderes av styret i Vestre Viken.	Nivå 2
Inngå avtale om bedriftskort/kredittkort	Fullmakt til å inngå avtale om bedriftskort/kredittkort med bedriftsansvar	I henhold til gjeldende bedriftsavtale og retningslinje for bedriftskort	Regnskapssjef
Disponere fellesøkonomiske ansvarssteder	Innhold følger av årlige budsjettvedtak		Regnskapssjef og avd.sjef Foretakscontrolling

Matrise 4 - Innkjøpsfullmakter

Særskilt om innkjøpsfullmakter

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

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

Fullmakt	Fullmaktens innhold	Avgrensning	Laveste myndighetsnivå
Bestille oppdrag fra Sykehusinnkjøp	Bestille anskaffelsesoppdrag fra Sykehusinnkjøp i henhold til gjeldende prosedyrer		Innkjøps sjef (Nivå 3)
Starte en innkjøpsprosess	Fullmakt til å beslutte at man skal starte en innkjøpsprosess. Omfatter oppstart av innkjøpsprosess både med sikte på å etablere rammeavtale og ved enkeltstående kjøp	Praktisk gjennomføringsansvar for innkjøp over 100 TNOK (inkl. mva. og livsløpskostnader) tilligger innkjøpsavdelingen. Gjelder ikke kjøp på rammeavtale, der det ikke er krav til minikonkurranse	Nivå 3
Innkjøp av medisinsk utstyr og IKT over 100 TNOK (inkl. MVA)	Fullmakt til å gjennomføre kjøp av medisinsk utstyr og IKT	Innkjøp IKT skal som utgangspunkt kjøpes via Sykehuspartner Alle IKT-investeringer må avklares med Sykehuspartner I samsvar med prosedyrer for iverksettelse av innkjøpsprosess	Direktør teknologi
Innkjøp av varer og tjenester til oppgradering av bygg og grunnrustning over 100 TNOK (inkl. MVA) og byggnær IKT	Fullmakt til å gjennomføre kjøp av varer og tjenester til oppgradering av bygg og grunnrustning	I samsvar med prosedyrer for iverksettelse av innkjøpsprosess	Nivå 3 KIS
Signere kontrakt	Fullmakt til å signere kontrakt etter gjennomført konkurranse i henhold til lovmessige krav (spesielt lov om offentlige anskaffelser med forskrifter)	Innenfor budsjettåret: Generell fullmakt Utover budsjettåret: Nivå 1 inntil 20 MNOK	Nivå 3 Adm. direktør
Foreta bestilling og/eller attestere faktura	Fullmakt til å utarbeide bestillinger i de tilfeller det finnes rammeavtale Tilsvarende å anse kostnader	Kan delegeres til ansatte med nødvendig bestillerkompetanse i avdelingen (rekvirent)	Utnevnes av BDM
Prolongere avtaler	Fullmakt til å forlenge en lokal avtale	Videreføring av avtale må skje i henhold til LOA/FOA	Innkjøps sjef
Godkjenne endringer i eksisterende avtaler	Fullmakt til å godkjenne endringer i lokale avtaler	LOA/FOA må legges til grunn og endring dokumenteres. Vesentlige endringer i leverandørens favør vil kreve utlysning av nytt anbud	Innkjøps sjef
Godkjenne bestilling og/eller anse faktura	Fullmakt til å godkjenne bestillinger i de tilfeller det finnes rammeavtale Tilsvarende å anse kostnader	Innenfor generell fullmakt	BDM
Godkjenne varemottak	Fullmakt til å signere for kontroll av at mottatte varer er i henhold til følgesedel Varemottak gjøres fortrinnsvis av bestiller		Utnevnes av BDM eller i form av stilling
Utbetaling bank	Fullmakt til å foreta utbetaling fra bank	Skal ikke kombineres med tilgang til å bokføre og oppdatere leverandørregisteret	Regnskapssjef

Bokføre	Tilgang til å oppdatere regnskapet/leverandørreskontro (systemtilgang)	Skal ikke kombineres med utbetalingsfullmakt bank og tilgang til å oppdatere leverandørregisteret	Regnskapssjef
Godkjenne oppdatering av leverandørregister	Tilgang til å opprette, endre og slette leverandører i økonomisystemet (systemtilgang)	Skal ikke kombineres med utbetalingsfullmakt bank og bokføringstilgang	Regnskapssjef
Godkjenne hvem som kan utføre fritekstkjøp	Fullmakt til å godkjenne hvem som kan gjøre fritekstkjøp på enheten	Behovsprøves av innkjøpsavdelingen	Nivå 4

Matrise 5 - HR Fullmakter

Særskilt om HR fullmakter

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

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

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

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

		Lønn skal fastsettes av nivå 2	
Lønnsjustering for grupper av ansatte	Fullmakt til å justere lønn eller lønnsselementer for grupper av ansatte ut over ordinære lønnsforhandlinger i foretaket Fullmakten gjelder også ved inngåelse av vaktordninger med betingelser utover gjeldende overenskomst	Ved lønnsjustering av grupper av ansatte skal slik justering besluttes i foretaksledelsen Er saken av klinikk- eller stabsovergrepene art, må beslutningen fattes av involverte direktører og administrerende direktør I slike saker skal HR Utvikling og lederstøtte konsulteres	Nivå 1
Lønnsforhandlinger	Fullmakt til å gjennomføre lønnsforhandlinger i foretaket	Avdelingssjef HR Utvikling og lederstøtte delegerer til forhandlingsledere	Avd. sjef HR Utv. og lederstøtte
Omgjøring av stilling	Fullmakt til å vedta omgjøring av eksisterende stilling innenfor arbeidsgivers styringsrett Omfatter både inndragning av stilling og å endre eksisterende stilling	Inndragning av stilling Endre eksisterende stilling, men med konsultasjonsplikt med nivå 3	Nivå 3 Nivå 4
Endring i lønn utenom lønnsoppgjør	Lønn fastsettes i henhold til gjeldende overenskomst eller sammenlignbare stillinger	Ved avvikende lønn fra ovennevnte har leder konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte før endret lønn fastsettes	Nivå 2
Særavtale i Vestre Viken	Opprette eller endre særavtale mellom Vestre Viken og fagforening(er), enten lokalt eller på foretaksnivå		Avdelingssjef HR Utvikling og Lederstøtte
Administrative ordninger i Vestre Viken som påvirker lønn	Opprette eller endre administrativ ordning, enten lokalt eller på foretaksnivå		Avdelingssjef HR Utvikling og Lederstøtte
Utøvelse av daglig drift i samråd med leder på nivå 4, herunder å kunne godkjenne personrelaterte kostnader	Fullmakt til å ivareta daglig personaloppfølging Fullmakten omfatter, men er ikke begrenset til, fastsetting av arbeidsplaner/turnus og ferielister, pålegging av overtid og å innvilge avtalefestede permisjoner. For yrkesgrupper som er gjensidig avhengige av hverandre i driften må arbeidsplaner koordineres. Fullmakt til å ivareta daglig personaloppfølging vil også omfatte godkjenning av variabel lønnsliste for utbetaling (som time- og overtidslister, turnusplaner og reisegodtgjørelse)	Personalansvar kan ikke delegeres til BDM, kun <u>personaloppfølging</u> i samråd med nivå 4 Enhetens kompleksitet, geografiske beliggenhet og antall årsverk er avgjørende for om det kan opprettes en BDM Nivå 3 skal beslutte om det skal opprettes BDM i avdelingen. Det er konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte	BDM
Godkjenne legers bemanningsplaner	Fullmakt til å godkjenne legers bemanningsplaner	Nivå 4 har konsultasjonsplikt med nivå 3	Nivå 4
Godkjenne bierverv	Fullmakt til å godkjenne bierverv		Nivå 2
Godkjenne ferie	Fullmakt til å godkjenne ferie Godkjenning av plan for hovedferieperioden	Budsjettrammer	BDM Nivå 3
Advarsel	Fullmakt til å gi ansatte muntlig og skriftlig advarsel	Konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte	Nivå 3
Suspendere ansatte	Fullmakt til å beslutte at ansatte skal suspenderes fra sitt arbeid		Direktør kompetanse
Vedta oppsigelse/avskjed	Fullmakt til å avslutte arbeidsforhold		Direktør kompetanse

Godkjenne sluttpakke/sluttavtale ved oppsigelse	Fullmakt til å godkjenne sluttpakke/sluttavtale i forbindelse med at ansatte slutter	Sluttpakke/sluttavtale må avgjøres i samarbeid med nivå 2	Direktør kompetanse
Vedta omplassering av ansatte	Fullmakt til å beslutte omplassering av ansatte	Innenfor egen avdeling Leder har konsultasjonsplikt med HR Utvikling og lederstøtte	Nivå 3

6. Referanser

6.1 Lover

[Helseforetaksloven](#)

[Prokuraloven](#)

[Regnskapsloven](#)

[Lov om offentlige anskaffelser](#)

[Arbeidsmiljøloven](#)

6.2 Veiledere

[Finansstrategi - HSØ, vedtatt 26.10.2023](#)

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

[Veiledere - Sykehusbygg](#)

6.3 Instruks

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

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

7. Begrepsforklaringer

Anvisning

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

Attestasjon

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

Budsjettdelegert myndighet (BDM)

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

Delegasjon

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

Fritekstkjøp/Formular

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

Fullmakt

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

Fullmaktsgiver

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

Fullmektig

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

FOA

Forskrift om offentlige anskaffelser

Habilitet

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

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

Instruksjonsrett

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

Legitimasjonsfullmakt

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

LOA

Lov om offentlige anskaffelser

Mislighet

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

Opsjon

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

Politianmeldelse av straffbare forhold

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

Prokura

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

Retts- og prosessfullmakt

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

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

Styret har delegert retts- og prosessfullmakter til administrerende direktør i instruks av 26. august 2009 punkt 5.6. Fullmakten må forstås innenfor prosesslovgivningens grenser og øvrige grenser for administrerende direktørs fullmakter. Det betyr at retts- og prosessfullmakter delegeres administrerende direktør for de saker som kan regnes som daglig ledelse og drift, med unntak av saker av uvanlig art eller stor betydning. Saker som gjelder retts- og prosessfullmakter skal underlegges juridisk vurdering for å sikre ivaretagelse av rettslige og prosessuelle forhold, ikke minst sikre at absolutte frister overholdes.

Sluttavtale

Sluttpakke

Spesialfullmakt

Fullmakt som går utover organisatoriske og grenser bestemt for stillingen.

Stillingsfullmakt

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

Utenomrettslig forlik

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

Fullmakt til å inngå utenomrettslig forlik, godkjenne utbetaling av erstatning i et kontraktsforhold og utbetale erstatning eller oppreisning utenfor kontraktsforhold ligger i utgangspunktet hos administrerende direktør. Ofte skyldes krav om slike utbetalinger uheldige forhold. Det må gjøres til dels kompliserte, juridiske vurderinger av om Vestre Viken a) er rettslig forpliktet, og/eller om b) andre forhold gjør at utbetaling bør/ikke bør gjennomføres. Det bør være mest mulig lik praktisering i Vestre Viken, og juridisk kompetanse bør søkes ved et mulig utenomrettslig forlik. I mindre vesentlige saker kan myndigheten til å inngå utenomrettslig forlik delegeres i linjen.

Vesentlig avtale

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

Vesentlige saker

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

Vedlegg

- [instruks-for-administrerende-direktor-2023.pdf](#)
- [Mal Spesialfullmakt.docx](#)
- [AD fullmakter i Vestre Viken 2020](#)
- [Spørsmål og svar om signatur](#)

Dato: 9. desember 2024
Saksbehandler: Eli Årnot

Saksfremlegg

Sykefraværarbeidet i VVHF

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	114/2024	16.12.2024

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering, og støtter de foreslåtte tiltak og prioriteringer for det strategiske arbeidet med å redusere sykefraværet i 2025.

Drammen, 10. desember 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Helse Sør-Øst RHF (HSØ) la frem en sak for sitt styre 22. november 2024 om videreføring av arbeidet med oppfølging av sykefravær, sak 121-2024. HSØ har anmodet helseforetakene i regionen om å legge frem sak for sine styrer om hvordan det arbeides med oppfølging av sykefravær. I denne saken redegjøres det for sykefraværarbeidet i Vestre Viken.

Vestre Viken har et vedvarende høyt sykefravær, selv om det er noe under gjennomsnittet for helsebransjen ifølge NAV sine statistikker. Andre helseforetak har tilsvarende utfordringer. Årsakene til sykefravær er mange og sammensatte. Forskning fra STAMI peker på risikofaktorer som høye jobbkrav, lite kontroll, emosjonelle belastninger og rollekonflikter. Negative helseeffekter fra skiftarbeid og utvidet arbeidstid er også identifisert.

Spekter har uttalt at brudd i forhandlingene om ny IA avtale i praksis ikke vil medføre noen store endringer i hvordan det arbeides med å forebygge og redusere sykefravær. Virksomhetene i Spekter er godt organisert, har gode systemer og lang erfaring i å jobbe med sykefravær og frafall. Dette arbeidet både må og vil fortsette.

Saksutredning

Vestre Viken jobber målrettet og systematisk med flere innfallsvinkler for å redusere sykefravær. Høyt sykefravær kan være en konsekvens av at arbeidet ikke er organisert godt nok, jobben er belastende over tid, eller det kan være konflikter i arbeidsmiljøet. Det er derfor ikke nok å "bare" jobbe med sykefravær. Lederlinjen søker å se helhetlig på utfordringene, vurdere risikofaktorer i arbeidsmiljøet og jobbe med konkrete tiltak for å redusere risiko, sikre jobbglede og et godt arbeidsmiljø.

Arbeidsplaner, organisering og teamarbeid

Ledere, vernetjeneste og tillitsvalgte tilbys kurs i helsefremmende arbeidstidsordninger. Ansatte kan ønske å jobbe intensivt, med mindre hviletid, for å få mere sammenhengende fri. Her må arbeidsgiver ha et helsefremmende perspektiv før slike ønsker godkjennes. Dette tas med inn i det pågående arbeidet rundt bruk av kunstig intelligens i turnusplanleggingen. Det er viktig å få til en god balanse mellom ansattes ønsker og en mest mulig helsefremmende turnus, som samtidig også dekker helseforetakets behov.

Økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger, for eksempel langvakter, kan være et gode både arbeidstakere og arbeidsgiver, gitt at dette er basert på frivillighet for arbeidstakersiden og forankret i partssamarbeid. Evalueringen av pilotene som ble gjennomført sommeren 2023 var i hovedsak positiv. Det pågår nå en evaluering av langvakter våren og sommeren 2024 med ekstern bistand. Avtale om rammeverk for videreføring av langvakter frem til medio juni 2025 ble inngått med NSF, Fagforbundet og Delta i november 2024. Det er avtalt videre dialog med sikte på å få til et mer langsiktig rammeverk. Dette arbeidet startes opp i januar 2025.

Vestre Viken gjennomførte i januar 2024 en spørreundersøkelse for leger, med utgangspunkt i #legermåleve som sommeren 2023 rettet oppmerksomheten på legers arbeidsbelastning. Undersøkelsen ble iverksatt i samarbeid med foretakstillitsvalgte i DNLF, og er fulgt opp i de ulike klinikkene. Undersøkelsen hadde god oppslutning. Det pågår i forlengelsen av dette også et arbeid med mer systematikk rundt aktivitets- og arbeidsplaner for leger. Dette inkluderer behovsanalyse, også mht. utdanningsselementer, samt risikovurdering av planene.

Bærekraftsplanen setter søkelys på bedre organisering, teamarbeid og oppgavedeling for å benytte ressurser effektivt. Økt samarbeid mellom profesjoner styrker fagmiljøet og rekrutterer kritisk kompetanse. "Wibe-modellen" for oppgavedeling fra sykepleier til helsefagarbeider har fått nasjonal oppmerksomhet. Trivselen for helsefagarbeiderne gikk opp, og sykefraværet gikk ned. Vestre Viken har derfor satt metoden i system, med egen prosedyre for oppgavedeling. Det

er også utarbeidet en enkel opplæring i hvordan lykkes med teamarbeid, hvor gjennomføring dokumenteres i Kompetanseportalen.

Et viktig tiltak for å trygge nyansatte er å tilby en strukturert onboarding som blant annet inkluderer mentor –og fadderordninger. Dette vil bidra til at nyansatte får en grundig introduksjon og oppfølging, inkludert en forståelse for kulturen, oppgavene og ansvaret som følger med deres rolle. Gjennom denne prosessen vil nyansatte raskere oppnå å bli sikrere og få en klarhet i egen rolle. Det er også viktig at de får god kollegastøtte og opplever trygge rammer for læring, slik at de innen kort tid kan være selvstendige, føle seg trygge og oppleve mestring i arbeidshverdagen.

Partssamarbeid og arbeidsmiljø

I Vestre Viken fremmes bruk av forbedringsmetodikk, grønt kors, “snakk om forbedring”, “Råbra”, risikovurderinger med tilhørende handlingsplaner og ForBedring.

Det er gode eksempler, blant annet fra en seksjon ved Bærum sykehus, som har vist at bruk av grønt kors, økt innflytelse på egen arbeidshverdag med justering i visittider og bruk av «Råbra» har ført til kraftig reduksjon i sykefravær.

De siste årene er det jobbet for å øke involvering og samarbeid mellom partene når det kommer til arbeidsmiljøarbeid på seksjonsnivå. Et av verktøyene som har vært tatt i bruk er en partsduk utviklet av bransjeprogram IA i sykehus. Det er gjennomført ca. 25 samlinger med bruk av partsduk i Vestre Viken. Både tillitsvalgte og verneombud er naturlige samarbeidspartnere i ulike arbeidsgrupper, frokostseminarer samt planlegging av systematisk overordnet arbeid og tiltak for å redusere sykefravær.

Opplæring og system

Det tilbys omfattende opplæring for ledere innen sykefraværsoppfølging, psykososialt arbeidsmiljø, helsefremmende arbeidstidsordninger, HMS, risikovurderinger, konflikthåndtering og kommunikasjon. Læring skjer gjennom programmer som “ny som leder”, digitale kurs, temakurs og tilpassede tilbud som refleksjonsgrupper og ferdighetstrening.

Det utvikles kompetanseplaner for ledere, ansatte, verneombud og tillitsvalgte for å klargjøre forventninger til sykefraværsoppfølging og styrke arbeidsmiljøarbeidet. Ansatte og ledere får tilgang til kurs og e-læring om helse og sykefravær, samt ulike webinarer med et forebyggende perspektiv.

Prioriteringer i 2025

- Organisering
 - Teamledelse, teamarbeid, oppgavedeling og prioriteringsstøtte
 - Systematisere onboarding, inkludert mentor- og fadderordninger
 - Arbeide med å profesjonalisere og standardisere turnusplanlegging, inkl. bruk av KI
- Oppfølging av sykefravær
 - Tiltak rettet mot enkelte seksjoner som scorer lavere enn 75% på utvalgte temaer i ForBedring og har sykefravær over 10%
 - Lederstøtte i enkeltsaker og i arbeidsmiljøprosesser
- Tverrfaglig partsarbeid for å støtte og fremme ansattes psykiske helse
 - Iverksette felles rammeverk for kollegastøtte
 - Benytte mental helses nasjonale kampanjeperiode i uke 39-42
 - Spesifikke tiltak for å adressere helseutfordringer som er spesielt relevante for kvinner i arbeidslivet

Administrerende direktørs vurderinger

Det er viktig å jobbe målrettet og helhetlig, og forstå hva som påvirker motivasjon, mestring og jobbnærvær. På den måten kan det settes inn effektive tiltak som forebygger sykefravær og frafall, og virker rekrutterende. Ledere må få nødvendig opplæring, støtte i egen lederlinje, tilgang til praktiske verktøy og ha tilstrekkelig kapasitet til å følge opp sine ansatte. Kvinner er en stor del av arbeidsstyrken, og mer kunnskap om kvinners helse og årsaker til at kvinner har et høyere sykefravær kan bidra til mer effektive og forebyggende tiltak.

For å ha gjennomslagskraft i det helhetlige og systematiske arbeidet med å redusere sykefravær, er godt samarbeid mellom ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten på alle nivåer helt nødvendig.

Vedlegg:

- Oversikt over sykefraværsutvikling i Vestre Viken 2018 – november 2024

Sykefraværprosent	Sykefravær totalt							
År	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	<i>Graf over tid</i>
Klinikk Bærum sykehus	7,30 %	7,50 %	8,20 %	7,60 %	9,40 %	8,10 %	8,90 %	
Klinikk Drammen sykehus	7,30 %	7,20 %	7,90 %	8,60 %	9,50 %	8,80 %	8,30 %	
Klinikk for Intern service	8,30 %	7,90 %	10,00 %	9,40 %	9,20 %	9,80 %	9,80 %	
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	7,60 %	7,40 %	8,90 %	7,70 %	8,40 %	7,80 %	7,70 %	
Klinikk for Prehospitale tjenester	7,70 %	7,10 %	7,90 %	8,60 %	8,20 %	9,20 %	7,40 %	
Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	8,60 %	8,10 %	8,70 %	8,80 %	9,20 %	9,40 %	9,60 %	
Klinikk Kongsberg sykehus	6,60 %	7,00 %	6,80 %	7,50 %	8,80 %	8,60 %	7,10 %	
Klinikk Ringerike sykehus	6,60 %	6,10 %	7,40 %	7,20 %	8,00 %	7,50 %	7,70 %	
Kommunikasjon og samfunnskontakt	6,40 %	12,90 %	6,80 %	7,80 %	9,90 %	10,20 %	7,90 %	
Kompetanse	5,20 %	6,50 %	4,90 %	5,40 %	6,20 %	5,60 %	6,20 %	
Medisin og helsefag	7,60 %	3,70 %	3,00 %	5,10 %	3,10 %	2,60 %	4,70 %	
Nytt sykehus Drammen	0,00 %	2,30 %	1,50 %	1,40 %	5,30 %	5,90 %	3,90 %	
Støtte administrasjon og ledelse	0,90 %	0,60 %	1,30 %	0,70 %	1,20 %	3,10 %	1,20 %	
Teknologi	3,10 %	5,60 %	7,40 %	3,90 %	6,70 %	8,50 %	7,00 %	
Økonomi	4,50 %	1,90 %	3,10 %	4,60 %	10,00 %	8,00 %	6,30 %	
VV totalt	7,50 %	7,30 %	8,10 %	8,10 %	8,90 %	8,60 %	8,50 %	

Sykefraværprosent	Korttidsfravær							
År	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	<i>Graf over tid</i>
Klinikk Bærum sykehus	2,10 %	2,10 %	3,00 %	2,90 %	3,80 %	3,10 %	2,80 %	
Klinikk Drammen sykehus	2,40 %	2,40 %	2,80 %	3,00 %	3,90 %	3,00 %	2,70 %	
Klinikk for Intern service	2,40 %	2,60 %	2,60 %	2,70 %	3,40 %	2,90 %	2,50 %	
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	2,70 %	2,50 %	3,30 %	3,10 %	3,90 %	3,50 %	3,20 %	
Klinikk for Prehospitale tjenester	2,10 %	1,90 %	2,10 %	2,40 %	3,10 %	2,40 %	2,10 %	
Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	2,80 %	2,50 %	3,00 %	3,00 %	3,70 %	3,10 %	2,90 %	
Klinikk Kongsberg sykehus	2,20 %	2,40 %	2,80 %	2,70 %	3,30 %	2,80 %	2,40 %	
Klinikk Ringerike sykehus	2,00 %	1,90 %	2,30 %	2,10 %	3,20 %	2,40 %	2,30 %	
Kommunikasjon og samfunnskontakt	2,50 %	2,20 %	2,40 %	2,50 %	2,90 %	4,00 %	3,50 %	
Kompetanse	1,50 %	1,40 %	1,70 %	1,60 %	2,10 %	1,50 %	1,50 %	

Medisin og helsefag	1,20 %	1,00 %	0,90 %	0,60 %	1,40 %	1,20 %	1,20 %	
Nytt sykehus Drammen	0,00 %	1,00 %	0,20 %	0,10 %	1,20 %	0,80 %	0,50 %	
Støtte administrasjon og ledelse	0,90 %	0,60 %	1,30 %	0,70 %	1,20 %	1,30 %	0,40 %	
Teknologi	1,70 %	2,10 %	1,80 %	1,70 %	2,60 %	2,20 %	1,80 %	
Økonomi	1,20 %	1,00 %	0,60 %	1,00 %	1,50 %	1,30 %	1,60 %	
VV totalt	2,40 %	2,30 %	2,80 %	2,80 %	3,60 %	2,90 %	2,60 %	

Sykefraværprosent

Langtidsfravær

År	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Graf over tid
Klinikk Bærum sykehus	5,10 %	5,40 %	5,10 %	4,70 %	5,60 %	5,00 %	6,10 %	
Klinikk Drammen sykehus	4,90 %	4,80 %	5,10 %	5,60 %	5,60 %	5,80 %	5,70 %	
Klinikk for Intern service	5,90 %	5,20 %	7,40 %	6,70 %	5,80 %	6,90 %	7,30 %	
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	4,90 %	4,90 %	5,60 %	4,60 %	4,50 %	4,30 %	4,40 %	
Klinikk for Prehospitale tjenester	5,60 %	5,20 %	5,80 %	6,20 %	5,20 %	6,80 %	5,40 %	
Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	5,80 %	5,60 %	5,70 %	5,80 %	5,50 %	6,30 %	6,70 %	
Klinikk Kongsberg sykehus	4,40 %	4,60 %	4,00 %	4,80 %	5,50 %	5,80 %	4,70 %	
Klinikk Ringerike sykehus	4,60 %	4,10 %	5,10 %	5,10 %	4,80 %	5,10 %	5,40 %	
Kommunikasjon og samfunnskontakt	3,90 %	10,70 %	4,40 %	5,30 %	7,00 %	6,20 %	4,30 %	
Kompetanse	3,70 %	5,10 %	3,20 %	3,80 %	4,10 %	4,10 %	4,70 %	
Medisin og helsefag	6,40 %	2,80 %	2,10 %	4,50 %	1,70 %	1,50 %	3,50 %	
Nytt sykehus Drammen	0,00 %	1,30 %	1,40 %	1,30 %	4,20 %	5,10 %	3,40 %	
Støtte administrasjon og ledelse	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	1,80 %	0,90 %	
Teknologi	1,50 %	3,50 %	5,60 %	2,20 %	4,10 %	6,30 %	5,20 %	
Økonomi	3,40 %	0,90 %	2,40 %	3,50 %	8,50 %	6,80 %	4,70 %	
VV totalt	5,20 %	5,00 %	5,40 %	5,40 %	5,30 %	5,70 %	5,80 %	

Andre HF i HSØ:

← Tilbake til rapport		SYKEFRAVÆRSPROSENT PER FORETAK PER ÅR						
Organisasjon	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
☒ Helse Sør-Øst								
☒ AHUSHF	7,9 %	8,0 %	8,8 %	8,9 %	9,6 %	9,3 %	9,1 %	
☒ MHH			8,3 %	8,8 %	11,2 %	9,6 %	9,6 %	
☒ OUSHF	7,3 %	7,3 %	8,0 %	8,1 %	8,8 %	8,6 %	8,4 %	
☒ SIHF	7,3 %	7,3 %	8,3 %	8,1 %	8,8 %	8,1 %	8,3 %	
☒ SIVHF	7,4 %	7,4 %	7,8 %	7,9 %	8,7 %	8,8 %	8,8 %	
☒ SOHF	7,3 %	7,5 %	8,0 %	8,5 %	9,3 %	9,2 %	8,9 %	
☒ SSHF	6,9 %	6,6 %	7,4 %	8,0 %	8,4 %	8,1 %	7,5 %	
☒ STHF	6,9 %	6,9 %	7,7 %	7,4 %	8,6 %	8,3 %	8,0 %	
☒ SUNHF	6,3 %	6,5 %	8,0 %	8,2 %	8,2 %	7,7 %	8,6 %	
☒ VVHF	7,5 %	7,3 %	8,1 %	8,1 %	8,9 %	8,6 %	8,5 %	

Saksfremlegg

Parkeringsløsning for nytt sykehus i Drammen

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	115/2024	16.12.2024

Forslag til vedtak

1. Styret godkjenner beskrevet parkeringsløsning med etablering av egne permanente parkeringshus ved nytt sykehus i Drammen. Anbefalt løsning vil erstatte den midlertidige parkeringsløsningen etter 2030. Både midlertidige løsning og den permanente løsningen sikrer at det etableres tilstrekkelig antall plasser i samsvar med reguleringsplanen for området.
2. Et alternativt utkjøp av Nedre Strandgate 64 kan erstatte ett av parkeringshusene på egen tomt. Dersom dette blir aktuelt, ber styret om at utredningen oppdateres og fremlegges for ny behandling, før oversendelse til Helse Sør-Øst RHF.
3. Styret ber deretter administrerende direktør oversende beslutningsgrunnlaget for videre behandling i Helse Sør-Øst RHF i samsvar med fullmaktstrukturen i regionen.
4. Styret ber videre administrerende direktør søke Helse Sør-Øst RHF om lån i henhold til gjeldende retningslinjer, slik at prosjektet sikres finansiering, med planlagt oppstart av forprosjekt i 2025.

Drammen 10. desember 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Fra åpning i 2025 og frem til 2030 er parkeringsbehovet ved nytt sykehus i Drammen ivaretatt. Dette er løst ved en kombinasjon av permanente og midlertidige parkeringsplasser. Denne saken gjør rede for hvordan Vestre Viken HF vil erstatte midlertidige parkeringsløsninger med permanente parkeringsplasser etter 2030, for å innfri kravene i reguleringsplanen for området.

Vestre Viken HF har over tid arbeidet med utredning av parkeringsløsninger på Brakerøya, tilpasset behovene til pasienter, pårørende og ansatte ved det nye sykehuset i Drammen. De vurderte alternativene har inkludert parkering på egen tomt, etablering av parkeringshus både øst og vest for sykehuset, samt ekstern leie av parkeringsanlegg. Omfanget av prosjektet og tilhørende investeringsbeløp har utviklet seg over tid. Det er tidligere gjort en utredning av alternativ om eie eller leie av parkeringsanlegg. Dette var fremlagt i styremøte den 23.09.2024, sak 79/2024. Styret konstaterte da at etablering av to parkeringshus på sykehusets egne tomter er det foretrukne alternativ. Etablering av parkeringshus forutsetter tilgang til finansiering, samt godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF, siden prosjektet går utover helseforetakets fullmakter. Styret ba derfor om at løsningsforslaget ble nærmere utredet i form av en konseptutredning og kvalitetssikring for å sikre overholdelse av HSØs formelle krav til prosjektutredning, ref. «Veileder for tidligfasen av sykehusbyggprosjekter».

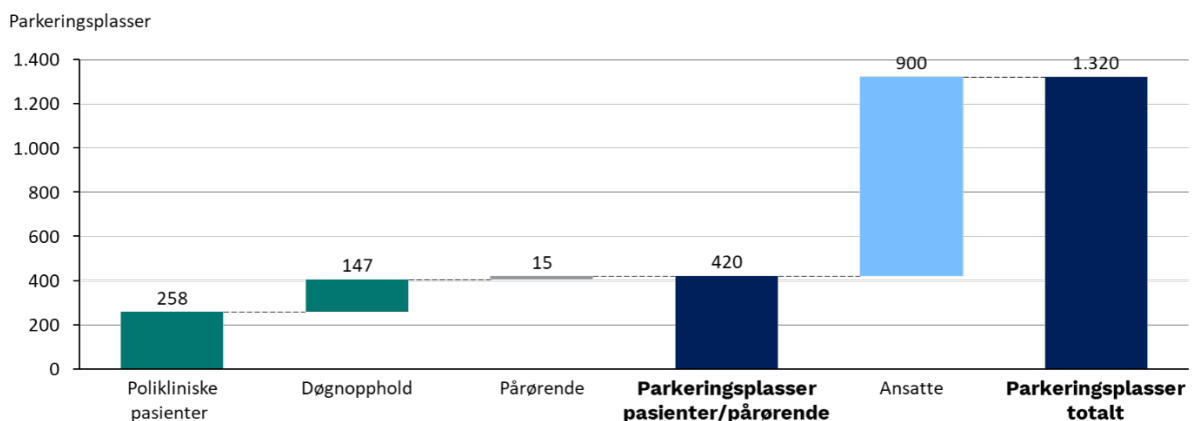
Saken redegjør for konseptutredningen. De økonomiske beregningene som det refereres til i saken er holdt utenfor saksfremstillingen av hensyn til foretakets fremtidige forhandlingsposisjon iht. offentlighetslovens §23 første ledd. Dette følger av vedlegg 1.

Saksutredning

Reguleringskrav og behov

Ved åpningen av nytt sykehus i Drammen skal det foreligge parkeringsplasser som skal dekke behovet til ansatte, tjenestebiler, pasienter, pårørende og øvrige brukere. I henhold til reguleringskrav fra Drammen kommune er det stilt krav om minimum 1320 permanente parkeringsplasser, fordelt på 600 parkeringsplasser for pasienter og pårørende/andre besøkende og 720 parkeringsplasser til ansatte og tjenestebiler.

Det er gjort vurdering av et oppdatert parkeringsbehov basert på flere variabler, inkludert antall besøk, reisevaner, og oppmøtetidspunkter gjennom dagen, utført av Metier i samråd med Vestre Viken HF.



Figur 1 Estimert parkeringsbehov ved NSD på Brakerøya

Kartleggingen av behov indikerer at parkeringsbehovet for pasienter og pårørende er lavere enn reguleringskravet på 600 plasser til pasienter og pårørende. Det er estimert et behov for 420 plasser til pasienter og pårørende, mens de resterende 900 plassene i så fall kan stilles til rådighet for ansatte og tjenestebiler. Figur 1 viser fordelingen av parkeringsplasser utfra oppdaterte tall fra behovskartleggingen. Det estimerte behovet er av forsiktighetsgrunner lagt til grunn for inntekter og kostnader i de driftsøkonomiske beregningene, mens det er reguleringskravet som regulerer det faktiske antallet parkeringsplasser. Ved åpning av sykehuset vil det derfor legges til rette for at det er 600 plasser tilgjengelig for pasienter og pårørende i tråd med reguleringsbestemmelsene. Det planlegges for at eksterne profesjonelle aktører drifter parkeringsplassene. Slike selskaper har fleksible løsninger som sørger for optimalisering av tilgjengelige plasser utfra bruksmønster, og dette vil spesielt være aktuelt for ansatte.

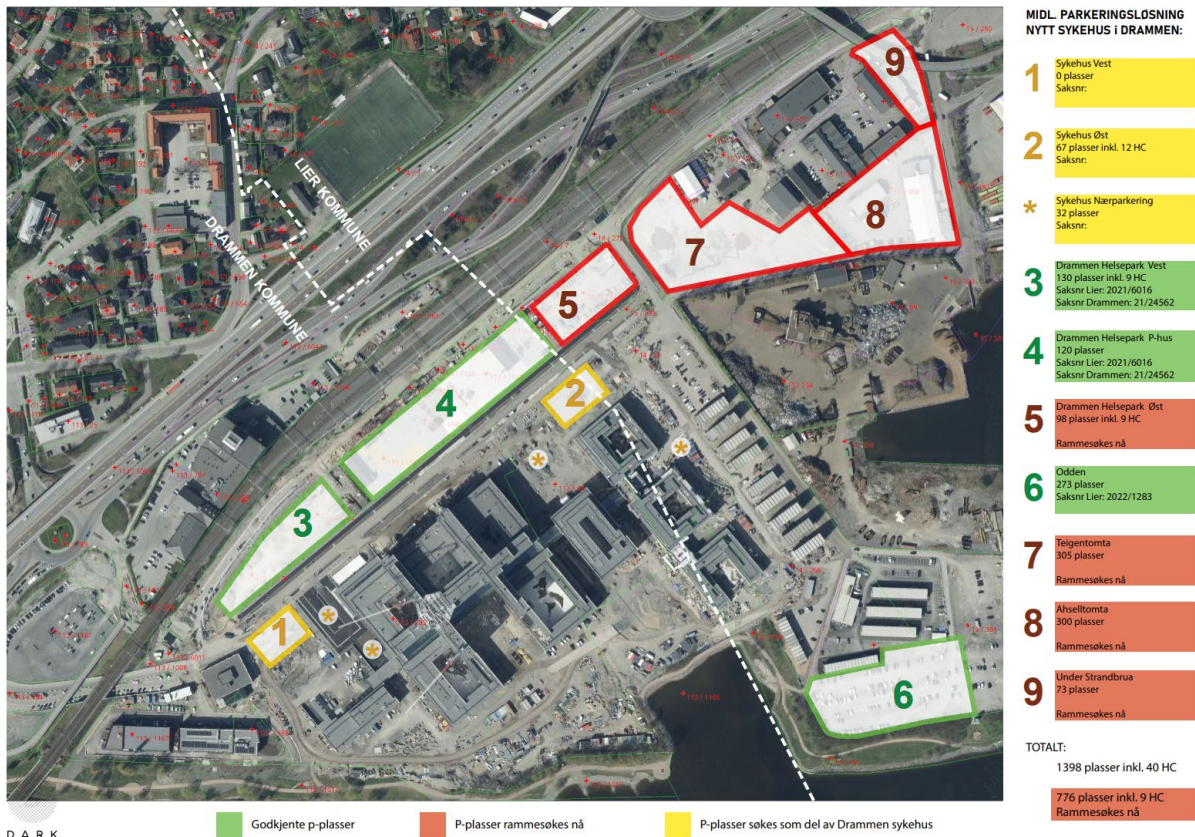
Vestre Viken HF arbeider med et initiativ kalt «Grønn mobilitet», som omfatter felles parkeringsprinsipper for hele helseforetaket. Prinsippene vil baseres både på soner for bynære og mer landlige strøk. Det vil bli utarbeidet parkeringskriterier for alle lokasjoner, og ikke kun Drammen, som er situasjonen i dag. Videre har Buskerud fylkeskommune påtatt seg en koordinerende rolle for å utbedre kollektivtilbudet til Brakerøya, og vil arbeide for flere togavganger fra Brakerøya stasjon. Kollektivselskapet Brakar har i tillegg vedtatt å tilby åtte bussavganger i timen fra høsten 2025. Vestre Viken HF planlegger å etablere parkeringsplasser i samsvar med gjeldende reguleringskrav. I perioden med midlertidige parkeringsløsninger, etter at nytt sykehus i Drammen er tatt i bruk, vil det være mulig å gjennomføre en oppdatert kartlegging av det faktiske behovet for parkeringsplasser, hensyntatt effektene av grønn mobilitet.

Dispensasjonssøknad for midlertidig parkeringsløsning

I perioden frem til 2030 vil det være en midlertidig parkeringsløsning som omfatter Odden og andre nærliggende områder.

Forut for etablering av de midlertidige parkeringsplassene må det søkes om dispensasjon fra rekkefølgebestemmelsene i reguleringsplanen, samt at det må søkes om rammetillatelse for å etablere disse plassene. Administrasjonene i Drammen og Lier kommuner har uttrykt en positiv holdning til forslagene og fremdriftsplanene, og disse er utarbeidet i tett samarbeid med kommunene. Kommunene har samtidig uttrykt ønske om sikkerhet for at permanente løsninger kommer på plass, før dispensasjon for midlertidig parkering kan godkjennes. Sikkerhet for permanent parkeringsløsning oppnås eksempelvis gjennom formelle beslutninger om permanent løsning i styret i Vestre Viken HF. Søknader om rammetillatelser er sendt kommunene. Vedtak i denne saken vil ettersendes for å komplettere behandlingen av søknadene i kommunene.

Bildet nedenfor viser planlagt lokalisering av de midlertidige parkeringsplassene, samt permanente plasser i DHP:



Figur 2 Plan for midlertidige parkeringsplasser, samt permanente plasser i DHP.

Alternativvurdering av eie- og leie-alternativene i første del av konseptutredningen

Som underlag for styrets behandling i sak 79/2024 ble det utredet to alternativer for permanente parkeringsløsninger. I disse to alternativene var lokaliseringen av noen av de eksterne parkeringsplassene som måtte til for å møte reguleringskrav fremdeles ubestemt. Følgende alternativer var utredet:

- Eie-alternativet** - Innebærer 2 parkeringshus, henholdsvis øst og vest på sykehusomtten, med 285 og 558 parkeringsplasser + 215 eksterne plasser
- Leie-alternativet** - Baserer seg på å leie 600 parkeringsplasser i Nedre Strandgate 64 (tidligere kalt Tomtegata 64) og etablering av overflateparkering øst og vest på sykehusomtten, samt 250 eksterne plasser.

Utredningen konkluderte med at eiealternativet er det mest egnede for å dekke parkeringsbehovet ved nytt sykehus i Drammen. Dette alternativet gir Vestre Viken HF nødvendig kontroll, fleksibilitet og langsiktige økonomiske fordeler sammenlignet med å leie. Eiealternativet sikrer en robust og permanent parkeringsløsning som oppfyller reguleringskravene, og gir mulighet for fremtidig tilpasning og utvikling av fasilitetene. Styret vedtok derfor eie-alternativet som hovedalternativ for videre utredning.

Anbefalt konsept i den videre utredning

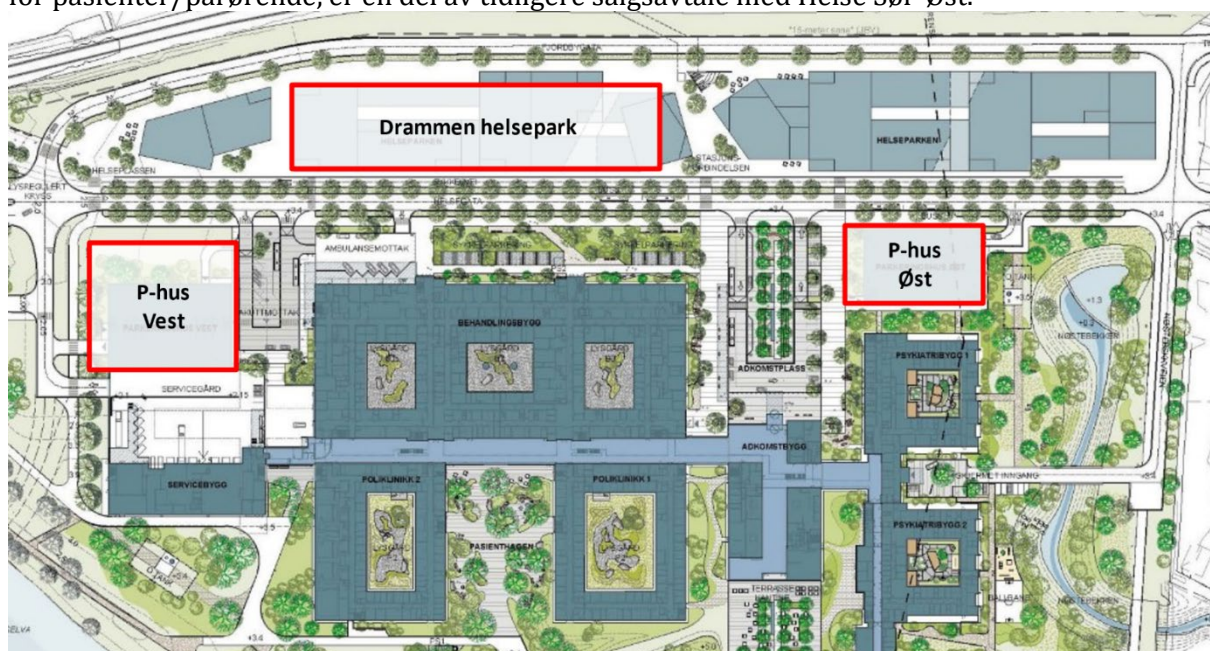
Etter at den første utredningen, ble det, etter innspill fra Drammen kommune, bestemt at den permanente løsningen ikke kunne ha en uavklart ekstern parkering. Den anbefalte permanente løsningene manglet 215 plasser, mens leiealternativet manglet 250 plasser. Disse parkeringsplassene ble da innlemmet som egneide parkeringsplasser for begge alternativ:

1. **For Eie-alternativet** ble kapasiteten i de to p-husene økt med 215 parkeringsplasser.
2. **For Leie-alternativet** ble det vurdert at et nytt parkeringshus vest på sykehustomten i tillegg til de leide arealene kunne kompensere for de manglende 250 plassene. Det var i dette alternativet allerede beregnet 110 plasser på overflateparkering, og disse plassene ble da innlemmet i et nytt parkeringshus med totalt 360 plasser.

Med disse oppdaterte forutsetninger for begge alternativene viser utredningen at det valgte eie-alternativ fortsatt vil være mest økonomisk gunstig.

Beregningsgrunnlagene for de to alternativene bygger på prisforutsetninger for utleie av parkeringsplasser og kostnader for drift. Vestre Viken HF vil videre blant annet utrede alternative prismodeller for dag-/døgnsatser for langtidsinneliggende pasienter og deres pårørende. Likeledes vil det vurderes alternative prismodeller for ansatte eksempelvis med bruk av dagsatser og differensierte priser på hhv. dag, kveld og natt. Dersom helseforetaket velger slike løsninger, vil det påvirke beregningsgrunnlaget likt for begge alternativer. Dette vil dermed ikke ha innvirkning på vurderingen av alternativene, men kan påvirke prosjektets økonomiske bæreevne.

Hovedalternativet med egneide parkeringshus vil ligge i nær tilknytning til nytt sykehus i Drammen: Et parkeringshus øst, som ligger nord for psykiatribyggene, og et parkeringshus vest, som ligger nord for servicebygget. I tillegg skal Drammen helsepark tilgjengeliggjøre 250 permanente plasser for pasienter og pårørende. Parkeringsplassene som DHP stiller til rådighet for pasienter/pårørende, er en del av tidligere salgsavtale med Helse Sør-Øst.



Figur 3 Oversikt over parkeringsløsning i valgt hovedalternativ

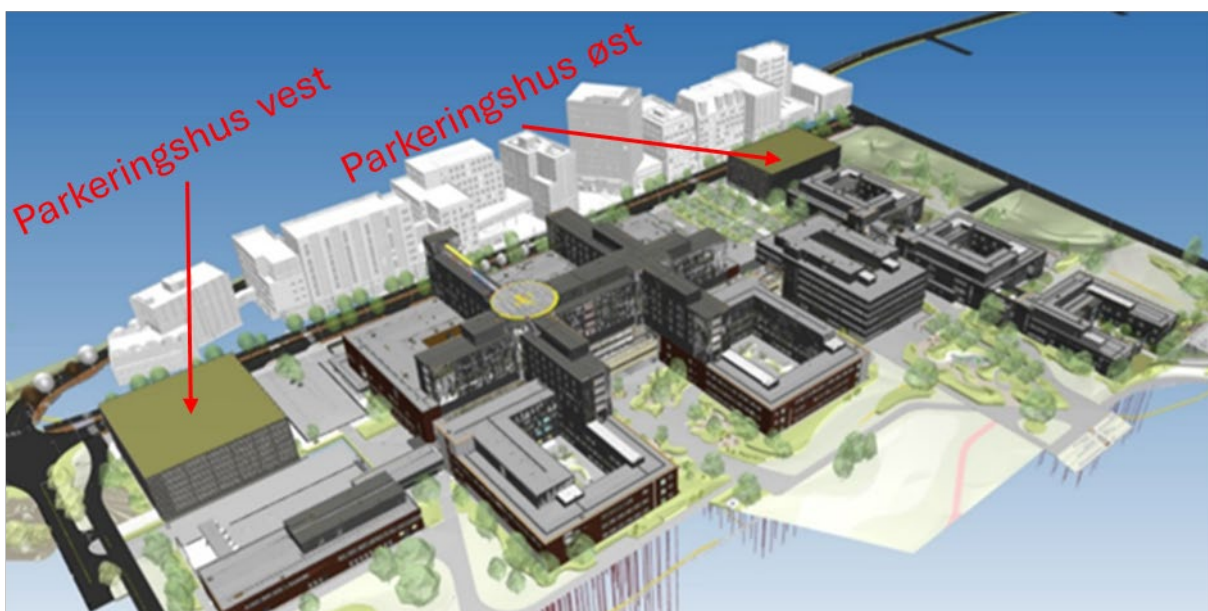
Hovedalternativet har blitt utdypet gjennom skisseprosjekt med tilhørende kalkyler og utredninger. Dette omfatter kapasitets- og arealbehov, overordnede føringer, sammenhenger, løsningsforslag, samt kvalitative og økonomiske vurderinger.

Tabell 1 Forskjell mellom hovedalternativ og muligheten for å inkludere noen etasjer under bakkeplan

Konsept	Parkeringshus vest	Parkeringshus øst
---------	--------------------	-------------------

Hovedalternativ med egneide parkeringshus	9 etasjer, ingen underetasje	8 etasjer, inkl. 1 underetasje
Hovedalternativ med egneide parkeringshus og flere etasjer under bakken	9 etasjer, inkl. 2 underetasjer	8 etasjer, inkl. 2 underetasjer

Det foreligger en mulig risiko for at Drammen kommune kan stille regulatoriske krav til bygging av parkeringshus i høyden, dog har kommunen allerede erfaring med høye parkeringshus i Drammen sentrum. For å vurdere en alternativ løsning er det utarbeidet et kalkylegrunnlag for å undersøke muligheten for å plassere to av etasjene under bakkeplan. Denne løsningen er ikke inkludert i skisseprosjektet, men er vurdert som en sensitivitetsanalyse i de økonomiske beregningene. Alternativet som omfatter etasjer under bakkeplan krever vannrett bunnplate, strekkpeler og hevet betongkvalitet sammenlignet med alternativet uten etasjer under bakkeplan. Det presiseres at også med denne justeringen vil eiealternativet komme bedre ut økonomisk for foretaket.



Figur 4 Illustrasjon av parkeringsløsning på egneide tomt ved NSD for hovedalternativ

Alternativ løsning for videre utredning – utkjøp av parkeringsanlegg

Nedre Strandvei 64 har fremmet en mulighet for utkjøp av parkeringsanlegget etter ferdig utbygging. Et slikt utkjøp kan løses innenfor rammene av eiealternativene. Dialogen om en slik løsning er i en oppstartsfasen, og en slik løsning er derfor ikke utredet. Dersom en slik løsning viser seg å være et likeverdig alternativ innenfor fastsatt øvre styringsramme for prosjektet, kan det erstatte ett av de planlagte parkeringshusene. Det er derfor ønskelig at styrets vedtak åpner for en alternativ lokalisering av ett av parkeringshusene.

Investeringskostnad og økonomisk styringsramme

Grunnlag for fastsettelse av prosjektets styringsramme er utarbeidet i en konseptutredning i tråd med «Veileder for tidligfasen av sykehusbyggprosjekter». Basiskalkylen for prosjektgjennomføringen er utarbeidet av prosjektorganisasjonen, arkitekt og kalkylerådgiver, basert på det beskrevne skisseprosjektet. Basiskalkylen for investeringsprosjektet er unntatt offentlighet i hht. Offentlighetslovens § 23 første ledd.

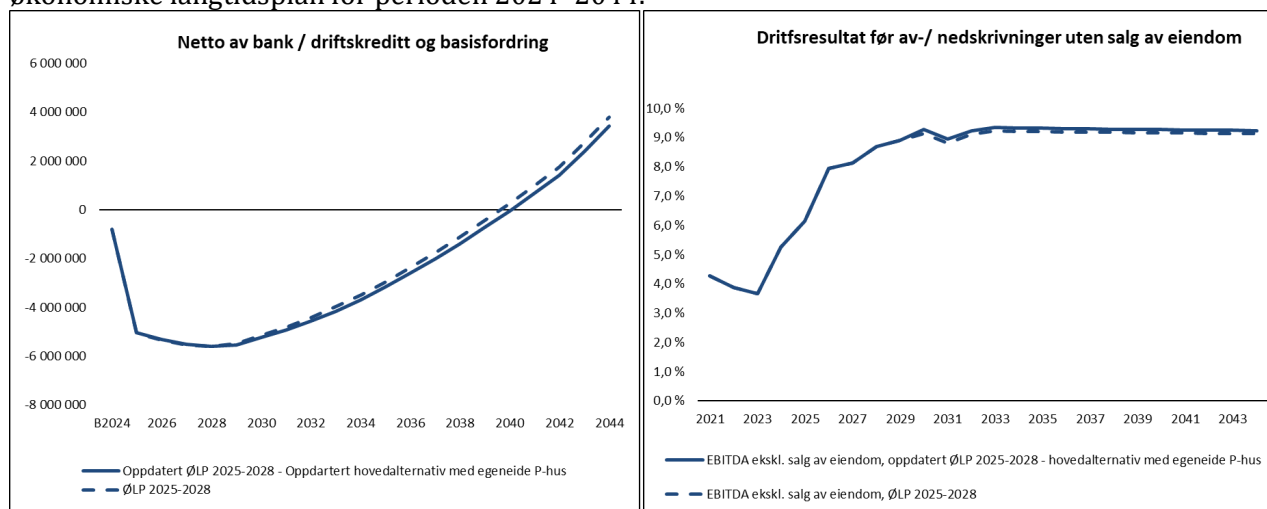
Driftsøkonomi og økonomisk bæreevne

De driftsøkonomiske vurderingene er knyttet til inntektsgrunnlag og kostnader forbundet med drift av parkering for pasienter og ansatte. Sammen med styringsrammen ligger det til grunn for analysene av økonomisk bæreevne på prosjektnivå. Vestre Viken HF har også oppdatert helseforetakets økonomiske langtidsplan 2025-2028, basert på endelig konseptutredning. Denne er lagt til grunn for vurdering av bæreevne på helseforetaksnivå.

Inntektssiden består av parkeringsavgifter for pasienter, besøkende og ansatte. Kostnadene består av kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold. I tillegg er det lagt til grunn at et eksternt parkeringsselskap skal stå for drift av betalingsløsning. Til slutt kommer kostnader knyttet til lånefinansiering av investeringen, som overgår netto driftsinntekter. Prosjektet har en negativ likviditetsstrøm i avdragsperioden frem til lånet er tilbakebetalt etter 33 år.

Parkeringshusene vil ikke alene bære seg økonomisk og påfører foretaket sånn sett en økt netto kostnad. Beløpsmessig er dette innenfor den økonomiske bæreevnen til foretaket samlet. I helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028 var det kun innarbeidet investeringskostnad for overflateparkering i tilknytning nytt sykehus i Drammen. Oppdatert økonomisk langtidsplan 2025-2028 for Vestre Viken HF av 7. november 2024 inkluderer ny styringsramme (P50) basert på oppdatert investeringsestimater i konseptutredningen, samt driftsøkonomiske effekter. Oppdateringen gir ingen vesentlige endringer sammenlignet med helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan 2025-2028.

Figuren under viser utviklingen i driftsresultat og netto mellomværende med Helse Sør-Øst RHF (bank/driftskreditt og basisfordring) for Vestre Viken HF hentet fra helseforetakets oppdaterte økonomiske langtidsplan for perioden 2024–2044.



Figur 2: Netto av bank/driftskreditt og basisfordring 2024 – 2044 og driftsmargin uten salg av eiendom 2024-2044

Oppdatert økonomisk langtidsplan 2025-2028 fra Vestre Viken HF viser at det er behov for mellomfinansiering frem til år 2040. Det er innarbeidet eksternt lånefinansiering av hovedalternativ for parkeringshus øst og vest. Kostnadene til lånefinansiering vil overstige økte netto driftsinntekter, som illustrert ved kurven som viser netto av bank/driftskreditt og basisfordring ved utgangen av år 2044, se Figur 5.

Vestre Viken HF viser økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå under de forutsetningene som er lagt til grunn for oppdatert økonomisk langtidsplan 2025-2028.

Administrerende direktørs vurderinger

Reguleringsplanen stiller krav om minimum 600 parkeringsplasser til pasienter og pårørende, minimum 600 plasser til ansatte, og minimum 120 som kan disponeres etter behov, totalt 1320 parkeringsplasser. Denne saken beskriver hvordan Vestre Viken HF kan oppfylle dette kravet, både på midlertidig og permanent basis.

Det er tidligere vurdert alternativer for eide og leide permanente parkeringsplasser. Disse vurderingene konkluderte med at eiealternativet er det beste valget. Eiealternativet gir sykehuset nødvendig kontroll og fleksibilitet, og gir totalt sett en bedre økonomisk bæreevne enn leie-alternativet. Det er i saken redegjort for en midlertidig løsning frem til parkeringshusene står klare. Som følge av at den tidligere utredningen ikke hadde tilfredsstillende løsning for hhv. 215/250 parkeringsplasser i eie- og leiealternativet, er det nå gjort en utredning av alternativene som sikrer etablering av 1320 plasser i tråd med reguleringskravene. Utredningen er utformet i tråd med gjeldende «Veileder for tidligfaseutredning i sykehusbyggprosjekter».

Administrerende direktør konstaterer at egneide parkeringshus er den mest økonomisk gunstige løsningen, og den oppfyller gjeldende reguleringskrav. Samtidig gir den helseforetaket fleksibilitet til å tilpasse og videreutvikle parkeringsfasilitetene i fremtiden. Det anbefales derfor at prosjektet går videre til detaljert planlegging og gjennomføring. Styringsrammen for prosjektet fastsettes innenfor en øvre økonomisk ramme som er omtalt i vedlegg 1 til denne saken.

Som fremstilt i saksutredningen overfor er det ønskelig å gå i videre dialog med Nedre Strandgate 64 om et eventuelt utkjøp av parkeringsanlegget som tidligere er tilbudt som en leieavtale. En slik løsning kan, forutsatt at dette fremstår som en likeverdig økonomisk gunstig løsning, erstatte ett av de planlagte byggene på egen tomt. Utredningen må oppdateres med dette alternativet dersom forhandlinger fører frem.

Administrerende direktør ber styret godkjenne anbefalt løsninger for etablering av 1320 parkeringsplasser, der 250 vil dekkes av avtalen med Drammen Helsepark. I tråd med fullmaktsstrukturene må konseptutredningen oversendes for videre behandling i Helse Sør-Øst RHF. Administrerende direktør ber videre om fullmakt til å søke Helse Sør-Øst RHF om lån i henhold til gjeldende retningslinjer, slik at prosjektet sikres finansiering med planlagt oppstart av forprosjektet i 2025. Anmodning om godkjenning i Helse Sør-Øst RHF og lånesøknad vil oversendes etter at utredningen eventuelt er komplettert med et alternativt utkjøp fra Nedre Strandgate 64.

Vedlegg:

1. Økonomiske utredninger (unntatt offentlighet)

Dato: 10. desember 2024

Saksbehandler: uvgaja

Saksfremlegg

Oppdatert antikorrupsjonsprogram i HSØ

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøtet i VVHF	116/2024	16.12.24

Forslag til vedtak Styret tar saken til orientering.

Drammen, 10. desember 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Hva saken gjelder

HSØ har oppdatert sitt antikorrupsjonsprogram for regionen. Formålet med dette og en egen dilemmatrening er å forebygge misligheter, korrupsjon og brudd på etiske retningslinjer for medarbeidere i hele Helse Sør-Øst. Helse Sør-Østs antikorrupsjonsprogram ble vedtatt i styre i 2014 (Styresak 094-2014 Antikorrupsjonsprogram i Helse Sør-Øst).

Antikorrupsjonsprogrammet er tilgjengelig på Helse Sør-Østs nettsider, og helseforetakene lenker i dag til dette programmet. Antikorrupsjonsprogrammet bygger på Helse Sør-Østs verdigrunnlag samt de etiske retningslinjene og andre styrende dokumenter i foretaksgruppen. Staten som eier forventer at alle selskaper med statlig eierandel skal arbeide systematisk med sitt samfunnsansvar, hvorav ett av kjerneområdene er antikorrupsjon. Konkret innebærer dette en forventning om at statlige selskaper har retningslinjer, systemer og tiltak for å hindre korrupsjon, og for å håndtere mulige lovbrudd eller tvilstilfeller som måtte avdekkes på dette feltet (Meld. St. 6 Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap). Saken ble behandlet i direktørmøtet HSØ 5. desember.

Hovedpunkter og handlingsalternativer

Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet en oppdatert versjon av antikorrupsjonsprogrammet. Følgende fora har vært involvert i arbeidet: Regionalt nettverk for samfunnsansvar, HR-direktørmøte, økonomidirektørmøte og samarbeidsmøte. Helse Sør-Øst er medlem av Transparency International Norge som har gitt innspill til Helse Sør-Øst sitt oppdaterte antikorrupsjonsprogram. Transparency International Norge besøkte ledelsen i Vestre Viken HF 23. mai 2023. Det var også en oppfølgingssak i ledermøte 20. juni samme år.

Arbeidet med oppdateringen av antikorrupsjonsprogrammet er delt i to aktiviteter:

1. Antikorrupsjonsprogrammet

I 2018 etablerte Helse Midt-Norge et antikorrupsjonsprogram som ble basert på Helse Sør-Østs program fra 2014. Helse Sør-Østs oppdaterte antikorrupsjonsprogram bygger videre på programmet fra Helse Midt-Norge. Det er ikke gjort store endringer på innholdet, i hovedsak tilpasning til Helse Sør-Østs systemer og oppdatert i tråd med nye krav og retningslinjer. Det er lagt til et avsnitt om åpenhetsloven, som påpeker at aktsomhetsvurderinger også omfatter å kartlegge og analysere risiko for misligheter og korrupsjon i virksomheten.

Samarbeidsavtalene med LMI og Melanor om leverandørkontakt er en viktig del av antikorrupsjonsprogrammet. Det vises til avtalene som ble revidert i 2023 og ligger tilgjengelig på Sykehusinnkjøps nettsider. Her er det også en dilemmasamling og et eget e-læringskurs. Vestre Viken HF har lenket dette i prosedyren [eHåndbok - VV Samhandling med industrien](#).

2. Dilemmasamling

Dilemmatrening er et godt verktøy for å øke medarbeidernes bevissthet om etiske dilemmaer som oppstår på arbeidsplassen. Etter innspill fra HR-direktørmøte og økonomidirektørmøte spilles det inn filmsnutter av ulike etiske dilemma. Dilemmasamlingen publiseres på Helse Sør-Østs nettsider og skal være et verktøy som benyttes på fagsamlinger og avdelingsmøter i helseforetakene. Dilemmaene omfatter blant annet følgende tema: habilitet, tyveri, prioritering av tilgang til helsetjenester, «tette bånd», reiseregningfusking og smøring. Se lenker til utvalgte dilemma under:

[Smøring og bonuspoeng on Vimeo](#)

[Lønnstyveri og fremdriftspress on Vimeo](#)

[Tette bånd på ortopedien on Vimeo](#)

[Tyveri av materiell on Vimeo](#)

Administrerende direktørs vurdering

Det vil bli tatt en gjennomgang av endringene med tanke på iverksetting av nødvendige tiltak, oppdatering av prosedyre om antikorrupsjon i e-håndbok og informasjon om antikorrupsjon på intranett.

Vedlegg: Antikorrupsjonsprogram HSØ

The background is a solid dark blue. It features a decorative graphic consisting of four light blue circles at the corners of a square, connected by dotted lines that form a grid. The lines intersect at the center of the square and extend towards the edges. The main title is centered in the upper half of the page.

Korrupsjon og misligheter

Helse Sør-Østs
antikorrupsjonsprogram

A large, light blue rectangular area is positioned on the right side of the page, partially overlapping the dotted grid lines. It is empty and serves as a design element.

Forord

Helse Sør-Øst har ansvar for spesialisthelsetjenesten til 3,1 millioner mennesker i Innlandet, Buskerud, Akershus, Oslo, Vestfold, Østfold, Telemark og Agder. I tillegg til å gi et godt helsetilbud til befolkningen, forvalter Helse Sør-Øst store verdier i form av personell, kompetanse, utstyr og bygg. Det er viktig at disse verdiene forvaltes i tråd med fellesskapets beste, og i tråd med vår visjon:

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det.

Helse Sør-Østs antikorrupsjonsprogram er et felles rammeverk for hele foretaksgruppen i arbeidet mot korrupsjon og misligheter. Antikorrupsjonsarbeidet skal bidra til å etterleve Helse Sør-Østs verdier i alle ledd:

Kvalitet, trygghet og respekt.

Antikorrupsjonsprogrammet er Helse Sør-Østs forebyggende tiltak for å motvirke korrupsjon og sørge for riktig håndtering av saker med mistanke om korrupsjon. Programmet gjelder for hele foretaksgruppen, både ansatte, tillitsvalgte, styremedlemmer og brukerrepresentanter. Det inkluderer også et system for å stille krav til de som samhandler eller leverer tjenester til oss.

Det skal ikke være tvil om at Helse Sør-Øst er imot alle former for korrupsjon, og vil arbeide aktivt for å sikre at korrupsjon ikke forekommer i vår virksomhet.



Innholdsfortegnelse

1.	Innledning	4
1.1	Bakgrunn	4
1.2	Formål	5
2.	Korrupsjon og misligheter	5
2.1	Definisjon korrupsjon	5
2.2	Åpenhetsloven	6
2.3	Fra ukultur til mislighet	7
3.	Risiko for misligheter og korrupsjon i spesialisthelsetjenesten	8
3.1	Mislighetstriangelet	9
3.2	Risikoområder i Helse Sør-Øst	10
4.	Helse Sør-Østs antikorrupsjonsprogram	13
4.1	Ledelsens ansvar	13
4.2	Hovedelementer i programmet	13
4.2.1	Verdier, holdninger og kultur	14
4.2.2	Etiske retningslinjer	15
4.2.3	Risikoanalyser	16
4.2.4	Kontrollsystem	16
4.2.5	Varslingsordning	18
4.2.6	System for oppfølging	19
5.	Antikorrupsjonsprogrammet som en integrert del av daglig drift	19
5.1	Dilemmatrening	20
	Litteraturliste	21



1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Høy grad av tillit, både til staten og mellom enkeltaktører, er en stor styrke for Norge. Den tilliten som er utviklet gjennom generasjoner bidrar til lave transaksjonskostnader og mer effektiv drift av næringsliv og offentlig sektor. Tillit tar lang tid å bygge opp, men kort tid å rive ned. Derfor er det viktig at vi tar vare på tilliten i samfunnet. (Meld. St. 15 Felles verdier – felles ansvar)

Korrupsjon er maktmisbruk, og maktmisbruk svekker tillit. Hvis det fester seg et inntrykk av at et helseforetak fraviker likebehandlingsprinsippet på grunn av utilbørlig påvirkning utenfra, svekkes tilliten og legitimiteten til foretakets oppgaveløsning.

Media har vist en stor interesse for saker knyttet til korrupsjon om misligheter de siste årene. Flere ledere på administrativt nivå og politisk nivå har mistet tillit og fratrudd sin stilling/verv på grunn av korrupsjon- og mislighetssaker. Den relevante norske lovgivningen på området ble etablert i 2003, gjennom korrupsjonsbestemmelsen i straffeloven. Etter norsk lov er alle former for korrupsjon straffbart.

Flere enkeltsaker har medført økt oppmerksomhet hos norske selskaper om hva som kreves for å bekjempe korrupsjon. Rettspraksis i Norge har ført til økt nivå på bøter for korrupsjon. Hvis korrupsjonsbestemmelsene brytes, kan selskaper i dag bli ilagt foretaksstraff. Manglende innsats på forebyggende tiltak vil være av betydning for avgjørelsen om hvorvidt det skal ilegges foretaksstraff.

Staten som eier forventer at alle selskaper med statlig eierandel skal arbeide systematisk med sitt samfunnsansvar, hvorav ett av kjerneområdene er antikorrupsjon. Konkret innebærer dette en forventning om at statlige selskaper har retningslinjer, systemer og tiltak for å hindre korrupsjon, og for å håndtere mulige lovbrudd eller tvilstilfeller som måtte avdekkes på dette feltet (*Meld. St. 6 Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap*).

Antikorrupsjonsprogrammet bygger på Helse Sør-Østs verdigrunnlag samt de etiske retningslinjene og andre styrende dokumenter i foretaksgruppen. Programmet er



basert på beste praksis og har dratt nytte av tilsvarende arbeid og ressurser i Helse Midt-Norge og andre offentlige virksomheter. Som medlem av Transparency International Norge, har Helse Sør-Øst RHF tilgang til organisasjonens kompetanse og publikasjoner.

1.2 Formål

Antikorrupsjonsprogrammet er Helse Sør-Østs systematiske arbeid mot korrupsjon. Formålet med rammeverket er å hjelpe foretakene med å forebygge og forhindre misligheter og korrupsjon, ved å øke bevisstheten på hvordan korrupsjon kan oppstå og hvordan den kan forebygges og avdekkes. Arbeidet med antikorrupsjon er en kontinuerlig prosess der risikoanalyser, kontroller og forebyggende systemer må oppdateres og vedlikeholdes.

Korrupsjon kan føre til at ressurser anvendes på andre måter enn de er ment, for eksempel ved at det velges dyrere løsninger og at verdier går til berikelse eller gunst for parter som ikke har rett til det. Korrupsjon i en offentlig institusjon kan ikke bare føre til økonomiske tap for samfunnet, men også ramme enkeltpersoner eller hederlige leverandører. Hvis løsningene blir mer kostbare, vil dette igjen kunne gå ut over muligheten til å løse viktige oppgaver og sikre god kvalitet på tjenestene.

2. Korrupsjon og misligheter

2.1 Definisjon korrupsjon

Korrupsjon omfatter et bredt spekter av aktiviteter der formålet er å skaffe seg ulovlige fordeler. Korrupsjon er straffbart og i straffeloven definert slik:

Å kreve, motta eller akseptere et tilbud om en utilbørlig fordel i anledning av stilling, verv eller oppdrag, eller å gi eller tilby noen en utilbørlig fordel i anledning stilling, verv eller oppdrag.

Definisjonen gjør at både den som tilbyr en utilbørlig fordel (aktiv korrupsjon) og den som aksepterer et slikt tilbud (passiv korrupsjon), kan straffeforfølges for korrupsjon i henhold til straffeloven. Fordelen trenger ikke nødvendigvis å være økonomisk, og heller ikke medføre personlig vinning. Tilbyder av en utilbørlig



fordel kan straffeforfølges for forsøk på korrupsjon selv om mottaker ikke aksepterer tilbudet.

Transparency International definerer korrupsjon som «*misbruk av makt i betrodde stillinger til privat fordel*».

Korrupsjon er en av flere mulige former for misligheter. Riksrevisjonens definisjon på mislighet er *uredelighet for å oppnå en urettmessig eller ulovlig fordel*. Ordet mislighet kan derfor ses på som et overbygg for ulike former for økonomisk kriminalitet og for brudd på interne etiske retningslinjer.

Det kan også skilles mellom bevisst og ubevisst korrupsjon. Ubevisst korrupsjon kan finne sted der det finnes utydelige regler og retningslinjer, eller der disse ikke er godt nok kjent. En person kan altså begå korrupsjon uten å ha til hensikt å gjøre det på grunn av manglende kunnskap. En viktig del av antikorrupsjonsprogrammet er derfor bevisstgjøring av hvilke handlinger som er akseptable.

Korrupsjon er en form for mislighet der begge parter – både den som tilbyr og den som mottar fordeler – risikerer straff. Dette bidrar til at det er handlinger som kan være ekstra vanskelige å avdekke.

2.2 Åpenhetsloven

Helseforetakene er omfattet av *Lov om virksomheters åpenhet og arbeid med grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold* (åpenhetsloven). Åpenhetsloven har to formål. Den skal fremme virksomheters respekt for grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold, og sikre publikum tilgang til informasjon. Helseforetakene gjennomfører jevnlig aktsomhetsvurderinger for å få oversikt over og vurdere risiko for om det skjer brudd på menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold, både internt i virksomheten og hos leverandørkjeder og forretningsforbindelser. Helseforetakene samarbeider med felleseide helseforetak i arbeidet med aktsomhetsvurderinger. Prosessen med aktsomhetsvurderingene omfatter også å kartlegge og analysere risiko for misligheter og korrupsjon i virksomheten.



2.3 Fra ukultur til mislighet

Antikorrupsjonsprogrammet omfatter også misligheter som ikke faller inn under den strafferettslige definisjonen av korrupsjon. Overgangen fra brudd på interne etiske retningslinjer, ulike lover og andre former for misligheter er ikke alltid svart/hvitt. Man ser ofte at starten på en sak som involverer økonomisk kriminalitet, er små etiske brudd. Enkeltvis eller hver for seg representerer ikke slike skritt nødvendigvis straffbar korrupsjon, men de kan være med på å legitimere overfor seg selv og andre at avvikene ikke er så alvorlige.

Uten korreksjon kan slike skritt over tid befeste en ukultur eller uheldig praksis som gjør at nye skritt godtas og grensene for hva som anses upassende, flytter seg. Fenomenet omtales gjerne som «the slippery slope» i litteraturen om korrupsjon: Begynner en først å skli utfor, kan det være vanskelig å stoppe. Dette er illustrert i figuren «Korrupsjonssklia» nedenfor fra Transparency International.



Figur 1. «Korrupsjonssklia» (kilde: Transparency International Norge)

Folks oppfatning av hva som kan betegnes som korrupsjon, er mer vidtrekkende enn det som følger av straffeloven. Dette kan for eksempel gjelde sammenblanding av profesjonelle og private interesser i strid med etisk regelverk, som kan være



kritikkverdig men ikke straffbart. Programmet omfatter derfor også denne typen handlinger.

3. Risiko for misligheter og korrupsjon i spesialisthelsetjenesten

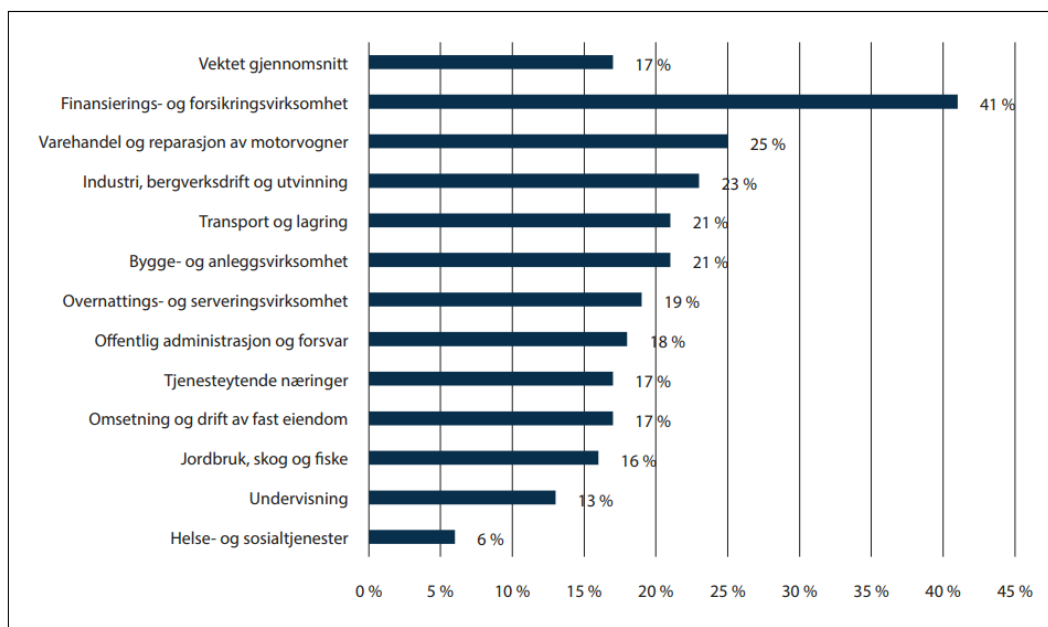
Transparency International rangerer Norge som et av de land i verden med minst korrupsjon. I perioden 2010-2020 har politiet likevel registrert nesten 600 anmeldelser for korrupsjon.

Transparency International sin gjennomgang av korrupsjonsdommer i Norge i perioden 2003– 2023 viser at offentlige tjenestemenn var involvert i nær halvparten av alle korrupsjonssaker som førte til domfellelse. Dette viser at offentlige sektor er utsatt for korrupsjon og misligheter, og det er ofte i møtet mellom offentlig og privat sektor at risikoen er størst. Det er også risiko for korrupsjon i forbindelse med offentlig sektors handel med korrupsjonsutsatte land.

Korrupsjon kan ha mange former og den kan utvikle seg gradvis, fra en praksis som oppleves som smidig og hensiktsmessig i hverdagen, via snarveier og små omgåelser av rutiner og regelverk, til misligheter eller straffbar korrupsjon. Korrumperende virksomhet kan være underslag, avtalepriser, smøring, bestikkelser, tyverier, regnskapsmanipulering, forskjellsbehandling, gjøre ting til egen fordel og annet. Verdien av korrupsjonen kan være alt fra «ei flaske vin» eller kun «goodwill» til underslag av milliardbeløp.

Tabellen nedenfor viser at helse- og sosialtjenester isolert sett ikke er en spesielt utsatt sektor for økonomisk kriminalitet. Helseforetakenes virksomhet omfatter også forskning, transport og bygg- og anleggsvirksomhet som peker seg ut som mer utsatte næringer.

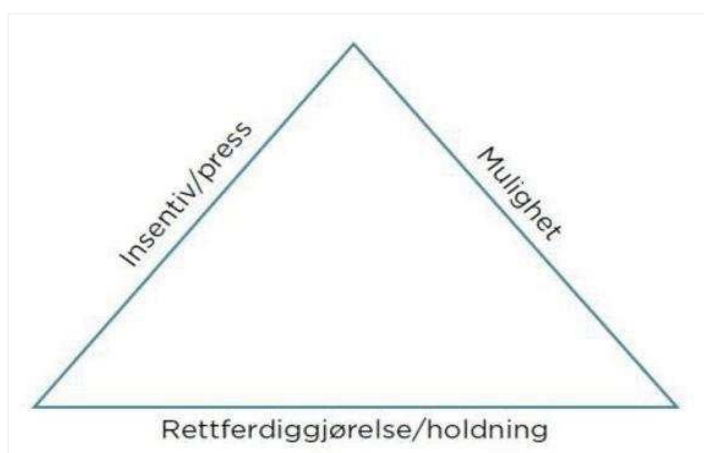




Figur 2: Andelen virksomheter som oppgir å være utsatt for økonomisk kriminalitet i 2021, etter type næring. Virksomheter med fem eller flere ansatte. Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Vista Analyse 2022.

3.1 Mislighetstriangelet

For å sikre god etterlevelse av lover og regler er det viktig å forstå hvorfor misligheter oppstår. Ifølge det såkalte mislighetstriangelet må tre forhold være til stede for at korrupsjon skal kunne begås: Muligheten til å begå korruppte handlinger, mulighet til å rettfærdiggjøre handlingen i etterkant, samt incentiv til å handle korruppt.



Figur 3: Mislighetstriangelet (kilde: Transparency International Norge)



Mulighetene for å begå korrupsjon og andre misligheter vil være større der risikoen for å bli avslørt er liten. For å redusere mulighetene for korrupsjon og misligheter, må et selskap ha gode rutiner på plass for å forebygge, avdekke og varsle.

Anledningen til å rettfærdiggjøre handlingen overfor seg selv - hvorfor «det er greit» å gjøre det man gjør – er viktig for å forstå risikoen for korrupsjon og misligheter i en organisasjon. Gode verdier og holdninger, samt en tydelig antikorrupsjonspolicy kan bidra til at det ikke råder noen tvil om hvilke regler og retningslinjer ansatte er underlagt i kraft av sitt ansettelsesforhold. Med dette på plass, er det vanskeligere å rettfærdiggjøre en korrupt handling.

For å redusere risikoen for korrupsjon og misligheter i en organisasjon, må *incentiv og press* til å begå slike handlinger reduseres. Prestasjonsmål og -bonus og andre monetære incentivordninger bør gjennomgås regelmessig for å tilse at de ikke oppmuntrer til adferd som strider mot lover regler og selskapets etiske retningslinjer. Det vil likevel kunne være vanskelig for et selskap å sikre seg mot incentiver og press den ansatte opplever på det private plan, for eksempel gjennom aktiviteter foretatt på fritiden.

3.2 Risikoområder i Helse Sør-Øst

Det er generelt størst risiko for at det oppstår korrupsjon og misligheter – enten bevisst eller ubevisst – i foretakenes møte med privat sektor og i situasjoner der det er tette bånd mellom beslutningstakere og interessenter.

Gjennom arbeid i tverrregionale workshops, er områdene der det er størst risiko for korrupsjon og misligheter identifisert. Dette er områder der spesialisthelsetjenesten oppfattes å ha et behov for ytterligere risikoreducerende tiltak. Disse områdene, med tilhørende eksempler på problemstillinger, er omtalt i det videre.

Innkjøp

Lov om offentlige anskaffelser og tilhørende forskrifter setter opp klare krav til en ryddig anskaffelsesprosess og de grunnleggende prinsippene som skal oppfylles. Formålet er å sikre effektiv utnyttelse av de offentlige midlene og rettfærdig konkurranse mellom leverandører. Innkjøpsområdet er kjennetegnet av store



beløp, komplekse prosesser og mange aktører i forbindelse med beslutning, anskaffelse, forvaltning og bruk. Når det gjelder innkjøp håndteres de fleste anskaffelsesprosessene av Sykehusinnkjøp HF. Det betyr at det er Sykehusinnkjøp som gjennomfører anbudsprosessene og forvalter avtaler i etterkant. Helseforetakene i Helse Sør-Øst håndterer også en del innkjøp direkte, og er dermed utsatt for risiko for korrupsjon og misligheter i innkjøpsprosesser.

Konkrete risikoer er knyttet til blant annet innkjøp utenom rammeavtaler og ulovlige direkteanskaffelser, der leverandør velges ut fra kjennskap og vennskap, oppdrag som gis i bytte mot smøring og gjentjenester. Det kan også være snakk om anskaffelser/deler av anskaffelser til privat bruk. Risikoen er høyest i forbindelse med bygge- og vedlikeholdsprosjekter, legemidler, medisinsk-teknisk utstyr og IKT, og det kan her være snakk om både ulovlig samarbeid med leverandører, tilpasning av kravspesifikasjoner og direkte underslag og tyveri.

Spesialisthelsetjenesten har tradisjonelt hatt tett kontakt med leverandører i legemiddelindustrien og øvrig leverandørindustri. Kontakten mellom ansatte i helseforetakene og industrien er i dag regulert i avtaler, men det er fortsatt på mange områder relativt tett direkte kontakt mellom operasjonelle innkjøpere/klinikere og leverandør. På grunn av et komplisert regelverk er det her en risiko for at innkjøpere blir påvirket til å kjøpe og bruke enkelte leverandørers utstyr, for eksempel gjennom at disse tilbyr kurs og andre faglige fordeler i bytte. Det kan også være risiko knyttet til gaver og utgiftsdekning. Tidligere var det vanlig at mye av etterutdanning for ansatte i spesialisthelsetjenesten foregikk i regi av leverandører. Det er en risiko knyttet til at bortfall av kompetanseutviklingsmidler er ikke finansiert opp tilstrekkelig fra helseforetakenes side.

Innovasjon

Vi ser også at det er risiko for korrupsjon og misligheter knyttet til innovative anskaffelser. Mange aktører og mangelfulle prosessbeskrivelser for å sikre ivaretagelse av formelle krav, samt at Helse Sør-Øst mangler føringer i forhold til samarbeidsavtaler med eksterne aktører på innovasjonsområdet, bidrar til denne risikoen. Et eksempel kan være utprøving av produkter i avdeling etter avtale med leverandør i bytte mot penger i avdelingens kurspott, noe som er uheldig i en konkurransesituasjon.



I innovasjonsprosjekter er det viktig å skille mellom deltakelse i innovasjonsfasen og i det etterfølgende anskaffelsesprosjektet. Bevissthet om hva som er åpen og lukket informasjon i deling med leverandører er sentralt, og fokus på når i en prosess anskaffelsesregelverket kobles inn.

Prioritering av tilgang til helsetjenester

I tillegg til å være en stor innkjøper, er Helse Sør-Øst også forvalter av knapphetsgodet spesialisthelsetjenester. Prioritering av tilgang til spesialisthelsetjenester er et område som er utsatt for korrupsjon og misligheter. Konkrete risikoer her er knyttet til pasientinntak og ventelister – går noen foran i køen i bytte mot tjenester fordi de kjenner legen? Det samme kan være tilfelle når det gjelder adgang til utprøving av nye legemidler og behandlingsmetoder.

Habilitet

I forvaltning av knapphetsgoder er habilitet sentralt. Dette gjelder også i forbindelse med ansettelser og tildeling av forskningsmidler. Her kan det oppstå utfordringer i ulike situasjoner på grunn av at miljøene er relativt små, og mange kjenner hverandre. I mange tilfeller er kjennskap ikke til å unngå, men da er det viktig at regler for å melde seg inhabil er kjent og følges. Bevisstgjøring er et sentralt stikkord her.

Det er også viktig å være bevisst habilitetsrisiko i forbindelse med ansattes bierverv, der ansatte i helseforetakene jobber hos private aktører på fritiden. Konkrete risikoområder her er at ansattes prioriteringer og henvisningspraksis tilgodeser egen privat virksomhet. En rapport fra Riksrevisjonen fra 2017 viser at alle helseforetak har en betydelig underrapportering om bierverv.

Sakkyndigvurderinger til justissektoren er et område saker fra andre deler av landet har vist at det er mulig å få private fordeler i bytte mot falske erklæringer.

Økonomi

Det er også risiko for misligheter knyttet til muligheten for manipulering i regnskapet (falske fakturaer, sletting av fakturaer mv.), gjennom at fullmaktsstruktur og arbeidsdeling ikke er tilstrekkelig for å sikre god kontroll. I Helse Sør-Østs økonomi- og logistikksystem er det flere innebygde kontroller som skal motvirke denne risikoen, men det er fortsatt en restrisiko på dette området.



4. Helse Sør-Østs antikorrupsjonsprogram

4.1 Ledelsens ansvar

Styret har det overordnede ansvaret for å påse at antikorrupsjonsprogrammet blir fulgt av foretaket, mens ansvaret for å sørge for tilstrekkelig implementering av programmet er lagt til foretakets ledelse. Ledelsens ansvar for å forebygge korrupsjon og andre misligheter er særlig tydeliggjort i Straffeloven og Skadeerstatningsloven. Mangel på tilstrekkelig og systematisk arbeid for å forhindre korrupsjon kan føre til strafferettslig og/eller erstatningsrettslig ansvar. Utover det rent etiske og omdømmemessige aspektet, er det derfor av stor betydning at foretakets ledelse sørger for å utarbeide interne rutiner, både for å forebygge korrupsjon, for å kontrollere at korrupsjon ikke forekommer og for avdekke tvilsomme forhold.

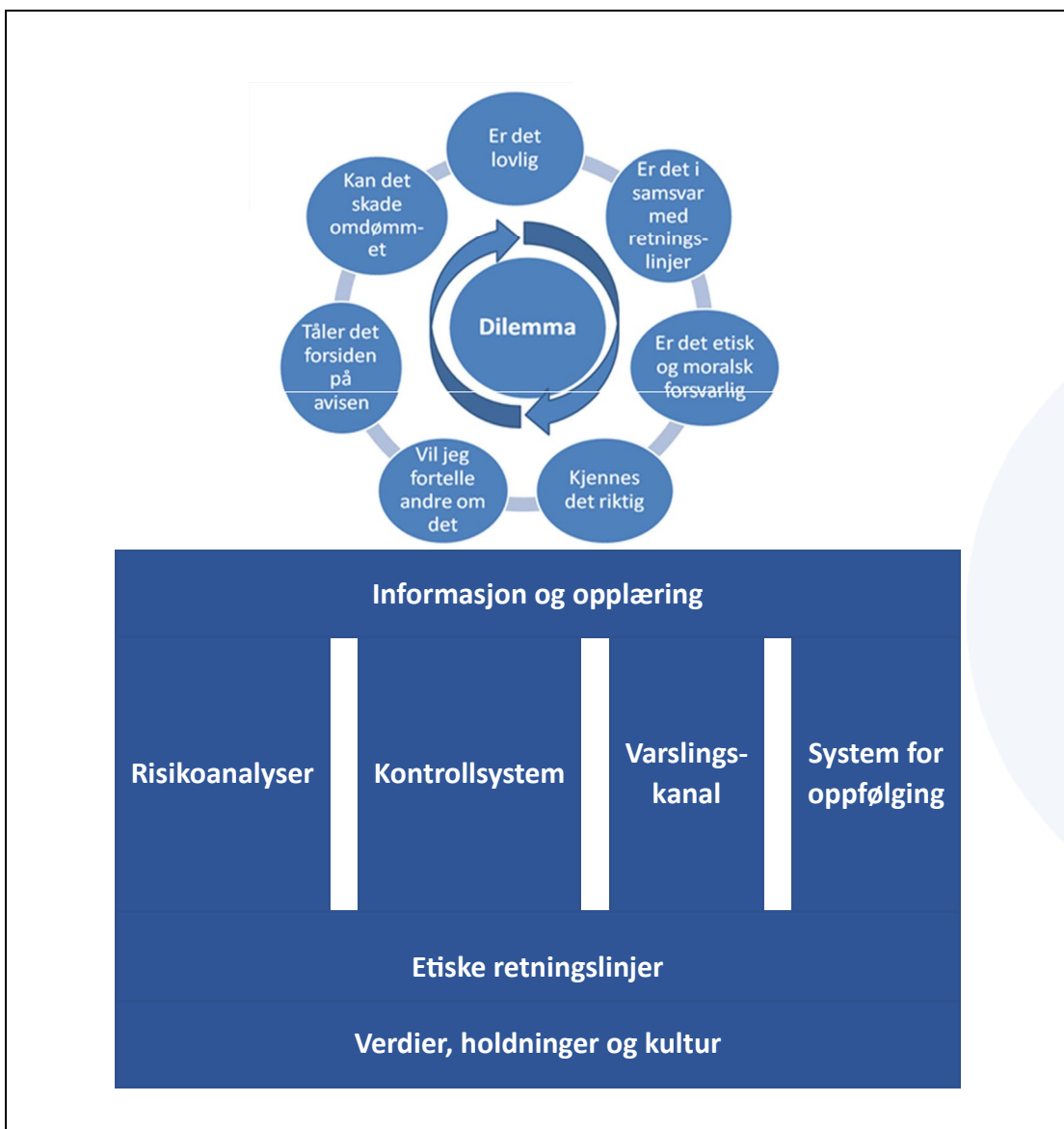
4.2 Hovedelementer i programmet

Helse Sør-Østs antikorrupsjonsprogram er en beskrivelse av foretaksgruppens systematiske arbeid mot korrupsjon og misligheter. Alle elementene i programmet er gjensidig avhengig av hverandre, og målet har vært å finne en riktig balanse mellom tillit og kontroll. Nedenfor beskrives de ulike elementene; hvorfor disse er viktige i antikorrupsjonsprogrammet, samt hvordan vi sikrer at elementene ivaretas.

Hovedelementene i Helse Sør-Østs antikorrupsjonsprogram er:

- Verdier, holdninger og kultur
- Etiske retningslinjer
- Risikoanalyser
- Kontrollsystem
- Varslingsordning
- System for oppfølging





Figur 4: Modell i antikorrupsjonsprogrammet i Helse Sør-Øst er en omarbeidet versjon av Einars Øverenget og Øyvind Kvalnes navigasjonshjulet.

4.2.1 Verdier, holdninger og kultur

Helse Sør-Østs verdigrunnlag er rettesnoren for alle ansatte og signaliserer for omverdenen hva som skal kjennetegne foretaksgruppens virksomhet. Helse Sør-Østs kjerneverdier er *kvalitet, trygghet og respekt*. Verdiene skal gjenspeiles i alle møter med pasienter, pårørende, kollegaer og ledere, studenter og samarbeidspartnere.



Ved å ha et aktivt og bevisst forhold til verdigrunnlaget, vil de som opptrer på vegne av foretakene, stå bedre rustet til å møte uetisk atferd og korrupsjon. Det vil også kunne forhindre utglidninger og dermed forebygge at uheldig praksis finner fotfeste.

Fokus på verdiene sikres gjennom «tonen fra toppen». Uten en ledelse som leder an i arbeidet mot korrupsjon, vil implementeringen av formelle programmer ikke gi ønsket effekt.

Medarbeidere med høy trivsel og lojalitet til jobben sin, er i mindre grad i risikozonen for å utføre etiske brudd eller lovbrudd, eller overse at andre gjør det. Anders Berg Olsen skriver i sin bok «Økonomisk kriminalitet» (Universitetsforlaget 2007) at lav trivsel og dårlige arbeidsforhold ikke nødvendigvis fører til misligheter, men at ansatte lettere kan argumentere både for seg selv og andre for å rettferdiggjøre uetiske og/eller ulovlige handlinger. Manglende motivasjon og lojalitet gjør det også enklere å overse andres lovbrudd og den sosiale kontrollen blir svak.

Et annet sentralt kjennetegn ved organisasjoner med kultur som forebygger korrupsjon og misligheter er åpenhet. Dette gjelder blant annet åpenhet knyttet til habilitet, bierverv mm. Helse Sør-Øst ønsker å kjennetegnes av en kultur som underbygger åpenhet og trivsel.

For at et antikorrupsjonsprogram skal være godt, må konsekvensene ved brudd på retningslinjer være tydelige. Det må reageres på mangelfull innsats for å iverksette programmet og på omgåelse av obligatorisk opplæring, gjennom etablering av en konsekvenskultur.

4.2.2 Etiske retningslinjer

Helse Sør-Øst har utarbeidet felles etiske retningslinjer. Retningslinjene er vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF, og det er helseforetakenes ansvar å implementere disse i sin organisasjon. De etiske retningslinjene er et grunnelement i Helse Sør-Østs antikorrupsjonsprogram.

De etiske retningslinjene inneholder anvisninger om hvilken atferd som forventes og hva som skal være rettesnoren for ansattes handlinger. Retningslinjene er en hjelp i situasjoner der lover og forskrifter ikke gir tilstrekkelig grunnlag for



beslutning eller valg av handlinger. De etiske retningslinjene er av overordnet karakter og er ment å være generelle rettesnorer som krever refleksjon av den enkelte. Retningslinjene skal ivareta verdigheten til pasienter, sikre tilliten i befolkningen og bidra til at helsetjenestene utøves i samsvar med vedtak, lover og forskrifter.

4.2.3 Risikoanalyser

De forebyggende systemene og avdekkende kontrollene innrettes med utgangspunkt i den faktisk identifiserte risikoen for korrupsjon og misligheter i Helse Sør-Øst. Hensikten med risikoanalyse er å finne ut hvordan antikorrupsjonsarbeidet bør innrettes og hva som bør prioriteres. Helseforetakene gjennomfører jevnlig aktsomhetsvurderinger for å få oversikt over og vurdere risiko for om det skjer brudd på menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold (åpenhetsloven). Prosessen med aktsomhetsvurderingene omfatter også å kartlegge og analysere risiko for misligheter og korrupsjon i virksomheten. Risikoområder innarbeides i handlingsplan og omtales i helseforetakets årlige redegjørelse for samfunnsansvar. Redegjørelsen publiseres på helseforetakenes nettsider.

I ForBedrings-undersøkelsen kartlegges årlig sikkerhetsklime i helseforetakene. Medarbeiderne skal svare på påstanden «*Det er trygt å si ifra om kritikkverdige forhold her*» for å få en indikasjon på varslingskultur i enhetene. En høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet. Resultatene fra ForBedrings-undersøkelsen skal inngå i arbeidet med aktsomhetsvurderingene.

4.2.4 Kontrollsystem

Et velfungerende kontrollsystem er avgjørende for foretakenes arbeid mot korrupsjon og misligheter. Kontrollsystemene har en viktig forebyggende funksjon, dels gjennom kontroller som reduserer muligheten til å begå korruperte handlinger, og dels ved at kontroll øker faren for å bli oppdaget. Videre vil kontrollsystemet avdekke eventuelle misligheter, feil eller korruperte handlinger som er begått.

Verdier og etiske retningslinjer ledsages av styringssystemer og iverksettelsestiltak som gjør det lettere for ledelsen og de ansatte å overholde kravene til etterlevelse i sitt daglige virke samt å sikre forståelse, forankring og oppfølging.



Fullmaktsstruktur

Sentralt i et internkontrollsystem er foretakets fullmaktsstruktur. Foretakets fullmakter gir ansatte fullmakter/legitimasjon til å handle på foretakets vegne og binde rettigheter og plikter. Det er helseforetakets administrerende direktørs ansvar å sørge for en tilstrekkelig fullmaktstruktur. Fullmakter bør gjennomgås årlig.

Fullmaktsstrukturen er koblet til tilgangs- og beløpsbegrensninger i de ulike IKT-systemene, blant annet økonomi- og logistikk-løsningen (Oracle), fakturahåndteringssystemet (Eye-Share), personalsystemet (PAGA) og system for tilgangsstyring (BAT).

Skriftlige regler og retningslinjer

Etiske retningslinjer er ofte ikke detaljert og spesifikt nok på de ulike temaene innen bekjempelse av korrupsjon og misligheter, og må suppleres med skriftlige regler og retningslinjer som går mer i detalj og er mer direkte anvendbare i praksis for de ansatte. Skriftlige regler og retningslinjer er en viktig pilar i Helse Sør-Østs antikorrupsjonsprogram. Felles prosedyrer er hjelpemidler for ansatte, og bidrar til å redusere risikoen for bevisst og ubevisst korrupsjon og misligheter.

Helse Sør-Øst har, i tillegg til de etiske retningslinjene, følgende regionale rutiner, retningslinjer og bestemmelser relevante for arbeidet mot korrupsjon og misligheter (årstall for siste stadfestelse i parentes):

- Delstrategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst
- Finansstrategi for Helse Sør-Øst
- Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst
- Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar
- Retningslinjer vedrørende helseforetakenes forhold til gaver, stiftelser og legater
- Erkjentlighet i Helse Sør-Øst RHF
- Veileder for håndtering av bierverv i Helse Sør-Øst

Samarbeidsavtaler mellom helseforetak, Legemiddelindustrien og Melanor

Samarbeid mellom ansatte i helseforetak og leverandører er en forutsetning for et velfungerende helse-Norge. Det er derfor inngått samarbeidsavtaler mellom helseforetakene i Norge og Legemiddelindustrien (LMI) og Melanor



(utstysleverandører). Avtalene sikrer at samhandling mellom helseforetak og leverandører skal skje på en faglig og etisk korrekt måte. Intensjonen i avtalene er samhandling basert på tillit, åpenhet og gjensidig respekt. Medarbeidere i alle helseforetak i Norge, inkludert Sykehusinnkjøp, er forpliktet til å følge samarbeidsavtalene. Dette gjelder også overfor leverandører som ikke er medlem i en av LMI eller Melanor.

Samarbeidsavtalene er publisert på Sykehusinnkjøp HFs nettsider:

[Leverandørkontakt - Sykehusinnkjøp HF \(sykehusinnkjop.no\)](https://www.sykehusinnkjop.no)

Gjennomgangen i forbindelse med etableringen av antikorrupsjonsprogrammet har vist at det for flere av de sentrale retningslinjene, er behov for tiltak for å gjøre disse bedre kjent i foretaksgruppen.

Oppdagende kontroller

Foretakene i Helse Sør-Øst har etablert en rekke finansielle kontroller og kontroller innenfor innkjøp, frist og andre ikke-finansielle prosesser som kan bidra til å avdekke korrupsjon og misligheter. Eksempler på slike kontroller er at dualkontroll er gjennomført ved bestilling mot gjeldende fullmaktsmatrise i bestillingssystemet, at utbetalt beløp er i samsvar med innkjøpsordre og varemottak, samt at totalt utbetalt beløp er i henhold til avtale. Bankforbindelsen har i tillegg særskilte kontroller for utenlandske betalinger.

4.2.5 Varslingsordning

Antikorrupsjonsprogrammer kan ha begrenset verdi hvis ansatte eller andre som opplever kritikkverdige forhold, ikke vet hvor de skal henvende seg. Varsling har erfaringsmessig vist seg å være avgjørende for å bringe fram kritikkverdige forhold som innebærer korrupsjonsrisiko eller for å avdekke uønskede hendelser. Kanaler som går nedefra og opp, slik som varslingsrutiner, er et supplement til ledelsens engasjement for å motvirke korrupsjon i virksomheten.

Alle helseforetak i Helse Sør-Øst har vedtatt rutine for varsling og oppfølging av kritikkverdige forhold. Det er viktig at varslingsordningen er godt kjent i foretaket. I tillegg til de formelle rutinene, er det avgjørende å skape en kultur som legger til rette for at varslere opplever at det er trygt å si ifra når det er nødvendig. Håndtering av konkrete varslingsaker er viktig for framtidige varslinger.



4.2.6 System for oppfølging

Antikorrupsjonsprogrammet må sees på som en del av en kontinuerlig forbedringsprosess. Risikoanalyser, kontroller og forebyggende systemer må oppdateres og vedlikeholdes, og ledelsen må være kjent med disse. Risikoanalysen knyttet til korrupsjon og misligheter gjennomføres som en integrert del av foretakenes helhetlige risikostyring og følges opp som del av de ordinære virksomhetsstyringsprosessene.

I Helse Sør-Øst RHF er ansvaret for å følge opp det systematiske arbeidet med antikorrupsjon og etiske retningslinjer lagt til avdeling Personal- og kompetanseutvikling. Eventuelle identifiserte risikoområder eller forbedringstiltak må følges opp gjennom etablerte risikostyringssystemer og prosesser for å vurdere behov for forbedring av styringssystemet (herunder prosess for årlig gjennomgang av styringssystemet i Helse Sør-Øst RHF).

Helse Sør-Øst har i tillegg en konsernrevisjon som foretar uavhengige kontroller rettet mot iverksettelse og etterlevelse.

5. Antikorrupsjonsprogrammet som en integrert del av daglig drift

Antikorrupsjonsprogrammet må oppleves som et aktivt og praktisk arbeidsverktøy for ledere og øvrige ansatte i Helse Sør-Øst. Den faktiske implementeringen og viljen til etterlevelse er grunnleggende for effekten av programmet. Det er lagt vekt på at arbeidet på antikorrupsjonsområdet skal være en integrert del av virksomhetens daglige drift og ikke håndteres som et system utenfor de operasjonelle arbeidsstrømmene.

Antikorrupsjonsprogrammet formaliseres som styringskrav- og rammer fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetakene. Ansvaret for å sørge for tilstrekkelig implementering av antikorrupsjonsprogrammet tillegges helseforetakenes ledelse.

Antikorrupsjonsprogrammet vil også legge grunnlaget for krav Helse Sør-Øst stiller til felleseide foretak og eksterne samarbeidspartnere. Antikorrupsjonsprogrammet med tilhørende dokumenter publiseres på Helse Sør-Øst sine nettsider.



5.1 Dilemmatrening

Etisk bevissthet blant ansatte og ledere er viktige forebyggende elementer. Enkeltpersoners integritet og motstandskraft i møte med dilemmaer, interessekonflikter og mulige fristelser kan være avgjørende for å forhindre misligheter og å stoppe forsøk på korrupsjon. Dersom ansvaret utelukkende er individualisert, blir foretaket for sårbart. Ledelsen har ansvar for å arbeide systematisk med å redusere muligheten for at enkeltpersoner kommer i situasjoner der de kan trå feil eller fristes til å gjøre det.

Et sentralt element i antikorrupsjonsprogrammets «verktøykasse» er dilemmatrening. Etske retningslinjer og regler gir ikke svar på alle etiske problemstillinger og dilemmaer man kan komme opp i. Det kreves god dømmekraft for å avgjøre om en bestemt handling eller beslutning er etisk forsvarlig. Gjennom dilemmatrening med utgangspunkt i ulike case, kan denne evnen øves.

Handlingsalternativer i ulike case kan testes opp mot spørsmålene i dilemmasirkelen, for å avgjøre hva som er «innafor» og ikke. Helse Sør-Øst har utarbeidet en dilemmasamling, med videosnutter av aktuelle etiske dilemmaer. Dilemmasamlingen er tilgjengelig på våre nettsider: [XXXX](#)



Figur 5: Dilemmasirkelen



Litteraturliste

Meld. St. 15 Felles verdier – felles ansvar

Meld. St. 6 Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap

Helse Sør-Øst (2014): *Misligheter og korrupsjon – en håndbok til bruk i spesialisthelsetjenesten.*

Helse Midt-Norges antikorrupsjonsprogram (2018)

Søreide, Tina (2013): «*Korrupsjon. Mekanismer og mottiltak*», Cappelen Damm.

Eriksen, Birthe (2015): «*Å bekjempe et samfunnsonde. Om korrupsjon, varsling, gransking og organisasjonskultur*», Gyldendal.

Olsen, Anders Berg (2007): «*Økonomisk kriminalitet. Avdekking, gransking og forebygging*», Universitetsforlaget.

Rapport fra PWC til Nærings- og fiskeridepartementet 1. september 2016: *Gjennomgang av korrupsjonsregelverk, antikorrupsjonstiltak og eierstyring.*

TI Norge (2023): *Hva hindrer politiets etterforskning av korrupsjonssaker?*

TI Norge (2017): *Beskytt din virksomhet! Håndbok i antikorrupsjon for norsk næringsliv.*

TI Norge og KS (2015): *Beskytt kommunen! Håndbok i antikorrupsjon.*

Oppdatert domsamling. Korrupsjonsdommer i Norge 2003-2023,

Transparency International Norge 2023

Hjemmesiden til Sykehusinnkjøp: [Leverandørkontakt - Sykehusinnkjøp HF](#)

Hjemmesidene til Transparency International Norge, www.transparency.no

Hjemmesidene til Økokrim, www.okokrim.no/korrupsjon



Dato: 5. desember 2024
Saksbehandler: Morten A. Støldal

Saksfremlegg

Status nytt sykehus Drammen

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styret i VVHF	117/2024	16.12.24

Forslag til vedtak

1. Styret tar status nytt sykehus Drammen til orientering.

Drammen 10. desember 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 de områdene som inngår i Mottaksprosjektets oppgaver og ansvar.

Saksutredning***Status byggeprosjektet***

PNSD melder at det er god fremdrift i byggeprosjektet, med noen forsinkelser på enkelte entrepriser. Det forventes at iverksatte tiltak vil gi ønsket effekt, slik at prosjektet ferdigstilles til fastsatt tid. Byggeprosjektet har en stram fremdriftsplan, og produksjonen følges opp tett. For detaljert status henvises det til tertialrapport fra PNSD til styret i HSØ RHF.

Bygg***Hovedområder det arbeides med***

VV-NSD er involvert i mange slutfaseaktiviteter som pågår parallelt.

Eierskifte 0 ble gjennomført 3. desember, etter en liten forsinkelse i påvente av midlertidig ibruttakelse fra Drammen kommune. Det ble markert med signering av eierskifteprotokoll av administrerende direktør med påfølgende omvisning i adkomstbygget. KIS har overtatt driften av adkomstbygget og det pågår opplæring av teknisk personell.

Det er etablert et teknisk driftsråd med representanter fra PNSD og VVHF som koordinerer restarbeider inkl. feil og mangler.

Kritiske risikoer og tiltak

Ingen av aktivitetene vurderes som kritisk ift. oppfølging av byggeprosjektet.

Utstyr***Hovedområder det arbeides med***

Alle anskaffelser er påbegynt. Det er god fremdrift og koordinering mellom PNSD og VVHF.

Kritiske risikoer og tiltak

Registreringen ved mottak av utstyr er forsinket pga. manglende dokumentasjon fra PNSD. Det er fokus fra begge organisasjoner, for at det ikke skal bli ytterligere forsinket.

IKT***Hovedområder det arbeides med***

Pågående arbeid med alle IKT tilpasningsprosjektene som skal tilpasse IKT-systemene til NSD. Det er et stort fokus på avhengigheter og konfigurering av løsninger på tvers av leveranseområder sammen med PNSD.

Kritiske risikoer og tiltak

Det etablert en ny organisering for Helselogistikk, mobil arbeidsflate, meldingsvarsling og pasientsignal for å sikre en trygg ibruttakelse. Vestre Viken inngår i denne organiseringen, noe som sikrer et tettere samarbeid mellom leverandører, forvalterledd og brukerorganisasjon. Flere og flere elementer av løsningen piloteres nå i på Drammen sykehus, blant annet pasientsignal og håndholdte enheter. Testene gir verdifull informasjon til videre utvikling og planlegging av arbeidsprosesser.

Det er stor risiko knyttet til totalbelastningen for intern og eksterne ressurser til DIPS. Oppgradering av Sunnaas (planlagt uken etter KIB 2), overføringen av Martina Hansen samt

testing, produksjonssetting og oppstartsstøtte for NSD innenfor et kort tidsintervall vil være kritisk.

Det pågår fortsatt avklaringer for leveransetidspunkt for Atlas. Det utarbeides en alternativ løsning, dersom leveransen ikke når ibruktakelse.

Det er inngått en avtale mellom Radiologi 2.0 og Tilpasningsprosjekt Multimediaarkiv for å sikre implementering av prioriterte modaliteter som skal benytte regional PACS/VNA.

Det er estimert et stort omfang av aktiviteter med behov for fagkompetanse fra VVHF til gjennomføring og testing av IKT-tilpasningsprosjektene. Ressursbelastningen som organisasjonen påføres er stadig økende, men det er viktig at dette prioriteres for å sikre at løsninger som skal tas i bruk er verifiserte og brukervennlige. Det er god dialog mellom prosjekt og klinikk/staber om dette.

Tabellen nedenfor viser en matrise med utvalgte resultatmål på en akse og prosjekter som skal levere nødvendig funksjonalitet for oppnåelse av resultatmålet på den andre aksene. Oversikten viser status opp imot risiko for leveranse i tråd med behov og tidsplan for NSD.

Resultatmål knyttet til funksjonelt behov	MetaVision - Versjonsopp. av Reg. kurve og medikasjon - MV6.xx	Regional løsning for helselogistikk	RHF – Standard for lukket legemiddelsløyfe (Legemiddelkjeden)	RHF - Radiologi 2.0	Innføring av mellomvare Atlas	Mobil arbeidsflate
Kvalitet						
Løsning for mottak av kritiske alarmer (overfallsalarm, stans-team osv.) på en mobil arbeidsflate er implementert		Red				Red
Løsning for mottak av varsler fra pasientsignal og byggetekniske løsninger på en mobil arbeidsflate er implementert		Yellow				Red
Løsning for lagring av multimedia er implementert				Yellow		
Legemiddelhåndtering med pasientmerket endose og lukket legemiddelsløyfe er implementert	Yellow		Green		Red	
Effektivitet						
Løsning for internkommunikasjon på mobil arbeidsflate er implementert		Yellow				Red

Opplæring

Det er påbegynt utarbeidelse av materiell for sentral opplæring. Digital Opplæringsmodul vil være ferdigstilt og kan benyttes av ansatte i mars.

Test

Detaljeringen av virksomhetstestene er i stor grad gjennomført. Det pågår samordning av alle tester i regi av PNSD.

Flytting

Det har den siste måneden vært arbeidet godt med klinikkens flyttelister og kvaliteten er god. Flyttehåndboken er i stor grad ferdigstilt.

Klargjøring til drift

Hovedfokus på å støtte klinikkene i gjennomføring av handlingsplaner og implementering av tiltak for å tilpasse driften til nytt sykehus. Ulike stabsaktører bistår klinikkene og avdelingene ift. gjennomføring av de ulike oppgavene.

Kommunikasjon

Det er stort behov for intern kommunikasjon for å klargjøre de ansatte til nytt sykehus. Det er derfor tilknyttet ekstra ressurser i prosjektorganisasjonen for å bistå i dette arbeidet.

Prosjektdirektørs vurdering

Det er god dialog og samhandling både med PNSD og med klinikker og staber i VV. Det er høy aktivitet og stort fokus på prosjektets kompleksitet frem mot innflytting neste år. Fremdrift og risiko følges opp tett.

Det er gjennomført to parathetsmøter med VVHF, PNSD, SPHF og SAHF. Det arbeides videre med å konkretisere en logg og felles forståelse for hvordan dette skal sikre at alle parter er klare for ibruktakelse.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør konstaterer at prosjektorganisasjonen har stor oppmerksomhet på å sikre en trygg og sikker ibruktakelse.

Første eierskifte var en viktig milepæl for prosjektet. Fokus på siste fasen må med dette intensiveres, for å sikre at videre plan opprettholdes.

Dato: 06.12.2024
Saksbehandler: Eli Årnot

Saksfremlegg

Oppnevning av valgstyre – gjennomføring av valg av ansattes medlemmer til helseforetakets styre

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	118/2024	16.12.2022

Forslag til vedtak

Styret for Vestre Viken HF oppnevner følgende valgstyre for gjennomføring av ansattes medlemmer til helseforetakets styre:

Fra foretakets ledelse:

- Marianne Ono Njøten, avdelingssjef HR. *Vara: Tove Svensli.*
- Hilde Enget, Administrasjonssjef. *Vara: Janne Hjelm-Gabrielsen.*
- Henning Aarset, Direktør kommunikasjon og samfunnskontakt. *Vara: Hege Frostad Dahle*

Fra de ansatte:

- Borgar Kolstad, ARA Konnerud. *Vara: Lillian Einarsve*
- Geir Bye Gundersen, Foretakstillitsvalgt Norsk Fysioterapeutforbund.
Vara: Lise Meldgaard.
- Einar Tranøy, akuttmottaket Kongsberg Sykehus. *Vara: Nina Neteland*

Valgstyret oppnevner selv leder og nestleder.

Drammen, 10. desember 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Inneværende valgperiode for de ansattvalgte styremedlemmer og varamedlemmer gjelder frem til og med 15. mars 2025.

For å gjennomføre nytt valg skal det i henhold til forskrift om ansattes styrerepresentasjon i helseforetak (Valgforskriften) fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, oppnevnes et valgstyre. Det må derfor oppnevnes et valgstyre som skal forestå valg av ansattvalgte styremedlemmer og varamedlemmer til helseforetakets styre fra og med 16. mars 2025.

Saksutredning

Det følger av helseforetakslovens § 23 at i helseforetak med mer enn 30 ansatte, kan et flertall av de ansatte kreve at inntil en tredjedel og minst to av styrets medlemmer eller varamedlemmer, velges av og blant de ansatte. Har helseforetaket flere enn 200 ansatte, skal ansatte velge et styremedlem og et varamedlem i tillegg til ovennevnte representasjon.

Det skal ved valget i 2025 velges 4 medlemmer blant de ansatte til styret i Vestre Viken HF.

Valget skal ledes av et valgstyre. Det følger av § 8 i forskrift til helseforetakslovens bestemmelser at valgstyret skal bestå av minst tre personer med stemmerett, hvorav en leder og en nestleder. De ansatte og foretakets ledelse skal ha minst en representant hver. Medlemmer av valgstyret må ha stemmerett, det vil si at de må være ansatt i helseforetaket.

Valgstyret skal påse at alle formalkrav i valgforskriften overholdes i valgprosessen og i fastsettelse av resultatet. Dette er viktig for å sikre et legalt valgresultat. Valgstyret har ansvaret for den praktiske gjennomføringen av valget, og skal blant annet fastsette valgdato, bestemme valg måte, kunngjøre frister og påse at forslag til kandidater er i overensstemmelse med regelverket. I tillegg påpekes det forhold at alle ansatte har individuell klagerett vedrørende gjennomføringen av valget. Fremmes klage som vinner fram, kan det medføre omvalg.

Det er foretakets styre som oppnevner valgstyret, jf. forskriftens § 8, 2. ledd.

Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret oppnevner valgstyre med tre representanter fra arbeidsgiver og tre representanter fra de ansatte.

Vedlegg:

1. [Lov om Helseforetak](#)
2. [Forskrift til helseforetakslovens bestemmelser om de ansattes rett til representasjon i de regionale helseforetaks og helseforetakets styre](#)

Dato: 1. des. 2024
Saksbehandler: Hilde Enget

Saksfremlegg

Styrets årsplan for 2025

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i VVHF	119/2024	16.12.24

Forslag til vedtak

Styrets årsplan for 2025 tas til orientering.

Drammen, 10. desember 2024

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Det vises til sak 49/2024 i styremøtet 13. mai og der følgende møteplan for 2025 ble vedtatt:

Mandag 27. januar (digitalt møte 09.00 – 11.00)
Mandag 24. februar
Mandag 31. mars
Mandag 26. mai
Mandag 16. juni (inkl. styreseminar)
Mandag 25. august (digitalt møte 09.00 – 11.00)
Mandag 22. september (inkl. styreseminar)
Mandag 20. oktober
Mandag 17. november
Mandag 15. desember

Ordinære styremøter er fra kl. 10.00 – 15.00. Når det er styreseminar avsluttes møtene kl. 19.00.

Saksutredning

Det er satt opp styremøte og styreseminar den 22. september og dette møtet er etter planen lagt til Ringerike sykehus. Det foreslås av praktiske årsaker at styreseminaret flyttes til 20. oktober der møtestedet er Drammen:

Mandag 27. januar (digitalt møte 09.00 – 12.00)
Mandag 24. februar
Mandag 31. mars
Mandag 26. mai
Mandag 16. juni (inkl. styreseminar)
Mandag 25. august (digitalt møte 09.00 – 11.00)
Mandag 22. september
Mandag 20. oktober (inkl. styreseminar)
Mandag 17. november
Mandag 15. desember

Styrets dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet flyttes fra desember til november.

Det planlegges for å kunne avholde styremøtet den 17. november på nytt sykehus i Drammen, Brakerøya.

De tverrgående klinikkene står ikke oppført på møteplanen, men inviteres inn på styreseminar ut fra temaer på programmet.

Kalenderne oppdateres ihht styrets vedtak.

Vedlegg: 1. Styrets årsplan 2025 inkl. pendingliste

Årsplan for styret 2025

Ajourført pr. desember 2024

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 27. januar Digitalt / teams (09.00 – 12.00)		Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig årsresultat 2024 	
Mandag 24. februar Drammen	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2024, inkludert risikovurdering og IKT • Årlig melding 2024 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2025 • Utkast styrets årsberetning • Årsrapport 2024 Varslingsutvalget Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen - flytteforberedelser Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 6. februar • SKU 28. januar • HAMU 4. februar • Styrets årsplan pr februar • Brukerutvalg 21. Januar 	
28. februar – foretaksmøte og felles styreseminar kl. 09.00 – 16.00 i regi av HSØ (Gardermoen)			Oppdrag og bestilling (OBD) 2025. Program formidles når dette er klart.
Mandag 31. mars Bærum sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Årsberetning/årsregnskap 2024 • Styrende dokumenter for VVHF 2025 • Instruks for styret i VVHF 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2024 inkl. rapportering bærekraftsplan 	Eget møte mellom styret og revisor.

	<ul style="list-style-type: none"> • Instruks for AD i VVHF • Ledelsens gjennomgang VVHF 2024 • Protokoll fra foretaksmøte og Oppdrag og bestilling for 2025 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Bærum sykehus • Pasientombudenes årsmelding 2024 <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 6. mars • Brukerutvalg 18. februar (25. mars) • SKU 11. mars • Styrets årsplan pr mars 	Dialog med Pasient- og brukerombudet
<p>Mandag 26. mai Kongsberg sykehus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2026 – 2029 • Styrets møteplan 2026 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etiske retningslinjer i VVHF • Nytt sykehus Drammen • Kongsberg sykehus <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 7/8. mai • HAMU 8. april • Brukerutvalg 20. mai • SKU 6. mai • Styrets årsplan pr mai 	
<p>Mandag 16. juni Styremøte og styreseminar Drammen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 1. tertial 2025 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2025 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Status investeringsramme 2025 <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SKU 10. juni • HAMU 3. juni 	<p>Program styreseminar</p> <p>E-læringskurs “Etikk for alle”</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalg 10. juni • Styrets årsplan pr juni 	
20. juni - foretaksmøte kl. 09.00 – 16.00 (Grev Wedels plass 5, Oslo)			Program formidles når dette er klart
Mandag 25. august Digitalt / teams (09.00 - 11.00)		<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. juli 	
Mandag 22. september Ringerike sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 2. tertial 2025 inkludert risikovurdering, bærekraftsplan og IKT • Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2026 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ringerike sykehus • Status nytt sykehus Drammen • Forbedringsundersøkelsen 2025 <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 28. august • HAMU 9. september • SKU 2. september • Brukerutvalg 16. september • Styrets årsplan pr september 	Forskning i VVHF
Mandag 20. oktober Styremøte og styreseminar G 32, Drammen	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet • Lønnsoppgjør 2025 for administrerende direktør 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. September 2025 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Budsjett 2025 <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra HSØ 25. september • SKU 14. oktober • Brukerutvalg 14. oktober 	<p>Program styreseminar</p> <p>Evaluering av styrets arbeid</p>

Mandag 17. november Brakerøya?		<ul style="list-style-type: none"> • Styrets årsplan pr oktober • Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2025 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 23. oktober • Brukerutvalg 11. November Referatsaker:	Dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet.
Mandag 15. desember G 32, Drammen	<ul style="list-style-type: none"> • Budsjett og mål 2026 • Styrets årsplan 2026 • Revidering av bærekraftsplanen 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 30. november 2024 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Fullmakter i VVHF • Nytt sykehus Drammen Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 20. november • SKU 2. desember • HAMU 9. desember • Brukerutvalg 9. desember • Styrets årsplan pr desember 	

Merk:

- Det tas forbehold om endringer i oversiktene basert på at aktuelle saker ikke har fastsatt møtetidspunkt eller det er oppstått forsinkelser.
- Fysisk møte kan også omgjøres til digitalt møte ved behov.
- Oppdatert årsplan for styret ligger som fast referatsak til styremøtene.

Saker til behandling på senere tidspunkt / pendingliste styremøter:

Grønt: Står på listen i grønt i det møtet det leveres på – tas deretter ut av pendinglisten.

Bestilling fra styret	Bestillings- dato	Forventet leveranse	Status
Sak 76/2024 Strukturendringer i klinikk Psykisk Helse og Rus. Styret legger til grunn at det iverksettes tiltak for å redusere ulemper, som beskrevet i saken. Styret ønsker også å få en status på arbeidet hvert halvår	23.09.24	16.06.25	
Sak 102/2024 Status Nytt sykehus Drammen. Styret takker for en god rapport og ønsker at temaet flytteforberedelser NSD settes på dagsorden i februar møtet.	18.11.24	24.02.25	

Årsplan for styret 2024

Ajourført pr. desember 2024

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Tent. mandag 29. januar Digitalt / teams (09.00 – 10.00)		Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig årsresultat 2023 	
Mandag 19. februar Digitalt / teams (09.00 - 11.00)	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2023, inkludert risikovurdering og IKT • Årlig melding 2023 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2024 • Utkast styrets årsberetning • Årsrapport 2023 Varslingsutvalget Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 9. februar • SKU 30. januar • HAMU 6. februar • Styrets årsplan pr februar • Brukerutvalg 23. Januar • Ungdomsrådet 30. januar 	
15. februar - foretaksmøte for sittende styrer			
26. februar – foretaksmøte og felles styreseminar i regi av HSØ (Gardermoen)			Oppdrag og bestilling (OBD) 2024. Program formidles når dette er klart.
Tirsdag 19. mars Bærum sykehus	<ul style="list-style-type: none"> • Årsberetning/årsregnskap 2023 • Styrende dokumenter for VVHF 2024 • Instruks for styret i VVHF 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 29. februar 2024 inkl. rapportering bærekraftsplan 	Eget møte mellom styret og revisor.

	<ul style="list-style-type: none"> • Instruks for AD i VVHF • Ledelsens gjennomgang VVHF 2023 • Protokoll fra foretaksmøte og Oppdrag og bestilling for 2024 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Bærum sykehus • Pasientombudenes årsmelding 2023 • Rapport Forebygging av vold og trusler • Rapport undersøkelse legenes arbeidsforhold <p>Referatsaker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 7. mars • Brukerutvalg 12. mars • SKU 12. mars • Styrets årsplan pr mars 	
<p>Mandag 13. mai Kongsberg sykehus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2025 – 2028 • Styrets møteplan 2025 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etiske retningslinjer i VVHF • 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 	Pasient- og brukerombudet
<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 	Program styreseminar Forberedelser NSD Opplæring

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)			
28. juni – foretaksmøte i VVHF (digitalt kl. 08.00)			
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 • Strukturendringer PHR 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Ringerike sykehus • Status nytt sykehus Drammen • Forbedringsundersøkelsen 2024 • Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> • HAMU 3. september • SKU 27 august • Brukerutvalg 10. september • Styrets årsplan pr september 	
Mandag 21. oktober G 32, Drammen Styremøte og styreseminar		<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. September 2024 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Budsjett 2025 	Program styreseminar Evaluering av styrets arbeid Forskning i VVHF Bærekraftsplan PHT

		Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra HSØ 27. september • SKU 8. oktober • Brukerutvalg 15. oktober • Styrets årsplan pr oktober 	Bærum sykehus Drammen sykehus Evaluering av langvakter Flytteforberedelser NSD
31. Oktober Digitalt, teams	<ul style="list-style-type: none"> • Lønnsoppgjør 2024 for administrerende direktør 		
15. november – foretaksmøte i VVHF (digitalt kl. 15.30)			
Mandag 18. november G 32, Drammen	<ul style="list-style-type: none"> • Avtale MHH • Instruks for styret 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2024 • Fremdriftsplan salg Blakstad • Status NSD 	
5. desember – foretaksmøte i VVHF (digitalt kl. 16.00)			
9. desember Digitalt, teams	Konseptfaseutredning parkering NSD		
Mandag 16. desember G 32, Drammen	<ul style="list-style-type: none"> • Budsjett og mål 2025 • Styrets årsplan 2025 • Revidering av bærekraftsplanen 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 30. november 2024 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Sykefraværarbeidet i VVHF • Fullmakter i VVHF • Nytt sykehus Drammen Referatsaker: <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 21. november • HAMU 10. desember • Brukerutvalg 10. desember 	Dialogmøte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet.

		• Styrets årsplan pr desember	
--	--	-------------------------------	--

Merk:

- Det tas forbehold om endringer i oversiktene basert på at aktuelle saker ikke har fastsatt møtetidspunkt eller det er oppstått forsinkelser.
- Fysisk møte kan også omgjøres til digitalt møte ved behov.
- Oppdatert årsplan for styret ligger som fast referatsak til styremøtene.

Saker til behandling på senere tidspunkt / pendingliste styremøter:

Grønt: Står på listen i grønt i det møtet det leveres på – tas deretter ut av pendinglisten.

Bestilling fra styret	Bestillings- dato	Forventet leveranse	Status
Sak 28/2024 Ledelsens gjennomgang i VVHF 2023. Styret ønsker å bli oppdatert på et senere tidspunkt om hva som skal til for å komme høyere opp på den såkalte modenhetsskalaen; hvilke tiltak og innsats som må til og til hvilke tidsperspektiv.	19.03.24		ADs driftsorientering 16.12.24
Sak 76/2024 Strukturendringer i klinikk Psykisk Helse og Rus. Styret legger til grunn at det iverksettes tiltak for å redusere ulemper, som beskrevet i saken. Styret ønsker også å få en status på arbeidet hvert halvår.	23.09.24	16.06.25	
Sak 89/2024 Virksomhetsrapport per 30. September 2024 for VVHF. Styret kommenterer at det er behov for å iverksette ytterligere tiltak, særlig i de somatiske klinikkene. Her er det muligheter for å videreutvikle helsetilbudet på tvers av klinikkene, utnytte den samlede kapasiteten og lære av de beste. At tillitsvalgte og vernetjenesten deltar aktivt i prosessene er både viktig og nødvendig. Styret ser frem til å få presentert en ny versjon av bærekraftsplanen i desembermøtet. Styret ønsker en ny gjennomgang av resultater av tiltak for å bedre ventetidene spesielt for langtidsventende.	21.10.24	16.12.24	

<p>Sak 101/2024 Virksomhetsrapportering pr. 31. Oktober 2024. Styret uttrykker bekymring knyttet til at polikliniske konsultasjoner generelt sett ligger under plan. Lavere aktivitet kombinert med økte årsverk og overforbruk på fast og variabel lønn medfører behov for en analyse av den samlede ressursbruken. Styret ønsker å se årsverksutviklingen opp mot prioriteringer og ressursøkning til tiltak for å redusere ventetidene i VVHF. Eksempelvis blir det stilt spørsmål om det er behov for å tilby kveldspoliklinikk innen fagområder som kan dekkes bedre gjennom en mer optimal organisering på dagtid. Styret bemerker at det er viktig å ha en overordnet analyse av helheten, for å sikre riktige prioriteringer og beslutninger.</p> <p>Styret ser frem til behandlingen av Bærekraftsplan 2.0 i styremøtet 16. desember.</p>	18.11.24	16.12.24	
<p>Sak 102/2024 Status Nytt sykehus Drammen. Styret takker for en god rapport og ønsker at temaet flytteforberedelser NSD settes på dagsorden i februar møtet.</p>	18.11.24	24.02.25	

Foreløpig protokoll

Møte:	Brukerutvalget Vestre Viken HF
Møtedato:	10.12.24
Tidspunkt:	1200-1800
Sted:	G32, Kolsås 1 og 2
Møteleder:	Rune Kløvtveit
Deltakere:	<p>Fra Brukerutvalget: Rune Kløvtveit , Elisabeth Schwencke, Mark Miller, Gudrun Breistøl, David C. Hemmingsen, Jan Helge Tuv, Toril Naper Hauge, Christine Malmberg, Nasim Rizvi</p> <p>Fra Administrasjonen: Anne-Lise Kristensen og Kurt Kleppe Josefsen (koordinator)</p>

Sak nr.	Sak/merknad
137/24	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Vedtak/kommentarer: Godkjent</p>
138/24	<p>Protokoll brukerutvalgets møte 12. november</p> <p>Vedtak/kommentarer: Godkjent</p>
139/24	<p>Referat arbeidsutvalgets møte 26. november</p> <p>Vedtak/kommentarer: Tas til orientering</p> <p>Sjekk opp mark sin oppnevning. Oppstartsmøte 19, november</p>
140/24	<p>Saker til orientering, innkommet post</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapport UKOM • Foreløpig protokoll BU HSØ 19-20.11 • Ventetidsløftet, informasjon om ekstra poliklinikk • Status økonomi • Utsettelse av Kreftsenteret

Sak nr.	Sak/merknad
	<p data-bbox="323 416 603 443">Vedtak/kommentarer:</p> <p data-bbox="323 495 528 521">Rapport UKOM</p> <p data-bbox="323 533 1337 602">Spennende rapport med masse funn. Les gjerne sammendraget som er laget i Copilot som ligger ved i saksdokumentene.</p> <p data-bbox="323 654 810 680">Foreløpig protokoll BU HSØ 19-20.11</p> <p data-bbox="323 692 1380 761">Nye retningslinjer for BU legges antakelig for styret i HSØ i januar. Det foreslås at seksårsperioden fristen blir anbefalt, men ikke MÅ</p> <p data-bbox="323 813 986 840">Ventetidsløftet, informasjon om ekstra poliklinikk</p> <p data-bbox="323 851 1362 920">Kort orientering om aktiviteter til ventetidsløftet. Brukerutvalget støtter alle forslag for å få ned ventelistene som kveldspoliklinikk, flere varsler om timer etc.</p> <p data-bbox="323 972 533 999">Status økonomi</p> <p data-bbox="323 1010 1358 1037">Tas til orientering. Det er viktig for 2025 å sette aktiviteter i forhold til budsjett.</p> <p data-bbox="323 1088 683 1115">Utsettelse av Kreftsenteret</p> <p data-bbox="323 1126 1404 1352">Kreftforeningen ønsker å etablere et senter på kreftpasienter på NSD og vardesenter. VV ønsker som hovedsak at de tilbud som etableres er for flere diagnoser. Det er også økonomiske konsekvenser. Det med å etablere kreftsenter i helseparken har en fordel gjennom at tjenestene da blir sertifiserte. Viktig at det etableres tjenester for alle pasientgrupper. Det er også viktig at levevaner tas med i utvikling av tilbud.</p> <p data-bbox="323 1404 762 1431">Høring om endring av helsetilsyn</p> <p data-bbox="323 1442 1401 1630">Viktig at BU tar stilling til denne. Høringsfrist er 20. januar. Dette er en oppfølging av varselutvalget. BU setter ned en arbeidsgruppe for å forberede høringsutkast til neste møte i BU. Anne-Lise sjekker opp om vi kan få utsatt høringsfristen til etter møtet 21. januar. Arbeidsgruppen består av: Torill Naper Hauge og Jan Helge Tuv. Høringsdokumentene ligger i Teams.</p> <p data-bbox="323 1682 560 1709">Brukerkontoer DS</p> <p data-bbox="323 1720 1385 2002">Det er innkalt til et møte mellom stab og alle likepersoner på Drammen sykehus 11.12.24. Slik det fungerer i dag er ikke i henhold til intensjonen med et brukerkontor. Etter at vi har hatt møte med dages likepersoner må vi ta stilling til hvordan videre drift av brukerkontoret kan gjøres. Brukerutvalget skal se på hvordan man kan gjøre denne ordningen mer kjent ut i klinikk og avdelinger. Kreftforeningen har i egen regi tatt kontakt klinikkdirektører på Ringerike for å etablere brukerkontoer for kreftpasienter. Dette stiller brukerutvalget seg ikke</p>

Sak nr.	Sak/merknad
	bak. Brukerkontoret skal være en plass for alle pasientgrupper som besøker våre sykehus
141/24	Oppnevninger prosjekt, råd og utvalg Mottatte ønsker om oppnevning til råd og utvalg tas i nytt BU.
142/24	Konferanser, seminarer Ingen mottatt
142/24	Kontinuerlig forbedring Prioritering av tiltak fortsetter. Vedtak/kommentarer: Det ble lagt frem utkast til spørreskjema som skal brukes i neste års brukerutvalg. Først en nullpunktsmåling så målinger utover året for å måle endringer. Arbeidsgruppen tar kommentarene fra møtet og kommer med revidert versjon. Koordinator tar ansvar for språkvask.
143/24	Office 365 Diskusjon rundt innhold i opplæringsinnhold til nytt BU. Legg gjerne inn ønsker i forkant på https://nettskjema.no/a/473655 Kommentarer: Følgende ønskes tatt opp i opplæringen: <ul style="list-style-type: none"> • Tilganger • Nettleser • Koordinering av kalendre (hvordan samordne) • Hvordan få tilgang til eksterne dokumenter? • Illustrasjon • Versjon 2: <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan jobbe felles med dokumenter • Forkorte – hvordan bruke Copilot? • Hvordan dele store filer fra privat PC
144/24	BU diskusjonen Drøfting rundt innmeldte saker. Innspill legges inn i aktivitetsrapporteringen Sjekk gjerne i forkant denne artikkel Vedtak/kommentarer:
145/24	Kongsbergprosjektet og FACT Sikkerhet Informasjon om status fra Anne-Lise Kristensen

Sak nr.	Sak/merknad
	<p>Fact sikkerhet</p> <p>Kort orientering om status. Dette er ikke et samhandlingstilbud, men et tilbud på Blakstad. Det er behov for en gjennomgang av de som bor på Brakstad som skal ut i kommunene.</p> <p>Kongsbergprosjektet</p> <p>Det har kommet to søknader om midler og det er i SSU gitt tilsagn til oppstartsfasen av Kongsbergprosjektet. Partnerskapsmøtet har ikke kommet med prioriteringen så det vil bli fokusert på de fem prioriterte områdene og samhandling og totalbruk av personell. Den ene er på Ringerike og den andre på Kongsberg. Det er ønskelig å knytte mer kontakt med Responssenteret på Kongsberg og det er ønskelig å knytte sykehuset til dette.</p>
146/24	<p>Kommende møter</p> <ul style="list-style-type: none">• Styrets årsplan• “Monsterarket” <p>Neste møte i BU er 21. januar</p>
147/24	<p>Eventuelt</p> <p>Neste styremøte Møteinnkalling</p> <p>Dialogmøtet mellom Styret og Brukerutvalg/Ungdomsråd er kortet ned til 50 minutter.</p> <p>Prøveprosjekt Kongsberg og Drammen – hoftebrudd kjøres rett til Kongsberg som en prøveordning på et par måneder.</p> <p>KMD – internt satt i gang gjennomgang hvor de kartlegger overbehandling og ser om de klarer å se forbedringspunkter.</p>