

Til: Styret ved Vestre Viken

Dato utsendt: 15. mars

Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 22. mars 2021
Møtetid: kl. 10.00 -15.00
Møtested: Digitalt møte

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

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

Styresekretær: Elin Onsøyen
Telefon: 958 12 504
E-post:
elin.onsoyen@vestreviken.no

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Elin Onsøyen

Saksnr.	Tid (tentativt) Type sak	SAKER TIL BEHANDLING
Del 1	Lukket møte:	
	Kl.10 15 min	PWC revisjon har eget møte med styret i Vestre Viken HF
Del 2	Åpent møte:	
19/2021	10.15 5 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling til styremøte 22. mars
20/2020	10.20 5 min	Godkjenning av møteprotokoll 22. februar 2020 Vedlegg: Foreløpig protokoll 22. februar 2021
21/2021	10.25 30 min	Årsrapport 2020 Innledende presentasjon til behandling av saken. Revisor og regnskapssjef er til stede. Vedlegg: 1. Årsrapport 2020 for VVHF (oppdateres 17. februar) 2. Foreløpig utkast «Glimt fra 2020»
22/2021	10.55 45 min	Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 3. tertial 2020 Innledende presentasjon til behandling av saken. Vedlegg: 1. Virksomhetsrapportering pr. 3. tertial 2020 2. Rapportering gevinstplan NSD og økonomisk bærekraft VVHF pr 3. tertial 2020
23/2021	11.40 20 min	Risikovurdering av virksomheten i Vestre Viken HF Innledende presentasjon til behandling av saken. Vedlegg: 1. Risikovurderinger pr januar 2021 2. Modell for risikovurdering i VVHF
	15 min	Pause
24/2021	12.15 30 min	Ledelsens gjennomgang (LGG) Vestre Viken HF 2020 Innledende presentasjon til behandling av saken. Vedlegg: Foretaksomfattende Ledelsens gjennomgang 2020
25/2021	12.45 15 min	Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2021 og administrerende direktørs orientering Innledende presentasjon til behandling av saken. Status korona. Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr. februar 2021
26/2021	13.00 10 min	Styrende dokumenter for Vestre Viken HF i 2021
27/2021	13.10 5 min	Instruks for styret i Vestre Viken HF Vedlegg: Instruks for styret i Vestre Viken HF
28/2021	13.15 5 min	Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF Vedlegg: Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF
29/2021	13.20 15 min	Etiske retningslinjer for Vestre Viken HF Vedlegg:

		VV Etske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken 26.10.2020
30/2021	13. 35 10 min	Styringsdokumenter for Prosjekt nytt sykehus i Drammen (PNSD) Vedlegg: <ol style="list-style-type: none"> 1. NSD-0000-Z-AA-0002_04_G_Sentralt styringsdokument 2. NSD-0000-Z-PR-0003_09_G_prosedyre for samhandling 3. NSD-0000-Z-PR-0025_G_02_prosedyre for prosjektendringer
	5 min	Pause
31/2021	13.45 15 min 60min	Orienteringer <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen – status (notat) • ØLP 2022 -2025 prosess og rammebetingelser (presentasjon) • Pasient- og brukerombudenes årsmelding 2020: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pasient- og brukerombudet i Viken, kontor Drammen. Link til årsmelding 2020. ○ Pasient- og brukerombudet i Oslo og Viken, kontor Oslo. Link til årsmelding 2020
32/2021		Eventuelt
33/2021		Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalg 17. februar – foreløpig referat 2. HAMU 9. mars - referat 3. Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 11. mars 4. Valgprotokoll ansattes representanter i styret 16. mars 2021 - 2023 5. Styrets årsplan pr mars 6. Program Partnerskapsmøte 26. mars (ettersendes)
	Ca. 15.00	Møteslutt

Dato: 15 mars 2021
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	19/2021	22.03.2021

Forslag til vedtak

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Drammen, 15. mars 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 22. mars 2021

Dato: 15. mars 2021
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll 22. februar 2021

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	20/2021	22.03.2021

Forslag til vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 22. februar godkjennes.

Drammen, 15. mars 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 22. februar 2021

Dato: 22. februar 2021
Saksbehandler: Elin Onsøyen
Direkte telefon: 95812504

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Digitalt møte/Drammen, møterom Tyrifjord (DT)
Dato: 22. februar
Tidspunkt: Kl. 10 - 14.05

Følgende medlemmer deltok:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder (DT)
Margrethe Snekkerbakken	Nestleder
Robert Bjerknes	Styremedlem (fravær kl.13.30 -14.15)
Ane Rongen Breivega	Styremedlem
Hans Kristian Glesne	Styremedlem
Bovild Tjønn	Styremedlem
Morten Stødle	Styremedlem (fravær kl.12 -13)
Gry Lillås Christoffersen	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
John Egil Kvamsøe	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem

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

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

Navn	Funksjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør (DT)
Halfdan Aass	Direktør medisin
Ulrich Spreng	Direktør fag (DT)
Mette Lise Lindblad	Direktør økonomi
Rune A. Abrahamsen	Prosjektdirektør *
Cecilie B. Løken	Direktør teknologi *
Trine Olsen	Klinikkdirektør Bærum sykehus *
Elin Onsøyen	Spesialrådgiver/styresekretær (DT)

*Til stede DT på sak

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

Protokollfører: Elin Onsøyen

Sak 9/2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Sak 10/2021 Godkjenning av styreprotokoll 25. januar 2021

Styrets enstemmige

Vedtak:

Møteprotokoll fra styremøtet 25. januar 2021 godkjennes.

Sak 11/2021 Årlig melding 2020

Oppsummering innhold:

Ifølge § 14 i vedtektene for foretaket skal styret i Vestre Viken hvert år sende en årlig melding til Helse Sør-Øst RHF som omfatter styrets rapport for foregående år og styrets plandokument for virksomheten. Utarbeides etter mal gitt av Helse Sør-Øst. Meldingen skal vise hvordan styringsbudskap gitt i oppdrag- og bestillingsdokument og i foretaksmøter er fulgt opp gjennom året.

Årlig melding er utarbeidet med medvirkning fra ansattes representanter, vernetjenesten og brukerutvalget. Brukerutvalget har utarbeidet kommentarer til meldingen.

Kommentarer i møtet:

Digitale løsninger – både telefon- og videokonsultasjoner – har hatt en stor økning i bruk på grunn av pandemisituasjonen. Det er viktig å videreføre og utvikle dette tilbudet og å opprettholde innovasjonskraften, da mange brukere/pasienter opplever digitale løsninger som et gode som kan erstatte fysisk oppmøte i noen tilfeller.

Det er ønskelig at forsinkelsene med BRK-prosjektene og gevinstplanarbeidet omtales og kommenteres ytterligere i årlig melding.

Kompetansebygging og den gode forskningen i foretaket bør løftes fram for å profilere foretaket. Virksomhetsstyring er godt skrevet i meldingen – åpent og ærlig om varsling og forbedringsområder. Brukerutvalgets innspill er godt og konstruktivt.

Hovedinntrykket er at foretaket har levert på en svært god måte i det «spesielle» året 2020, og at det er et imponerende arbeid som er lagt ned av alle ansatte i foretaket.

Arbeidet med heltidskultur og foretakets samfunnsansvar settes opp som tema i årsplan for styremøtene. Styret ønsker en orientering om hvordan foretaket jobber aktivt med kommunikasjon i forhold til omverdenen, det er mye positivt som skjer og som fortjener oppmerksomhet.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

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

Sak 12/2021 Oppdrag og bestilling 2021 og protokoll fra foretaksmøte i VVHF 19. februar 2021**Oppsummering innhold:**

Oppdrag og bestilling 2021 ble overlevert Vestre Viken i foretaksmøtet. Tidligere prioriteringer videreføres. Pandemien vil fortsatt prege virksomheten samtidig som det skal opprettholdes en mest mulig normal drift gjennom året. Oppdragene følges opp i foretaket, styret får løpende rapportering gjennom virksomhetsrapporteringen.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

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

Sak 13/2021 Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2021**Oppsummering innhold:**

Administrerende direktør ga en kort orientering om månedens resultat. Pandemien påvirker aktivitet, økonomi og kvalitetsindikatorer også i starten av 2021. Etter retningslinjer fra HSØ blir netto inntektstap/merkostnader som følge av pandemien utliknet mot årets tilleggsbevilgning måned for måned. Det rapporteres derfor et resultat i januar måned på linje med budsjett. Vestre Viken lå fortsatt høyest i ISF-produktivitet somatikk av foretakene i HSØ i 2020 til tross for fall i produktiviteten som følge av pandemien. I nylig utgitt oversikt over utvalgte kvalitetsindikatorer var Vestre Viken rangert høyest av foretakene i landet.

Direktør fag Ulrich Spreng orienterte om status korona:

Norge er i den andre bølgen av covid-19 og denne bølgen er mer langstrakt enn bølge 1. De siste ukene har om lag 15 pasienter til enhver tid vært innlagt i sykehusene våre. Det har vært smitteutbrudd på Blakstad sykehus og Kongsberg sykehus og for tiden er det smitteutbrudd på Ringerike sykehus og Blakstad sykehus.

Man forventer en smittesituasjon på omtrent samme nivå som i dag i de neste ukene fremover, men her er det jo fortsatt stor usikkerhet særlig pga. mutasjonene.

Vaksinasjon av ansatte mot koronavirus er startet. I ukene 2/3 (1. dose) og 5/6 (2. dose) har 1428 ansatte i akutt- og intensivfunksjoner og andre kritiske funksjoner blitt vaksinert med vaksinerne fra Pfizer/BioNTech. Den 16.2.21 startet vaksinerings med AstraZeneca vaksinen, og 2700 ansatte skal vaksineres i denne andre runden.

Kommentarer i møtet:

Det er viktig at de ansattes innsats i forbindelse med pandemien blir synliggjort og forstått.

Vestre Viken gjennomfører spørreundersøkelser blant de ansatte som er blitt vaksinert for å kartlegge eventuelle bivirkninger. Vaksinasjonsplanen sørger for at ikke alle ansatte i samme enhet blir vaksinert samme dag for å unngå større fravær i etterkant av vaksinasjonen. Rapporter indikerer at en del ansatte får fravær en dag etter vaksinasjon med AstraZeneca-vaksinen.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar virksomhetsrapport pr. januar 2021 til orientering.

Sak 14/2021 Nytt Sykehus i Drammen, IKT Fase 1, Statusrapport 3. tertial 2020

Oppsummering innhold:

Rapporten gir oversikt over Vestre Vikens vurdering av status for de viktigste pågående regionale og lokale IKT-prosjekter som berører nytt sykehus. Prosjektene har stor kompleksitet, og det er mange aktører involvert. Vestre Viken følger prosjektene tett.

Kommentarer i møtet:

Dette er en god rapport som er grei å sette seg inn i. Det er viktig å vite hvordan en arbeider med planer dersom det blir et rødt risikobilde. Det er nyttig at foretaket skaffer seg kompetanse innen arkitektur for å ha god oversikt på prosjekter der det er flere parter inne – Vestre Viken, Sykehuspartner og Helse Sør-Øst. Dette er en komplisert struktur, og det er viktig at Vestre Viken er den som ikke forsinker. Det ble reist spørsmål om hvilket ansvar Vestre Viken har for konsekvensene av eventuelle forsinkelser, og om dette er tydelig for de som skal levere. Rapporten er et av flere virkemiddel for VV til å jobbe proaktivt for å synliggjøre viktige prioriteringer for å lykkes med gevinstplan og NSD, samt på et tidligst mulig tidspunkt å synliggjøre konsekvenser ved mulige forsinkelser i leveranser som SP/HSØ er ansvarlige for. Styreleder informerte om at Vestre Viken også vil benytte anledningen til å ta opp status IKT i oppfølgingsmøte med HSØ i mars.

Styrets enstemmige

Vedtak:

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

Sak 15/2021 Orienteringer

- **Bærum sykehus**

Oppsummering innhold:

Klinikk Bærum sykehus er et iso-sertifisert sykehus med tungt fokus på kvalitetsledelse i alle ledd. Ved intern revisjon er det likevel avdekket behov for tydeligere mål for enhetene. Ved kartlegging av risiko ser ledergruppen ved BS behov for å forbedre enkelte pasientløp (hjerneslag, hjemmedialyse og enkelte kreftpakkeforløp), samt legge til rette for bedre bruker og pasient-medvirkning i tjenestedesign. I tillegg er det behov for å øke tilgjengeligheten for pasienter ved hjelp av økt bruk av digitale verktøy. Det arbeides med

en rekke tiltak er i tråd med plan for gevinstrealisering til VV. Det omhandler blant annet fokus på pasientsikkerhet, økt bruk av teknologi, simulering, faglig samarbeid i Vestre Viken, kompetanse i akuttmottak og justering av byggeprosjekter som plasserer Bærum sykehus som del av helheten i Vestre Viken med tanke på kapasitet. Et nytt satsningsområde er etablering av senter for forebyggende medisin, som er et tilbud for befolkningen i hele Vestre Viken.

Kommentarer i møtet:

Det er inspirerende å høre om Bærum sykehus og ambisjonene sykehuset har på kvalitet, pasientsikkerhet og forskning. Sykehusets nye satsing på livsstilspoliklinikk er spennende og fremtidsrettet, og styret er glad for fokuset som sykehuset legger på forebyggende helsearbeid. Klinikkdirektøren understreket at en blir fort kjent i og med organisasjonen som ny direktør når en rekrutteres midt i en pandemi. Det er ting å forbedre selv om det er mye å være stolt av ved Bærum sykehus i dag. Samarbeidet med kommunene er viktig, og Helsefellesskapet blir et spennende arbeid framover. Styret vil høre mer om utviklingsprosjektene når styret forhåpentligvis får besøke Bærum sykehus i løpet av ett års tid.

- **Status Nytt sykehus Drammen**

Oppsummering innhold:

Prosjektdirektør for Nytt sykehus i Drammen redegjorde for organisering av mottaksprosjektet, og hvilke områder som det nå ble arbeidet spesielt med.

Kommentarer i møtet:

Det blir spennende å følge med på hvordan prosjektet løser kommunikasjonsutfordringen internt og eksternt. Det skal tas i bruk informasjonsskjerm-løsning ut på vaktrommene for de ansatte i foretaket og prosjektet rekrutterer nå en kommunikasjonsmedarbeider i 60 % stilling i prosjektet. Ivaretagelse av informasjonssikkerhet er viktig. Informasjonssikkerhet generelt i VV er planlagt som tema i styremøtet i april.

Det er ønskelig at styret får bedre grep om organisasjonsutviklingen tilknyttet mottaksprosjektet, og driftskonseptet for de ulike avdelingene i det nye sykehuset. Hvordan forbereder organisasjonen Drammen sykehus seg på dette? Hva er rollen til prosjektorganisasjonen? Hvordan rapporteres det på at dette er i rute? Styret vil gjerne få presentert planverk og metodikk for rapportering. Ansvar ligger i linjen, Drammen sykehus og andre berørte klinikker, men mottaksprosjektet skal sikre at alt er godt koordinert med teknologi, systemer og utforming av nytt sykehus. Styreutvalget vil i sitt neste møte bruke tid på å gå mer i dybden på dette temaet.

Sak 16/2021 Revisjon av Utviklingsplan 2035 for Vestre Viken – plan for arbeidet**Oppsummering innhold:**

Administrerende direktør gikk gjennom bakgrunn for arbeidet som skal gjøres med utviklingsplan. Til grunn ligger Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, regional utviklingsplan, foretakets egen Utviklingsplan 2035 og strategiplan 2020-2023. Det er utarbeidet en veileder for arbeidet med utviklingsplaner.

Revidert utviklingsplan skal omtale det som er nytt, herunder det utadvendte sykehuset, helseforetakets helsefremmende og forebyggende ansvar og samarbeid med kommunene i helsefellesskapet. Reduksjon av uønsket variasjon og fremtidig håndtering av kritisk kompetanse bør få særskilt plass. Helsefellesskapet mellom Vestre Viken og de 22 kommunene i opptaksområdet er et sentralt punkt. Arbeidet med utviklingsplan planlegges som tema i partnerskapsmøtet i Vest-Viken helsefellesskap 26. mars 2021.

Styret vil bli orientert og invitert til innspill i videre arbeid. Veilederen forutsetter en høringsprosess før endelig behandling i helseforetaket. Det forventes at revidert utviklingsplan vedtas i juni 2022.

Kommentarer i møtet:

Vestre Viken bør ha som mål å bli det beste helseforetaket i Norge. Det er viktig å kommunisere stoltheten over gode resultater både internt og eksternt. Arbeidet med helsefellesskapet i samarbeid med kommunene blir spennende å følge fram til styrebehandling av utviklingsplanen i juni 2022.

Bærekraftbegrepet bør klargjøres og brukes likt i foretakets plandokumenter

Styrets enstemmige**Vedtak:**

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

17 / 2021 Eventuelt

Det ble ikke tatt opp noe under dette punktet.

18 / 2021 Referatsaker

Ingen merknader.

Drammen 22. februar 2021

Siri Hatlen
styreleder

Margrethe Snekerbakken
nestleder

Bovild Tjønn

Morten Stødle

Robert Bjercknes

Ane Rongen Breivega

Hans-Kristian Glesne

Tom R. H. Frost

Toril A. K. Morken

John Egil Kvamsøe

Gry Lillås Christoffersen

Saksfremlegg

Årsrapport 2019

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	21/2021	22.03.2020

Forslag til vedtak

- Styret for Vestre Viken HF anbefaler at den fremlagte årsrapport for 2020, bestående av styrets årsberetning, resultat- og balanseoppstilling, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger vedtas.
- Styret foreslår at resultatet for 2020, et overskudd på 273 MNOK, føres slik: Overføring til annen egenkapital: 273 MNOK
- Styret ber administrerende direktør om å oversende vedtaket med nødvendige vedlegg for videre behandling i foretaksmøte og videre sender årsrapporten til det nasjonale regnskapsregisteret i Brønnøysund.
- Styret gir administrerende direktør fullmakt til eventuelt å gjøre mindre tekstredigeringer dersom det er påkrevd fra ekstern revisor eller lignende.

Drammen, 15. mars 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I denne saken fremlegges den endelige årsregnskapsrapporteringen pr. 31. desember 2020. Årsrapport, bestående av styrets årsberetning, resultat, balanse, noter og kontantstrømpoppstilling, legges frem for styret med forslag om at det anbefales fastsatt som resultat for 2020 i foretaksmøte. Det regnskapsmessige årsresultatet viser et overskudd på kr 273 MNOK.

Saksutredning

Styret skal behandle årsregnskap og styrets årsberetning før endelig behandling skjer i foretaksmøte. Deretter oversendes årsregnskap og årsberetning til det nasjonale regnskapsregisteret i Brønnøysund.

Det vises til årsberetning og årsregnskap for en oppsummering av året og ytterligere spesifikasjon og forklaring til regnskapet.

Målet for 2020 var et overskudd på 248 millioner kroner. Det regnskapsmessige resultatet ble et overskudd på 272,9 millioner kroner, etter overføring av Covid-19-midler til 2021. Overskudd utover budsjett er først og fremst relatert til at lønnsoppgjøret endte opp lavere enn forutsetningen som var lagt til grunn for budsjettet. I tillegg har foretaket gevinst ved salg av eiendom som ikke inngikk i budsjettet.

Administrerende direktørs vurderinger

Årsregnskapet avlegges med et endelig resultat for 2020 som overstiger budsjett. Året har vært preget av stor usikkerhet knyttet til de økonomiske resultatene som følge av pandemien. Bevilgningene vedrørende pandemien har imidlertid oversteget netto merkostnader i 2020 og overstigende beløp er overført til 2021 til dekning av samme formål. Endelig resultat for 2020 medfører at foretaket er i rute med tanke på resultatkravene frem mot overtakelse av nytt sykehus i Drammen og trygger investeringskraften i kommende periode. Den økonomiske utviklingen i 2021 er fortsatt preget av stor usikkerhet som følge av pandemiens konsekvenser.

Administrerende direktør legger resultatet frem for styret med en anbefaling om at det tilrås fastsatt som det endelige resultatet i foretaksmøte. Det legges også frem forslag til hvorledes overskuddet foreslås ført. Etter behandling i foretaksmøte skal saken følges opp med innsending til det nasjonale regnskapsregisteret i Brønnøysund.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret vedtar det fremlagt årsregnskap og styrets årsberetning for 2020.

En offisiell utgave, signert og med bilder og glimt fra 2020 vil utarbeides etter styrets behandling.

Vedlegg: Årsrapport 2020 for VVHF
 Foreløpig utkast «Glimt fra 2020»

Årsberetning

OM HELSEFORETAKET

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

Innen somatisk virksomhet består helseforetaket av Bærum sykehus, Drammen sykehus, Kongsberg sykehus og Ringerike sykehus med Hallingdal sjukestugu.

Foretaket har en psykiatrisk sykehusavdeling ved Blakstad, fem distriktpsykiatriske sentre (DPS-er), tilbud innen barne- og ungdomspsykiatri samt tverrfaglig spesialisert rus- og avhengighetsbehandling.

Det økonomiske målet for 2020 var et overskudd på 248 millioner kroner. Det regnskapsmessige resultatet ble et overskudd på 272,9 millioner kroner, og foretaket er med dette i rute i forhold til økonomisk langtidsplan.

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

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

Organisering

Administrerende direktør i foretaket er Lisbeth Sommervoll.

(Bilde av Lisbeth Sommervoll)

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

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

PASIENTBEHANDLING

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

Aktivitet

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

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

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

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

ISF-poeng

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

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

Dreining fra døgnbehandling til dagbehandling

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

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

Økning i video- og telefonkonsultasjoner og digitale egenregistreringer

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

sammenliknet med tidligere år. Det er viktig at foretaket utvikler seg videre innenfor dette området.

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

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

Overholdelse av pasientavtaler

Reduksjon av planlagt aktivitet i forbindelse med koronapandemien har ført til at færre pasientavtaler er overholdt enn i 2019. Andel pasientavtaler som ble overholdt er 89,2 prosent. Pasienter som kan få en dårligere prognose om planlagt behandling utsettes, blir prioritert.

Ventetid

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

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

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

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

Pakkeforløp kreft

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

Etablering av PET-CT

Undersøkelser med PET-CT ble startet ved Avdeling for bildediagnostikk, Drammen sykehus i juni 2020. Fram til da ble pasientene henvist til Oslo universitetssykehus for slike undersøkelser. Dette innebærer et betydelig fremskritt innen nukleærmedisin i Vestre Viken. Tilbudet vil bli gradvis utvidet. PET-CT er et viktig diagnostisk hjelpemiddel, ikke minst i kreftbehandlingen, og vil forbedre forløpstidene i noen av pakkeforløpene.

Sykehusinfeksjoner

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

Kvalitet og pasientsikkerhet

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

Elektronisk kurve og medikasjon

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

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

Samhandling

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

Hovedområder i samhandlingsarbeidet med kommunene har vært riktig bruk av rehabiliteringsressurser og videreutvikling av FACT-teamene et samordnet behandlingsopplegg fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for pasienter med alvorlig psykisk sykdom).

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

Helsefelleskapet Vest-Viken ble etablert med Vestre Viken og de 22 kommunene i opptaksområdet som partnere. Samarbeidet er organisert i tre nivåer.

På nivå 1 møtes kommuneledelsen og foretaksledelsen, inkludert styret i Vestre Viken (partnerskapsmøter). Nivå 2 er et strategisk samarbeidsutvalg hvor representanter fra kommuner og helseforetaket møtes. På nivå 3 etableres det fagutvalg som arbeider med konkrete prosjekter (f.eks. fagutvalg for barn og unge).

FORSKNING OG INNOVASJON

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

Forskning

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

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

Doktorgrader

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

Forskningspoeng

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

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

Satsing på kliniske studier

Det ble satset på å legge til rette for kliniske studier. Foretaket er nasjonal koordinerende institusjon på 12 studier og deltar i 37 studier.

Det er 25 pågående studier i oppdrag/samarbeid med industri. Av disse var det fem nye kontrakter/studier i 2020.

Innovasjon

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

Innovasjonsprosjekter

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

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

Eksterne midler

Fem innovasjonsprosjekter fikk eksterne midler fra Helse Sør-Øst: Bruk av kunstig intelligens i billediagnostikk (1,5 millioner kroner), videokonsultasjon medisinsk avstandsoppfølging – BUPA (500 000 kroner), avstandsoppfølging hjemmedialyse (250 000 kroner), digital sårtjeneste (250 000 kroner) og medisinsk avstandsoppfølging av KOLS (250 000 kroner).

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

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

TEKNOLOGI

Ny teknologi tatt i bruk i 2020

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

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

Forenkling og standardisering av IKT-systemer

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

Vestre Viken er blant foretakene i Helse Sør-Øst med høyest andel PC-er som er oppgradert til Windows 10. Ved utgangen av året var 5252 av 7998 PC-er oppgradert til Windows 10 (66 prosent). Plan for å oppgradere resterende PC-er vil fastsettes i 2021.

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

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

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

IKT-løsninger til Nytt sykehus i Drammen

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

Medisinskteknisk utstyr

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

Behandlingshjelpemidler

Det er stor vekst i behov for behandlingshjelpemidler (BHM), det vil si medisinsk utstyr til hjemmebehandling styrt av spesialisthelsetjenesten. Ved utgangen av året var det registrert utlån av 25 861 enheter. Det ble behandlet 28 886 leveringsordre, en vekst på 15,2 prosent fra året før. Utstyr innen diabetesbehandling utgjorde 56 prosent av foretakets varekostnader når det gjelder behandlingshjelpemidler. Nye produkter som ble tatt inn i nasjonal innkjøpsavtale innen diabetes førte til økte kostnader.

Mars og april skiller seg ut med spesielt stor aktivitet. Dette har sammenheng med koronapandemien, som førte til at flere pasienter ble behandlet hjemme.

UTDANNING

Vestre Viken samarbeider tett med en rekke utdanningsinstitusjoner, og tilbyr ca. 1 500 praksisplasser til studenter i helsefaglig utdanning.

Det har vært 54 sykepleiere ansatt i utdanningsstillinger innen anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleie samt barnesykepleie. Foretaket er godkjent lærebedrift, og har lærlingplasser i helsearbeiderfaget og ambulansefaget. Det var ved årets utgang 18 helsearbeiderlæringer og 34 ambulanselæringer. I tillegg var det to portørlæringer, en lærling som institusjonskokk og en lærling innen medisinsk teknolog.

Leger i spesialisering(LIS)

Foretaket har søkt om godkjenning for 32 spesialiteter i spesialistutdanningen for leger. Saksbehandlingstiden er lang. To spesialiteter er godkjent, de øvrige har midlertidig godkjenning. Fire leger har gjennomført instruktørutdanning i Veiledning i regi av RegUt HSØ og holder veiledningskurs for leger i foretaket. Ytterligere to leger er påmeldt, men kursene ble utsatt fra 2020 til 2021.

E-læring

E-læring benyttes i stor grad i foretaket. E-læringskurs ble enda mer aktuelt på grunn av restriksjoner knyttet til fysiske samlinger. Det har blitt laget mange nye kurs og tradisjonelle kurs har blitt digitalisert. Mye samarbeid på tvers av foretak og regioner har vært både effektivt og faglig nyttig.

BRUKERMEDVIRKNING

Vestre Vikens Brukerutvalg har arbeidet i henhold til sitt mandat og i samsvar med regionale føringer. Leder og nestleder deltar på styrets møter, og har anledning til å uttale seg og komme med forslag i saker som angår pasienttilbudet.

Brukerutvalget er representert i alle åtte klinikker (to personer i hver klinikk), i klinikkenes kvalitetsutvalg, i utvidede klinikkledermøter sammen med ansattes representanter og i «tyngre prosjekter». Brukere deltar aktivt i arbeidet med nytt sykehus i Drammen.

Brukerutvalget er også representert i Sentralt kvalitetsutvalg og i Forskningsutvalget. I tillegg er brukerne representert i det nyetablerte strategiske samarbeidsutvalget (helsefelleskap).

Ungdomsrådets arbeid

Ungdomsrådet gir råd og innspill til hvordan barn og unge kan få det bedre som pasienter og pårørende. Medlemmene i Ungdomsrådet har ulik alder, kjønn og etnisitet, og har erfaringskompetanse fra både fysiske og psykiske helseutfordringer. Ungdomsrådet følges opp av en koordinator fra Lærings- og mestringssenteret (LMS) og kontaktpersoner fra avdelinger som behandler barn og unge.

2020 har vært et spesielt år, også for Ungdomsrådet. Rådet har hatt 10 møter som i stor grad har vært gjennomført digitalt. Ungdomsrådet har gjennomført flere digitale workshops med fagavdelingene. De har blant annet arbeidet med e-læringskurs til unge pasienter ved Barne- og ungdomsavdelingen og sammen med BUPA arbeidet med hvordan videokonsultasjoner kan gjennomføres. Det er vanskelig for ungdommene å delta i møter ved å avdelingene fordi disse i stor grad skjer på dagtid. Tilbakemeldinger viser at avdelingene setter pris på innspill ved hjelp av video. Ungdomsrådet har derfor laget to nye videoer til bruk i avdelingenes opplæring og møter. En av videoene «Ungdom på voksenavdeling» har vært et av satsningsområdene.. Den andre videoen er laget for å gi råd til hvordan prehospitaltjenester kan møte ungdom med psykisk sykdom.

Ungdomsrådet har også sammen med BUPA arbeidet med pårørendeinformasjon og FACT i tillegg til å delta på foreldrekurs i regi av habilitering.

PERSONALE

Arbeidsmiljø

Vestre Viken skal ha en kultur som er preget av et utviklingsorientert, godt og helsefremmende arbeidsmiljø med motiverte og engasjerte medarbeidere.

Året har vært preget av koronapandemien. Mange medarbeidere har hatt en arbeidshverdag preget av smittevern, risikovurderinger og stor arbeidsbelastning. Evnen til å vise kreativitet og fleksibilitet har vært stor, og mange har måttet takle nye og uventede situasjoner. Arbeid med det psykososiale arbeidsmiljøet har vært viktigere enn noen gang, og det har blitt fulgt opp og håndtert på en god måte. I et år preget av pandemi har foretaket forsterket tilbudet om psykososial støtte og veiledning til medarbeidere og ledere.

Krav til lederferdigheter

Lederne har det overordnede og helhetlige ansvaret for å drifte egen enhet, og for å sørge for at målene som er satt nås innenfor gitte tidsfrister og økonomiske rammer. Ledelse av komplekse kompetansevirksomheter stiller store krav til lederferdigheter, og disse har blitt ytterligere utfordret som følge av pandemien. Strategisk og taktisk analyse og handlekraft har blitt satt på prøve, med tilhørende utfordringer knyttet til informasjon og ivaretagelse både av pasientsikkerhet og medarbeidere.

Pandemien har preget store deler av året og satt ekstra store krav til lederne. Samtidig som smittevernprosedyrer måtte følges og medarbeideres trygghet ivaretas, skulle også mest mulig ordinær drift opprettholdes. Det har vært behov for beredskap når det gjelder akutt krisehåndtering og lederne har fått tilbud om coaching og kompetanseheving innen kriseledelse.

Ressursstyring

God kunnskap om lov- og avtaleverk, og aktivitetsstyrt ressursplanlegging er avgjørende for å sikre leders oppfølging av egen drift, samt at arbeidstidsbestemmelsene overholdes.

Det er etablert et eget team som bistår klinikkene i systematisk tilnærming til aktivitetsstyrt ressursplanlegging. Teamet gjennomgår i samarbeid med klinikkene bemanning og kompetanse, bruk av innleie fra vikarbyrå, ekstrahjelp og overtid, i tillegg til aktivitet og kapasitet (herunder forbedring av forløp).

Arbeidstidsbestemmelser

Det var ca. 32 500 brudd på arbeidstidsbestemmelsene, mens det året før ble registrert ca. 36 500 brudd. Rapportering viser at ca. 14 prosent av brudd på arbeidsmiljøloven (AML) kan knyttes til pandemien. Det ble inngått sentrale avtaler med alle fagforeningene for turnusarbeidere, som foretaket benyttet frem til juli. Det ble avtalt høyere grenser for overtid når det gjelder dag, uke og over en fireukersperiode. Som følge av de sentrale avtalene ble det færre AML-brudd første halvår mens andre halvår har vært sammenlignbart med 2019. Det ble utarbeidet en handlingsplan for å redusere antall AML-brudd i foretaket. Dette arbeidet videreføres i 2021.

Sosiale forhold

Vestre Viken skal være en trygg arbeidsplass med et godt arbeidsmiljø. Medarbeiderne skal oppleve at sosiale forhold og samspill vektlegges, og at det er fokus på deres helse og trivsel. I tillegg skal foretaket legge til rette for at ansatte får en faglig god utvikling.

For å lykkes i dette arbeidet må foretaket blant annet gjennomføre opplæring, ha tydelige rutiner og sørge for ansattes medvirkning. Foretaket arbeider systematisk for å oppnå et skadefritt og helsefremmende arbeidsmiljø. Som følge av pandemien har det blitt iverksatt mange smittevernsrelaterte opplæringstiltak.

Smittevernsbegrensninger for deltakere på møter og kurs har satt et sterkt preg på arbeidshverdagen til mange. Bruk av hjemmekontor har vært et viktig smitteverntiltak der hvor arbeidsoppgavene tillater det. Den elektroniske plattformen, som erstatning for fysiske møter, påvirker de sosiale forholdene på arbeidsplassen.

Det ble anbefalt ikke å gjennomføre samlinger før julehøytiden. Foretaksledelsen besluttet å dele ut en oppmerksomhet til alle medarbeidere (en gavepose med smakfulle overraskelser av god kvalitet).

Sykefravær

Sykefraværet måles i antall sykefraværsdager delt på antall mulige arbeidsdager. Sykefraværet inkluderer ikke fravær på grunn av barns sykdom. Totalt var sykefraværet 8,1 prosent, en økning i forhold til året før da sykefraværet var 7,4 prosent. Korttidsfraværet i 2020 (1-16 dager) var 2,7 prosent. Langtidsfraværet endte på 5,4 prosent mot 5,1 prosent året før. Koronarelatert fravær registreres i ressursplanleggingssystemet GAT og kan måles i prosent med antall fraværstimer i henhold til mulige timer. Ved justering for koronarelaterte fravær, fremgår at det totale korttidsfraværet var 2,3 prosent.

Tiltak for å redusere sykefraværet

Vestre Viken og NAV Arbeidslivssenter signerte en overordnet samarbeidsavtale. Avtalen bygger på erfaringer fra forsterket innsats for å redusere sykefravær i perioden 2018 – 2019, at helseforetakene er en av sju bransjer som skal få ekstra bistand fra NAV og øvrige føringer i gjeldende IA-avtale. På slutten av året startet foretaket en partssammensatt prosess for å inngå samarbeidsavtale med NAV. Det skal identifiseres satsingsområder for IA-arbeidet de neste to årene.

Vestre Viken har i økende grad benyttet IA-virkemiddelet «ekspertbistand» for å finne løsninger for medarbeidere med hyppig gjentakende eller langvarig fravær. Det er startet et forbedringsprosjekt som skal identifisere mulige tiltak. Det er også gjennomført kompetanseheving i sykefraværsoppfølging digitalt i tillegg til obligatoriske kurs i helhetlig system for lederoppfølging. Det er utarbeidet en metodikk med sjekklister som beskriver anbefalt prosess for å redusere sykefraværet i klinikker eller store avdelinger. Denne metodikken har over tid vist gode resultater, blant annet i Klinik for intern service som har redusert sykefraværet betraktelig.

Flere av IA-avtalens virkemidler for arbeidsmiljøarbeid ble utviklet i løpet av året. Risikofaktorene i sykehus og organisering av arbeidsprosesser vektlegges. Koronapandemien begrenset dessverre mulighetene til å samles for bruke verktøyene i prosesser for å styrke arbeidsmiljø og samspill.

Springbrett

«Springbrett»-samarbeidet med NAV Vest-Viken er et godt verktøy for å øke inkluderende rekruttering og kompetanse om inkludering i foretaket. Gjennomføringen ble avbrutt på grunn pandemien. Involverte parter har i stedet prioritert øvrige tiltak for å nå inkluderingsdugnadsens mål, herunder å hente inn erfaringer til en rapport som kan bidra til å videreutvikle Springbrett, utvikle rutiner for mer inkluderende rekruttering og vurdere traineeordningen og rapporteringsmuligheter.

Helse, miljø og sikkerhet

Foretaket har etablert gode verktøy for HMS-arbeid, blant annet Forbedringsundersøkelsen, HMS-runden, HMS-rutiner, «Snakk om forbedring», avvikssystem og medarbeidersamtaler. Verktøyene som benyttes utfyller hverandre og gir god oversikt over risikobildet i den enkelte enhet.

Fortsatt arbeid med å utvikle kompetanse blant ledere, vernetjeneste og medarbeidere er sentralt for at foretaket skal ha et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø. Informasjon, veiledning og opplæring gis derfor systematisk på flere arenaer.

Håndtering av avvik og kvalitetssikring av saksbehandlingen er viktig. Foretaket har opprettet et system for å gjennomgå konkrete saker som er meldt som avvik for å undersøke om det er sammenheng mellom helse, miljø og sikkerhet (HMS) og pasientsikkerhet. Dette vil danne grunnlag for å kunne iverksette mer målrettede forbedringstiltak.

Kartlegginger og risikovurderinger

Det systematiske HMS-arbeidet gjøres hovedsakelig ved kartlegging gjennom Forbedringsundersøkelsen, HMS-runden og verktøyet «Snakk om forbedring», med påfølgende risikovurderinger og handlingsplaner. Dette gir både foretaket som helhet, og den enkelte enhet, en oversikt over ulike arbeidsmiljøutfordringer og risikofaktorer som igjen danner grunnlag for å utarbeide lokale handlingsplaner med konkrete tiltak. Klinikkenes handlingsplaner og resultater av iverksatte tiltak vil følges opp i månedlige møter.

«Team pasientsikkerhet» ble opprettet. Teamet skal gjennom foretakets avvikssystem Synergi, blant annet se på hvilken betydning uønskede HMS-hendelser har for pasientsikkerheten. Sammen med resultater etter Forbedringsundersøkelsen og «Snakk om forbedring», er målet å bidra til at foretaket får frem sammenhengene mellom HMS og pasientsikkerhet på en tydeligere måte, noe som igjen vil danne grunnlaget for forbedringsarbeid.

Sikringsrisikoanalyser er gjennomført i hele foretaket. Gjenstående arbeid med handlingsplaner vil gjennomføres i løpet av 2021. Sikkerhet og trygghet på jobb for medarbeiderne våre er også viktig for å kunne gi god og trygg helsehjelp.

Ulykker, vold og trusler

Smittevern har hatt den største økningen blant registrerte avvik. Dette skyldes hovedsakelig hendelser knyttet til Covid-19; smittefare, mulig smitte fra pasient og bruk av personlig verneutstyr. For øvrig viser oversikten det samme bildet som tidligere år.

Vold/trusler/utagerende atferd er den dominerende kategorien etterfulgt av psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø. Flere registrerte hendelser innen psykososialt /organisatorisk arbeidsmiljø har ført til konsekvenser også for pasienter.

Det er meldt 54 hendelser til NAV som omfatter yrkesskade. Av disse er ni hendelser knyttet til vold og trusler og 22 hendelser knyttet til mulig påført smittsom sykdom under arbeid i foretaket.

Når det gjelder innmeldte hendelser som gjelder vold, trusler om vold, utagerende atferd og trakassering er det meldt inn 842 hendelser, hvorav 763 er innmeldt fra Psykisk helse og rus. Det arbeides systematisk med opplæring av ansatte når det gjelder å forebygge og håndtere vold og trusler. Det jobbes også med kartlegging og risikovurdering på dette området. På grunn av pandemien har opplæringsvirksomheten vært lavere enn planlagt.

Bedriftshelsetjenesten

Foretaket har avtale om bedriftshelsetjeneste med Synergi Helse AS i Drammen. Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning regulerer hvilke typer tjenester bedriftshelsetjenesten skal og kan bistå foretaket (oppdragsgiver) med. Bedriftshelsetjenesten har bistått med systematisk HMS-gjennomgang i avdelingene, planarbeid og løpende HMS-bistand etter bestilling. Her kan særskilt nevnes «trekantsamtaler» med gravid arbeidstaker og nærmeste leder under svangerskap.

Varslingsutvalget

Vestre Viken ønsker å ha en åpenhetskultur, og har tilrettelagt for at det kan varsles til et partssammensatt varslingsutvalg. Varslingsutvalget skal følge opp varsler om kritikkverdige forhold og sikre at mottatte varsler følges opp på en god måte. Foretaket har også en avtale med et eksternt varslingsmottak, blant annet for å kunne håndtere anonyme varsler. Det informeres om varslingsutvalget til nyansatte, på grunnleggende lederopplæring og i egne fagsamlinger, i tillegg til at det finnes utdypende informasjon om hvordan medarbeidere kan varsle på intranett.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har gått igjennom foretakets varslingsordning, og kommet med forslag til flere tiltak som kan styrke ordningen ytterligere. En intern arbeidsgruppe vil legge fram en plan for hvordan tiltakene skal iverksettes i april 2021.

Antikorrupsjonsarbeid

Det er en prioritert oppgave å sørge for at foretakets ressurser brukes på en effektiv måte, slik at ingen tilegner seg urettmessige goder som kunne ha vært brukt til pasientbehandling.

Det nasjonale foretaket Sykehusinnkjøp gjennomfører anskaffelser på vegne av foretaket. For å forebygge korrupsjon vurderes habilitet i anskaffelsesprosesser, og avtalelojalitet følges opp. Det er interne retningslinjer for å innhente tilbud fra flere leverandører ved lokale innkjøp. Foretaket har et elektronisk bestillingssystem som sikrer arbeidsdeling og bestilling i henhold til fullmakt. Fullmaktreglementet gir begrensninger for hvilke avtaler som inngås. Retningslinje for samhandling med selskaper regulerer gaver til ansatte og til helseforetaket.

Registreringspraksis for bierverv er endret fra 2020. Det kreves en bekreftelse på at man IKKE har bierverv, i tillegg til at de bierverv man har registreres.

Foretaket har en varslingsordning som gjør det mulighet å varsle til andre enn linjeledelsen dersom det er mistanke om korrupsjon.

E-læringskurs om etikk

Alle ansatte skal gjennomføre e-læringskurs i foretakets etiske retningslinjer. Totalt har 52 prosent gjennomført disse kursene i perioden 2015-2020. Dette er ikke tilfredsstillende, og vil følges opp med informasjon og tiltak ut i lederlinjen. Klinikkene blir fulgt opp og vi forventer en forbedring på dette området i 2021.

LIKEVERD OG LIKESTILLING

Foretaket har dessverre ikke kunnet prioritere ressurser til drive aktivt, planmessig og målrettet arbeid for å fremme likestilling og hindre diskriminering i den grad som hadde vært ønskelig. Ansattes rettigheter har likevel vært sikret ved at man over lang tid har arbeidet og hatt en kultur for å sikre likestillings- og diskrimineringslovens formål. I praksis innebærer likestilling å gi alle arbeidstakere like rettigheter og muligheter til arbeid, faglig utvikling og avansement. Likestilling handler imidlertid også om å anerkjenne forskjeller og mangfold. Forbudet mot diskriminering følges opp i aktiviteter knyttet til rekrutteringsprosesser, inkluderende arbeidsliv, lønns- og arbeidsvilkår, kompetanse- og utviklingsmuligheter og beskyttelse mot trakassering.

Målrettet arbeid mot diskriminering

Det gis føringer for arbeid mot mobbing og trakassering i prosedyre for HMS: Ansvar, roller og myndighet i systematisk HMS-arbeid og prosedyre ved mobbing og trakassering på arbeidsplassen. I HMS-strategien for 2019-2022 vektlegges videreutvikling, tilbakemeldingskultur og samarbeidsrelasjoner for å forebygge destruktive konflikter, mobbing og trakassering. Både diskriminering, likestilling, mobbing og trakassering inngår i den årlige medarbeiderundersøkelsen «Forbedring» hvor resultatene skal følges opp og defineres i handlingsplaner. Metodikken i «Snakk om forbedring» kan være et hensiktsmessig verktøy i dette arbeidet for å få frem konkrete forbedringstiltak.

Likestilling og rekruttering

Foretakets rekrutteringspolicy fremmer ansatte skal gjenspeile mangfoldet i samfunnet - også når det gjelder etnisk bakgrunn, nedsatt funksjonsevne og alder. Rekrutteringspolitikken skal være åpen og inkluderende. Rekrutteringsrutiner vektlegger likestilling gjennom åpenhet fra stillinger blir lyst ut til tilsetning.

Foretaket har hatt et særlig fokus på personer med nedsatt funksjonsevne og «hull i CV», og å utvikletiltak for å bidra til Regjeringens inkluderingsdugnad. Å ta vare på ansatte i ulike livsfaser og å tilrettelegge for de som har nedsatt funksjonsevne er en viktig målsetning for inkluderende arbeidsliv. Seniorpolitikk har vært et satsingsområde, og seniorsamlingene er videreutviklet. Like lønns- og arbeidsvilkår og kompetanseutvikling er også en viktig del av arbeidet for å sikre likestilling.

Foretaket skal etterstrebe kjønnsbalanse i alle typer stillinger. I henhold til likestillings- og diskrimineringsloven § 26 skal det blant annet redegjøres for faktiske forhold knyttet til kjønnsbalanse. Pr. desember var 77 prosent av foretakets ansatte kvinner og 23 prosent menn. Kvinner utgjør 73 prosent av midlertidig ansatte og 86 prosent av ansatte i deltidsstillinger.

Når det gjelder gjennomsnittlig antall uker foreldrepermisjon for kvinner og menn, er det fordelt med henholdsvis 21 uker på kvinner og 14 uker på menn.

Kjønnsfordeling i foretaksledelsen

Foretaksledelsen består av 60 prosent kvinner og 40 prosent menn.

YTRE MILJØ

Vestre Viken påvirker miljø og klima gjennom forbruk av varer og utstyr; transport av varer, ansatte og pasienter; byggeaktiviteter og drift av bygg; bruk og håndtering av legemidler, kjemikalier og avfall.

Helseforetaket er sertifisert etter ISO14001 og arbeider systematisk med miljø- og klimatiltak for å redusere miljøfotavtrykket. Administrerende direktør vedtar hvert år foretakets miljødeltmål. Målene skal sikre at Vestre Viken identifiserer og prioriterer områder som det skal jobbes med det neste året for å redusere miljøpåvirkningen.

Ledere har gjennom driftsavtaler og virksomhetsplaner forpliktet seg til å utarbeide handlingsplaner med konkrete tiltak for å bidra til at foretaket når vedtatte miljødeltmål. Vestre Viken nådde målsettingen innenfor fem av åtte målområder.

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

Vann- og energiforbruk

Totalt vannforbruk har gått ned med 36 300 m³, eller 13 prosent, sammenlignet med 2019. Det er en nedgang på alle lokasjoner i Vestre Viken, unntatt Bærum sykehus og HSS. Størst vannreduksjon kommer fra Drammen sykehus, ca. 22 000 m³. Hovedårsak til mindre vannforbruk er mindre aktivitet på grunn av Covid-19. Andre tiltak som også har bidratt til å redusere vannforbruket er bytte av en del gamle kraner og toaletter samt mindre dusjing.

Det totale energiforbruket har gått ned med 6,1 GWh eller 7 prosent, sammenlignet med 2019. Det er en nedgang på alle lokasjoner. Størst energireduksjon i kWh er ved Drammen sykehus, ca. 2,5 GWh, mens størst prosentvis energireduksjon er ved Blakstad sykehus med 14 prosent.

Den største årsaken til energireduksjonen kommer fra bruk av fjernvarme og biobrensel (olje), disse utgjør en besparelse på ca. 4,7 GWh, eller ca. 6 prosent. Gjennomsnittstemperaturen har ligget 2,5 grader over normalen (gjennomsnitt fra 1961 til 1990). Mange forbinder rekordvarme med sommer og hetebølger, men slik var ikke juli. Det som gjør at året er rekordvarmt er den varme vinteren og den milde høsten. Sett under ett var vintermånedene desember, januar og februar hele 4,5 grader varmere enn normalt. Vinteren ble dermed den mildeste siden målingene startet i 1900 (ref. Met.no).

Avfallshåndtering

All avfallshåndtering foregår i henhold til kravene som myndighetene stiller. Spesialavfall og farlig avfall håndteres i samsvar med avtaleverket til Helse Sør-Øst.

Samlet avfallsmengde var i overkant av 2 408 tonn, ca. 2 prosent økning fra 2019, men en mindre økning enn de fire siste årene hvor økningen i snitt har ligget på 3,8 prosent. Andel avfall som sorteres ut er 36,3 prosent, en nedgang på 1 prosent i forhold til året før. Fra 2013 til 2019 økte sorteringsgraden med 27 prosent. Andel smitteavfall utgjør 9,8 prosent, som er en økning på ca. 7,7 prosent fra 2019. I årene 2016 til 2019 var det en nedgang på 9 prosent. Den største endringen er mengden matavfall, som er redusert med 26 prosent i forhold til året før. Dette er første gang at Vestre Viken har hatt mindre matavfall siden det ble en del av miljømålene (2014).

Det har vært et spesielt driftsår med lavere aktivitet og mer smitte på grunn av pandemien. Mindre økning i mengde avfall totalt og økt andel smitteavfall må ses i sammenheng med dette.

Nedgangen i mengde matavfall skyldes i hovedsak omlegging av serveringsmetoder på grunn av smittevernhensyn.

ØKONOMI

Å tilpasse sykehusenes ressursforbruk til rammene fra eier har vært hovedtema siden sykehusreformen ble gjennomført i 2002.

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

Økonomiske resultater

Økonomien har vært sterkt preget av pandemien. De økonomiske effektene er registrert gjennom året. Det er anslått et inntektstap på 341,5 millioner kroner og merknader på 160,5 millioner kroner som følge av koronapandemien. Kostnadene er redusert med redusert arbeidsgiveravgift i 3. termin. I tillegg er det påløpt merutgifter med om lag 36 millioner kroner knyttet til investeringer for å sikre nødvendig utstyr og utbedringer av bygninger for å kunne håndtere pasientbehandlingen gjennom pandemien. Foretaket har også fått tildelt smittevernutstyr fra det regionale foretaket gratis og finansiering for å kunne etablere en storvolumlab for koronatesting.

Inntektssvikten er en følge av at all planlagt aktivitet ble utsatt da foretaket gikk i gul beredskap. I tillegg er øyeblikkelig hjelp-aktiviteten merkbart redusert. Den lavere pågangen av pasienter og besøkende har resultert i lavere omsetning fra kantine, kiosk og parkering. Smitteverntiltakene har medført ekstra kostnader til utstyr og som følge av at de enkelte pasientforløp tar lengre tid. Det har også vært ekstra bemanning for å sikre tilgangen til sykehusene ved vaktordninger i mottak og hovedinnganger. Enkelte kostnader har blitt redusert i perioden. Det omfatter blant annet kjøp av helsetjenester fra andre institusjoner, herunder gjestepasientkostnader innad i egen region.

Det er bevilget 598 millioner kroner i tilskudd i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett. Midlene er tilført foretaket som basisramme fra Helse Sør-Øst. Ekstramidlene i revidert nasjonalbudsjett (RNB) ble bevilget for å bidra til at helseforetakene hadde tilstrekkelig med midler i forbindelse med Covid-19- pandemien, og ble ikke knyttet til noe spesielt tidspunkt. Ved utgangen av året var ikke pandemien over, og den vil prege foretakets økonomi også i kommende år. Det er derfor avsatt 102 millioner kroner i ubenyttede ekstramidler som uopptjent inntekt for å imøtekomme økonomiske konsekvenser av pandemien i 2021.

Målet var et overskudd på 248 millioner kroner, Det regnskapsmessige resultatet ble et overskudd på 272,9 millioner kroner, etter overføring av Covid-19-midler til 2021. Overskuddet ble høyere enn budsjettet, og først og fremst fordi lønnsoppgjøret endte opp lavere enn det som var lagt til grunn for budsjettet. I tillegg har foretaket fått gevinst ved salg av eiendom som ikke var budsjettet.

Vestre Viken leverer med det et resultat som er bedre enn målsettingen for året. Det innebærer også at foretaket er i rute i forhold til de langsiktige økonomiske målene.

Driftsinntekter og driftskostnader

Totale driftsinntekter var 10 104 millioner kroner. Totale driftskostnader eksklusiv finans var 9 828 millioner kroner.

ISF-inntekter somatisk pasientbehandling

Antall pasientbehandlinger innen somatikken er sterk redusert i forhold til året før som følge av pandemien. Totale ISF-inntekter fra somatisk pasientbehandling er redusert med 224,5 millioner kroner i forhold til 2019.

Medikamentkostnader

Høykostmedisiner er viktig for å gi god pasientbehandling, men utgifter knyttet til disse medikamentene - særlig nye kreftmedisiner - er en utfordring for helseforetaket. Kostnader knyttet til bruk av medikamenter har økt med om lag 50,8 millioner kroner sammenlignet med året før. Økningen skyldes økt forbruk av dyre medikamenter og at finansieringsansvaret for flere H-reseptmedikamenter (hjemmebasert behandling) er overtatt av sykehusene fra og med 2020.

Kostnader for gjestepasienter

Det ble kjøpt færre pasientbehandlinger hos eksterne helseforetak enn i tidligere år som følge av pandemien. Gjestepasientskostnader samlet sett er redusert med 8,6 millioner kroner det siste året.

Pensjons- og lønnskostnader

Nye aktuarberegninger foretatt i løpet av året ga en reduksjon på om lag 157,9 millioner kroner i pensjonskostnader. Årsaken ligger i endrede forutsetninger. Basisrammen er redusert som følge av reduksjonen.

Samlede lønnskostnader utover pensjon viser et negativt avvik mot budsjett på ca. 127 millioner kroner.

Antall årsverk

Foretaket har hatt 241 årsverk mer enn planlagt. Det er brukt 7 millioner kroner mer på ekstern innleie av helsepersonell enn i 2019.

Likviditet og investeringer

Foretakets likviditetsbeholdning var 215 millioner kroner pr. 31. desember 2020. Dette er en økning på 6 millioner kroner fra året før.

Samlet kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter var 179 millioner kroner. De samlede investeringene utgjorde 297 millioner kroner, inkludert finansiell leasing for 29 millioner kroner.

Egenkapital

Vestre Viken har en betydelig egenkapital. Egenkapitalen var 57 prosent av totalkapitalen ved utgangen av året.

I pensjonsforpliktelsen ligger det et ikke resultatført estimatavvik på 3 152 millioner kroner. Pensjonsforpliktelsene vil påvirke foretakets fremtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordninger.

Styret vurderer egenkapitalen per 31. desember 2020 til å være tilfredsstillende.

Rentenivået

Foretaket har rentebærende gjeld, og endringer i rentenivået får dermed konsekvenser. Netto økning i rentebærende gjeld er 506 millioner kroner. Økningen kommer som følge av tomteervervelse på Brakerøya. Helseforetakene har, etter instruks fra eier, ikke anledning til å benytte private rentesikringsinstrumenter.

Risiko knyttet til utviklingen i rentenivået kan håndteres ved å bytte lån fra halvårlig flytende rente (standardavtale) til fastrente med bindingstid på tre, fem eller ti år. Nivået på fastrente med bindingstid revideres 1. januar og 1. juli hvert år.

Investeringslåneene kan rentesikres ved at det er mulig å bytte fra fast rente til flytende rente med over-/underkurs i fastrenteperioden. Ved utgangen av året utgjorde langsiktig lån for Vestre Viken totalt 907 millioner kroner. Foruten låneandel knyttet til tomten på Brakerøya, har alle de langsiktige lånene foretaket har hos Helse Sør-Øst, fastrente. Av låneporteføljen løper halvparten med rente 1,53 prosent frem til sommeren 2022 og den andre halvparten med rente på 0,68 prosent frem til sommeren 2025.

Vestre Viken skal bygge et nytt sykehus i Drammen innen 2025. Det er lagt opp til at 70 prosent av investeringen lånefinansieres. Innskuddsrenten i gjeldende bankavtale og renten på driftskreditt er basert på flytende rente. Samlet sett vurderes renterisikoen som akseptabel. Vurdering av risiko gjennomføres i tråd med gjeldende finansstrategi i Helse Sør-Øst.

Kredittrisiko

Inntekter er i all hovedsak overføringer fra staten via helseforetakets eier Helse Sør-Øst. Kredittrisikoen anses derfor som lav.

Det er likevel normalt en usikkerhet knyttet til det å vurdere fremtidige forhold.

FREMTIDSUTSIKTER

I mai 2018 vedtok styret Utviklingsplan 2035. Utviklingsplanen er en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, og danner grunnlaget for den videre utviklingen av foretaket. Utviklingsplanen skal rulleres/revideres det kommende året. Basert på Utviklingsplan 2035 er det vedtatt en strategiplan for perioden 2020-2023 i møte 27. april, sak 19/2020.

Perioden frem til innflytting i nytt sykehus i Drammen vil være økonomisk krevende. Det forutsettes vesentlige effektiviseringer, omstillinger og innovasjon i hele organisasjonen både før sykehuset er innflyttingsklart og i årene etterpå.

Gradvis økning av resultatet

Det er i økonomisk langtidsplan (ØLP) 2021-2024 lagt opp til en gradvis økning av resultatet til 288 millioner kroner i 2024. For å oppnå planlagte resultatforbedringer må foretaket utvikles og endres. Produktivetsforbedringer skjer gjennom organisasjonsutvikling og ved å ta i bruk ny teknologi.

I den kommende planperioden er det avgjørende at det genereres overskudd både for å bygge et nytt sykehus i Drammen, og for å oppgradere og utvikle Bærum sykehus, Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus. I tillegg pågår et arbeid for utredning av oppgraderingsbehovene for bygningsmassen som benyttes innen Psykisk helse og rus, Prehospitale tjenester samt Behandlingshjelpemidler og Rehabilitering.

Overskudd de siste årene bidrar til å nå målet om en langsiktig bærekraftig økonomi og nødvendig økonomisk handlingsrom.

Nytt sykehus i Drammen

Stortinget vedtok i 2017 finansiering til bygging av nytt sykehus på Brakerøya i Drammen. Det nye sykehuset er planlagt som lokalsykehus for de eksisterende og tidligere kommunene Lier, Drammen, Nedre Eiker, Røyken, Hurum, Sande og Svelvik. Sykehuset skal ha

områdefunksjoner innen somatikk for hele Vestre Viken. Det skal etableres stråleterapi på sykehuset. Psykisk helsevern på sykehusnivå for hele foretaket skal inn i det nye sykehuset. Nye Drammen sykehus vil erstatte dagens Drammen sykehus og Blakstad sykehus.

Styret i Vestre Viken og Helse Sør-Øst godkjente forprosjektrapporten i 2019 og gjennom 2020 er det gjennomført detaljprosjektering av det nye bygget. Parallelt med dette er tomten klargjort. Tidligere bygg er revet, forurenset masse er sanert og arbeid med grunnarbeid og fundamentering er startet.

Helse Sør-Øst har oppnevnt et eget prosjektstyre som har ansvar for å gjennomføre prosjektet i tråd med rammer og forutsetninger som er lagt til grunn. Helse Sør-Øst har også etablert en egen prosjektorganisasjon med ressurser fra Sykehusbygg for å gjennomføre byggeprosjektet.

Vestre Viken har etablert et «Mottaksprosjekt» som skal passe på at det utarbeides driftseffektive arbeidsprosesser for å skape helhetlige og trygge pasientforløp i nytt sykehus. I tillegg skal «Mottaksprosjektet» sikre tilpasning av driften til nytt bygg, klargjøre de ansatte for nytt sykehus og sikre en god overgang fra prosjekt til drift.

Sykehuset skal bygges i perioden 2020–2024 og tas i bruk i perioden januar-mai 2025.

Oppgradering av sykehusene i Bærum, Ringerike og Kongsberg (BRK-prosjektet)

I juni 2017 vedtok styret i Vestre Viken et oppgraderings- og vedlikeholdsprogram for sykehusene i Bærum, Ringerike og Kongsberg (BRK-prosjektet) med en total kostnadsramme på 1,6 milliarder kroner. Planen er at det innen 2027 skal investeres for om lag 800 millioner kroner på Bærum sykehus og 400 millioner kroner til henholdsvis Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus. Prosjektet følger oppsatt plan.

Forslag til føring av årets resultat

Årsresultatet viser et overskudd på 272,9 millioner kroner. Styret foreslår at årsresultatet overføres til annen egenkapital.

Foretakets innskutte egenkapital er 3 511 millioner kroner. Den totale egenkapitalen, inkludert akkumulert overskudd, er 4 374 millioner kroner.

Forutsetninger for fortsatt drift

Vestre Viken følger regnskapsloven og lov om helseforetak. I henhold til § 7 hefter eier ubegrenset for helseforetaket. Styret forutsetter at foretaket gjennom de tilførte verdier sikres en forsvarlig egenkapital. Forutsetningen om fortsatt drift er lagt til grunn ved utarbeidelsen av regnskapet for 2020, se prinsippnote til regnskapet.

Styret hadde åtte medlemmer fram til 17. desember 2020. Styret ble da utvidet med tre medlemmer, og består nå av seks kvinner og fem menn. Fire av styremedlemmene (to kvinner og to menn) er valgt av og blant de ansatte. Styret ledes av Siri Hatlen.

(Bilde av Siri Hatlen)

Styret har hatt 11 møter og behandlet 85 saker. Koronapandemien har preget foretaket, og dermed også styrets arbeid. Det ble våren 2020 vedtatt plan for å kunne ta imot et stort antall pasienter smittet med Covid-19. Planen er basert på tilgjengelig areal, infrastruktur og tilgjengelig bemanning. For å kunne øke intensivkapasiteten ble det utviklet en trappetrinnsmodell hvor bemanningen er basert på et samarbeid mellom intensivsykepleiere (teamledere) og støttepersonell (f.eks. anestes- og operasjonssykepleiere). Støttepersonellet har fått opplæring i pleie og behandling av intensivpasienter. Det ble inngått beredskapsavtale med Martina Hansens Hospital om å overføre personell til Vestre Viken. Videre ble det avtalt

samarbeid med Oslo Universitetssykehus (OUS), hvor OUS tar imot intensivpasienter fra Vestre Viken for å fordele totalbelastning i hovedstadsområdet.

Det har i den løpende virksomhetsrapporteringen også vært rettet stor oppmerksomhet mot å opprettholde ordinær aktivitet i størst mulig grad.

Styret har fulgt tett med i arbeidet med nytt sykehus i Drammen. Våren 2020 ble plan for «Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD» vedtatt og oversendt til Helse Sør-Øst. Planen følges opp regelmessig med rapportering til styret, og skal sikre økonomisk handlingsrom for å realisere nytt sykehus i Drammen og utvikle øvrig virksomhet i foretaket. Styret har også behandlet hvordan erfaringene fra pandemien og fra evaluering av nytt Østfoldsykehus tas med inn i planene for nytt sykehus i Drammen.

I løpet av året har styret opprettet et styreutvalg (underutvalg) med tre medlemmer fra styret. Styreutvalget skal være et rådgivende og forberedende organ for styrets behandling av saker knyttet til Nytt Sykehus Drammen (NSD), Økonomisk langtidsplan og gevinstplan samt andre store/komplekse saker relatert til Utviklingsplan 2035 etter behov. Utvalget har hatt tre møter.

Styret er fornøyd med foretakets virksomhet i et år sterkt preget av koronapandemien.

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

Drammen, 22. mars 2021.

Siri Hatlen
Styreleder

Margrethe Snekkerbakken
Nestleder

Ane R. Breivega
Styremedlem

Robert Bjercknes
Styremedlem

Bovild Tjønn
Styremedlem

Morten Stødle
Styremedlem

Hans Kristian Glesne
Styremedlem

Tom Roger Frost
Ansattes representant

Gry L. Christoffersen
Ansattes representant

Toril A. K. Morken
Ansattes representant

John Egil Kvamsøe
Ansattes representant

Lisbeth Sommervoll
Administrerende direktør

SAK 1

Da pandemien brøt ut

Koronaviruspandemien satte et sterkt preg på arbeidshverdagen til samtlige ansatte i 2020.

Søndag 8. mars ble en person med koronavirus innlagt på Drammen sykehus. Dette var den første sykehusinnleggelsen av en smittet her i landet. Fire dager senere iverksatte Regjeringen strenge, nasjonale tiltak for å bekjempe pandemien. Allerede om ettermiddagen fredag 13. mars besluttet foretaksledelsen at hele Vestre Viken skulle trappe opp til gul beredskap. Dette innebar tiltak for å forberede økt tilstrømning av pasienter, samtidig som planlagt aktivitet ble redusert.

Håndvask og avstand

- Vask og sprit hendene, hold avstand og ta godt vare på hverandre, oppfordret administrerende direktør Lisbeth Sommervoll.

Ved at alle fulgte gjeldende råd og tiltak som ble besluttet, var det håp om at vi skulle klare å få kontroll på smittespredningen og at utbredelsen av epidemien ville skje saktere enn for eksempel i Nord-Italia. Da ville vi klare å håndtere dette innenfor den kapasiteten som foretaket har.

Øyeblikkelig hjelp og de sykeste pasientene ble prioritert, samtidig som noen avtaler som kunne utsettes måtte vente. Alle pasienter ble imidlertid trygget på at operasjoner ikke ble utsatt uten at det var foretatt en medisinskfaglig individuell vurdering av om det var forsvarlig å vente og i tilfelle hvor lenge.

«Alle mann til pumpene»

I samarbeid med de tillitsvalgte ble det åpnet for tiltak som utvidede arbeidstidsrammer og omlegging av arbeidsplaner, omdisponering av ansatte, rekruttering av ekstrapersonell, utsettelse av fastsatt ferie, avspasering og permisjoner osv.

Da det nærmet seg sommerferien var smittetrykket lokalt og nasjonalt igjen på et lavt nivå, før smittespredningen i løpet av høsten steg til et enda høyere nivå enn i utbruddet på vårparten.

Sak 2

En kompetanseportal for alle

Kompetanseportalen innføres for alle yrkesgrupper i Vestre Viken.

Kompetanseportalen er et elektronisk verktøy som skal hjelpe medarbeidere og ledere til å dokumentere kompetanse og identifisere behov for opplæring og videreutvikling.

Kompetanseportalen for Leger i spesialisering (LIS) ble tatt i bruk i forbindelse med implementering av ny spesialistutdanning for leger høsten 2017. Fullskalaversjon av Kompetanseportalen for alle yrkesgrupper har vært etterspurt fra flere ledere i Vestre Viken. Mot slutten av 2020 ble deler av Kompetanseportalen åpnet opp for alle ansatte, og implementeringen fortsetter i 2021.

Gir god oversikt for både ledere og medarbeidere

Helse Vest har brukt Kompetanseportalen i flere år, og den brukes også i andre helseregioner.

Portalen gir en meget god oversikt for ledere over hvilken kompetanse de har i avdelingen. Det gir også en god oversikt for medarbeiderne når det gjelder hvilke kompetansekrav stillingen medfører, og det er enkelt å dokumentere fortløpende.

Det vil ikke bli flere krav, men en strukturering av de kravene som allerede finnes. Eksempler på dokumentasjon er nyansattplaner, opplæring i medisinsk-teknisk utstyr, prosedyrer, brannvernrutiner og beredskapsplaner.

Kompetanseportalen gir leder en kontinuerlig oversikt over enhetens kompetansebeholdning og samler oversikt over kompetanse og kompetanseutvikling på ett sted. Det vil også bli enklere å holde oversikt over sertifisering og lettere å svare ut tilsyn og revisjoner i et slikt system.

Sak 3

Betydelig teknologi-løft

Helse Sør-Øst ruster opp foretakets utstyrspakke for simulering utstyr.

Vi har mange aktiviteter innen simulering i våre klinikker. Nå er det behov for å øke samhandling på tvers av klinikkene og å standardisere aktivitetene. Simulering gjør helsepersonell bedre rustet til å håndtere krevende situasjoner, som for eksempel mottak og behandling av Covid-19-pasienter.

Opprusting for 3 millioner kroner

I forbindelse med Covid-19-situasjonen, har helseforetaket fått nærmere 3 millioner kroner fra Helse Sør-Øst til å ruste opp utstyrsparken med simulering utstyr. Med innkjøpet følger også en forpliktelse til å ta vare på og utnytte materiellet optimalt.

Medisinsk simulering dreide seg tidligere mest om enkel ferdighetstrening, som å åpne luftveier, hjertekompresjon og munn-til-munn-ventilering. I dag handler medisinsk simulering mer om ledelse og kommunikasjon i team i krevende situasjoner. Noen eksempler på slike situasjoner er stabilisering av Covid-19-pasienter eller traumemottak. For å få gode simuleringer må de være realistiske, og i hovedsak bør de skje i avdelingen der helsepersonell jobber til daglig.

Systematisk trening styrker pasientsikkerheten

Simulering er forbedringsarbeid i praksis, hvor nye metoder blir testet og arbeidsprosessene utviklet. Den tekniske utviklingen har vært svært stor. De første «Anne-dukkene» på 60-tallet var nettopp dukker, mens dagens modeller er roboter med elektronikk, hydraulikk og pneumatikk - de puster, hoster, blunker med øynene og snakker.

Foretaket har fått fem nye dukker som er tilpasset forskjellige typer trening. To av disse er avanserte Sim-Man med lungesimulator. Dukkene styres fra en PC og treningsøksjonene blir logget. Det er også mulig å gjøre videooptak underveis. Dukkene med lungesimulator åpner en ny verden for anestesio- og intensivpersonell, og kan brukes både i grunnopplæring (LIS/videreutdanning) og i

vedlikeholdstrening.

Koronaepidemien har vist at systematisk trening styrker pasientsikkerheten og gjør at personellet mestrer reelle situasjoner bedre.

Sak 4

Sykehuset begynner å reise seg

Ett av Norges største byggeprosjekter finner vi på Brakerøya. Det nye sykehuset har et totalt areal på 122 000 kvadratmeter. Funksjonsarealet er på 51 145 kvadratmeter fordelt på seks bygg.

Arbeidene med graving- og sikringskonstruksjoner ble ferdigstilt i sommer. 18. mai startet arbeidet med pæle- og betongarbeider for å klargjøre til bygging av kjeller. Dette arbeidet vil foregå frem til oktober 2021. Det er flere prosesser som foregår på samme tid, og i den østlige enden av bygget er de første kjellerveggene under etablering.

Befaring på tomta

21. september var styret i Vestre Viken, prosjektorganisasjonen i Helse Sør-Øst og ledelsen i Vestre Viken på befaring på Brakerøya i forbindelse med et styreseminar.

I tillegg til å se byggearbeidene på sykehustomta fikk styret også et innblikk i hvordan det jobbes med å utvikle gode løsninger av det som skal finne sted inne på sykehuset. Det nye sykehuset skal ha integrerte lokaler for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det skal også etableres stråleterapi ved sykehuset.

Helse Sør-Øst har laget flere prøverom på Brakerøya for å kunne forstå hvordan det nye sykehuset blir i bruk i daglig drift gjennom å teste ulike løsninger og materialer.

Sak 5

Endelig i gang med PET/CT

Etter flere år med arbeid er det nå drift i en egen PET/CT-modul i Vestre Viken.

Det betyr at foretaket kan tilby PET/CT-undersøkelse til innbyggerne i vårt opptaksområde.

PET står for positron-emisjons-tomografi og er en avansert undersøkelse som tar bilder av kroppen ved hjelp av små mengder av et radioaktivt stoff som pasienten får injisert i kroppen, vanligvis radioaktivt merket glukose (sukker). En PET-undersøkelse kombineres alltid med CT-undersøkelse.

Undersøkelsen brukes hovedsakelig til kartlegging av kreft, men er også en viktig i forbindelse med utredning av demens og betennelsestilstander. PET kan gi viktig informasjon om ulike sykdomsprosessers funksjon utover den man får kartlagt ved for eksempel MR eller CT.

Tidligere har Vestre Viken sendt pasienter til PET/CT-undersøkelse til andre helseforetak, hovedsakelig Oslo universitetssykehus.

Viktig for foretaket

Avdelingsdirektør i Klinikk for medisinsk diagnostikk, Wesley Caple, mener det er et stort løft for Vestre Viken at PET/CT nå er på plass. Han påpeker at det kreves mye for å bygge opp et slikt tilbud.

-Det må bygges opp en helt spesiell kompetanse innenfor nukleær medisin, i tillegg til at det kreves mye i forhold til areal, finansiering og byggprosjektering, sier han. Caple er også veldig fornøyd med at avdelingen har kommet langt med å bygge et sterkt fagmiljø som også er aktive innen forskning og innovasjon.

Bidrar til mer effektive pasientforløp

Foreløpig er det åpnet for PET/CT for pasienter med lungekreft og føflekkreft (malignt melanom), men planen er å åpne for flere pasientgrupper i løpet av 2021. Et tilbud lokalt gjør at flere pasienter slipper å reise unødvendig langt for å få gjennomført undersøkelsen.

Administrerende direktør, Lisbeth Sommervoll, er svært fornøyd med at foretaket nå kan tilby PET/CT til sine pasienter.

- Det er viktig at vi ikke er avhengig av andre for å kunne utføre denne typen diagnostikk. Når vi nå har dette på plass så gjør vi det mulig å få til enda bedre og mer effektive pasientforløp, sier Sommervoll.

Sak 6

Kongsberg sykehus får MR-maskin

Styrets vedtak er en gledelig nyhet både for sykehuset, foretaket og pasientene.

MR er diagnostikk med magnet- og radiobølgeteknologi. MR-maskinen tar tusenvis av bilder som settes sammen og gir veldig tydelig innblikk i vev og skjelett. Dette gir utvidede muligheter til bildediagnostikk og supplerer CT og tradisjonelle røntgenapparater.

-I dag må pasientene fraktes til Drammen sykehus for å gjennomføre MR-undersøkelse. Enkelte av pasientene trenger følgetjeneste, noe som gjør at ordningen krever mye ressurser. Når vi nå får MR på Kongsberg sykehus slipper vi transporten og pasientsikkerheten øker, sier klinikkdirektør Stein-Are Agledal ved Kongsberg sykehus.

Han er glad for at helseforetaket satser på lokalsykehusene.

- Vestre Viken viser gjennom flere investeringer at det satses på Kongsberg sykehus. Både gjennom midler i det såkalte BRK-prosjektet (Bærum, Ringerike, Kongsberg) og gjennom enkeltvedtak som dette. Kjøp av MR-maskin representerer en av de største enkeltinvesteringene på lang tid, forteller Agledal.

Stor investering

Selve MR-maskinen koster cirka 15 millioner kroner, men det må i tillegg investeres 6-7 millioner kroner i lokaler. Forhåpentligvis kan MR-maskinen tas i bruk i løpet av siste halvdel av 2021.

Sak 7

VR-basert simulering

Simulering hjelper behandlere i BUPA med å trene på dagligdagse og utfordrende situasjoner i pasientmøter.

Medisinsk simulering ved hjelp av VR-teknologi er et satsningsområde. Den nye teknologien er et viktig bidrag for å styrke kompetansen til behandlere i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP).

Gjennom å simulere hendelser får behandlere økt innsikt og mestring i behandler-pasient-interaksjonen. Hensikten er at når behandlerne øver på å håndtere vold, trusler og andre utfordrende situasjoner på jobb, styrkes også kvaliteten i behandlingen i BUP. Dette kommer både pasienter, pårørende og de ansatte til gode.

Truls Røer-Johansen og Sissel Vælitalo Skaret er spesialrådgivere ved BUPA Vestre Viken og har begge jobbet i nærmere 20 år innen feltet psykisk helse og rus. I løpet av dette året har de lært, prøvd ut og fått mange erfaringer med bruk av VR-teknologien i opplærings situasjoner. De mener at læringsutbyttet er høyt.

VR-simulering er svært nyttig

Forskning viser at når flere sanser stimuleres, husker og lærer vi bedre. Når følelsene blir involvert i læringsprosessen, forsterkes inntrykkene og vi sier at «vi kjenner det på kroppen».

- Med tradisjonell opplæring som forelesninger eller tilsvarende, husker vi vanligvis rundt 5-10 prosent av innholdet. Når det gjelder medisinsk simulering husker vi rundt 80 prosent, basert på at du praktiserer det du lærer, forklarer Røer-Johansen.

Skaret forteller at med VR føler deltakerne situasjonen på kroppen. Det blir ikke en passiv fortelling om utfordrende pasientmøter, men et ektefølt møte hvor deltakere deler den samme opplevelsen.

Med dagens utstyr kan BUPA vise flere ulike scenarioer (filmer). Hvert scenario viser ulike utfordringer som deltakerne tar del i og lærer fra. VR-metoden er velegnet for både nyutdannede så vel som erfarne medarbeidere.

Sak 8

19 nye ambulanselæringer på plass

I mars var 40 personer samlet i to dager i Hallingdal for å delta på opptaksleir for å komme gjennom nåløyet og bli lærlinger i ambulansefaget i Vestre Viken. I løpet av de to dagene måtte deltagerne gjennom fysiske, psykiske og faglige tester samt et intervju.

Etter opptaksleiren ble 19 av disse tilbudt lærlingplass, spredd rundt på ambulansestasjonene - fra Ål i nord til Sætre i sør. Vestre Viken driver ambulansetjeneste spredd på 15 stasjoner i «gamle Buskerud» og Sande, Svelvik og Jevnaker.

Læretid på to år

De fleste som starter som lærlinger i ambulansefag har to år bak seg i videregående skole. Lærlingperioden er to år, og gjennom hele det første året jobber lærlingene som ekstrapersonell i vanlig turnus sammen med en veileder.

Magnus Solberg (23) fra Notodden og Sigrid Emilie Nordhagen (21) fra Hokksund er to av de nye lærlingene som nå setter i gang.

- Hvorfor ønsker dere å bli ambulansearbeidere?

- Jeg har lyst til å hjelpe folk og utgjøre en forskjell. Ingen dager er like, og vi må også være innstilte på tunge dager i jobben. Jeg har gledet meg lenge til å komme i gang og ser frem til lærlingperioden, sier Magnus Solberg, som skal være utplassert på ambulansestasjonen i Drammen.

Sigrid Emilie Nordhagen skal være stasjonert i Sætre og ser veldig frem til det.

- Jeg liker veldig godt å jobbe med mennesker. Å gjøre samme rutinejobb hver eneste dag passer ikke meg, derfor tror jeg en allsidig tilværelse som ambulansearbeider er midt i blinken. Så vet jeg at noen setter veldig pris på å få hjelp av oss og den jobben som gjøres i ambulansetjenesten. Det er godt å kunne vite at vi blir satt pris på, mener den nybakte ambulanselæreren.

Dato: 14.3.2021
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 3. tertial 2020

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	22/2021	22.03.2021

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. 3. tertial 2020 til etterretning.

Drammen 15. mars 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. 3. tertial i tråd med styrets årshjul. Rapporteringen pr. tertial omfatter en rekke flere indikatorer enn de som rapporteres månedlig. Ved årsavslutningen er det flere områder som normalt omfattes av tertialrapporteringen som dekkes av årlig melding, behandlet i styremøte 22. februar 2020, sak 11/2021, og ved behandling av årsregnskapet og styrets beretning, ref. sak 21/2021 til behandling i styret 22. mars 2020. Tertialrapporten for 3. tertial referer til disse dokumentene og omhandler først og fremst de områder som ikke anses dekket i årlig melding og årsberetningen, men gjentar også deler for å fremgå som en helhetlig rapport ved utgangen av 3. tertial.

Saksutredning

Økonomi

Årets resultat endte om lag 25 MNOK over budsjett og er behørig omtalt i styrets årsberetning. Det vises for øvrig til omtale i vedlegg til denne saken og styrets årsberetning.

Prognosen gjennom høsten var i stor bevegelse og ga ikke noe godt grunnlag for styring av virksomheten. Resultatene av lønnsoppgjøret ble ikke tatt inn i regnskap eller prognose før i desember, og tilsvarende gjaldt bevilgninger vedrørende koronapandemien. Utviklingen i aktivitet tok seg godt opp inn mot sommeren, men det lot seg ikke gjøre å komme opp i normal aktivitet gitt omfattende smitteverntiltak og et betydelig fall i andel ø-hjelp og liggedøgn.

Bemanningen lå svært høyt gjennom året. Dette skyldtes først og fremst pandemien, men også som følge av forsinket effekt av planlagte tiltak.

Aktivitet

Somatikk

På grunn av koronasituasjonen er somatisk aktivitet om lag 10 % bak budsjett samlet for året. Siden mai ble det iverksatt tiltak for å øke dag- og poliklinisk aktivitet for å redusere ventetider og antall ventende. Reduksjon i antall døgn-behandlinger, spesielt knyttet til medisinske pasienter, og et uforklart fall i øyeblikkelig hjelp-pasienter har vist seg å vedvare. Dette oppleves også i andre helseforetak.

Psykisk helse og rus

BUP har hatt en betydelig aktivitetsvekst i 2020 og oppnådde en aktivitet som oversteg budsjett med 8,4 %. Innen VOP/TSB er antall konsultasjoner 3,2 % lavere enn budsjett.

Kvalitet

Pandemien påvirket ventetider og overholdelse av pasientavtaler. Styringsmålene for disse områdene ble også endret i oppdrag og bestilling. Når det gjelder pakkeforløp for kreft oppnådde foretaket en god utvikling gjennom 2020 til tross for pandemien. Gjennom hele perioden har det vært sørget for at pasienter prioriteres i forhold til risiko for forverret sykdomsutvikling.

HR

Brutto månedssverk

Brutto månedssverk pr. desember er 241 høyere enn budsjettet, der en betydelig andel er knyttet til pandemien. Mange ansatte har vært i karantene, det har vært et stort omfang merarbeid og overtid og det er brukt mye tid på opplæring og omrokkering av personell.

Sykefravær

Totalt var sykefraværet 8,1 % i 2020, en økning i forhold til 2018 (7,6 %) og 2019 7,4 %. Sykefraværet er påvirket av pandemien som følge av fravær knyttet til karantene og lavere terskel for å kunne gå på arbeid med mindre sykdomssymptomer.

AML-brudd

I 2020 har det vært AML-brudd tilsvarende 2,4 % av alle vakter i foretaket. I andre halvdel av 2020 har antall AML-brudd fulgt kurve fra tidligere år. AML-brudd knyttet til koronapandemien står for 14 % av alle AML-brudd i 2020.

Det arbeides konkret med tiltak både på seksjons- og foretaksnivå for å redusere AML-brudd. Det søkes å inngå avtaler med fagforeningene, og det utarbeides opplæring for ledere og ansatte som kan gjennomføres enten via e-læring eller Skype. Seksjoner og avdelinger jobber konkret med tiltakene fra handlingsplanen som ble utarbeidet i 2020. Dette skal følges opp i klinikkens AMU og videre i HAMU. Det er satt i gang en regional innsats for å utarbeide og iverksette tiltak som kan styrke etterlevelsen av arbeidstidsbestemmelsene i HSØ, hvor Vestre Viken bidrar med kompetanse og ressurser.

Tertialvise rapporteringsområder

Sykehusinfeksjoner

Prevalens av sykehusinfeksjoner hittil i år er 2,7 %. Siste prevalensundersøkelse viste en forekomst av sykehusinfeksjoner på 2,5 % hvorav 1,8 % var ervervet i eget foretak mens de øvrige infeksjonene oppsto hos pasienter som er overflyttet til Vestre Viken HF fra andre foretak. Det er positivt at forekomsten av sykehusinfeksjoner er på et lavt nivå og kan spare pasienter for lidelser og på sikt kunne redusere antall liggedøgn. Det er for tidlig å si om covid-19 epidemien med fokus på gode basale smittevernrutiner kan ha bidratt til en reduksjon av sykehusinfeksjoner.

HMS

Det har vært en jevn økning i indikatoren HMS-hendelser de siste årene, men antallet ser nå ut til å flate ut. Økningen vurderes å være relatert til en bedre meldekultur i foretaket. Vestre Viken ligger imidlertid over snittet av registrerte hendelser i HSØ. HMS-hendelser fordelt på kategori viser at hendelser innen smittevern har hatt en økning på grunn av covid-19. Det er fremdeles høy forekomst av hendelser innen vold og trusler, etterfulgt av psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø. Det arbeides aktivt med oppfølging av de aktuelle sakene i forhold til læring og kontinuerlig forbedring.

Utsiktede hendelser

I 3. tertial 2020 er det meldt 45 hendelser som førte til betydelig skade og det er sendt varsler om 17 alvorlige hendelser til Statens Helsetilsyn. Åtte av disse er innen psykisk helsevern, hvor et av varslene førte til tilsyn, mens fire av hendelsene følges opp tilsynsmessig av Statsforvalteren. De øvrige ble avsluttet uten videre behov for oppfølging. syv hendelser ble meldt innen somatikk hvor to av varslene ble oversendt Statsforvalteren for videre oppfølging. Ett varsel ble avsluttet uten behov for videre oppfølging. Fire av varslene er ikke besvart av tilsynsmyndighetene.

Bruk av tvang

Reduksjon av bruken av tvangsmidler (§ 4-8) er et viktig forbedringsarbeid i klinikk for psykisk helse og rus og det har blitt utarbeidet handlingsplaner for flere seksjoner. HSØ-konsernrevisjonen konkluderte med at det er etablert et system for virksomhetsstyring som fremstår som godt forankret. Arbeidet med å redusere bruken av tvangsmidler inngår her på en systematisk måte. Psykiatrisk avdeling har iverksatt flere tiltak for å legge til rette for riktig og redusert bruk av tvangsmidler. Blant annet har avdelingens oppmerksomhet på systematisk

opplæring i bruk av anerkjent metodikk i møte med aggresjon- og voldsproblematikk, gitt økt grad av faglig bevissthet i tilnærmingen til situasjoner som kan utløse tvangsmiddelbruk.

Sykehusets egen evaluering viser at bruk av tvangsmidler har gått ned med 9 %. Antall vedtak med mekaniske tvangsmidler har blitt redusert med hele 48 % (233 vedtak i 2020 vs. 450 i 2019). Korttidsvirkende legemidler har blitt redusert med 18 % (145 i 2020 vs. 176 i 2019), mens kortvarig fastholding har økt med 13 % (909 i 2020 vs. 807 i 2020). Videre har det blitt registrert 11 vedtak med kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør i 2020. Det har vært en markant økning i gjennomføring av lovpålagte oppfølgingssamtaler i 2020 ved flere seksjoner.

Eksterne tilsyn

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

I 3. tertial har Konsernrevisjonen i HSØ gjennomført to revisjoner:

- Bruk av tvang i klinikk for psykisk helsevern og rus – Sluttrapporten har blitt sendt til Vestre Viken i slutten av februar 2021
- «Varsling – systemet for å håndtere varsler av kritikkverdige forhold». Sluttrapporten ble mottatt 16.10.2020 og konsernrevisjonen presenterte hovedpunktene for styret den 16.11.2020. Det ble avdekket flere forbedringsområder og en intern arbeidsgruppe vil fremlegge konkrete tiltak i løpet av april 2021.

Det ble også gjennomført flere branntilsyn iht. plan.

Oppfølging av konsernrevisjonen revisjon av rehabilitering etter hjerneslag.

Konsernrevisjonens rapport etter revisjon av rehabilitering etter hjerneslag i Vestre Viken og handlingsplan for å følge opp anbefalingene fra revisjonen ble behandlet i styremøtet 31.08.2020, sak 46/2020. Konsernrevisjonen konkluderte med at Vestre Viken arbeider systematisk med rehabilitering etter hjerneslag. Det var imidlertid noen forbedringsmuligheter knyttet til blant annet oppfølging etter utskrivning og dokumentasjon i journal. De fleste tiltak i handlingsplanen er gjennomført, det resterende blir fullført i løpet av våren 2021. Det henvises til vedlegg for detaljer. Konsernrevisjonens anbefalinger har vært nyttige i arbeidet med å sikre god rehabilitering etter hjerneslag.

Rapportering på gevinstplan

Det vises til vedlagte rapport for rapportering på status i arbeidet med gevinstrealisering NSD og økonomisk bærekraft i Vestre Viken.

Rapporten redegjør for status i arbeidet for å sikre realisering av gevinster etter avslutning av året 2020. Det er også gjort en vurdering av risikoen knyttet til prosjektene, og derav forventet realisering av gevinster.

Pandemien har medført forsinkelser i planlagte aktiviteter i 2020. De økonomiske resultatene for året er likevel i samsvar med resultatkrav og foretaket er dermed ajour ved utgangen av 2020 sett opp mot de årlige resultatkravene frem mot overtakelse av nytt sykehus.

Det er vurdert å være moderat risiko for at samlet gevinstplan vil realiseres. Tiltak iverksettes fortløpende.

Administrerende direktørs vurderinger

Den økonomiske situasjonen i 2020 har vært svært usikker. Det kom betydelige bevilgninger over statsbudsjettet, men endelig fordeling av midlene til helseforetakene ble ikke klarlagt før helt

mot slutten av året. Det var hele tiden en balansegang mellom å iverksette nødvendige tiltak for sikre håndtering av pasienter på en trygg måte, og merkostnadene for å håndtere nødvendige tiltak. Den underliggende styringsfarten for den ordinære virksomheten var heller ikke i samsvar med budsjett for året og medfører økt risiko inn mot budsjett 2021. Det økonomiske resultatet endte likevel godt som følge av effektene av det lavere lønnsoppgjøret, bevilgningene over statsbudsjettet og gevinst ved salg av eiendom som ikke var budsjettet. Realisering av gevinstplanen er forsinket selv om de økonomiske resultatene ved avslutning av 2020 er som forutsatt. Det påvirker risikoen for den fremtidige realiseringen. Risikoen anses moderat, men det vil kreves tett oppfølging slik at tiltak iverksettes fortløpende. Foretaket arbeider videre med profesjonalisering i prosjektarbeid og ledelsesmessig oppfølging av prosjektene resultater.

Det gjøres mye godt arbeid innen HMS-området i foretaket. Likevel er det nødvendig å ha en tettere oppfølging av HMS-arbeidet i oppfølgingsmøtene med klinikkene, og videre i hele lederlinjen. Oppfølgingen må inneholde status på uønskede hendelser, konsekvenser, tiltak og meldekultur mv. både for å løse den aktuelle situasjonen og sikre læring. Ved alvorlige HMS-hendelser vil det etableres rutine for læring på tvers i foretaket. Dette er en naturlig del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet i foretaket. «Snakk om forbedring» vil sette pasientsikkerhet og HMS i sammenheng, og understøtte en åpenhetskultur.

Kvalitet i pasientbehandlingen vurderes å være tilfredsstillende. Foretaket har oppnådd gode resultater på kvalitetsindikatorer sammenlignet med andre helseforetak. Ventetider er økt som en følge av pandemien, men pasienter prioriteres fortløpende for å unngå at sykdomsbildet forverrer seg.

Omstendighetene tatt i betraktning må foretaket si seg godt fornøyd med oppnådde resultater i 2020. Det vises for øvrig til årlig melding for året og oppsummeringen i styrets årsberetning.

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

Vedlegg:

1. Virksomhetsrapportering pr. 3. tertial 2020
2. Rapportering gevinstplan NSD og økonomisk bærekraft VVHF pr 3. tertial 2020

Vedlegg

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr 3. tertial 2020

Innhold

1.	Økonomi og aktivitet.....	2
1.1.	Resultat pr 3. tertial 2020.....	3
1.2.	Resultatavvik pr klinikk.....	5
1.3.	Innleie.....	5
1.4.	H-resepter.....	6
1.5.	Likviditet.....	8
1.6.	Investeringer og byggvedlikehold.....	8
1.7.	Innsatsstyrt finansiering somatisk aktivitet.....	10
1.8.	Aktivitet psykisk helse og rus.....	12
1.9.	Telefon- og videokonsultasjoner.....	12
1.10.	Prioriteringsregelen.....	14
2.	Kvalitets- og styringsindikatorer.....	14
2.1.	Ventetid.....	14
2.2.	Overholdelse av pasientavtaler.....	15
2.3.	Korridorpasienter somatikk.....	16
2.4.	Pakkeforløp for kreft.....	16
2.5.	Sykehusinfeksjoner.....	17
2.6.	Utilsiktete hendelser og avvik og varsler til Statens Helsetilsyn.....	17
2.7.	Bruk av tvang.....	18
3.	Medarbeidere status.....	20
3.1	Brutto månedsverk.....	20
3.2	Deltid.....	21
3.3	Sykefravær.....	23
3.4	Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML).....	24
4.	HMS indikatorer.....	26
4.1	Fraværsskedefrekvens (H1 verdi).....	26
4.2	HMS-hendelser.....	27
4.2.1	Vold og trusler.....	28
4.3	HMS/arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.....	29
5.	Eksterne tilsyn.....	30
6.	Oppfølging av Konsernrevisjonens revisjon av rehabilitering etter hjerneslag.....	30

1. Økonomi og aktivitet

Sammendrag

Året 2020 avsluttes med et resultat 24,9 MNOK bedre enn budsjett. Totale inntekter er 22,2 MNOK høyere enn budsjett og totale kostnader er 2,7 MNOK lavere enn budsjett for året.

Akkumulert pr. 3. tertial er det rapportert et negativt resultatavvik på 502,1 MNOK vedrørende effekter av koronapandemien. VVHF er bevilget 642,9 MNOK knyttet til pandemien. Bevilgningene fremkommer av tabellen nedenfor.

Beskrivelse	Total beløp
Redusert arbeidsgiveravgift 3 T	44 974
Kompensasjon for redusert inntekter	31 000
Aktivitets- og investeringsmidler	515 300
Storvolum lab covid 19 - regional prosjekt	8 000
RNB 2021 - midler pr 13.januar	43 600
SUM bevilget midler	642 874

Gevinst ved salg av eiendom

Arnegårdsveien 24 i Hønefoss ble solgt i mai 2020 med en netto gevinst på 8,6 MNOK (10,1 MNOK ført som gevinst ved salg, og 1,5 MNOK i kostnader i forbindelse med salget). Gevinst ved salg inngår ikke i budsjettert resultat, i samsvar med instruks for budsjett fra HSØ.

Pensjonskostnader – ny aktuarberegning

I januar 2020 ble det mottatt en oppdatert aktuarberegning, som ga en reduksjon i pensjonskostnader på 157,9 MNOK for året. Basisramme ble redusert i revidert nasjonalbudsjett med 156,9 MNOK som følge av pensjonsreduksjonene. Netto resultateffekt for VVHF er dermed et positivt avvik på 1 MNOK.

Sande/Holmestrand

Etter kommunesammenslåingen mellom Sande og Holmestrand belastes kostnader for tidligere Sande-pasienter (gjestepasientkostnader, H-resepter mm) Sykehuset Vestfold (SiV) som en del av nye Holmestrand kommune. VVHF har ansvar for disse kostnadene, da Sande-pasientene fortsatt tilhører VVHF's opptaksområde, og VVHF har beholdt basisrammetildelingen for dette opptaksområdet. Da det er ikke lenger er mulig å isolere faktiske kostnader for tidligere Sande-pasienter, er kostnader i 2020 estimert basert på faktisk forbruk i 2019. VVHF faktureres etterskuddsvis hver måned for tidligere Sande-pasienter fra SiV, beregnet som andel av totale kostnader for nye Holmestrand kommune. I tillegg faktureres et akontobeløp for inneværende måned, beregnet som gjennomsnittlige kostnader pr. måned hittil i år.

1.1. Resultat pr 3. tertial 2020

Tabellen under spesifiserer regnskapsmessig rapportering til HSØ pr. 3.tertial 2020.

pr desember 2020					% endring	
	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Avviks %	Regnskap hittil i fjor	i år ift i fjor
Basisramme inkl. KBF	6 190 451	6 061 951	128 500	2,1%	5 993 691	3 %
ISF inntekter	2 763 437	3 013 043	- 249 605	-8%	2 885 567	-4 %
Gjestepasient inntekter	134 253	156 343	- 22 090	-14%	169 762	-21 %
Andre pasientrelaterte inntekter	445 861	491 728	- 45 867	-9%	465 152	-4 %
Øvrige driftsinntekter	560 191	359 095	201 097	56%	389 028	44 %
Gevinst ved avgang av anleggsmidler	10 133		10 133		6 136	
SUM Inntekter	10 104 327	10 082 159	22 168	0 %	9 909 337	2 %
Varekostnader	1 325 801	1 264 655	- 61 146	-5 %	1 234 153	7 %
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	773 385	819 709	46 325	6 %	782 006	-1 %
Innleid arbeidskraft	38 752	16 106	- 22 645	-141 %	31 748	22 %
Lønnskostnader	6 189 676	6 264 810	75 135	1 %	6 162 233	0 %
Avskrivninger og nedskrivninger	292 316	302 117	9 801	3 %	283 344	3 %
Andre driftskostnader	1 207 781	1 151 307	- 56 473	-5 %	1 120 614	8 %
Netto finanskostnader	3 679	15 454	11 775	76 %	10 374	
SUM Driftskostnader inkl. finans	9 831 389	9 834 159	2 771	0 %	9 624 471	2 %
Resultat	272 939	248 000	24 939	10%	284 866	

Totale inntekter er 22,9 MNOK høyere enn budsjett. Det er beregnet et inntektsfall på 341,5 MNOK som følge av koronapandemien, herav 303,3 MNOK knyttet til redusert pasientbehandling, og 38,2 MNOK knyttet til redusert omsetning på kiosk, kantine, parkering og selvbetalende pasienter. Dette kompenseres ved tilskudd mottatt i tilknytning til pandemien som inngår i posten øvrige driftsinntekter.

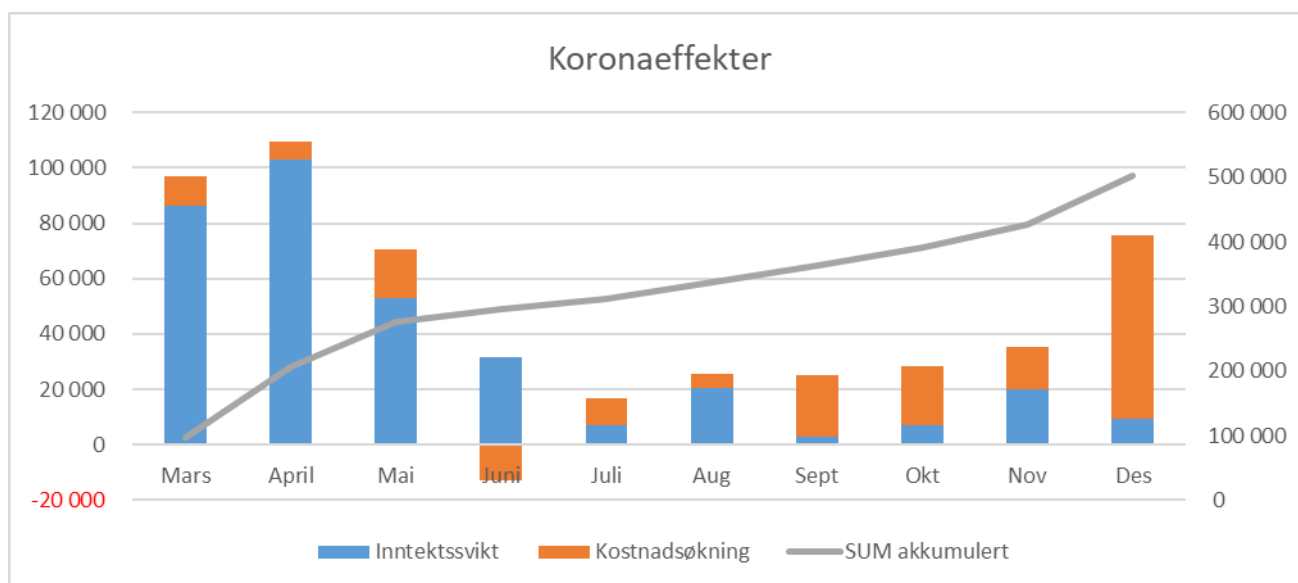
Totale kostnader er 2,7 MNOK lavere enn budsjett. Det er beregnet 160,5 MNOK i merkostnader som følge av koronapandemien, hovedsakelig knyttet til lønnskostnader, innleie og andre driftskostnader. Det er lavere gjestepasientkostnader enn budsjettet som følge av pandemien.

Pensjonskostnader er 157,1 MNOK lavere enn budsjettet som følge av ny aktuarberegning. Lønnsrådet eksklusiv pensjonsreduksjon viser et overforbruk på 150 MNOK. Effektene av årets lønnsoppgjør gir et positivt avvik på lønnsområdet på 81,1 MNOK. Lønnskostnader korrigert for besparelsen på årets lønnsoppgjør gir et overforbruk på 208 MNOK. Det er rapportert et overforbruk på lønnsområdet knyttet til pandemien på 127,9 MNOK (netto redusert arbeidsgiveravgift i 3. termin på 45 MNOK). Utover koronaeffektene skyldes det samlede negative avviket på lønn forsinket oppstart av budsjetterte tiltak i tillegg til høy aktivitet og høyt fravær ved flere avdelinger i begynnelsen av året.

Andre driftskostnader er 56,5 MNOK høyere enn budsjettet. Andre driftskostnader tilknyttet pandemien er beregnet til 51,1 MNOK, hovedsakelig til anskaffelse av mindre medisinskteknisk utstyr og andre smitteverntiltak, herunder vaktordninger ved hovedinngang og akuttmottak ved sykehusene.

Økonomiske konsekvenser av koronapandemien pr. 3.tertial

Koronaeffekter resultat 2020	MNOK
Reduserte inntekter pasient behandling	303,3
Redusert inntekter fra kiosk, kantine, parkering og selvbetalende pasienter	38,2
Reduserte gjestepasientkostnader	-44,5
Økte lønns- og innleiekostnader	136,8
Økte driftskostnader	68,3
Koronaeffekter pr. 3. tertial 2020	502,1



Grafikken over viser koronaeffekter pr. måned. I perioden til og med juli inkluderer inntektssvikt effektene av redusert øyeblikkelig hjelp hvorav innleggelser på medisinske avdelinger utgjør den største delen. I de neste månedene er ikke dette inkludert i rapportert inntektstap tilknyttet korona. Koronautbrudd på høsten har gitt høyere inntektssvikt igjen.

Helseforetakene er kompensert for mindreinntekter til og med mai måned, og det er gitt midler til aktivitetsøkning og investeringer. I tillegg er det redusert arbeidsgiveravgift i 3. termin, og foretakene ble tildelt ytterligere tilskudd i desember. Dette resulterte i en samlet netto merinntekt i 2020, og ubenyttet andel av tilskuddet i 2020 er overført til 2021.

1.2. Resultatavvik pr klinikk

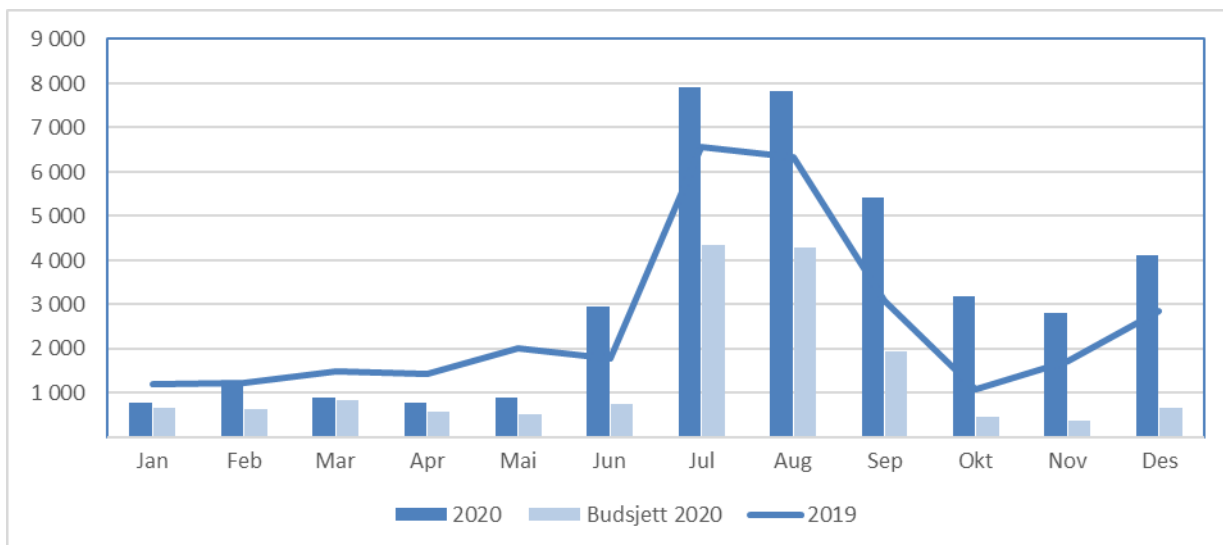
Tabellen nedenfor viser akkumulert avvik mot budsjett pr. klinikk pr. 3.tertial for henholdsvis inntekter, kostnader og resultat fra ordinær drift.

Avvik mot budsjett pr desember	Inntekter		Kostnader		RESULTAT	
	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	Avvik som % av total budsjett
Drammen sykehus	67 947	3,5 %	- 115 489	-5,9 %	- 47 541	-2,4 %
Bærum sykehus	21 863	1,9 %	- 41 265	-3,5 %	- 19 402	-1,6 %
Ringerike sykehus	7 630	1,2 %	- 18 923	-2,9 %	- 11 293	-1,7 %
Kongsberg sykehus	10 188	3,0 %	- 7 325	-2,2 %	2 864	0,9 %
Intern Service	45 523	7,5 %	- 30 885	-5,1 %	14 638	2,4 %
Psykisk Helse og Rus	15 579	0,9 %	8 054	0,5 %	23 633	1,3 %
Prehospitaltjenester	13 205	4,3 %	- 13 165	-4,3 %	40	0,0 %
Medisinsk Diagnostikk	32 566	4,5 %	- 29 093	-4,1 %	3 473	0,5 %
Stabene	16 810	1,6 %	- 6 307	0,0 %	10 503	1,9 %
Byggvedlikehold	3 586		- 16 806	-27,7 %	- 13 220	-21,8 %
Varekost BHM			- 11 782	-11,8 %	- 11 782	-11,8 %
SP IKT			18 765	4,5 %	18 765	4,5 %
Pasientreiser	- 14 400		15 385	23,2 %	985	0,8 %
Overordnet VVHF	- 208 436	16,0 %	261 712	23,2 %	53 276	5,1 %
Avvik i forhold til budsjett	12 062	-0,1 %	12 877	0,1 %	24 939	0,3 %

Klinikkene er tilført tilskudd til dekning av netto inntektstap og kostnadsøkning tilknyttet pandemien. Resultatet i tabellen overfor gir dermed et uttrykk for resultatet av underliggende virksomhet i året 2020. Pandemien har imidlertid påvirket virksomheten i stor grad slik at resultat for 2020 vanskelig kan legges til grunn for vurdering av faktisk utvikling.

1.3. Innleie

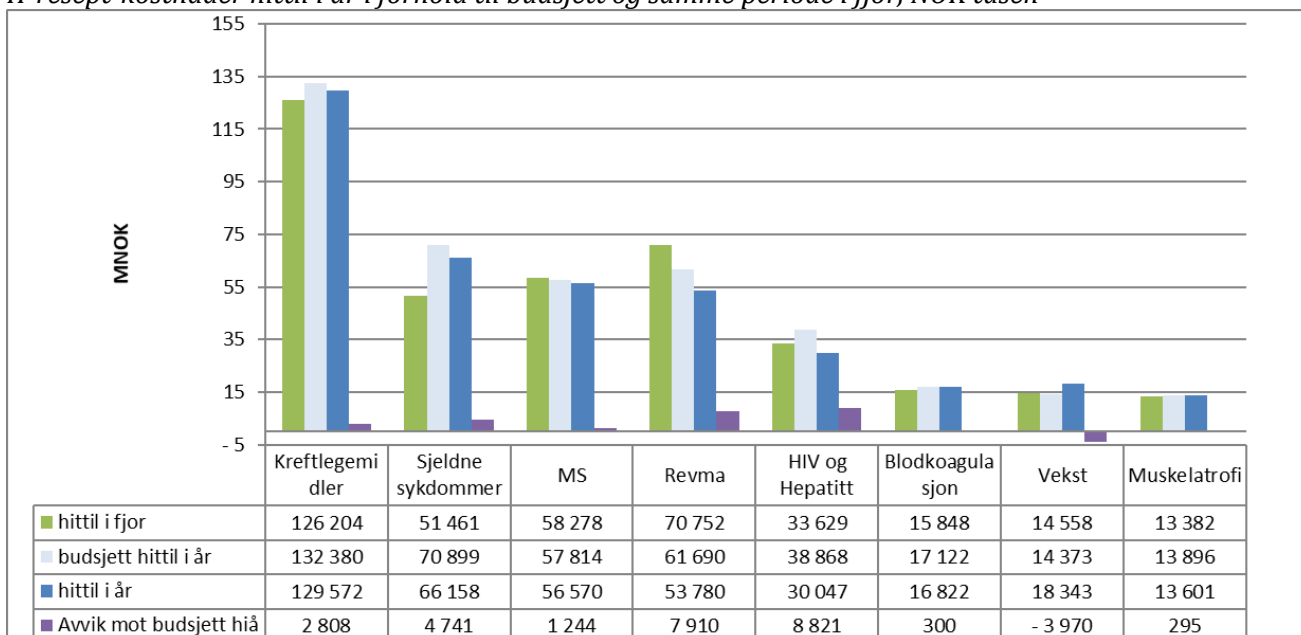
Kostnader til innleie er 22 MNOK høyere enn budsjett. En vesentlig andel er tilknyttet pandemien som følge av økt sykefravær/ karantene. Det resterende overforbruket er i stor grad knyttet til spesialavdelinger (intensiv og operasjon), der det til tider oppleves mangel på kvalifisert personell.



1.4. H-resepter

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

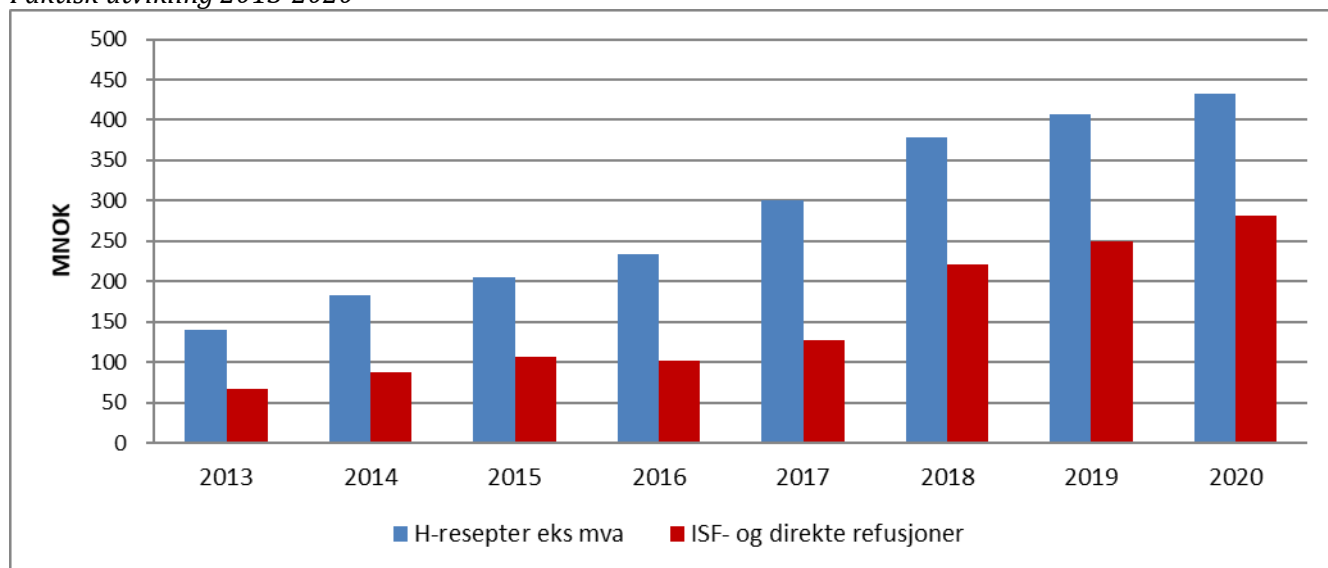
H-resept-kostnader hittil i år i forhold til budsjett og samme periode i fjor, NOK tusen



Budsjett 2020 for H-resepter er økte med 45,8 MNOK i forhold til 2019-nivå for å ta høyde for overføring av finansieringsansvar for nye medikamenter til foretakene, økt forbruk av eksisterende medikamenter og prisendringer (både prisøkninger og prisreduksjoner). Budsjett er redusert med 10 MNOK tilknyttet planlagte tiltak i gevinstplanen, der det er satt mål om lavere kostnader gjennom bedre oppfølging og medikamentbytte.

For å bidra til at gevinstene realiseres, er det etablert en høykostgruppe. Flere områder er fulgt opp og har besparelser gjennom medikamentbytte. I 2020 er VVHF belastet 432,1 MNOK for bruk av H-reseptmedikamenter. Dette er 19,7 MNOK mindre enn budsjettert. Det er variasjon i kostnadsutviklingen i forhold til budsjett mellom de ulike medikamentgruppene. Kostnader for revma-medikamenter er vesentlig redusert i forhold til i året før, og i forhold til budsjett, som følge av prisreduksjoner og medikamentbytte. Medikamenterkostnader for sjeldne sykdommer er 4,7 MNOK lavere enn forutsatt. Da HSØ refunderer foretakene for faktiske kostnader for denne gruppen, gir det ingen netto resultateffekt.

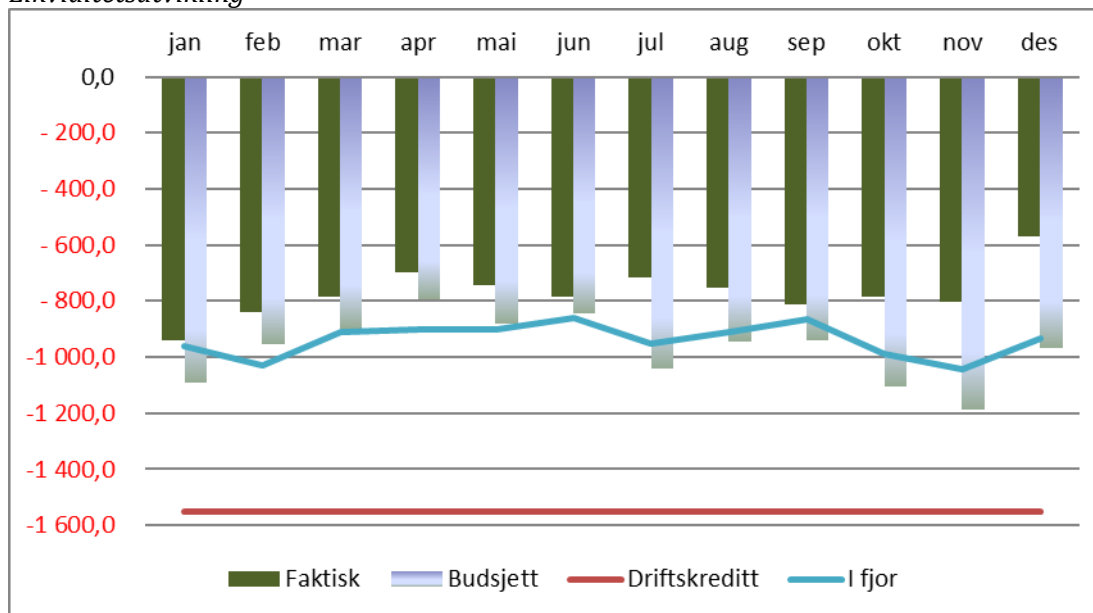
Faktisk utvikling 2013-2020



ISF-refusjoner vokser ofte mindre enn kostnadsveksten, da ikke alle medikamenter er innenfor ISF-ordningen, og fordi det kun gis refusjon for et medikament pr. pasient pr. år (noen pasienter har flere medikamenter). I tillegg tilpasses ISF-refusjonene prisreduksjoner som oppnås over tid. ISF-refusjoner for H-resepter er 18,9 MNOK høyere enn budsjettert. Inntektsføring er basert på tilbakemeldinger fra HELFO og faktisk uttak av medikamenter. Forbedret oppfølging av koding, og innføring av nytt HELFO grunnlag for inntektsføring i 2019, har økt refusjonsandelen i forhold til tidligere år.

1.5. Likviditet

Likviditetsutvikling



Pr. 31. desember var trekket på kassekreditten 969 MNOK. Dette er lavere enn budsjett og lavere enn samme periode i fjor. Forklaringen til bedring av likviditet sett mot budsjett er hovedsakelig knyttet til overføring av midler/kompensasjon Covid-19 og pensjonsendringer.

1.6. Investeringer og byggvedlikehold

Investeringer - MNOK	Budsjett i år	Overført fra i fjor	Ekstern finansiering	Disponibelt i år totalt	Investering hittil i år	Gjenstående ramme
BRK	61,0	18,7	56,0	135,7	62,4	73,4
Øvrige bygg	36,0	32,8	7,7	76,5	36,6	39,9
NSD	0,0	0,0	18,3	18,3	18,3	0,0
MTU	109,9	14,8	7,4	132,9	128,2	4,6
Annet	15,4	13,2	1,3	29,9	18,3	11,5
Ambulanse	17,0	0,7	0,0	17,7	17,2	0,5
IKT	32,0	17,7	6,0	55,7	23,5	32,2
EK-innskudd	17,0	0,0	0,0	17,0	10,9	6,1
Ikke fordelt	28,7	0,8	0,0	29,5	0,0	29,6
Totale investeringer	317,0	98,7	96,7	513,2	315,4	197,8

Det er foretatt investeringer for 315,43 MNOK i 2020. Total ramme for investeringer i 2020 er 513,2 MNOK inklusiv overførte midler fra 2019, og ekstern finansiering. Ekstern finansiering inkluderer gaver, HSØ-stimuleringsmidler, PHR opptrappingstilskudd, og HSØ bevilgninger til mammografibusser og økt analysekapasitet.

Det er kostnadsført 89,8 MNOK i byggvedlikehold pr. desember (112,2 MNOK inklusive merverdiavgift). Dette er 36,2 MNOK (inkl. mva) mer enn budsjettet. Årsbudsjett er 76 MNOK inkl. mva. Kostnadsført utover budsjett ses i sammenheng med samlet ramme for investeringer og reduserer således ubenyttede investeringsmidler som kan overføres til 2021.

Bygg og anlegg

Koronapandemien påvirket fremdriften i BRK prosjektet og har resultert i et forventet etterslep på om lag 60 MNOK sett mot disponible midler for 2020. Samtidig er foretaket tildelt 50 MNOK av HSØ dedikert til BRK gjennom statsbudsjettet for stimulering av sysselsettingen i samfunnet, se omtale nedenfor.

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

Det er belastet vel 10 MNOK i forbindelse med kjøp av tomter NSD. Dette er utenfor budsjetttrammene for foretaket og håndteres likviditetsmessig som en del av NSD-prosjektet.

MTU

MTU er stort sett i rute med planlagte anskaffelser i 2020.

Ambulanser

Ambulanser følger planlagt investeringsplan for året, og åtte nye biler er anskaffet i 2020.

IKT – inklusive bygnær IKT

IKT-investeringer har et underforbruk i forhold til budsjett som hovedsakelig skyldes leveransekapasitet hos Sykehuspartner. Gjeldende kundeplan for VVHF reflekterer leveranser fra Sykehuspartner med forpliktet leveransedato, men fortsatt har VVHF sendt mange bestillinger som ikke er kommet inn i kundeplanen. VVHF har tett oppfølging av leveransene og har innført regelmessig rapportering av status til direktørnivå. VVHF og Sykehuspartner samarbeider for å etablere en egnet metodikk for prioritering av leveranser.

Bygnær IKT er tilnærmet på budsjettert nivå.

Koronaanskaffelser

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

Det er rapportert 36 MNOK i investeringer og anskaffelser knyttet til korona pr. 3. tertial. Deler av bevilget aktivitets- og investeringsmidler over RNB skal benyttes til finansiering av disse investeringene.

Stimuleringsmidler

I forbindelse med RNB ble VVHF tildelt 59,2 MNOK for tiltak som kan stimulere til økt sysselsetting. Av dette er 50 MNOK øremerket fremskynding av planlagte aktiviteter innen BRK-programmet. Resterende midler er fordelt med 6 MNOK til tiltak for å øke digital hjemmeoppfølging og 3,2 MNOK til tiltak for å sikre opprettholdelse av operasjonskapasiteten ved Drammen sykehus med pågående ekstra smitteverntiltak.

Status pr desember 2020:

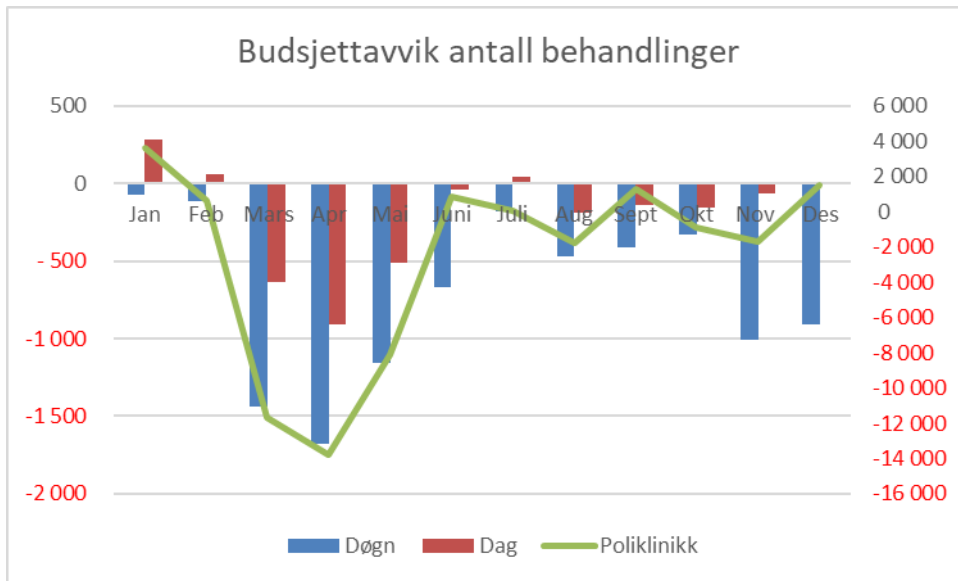
Området	MNOK	Påløpt pr desember	Forventet foredigstillelse
Covid 19 tiltak for opprettholdelse av operasjonskapasitet	3,2	3,1	des.20
Digital hjemmeoppfølging	6,0	0,0	des.21
Vedlikehold av Bærum sykehus, Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus (BRK-prosjektet)	50,0	16,6	des.21
SUM	59,2	19,6	

1.7. Innsatsstyrt finansiering somatisk aktivitet

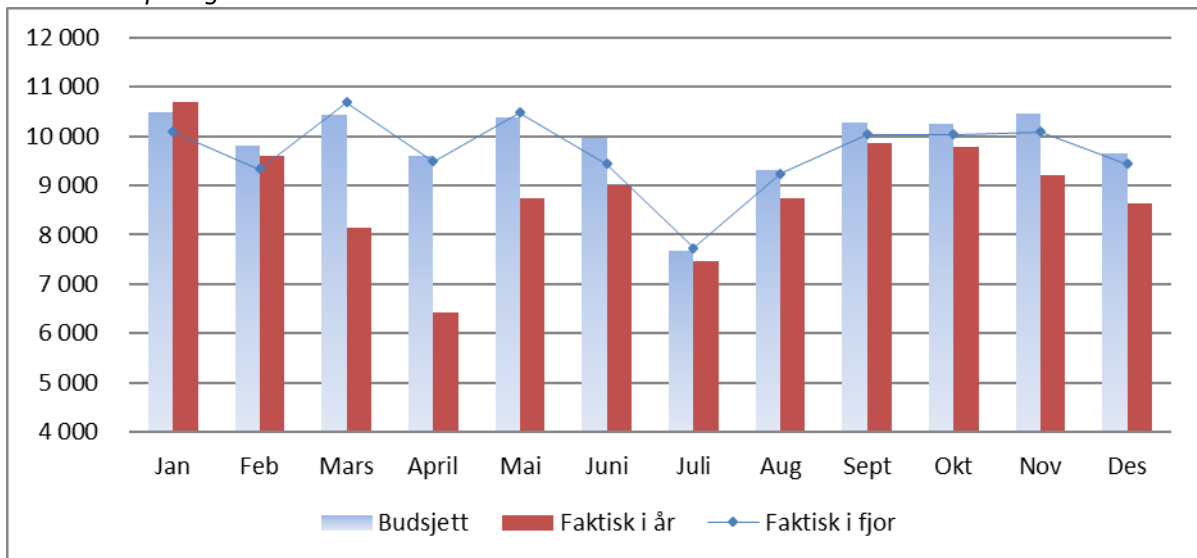
pr desember	Hittil i år	Avvik mot budsjett	% avvik	Hittil i fjor	% ift i fjor	Års-budsjett
DRG poeng dag og døgn "sørge for"	83 242	-10 265	-11,0 %	92 337	-9,8 %	93 507
DRG poeng poliklinikk "sørge for"	21 981	-1 184	-5,1 %	22 175	-0,9 %	23 165
SUM DRG-poeng "sørge for" døgn, dag og poliklinikk	105 223	-11 449	-9,8 %	114 512	-8,1 %	116 672
DRG poeng H-reseptor	8 584	748	9,5 %	8 355	2,7 %	7 836
Utført i eget foretak	105 619	-11 728	-10,0 %	115 171	-8,3 %	117 347
Gjennomsnittlig liggetid	3,3	0,0	0,0 %	3,5	5,7 %	3,3
Antall utskrevne pasienter døgn	63 858	-8 442	-11,7 %	70 725	-9,7 %	72 300
Antall liggedøgn - døgnbehandling	213 612	-28 514	-11,8 %	244 177	-12,5 %	242 126
Antall dagopphold	32 618	-2 477	-7,1 %	34 188	-4,6 %	35 095
Antall polikliniske konsultasjoner	408 650	-30 057	-6,9 %	426 611	-4,2 %	436 700

Det har vært lavere aktivitet siden mars 2020 som følge av koronapandemien. Planlagte utredninger og behandlinger har blitt utsatt der dette ikke har vært forbundet med prognosetap for pasienten. I tillegg har mange pasienter selv avlyst/utsatt behandlinger. Det har også vært reduksjon i øyeblikkelig hjelp.

Fra mai måned ble det iverksatt tiltak for å øke dag- og poliklinisk aktivitet for å redusere ventetider og antall ventende. Aktiviteten gjennom sommeren og utover høsten var høyere enn perioden mars-mai, og var nærmere budsjettert nivå. Samtidig oppleves en vedvarende reduksjon i antall døgnbehandling og et uforklart fall i øyeblikkelig hjelp pasienter. Endret pasientsammensetning gjør at det er en større reduksjon i antall DRG-poeng enn aktivitetsreduksjonen ellers skulle tilsi. Som følge av at smitteverntiltakene må opprettholdes, har det ikke vært mulig å komme opp i 100 % aktivitet på alle områder.



Antall DRG-poeng somatikk



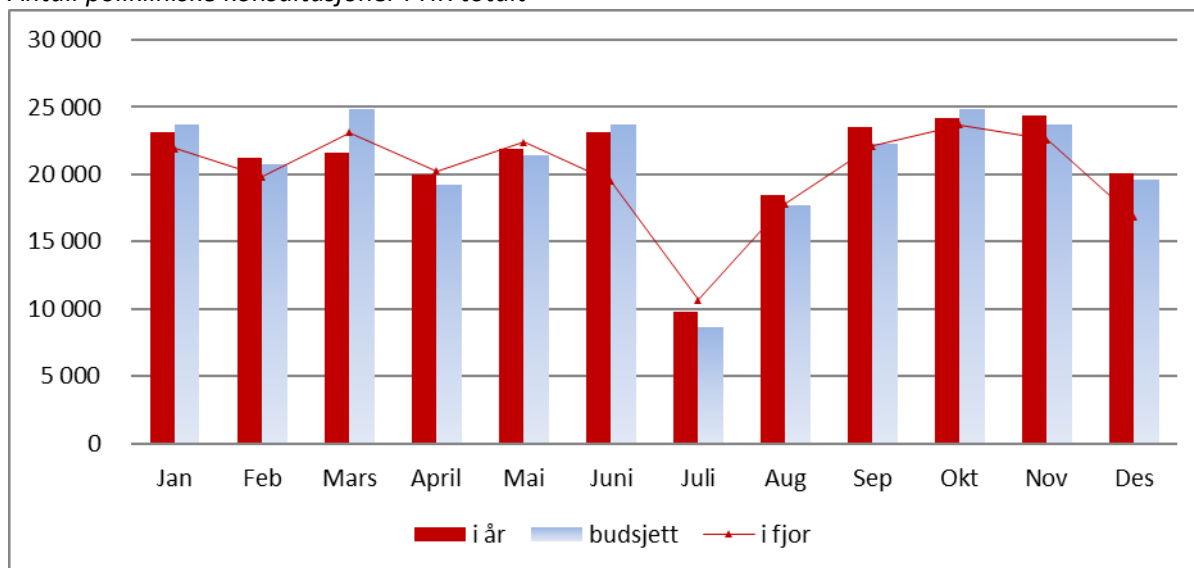
1.8. Aktivitet psykisk helse og rus

pr desember	Hittil i år	Avvik mot budsjett	% avvik	Hittil i fjor	% ift i fjor	Års-budsjett
Antall utskrevne pasienter døgntotalt	3 901	223	6,1 %	3 768	3,5 %	3 678
Antall liggedøgn samlet totalt	77 586	-2 119	-2,7 %	84 537	-8,2 %	79 705
Antall polikliniske konsultasjoner VOP og TSB	167 124	-5 460	-3,2 %	165 699	0,9 %	172 584
Antall polikliniske konsultasjoner BUP	84 324	6 524	8,4 %	74 897	12,6 %	77 800
Antall DRG-poeng, poliklinikk eget HF	52 147	1 097	2,1 %	49 321	5,7 %	51 050

Aktivitet innenfor PHR er også lavere enn plan når det gjelder liggedøgn.

Antall polikliniske konsultasjoner er vesentlig over budsjett innen BUP, mens VOP/TSB ikke oppnådde planlagt aktivitet. Årsaken er først og fremst koronapandemien der nesten alle oppmøtekonsultasjoner de første ukene etter 12. mars ble utsatt. Det har også vært utfordringer med turnover og påfølgende forsinket rekrutteringsprosess som følge av koronapandemien.

Antall polikliniske konsultasjoner PHR totalt



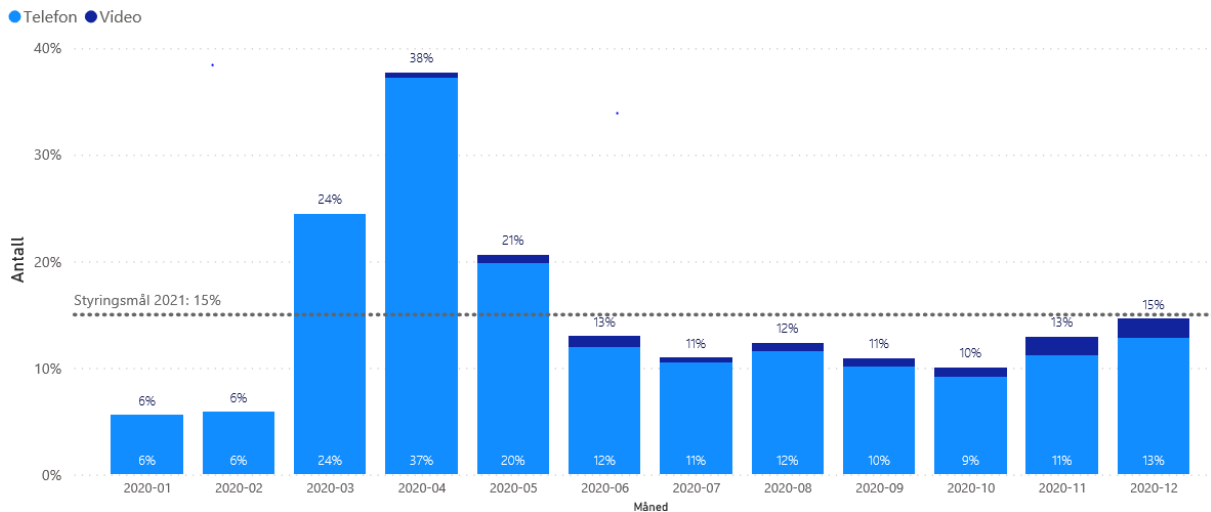
Aktivitetsbaserte inntekter er noe over budsjett for året. Situasjonen bedret seg fra sommeren av i forbindelse med at telefon- og videokonsultasjoner blir vektet på samme måte som oppmøtekonsultasjoner.

1.9. Telefon- og videokonsultasjoner

Behovet for telefon- og videokonsultasjoner ble akutt i mars 2020 som følge av pandemien. Før pandemien lå andelen digitale konsultasjoner på under 5%, i gjennomsnitt 780 telefonkonsultasjoner og 5 videokonsultasjoner pr. uke fra nyttår til medio mars. Figuren nedenfor viser månedlig utvikling i digitale konsultasjoner i 2020. På det meste (uke 19) hadde

Vestre Viken 3230 telefonkonsultasjoner (26%) og 827 videokonsultasjoner (6%). Antall digitale konsultasjoner sank gradvis mot ferien da samfunnet åpnet opp i større grad, og det ble mulig å gjennomføre fysiske konsultasjoner innenfor smittevernreglene, for å så bygge seg noe opp igjen de siste par månedene.

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



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

Vestre Viken har etablert en arbeidsgruppe i sentral stab som støtter klinikkene i innføring av video. Gruppen jobber bl.a. med følgende tiltak:

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

Et nytt tiltak for å øke pasientvolumet for digitale konsultasjoner er å rekruttere lokale prosjektledere for innføring i klinikkene. Deler av stimuleringsmidlene som VVHF ble tildelt i juli 2020 vil benyttes til dette formålet, jf. pkt. 1.6 overfor.

1.10. Prioriteringsregelen

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

Utvikling sammenholdt med samme periode i fjor

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

Klinikk for psykisk helse og rus har totalt sett opprettholdt poliklinisk aktivitet i tråd med budsjett gjennom hele pandemien. Utstrakt bruk av video- og telefonkonsultasjoner har bidratt til dette. Det samme gjelder ikke for somatikk, der det har vært et vesentlige fall i aktiviteten. Selv om somatikk trappet opp aktivitet i 3. tertial, var det ikke mulig å komme opp i planlagt nivå eller nivået fra året før. Dette bidrar til at det er større vekst eller mindre reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner hittil i år i forhold til i fjor for alle områder innenfor psykisk helse og rus, enn for somatikk.

Kostnader pr tjenesteområde

Kostnader eks. avskrivning, legemidler og pensjon	Faktisk		Budsjett	Endring 2019-2020	
	2019	2020	2020	Endring	Prosent
Rapportering - NOK tusen					
Totale kostnader innen somatikk	5 435 143	5 809 062	5 586 220	373 919	6,9 %
Totale kostnader innen VOP	1 215 668	1 217 425	1 257 617	1 757	0,1 %
Totale kostnader innen BUP	331 676	338 243	347 127	6 567	2,0 %
Totale kostnader innen TSB	199 954	207 925	211 349	7 971	4,0 %
Totale kostnader innen annet	403 501	424 290	443 140	20 789	5,2 %
Sum alle tjenesteområder	7 585 942	7 996 944	7 845 452	411 002	5,4 %

Det er et stort overforbruk innenfor somatikk i 2020, i stor grad knyttet til koronapandemien. Dette gir større vekst i kostnader for somatikk enn budsjettert, og resultatet er derfor en større vekst i somatikk enn i psykisk helsevern og TSB. Klinikk for psykisk helse og rus har hatt en kostnadsutvikling om lag i tråd med budsjett.

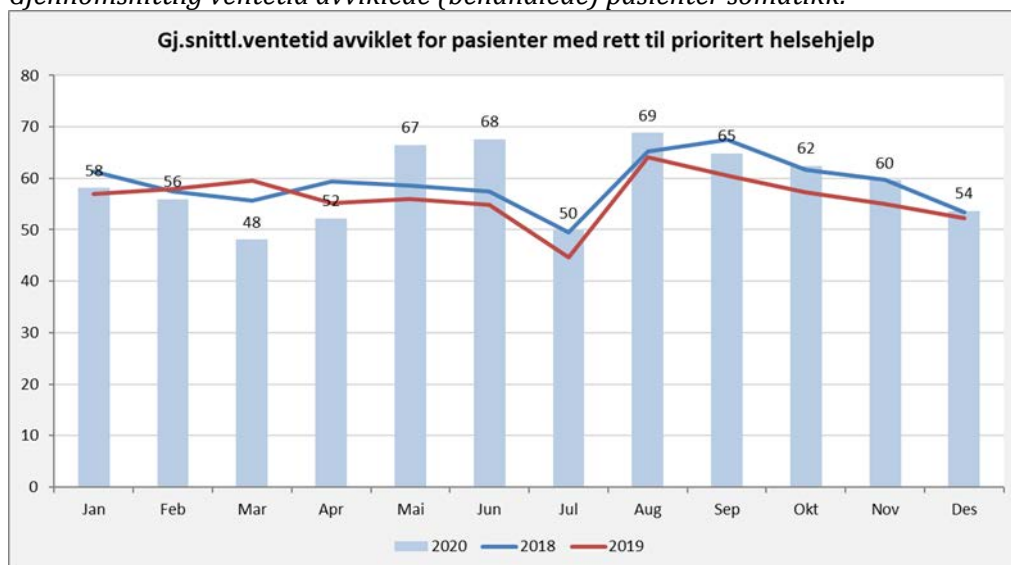
2. Kvalitets- og styringsindikatorer

2.1. Ventetid

Ventetid somatikk

Ventetiden for avvirket helsehjelp innen somatikk er 54 dager i desember og akkumulert 59 dager som er 5 dager over målet. Ventetiden for avvirket helsehjelp er påvirket av covid-19 pandemien.

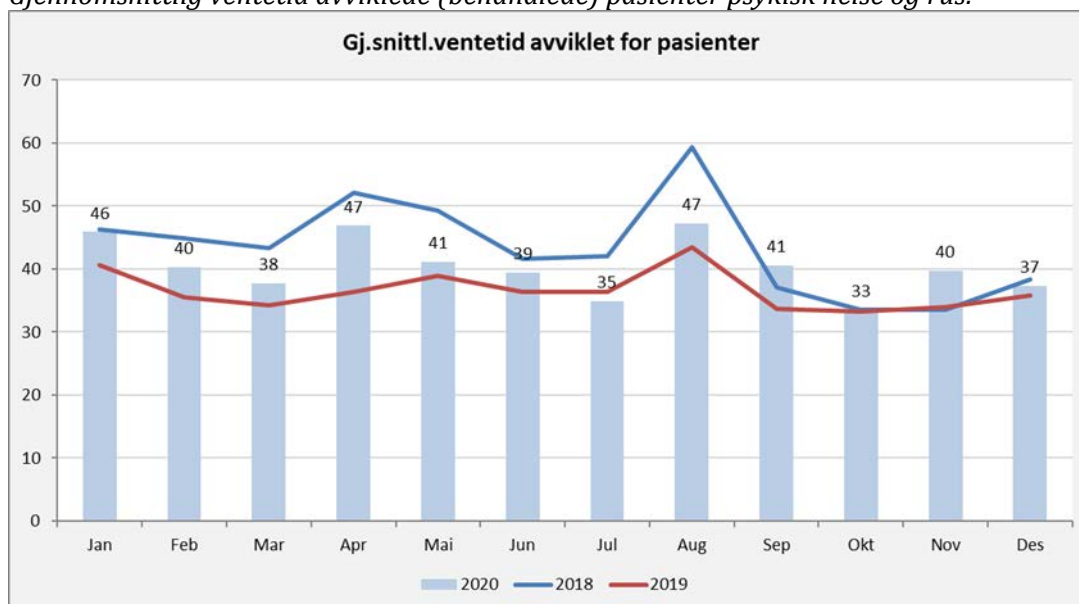
Gjennomsnittlig ventetid avviklede (behandlede) pasienter somatikk:



Ventetid psykisk helse og rus

Innen PHR er ventetiden i desember på 37 dager og dermed lengre enn tidligere måneder. Den akkumulerte ventetiden for 2020 er på 40 dager.

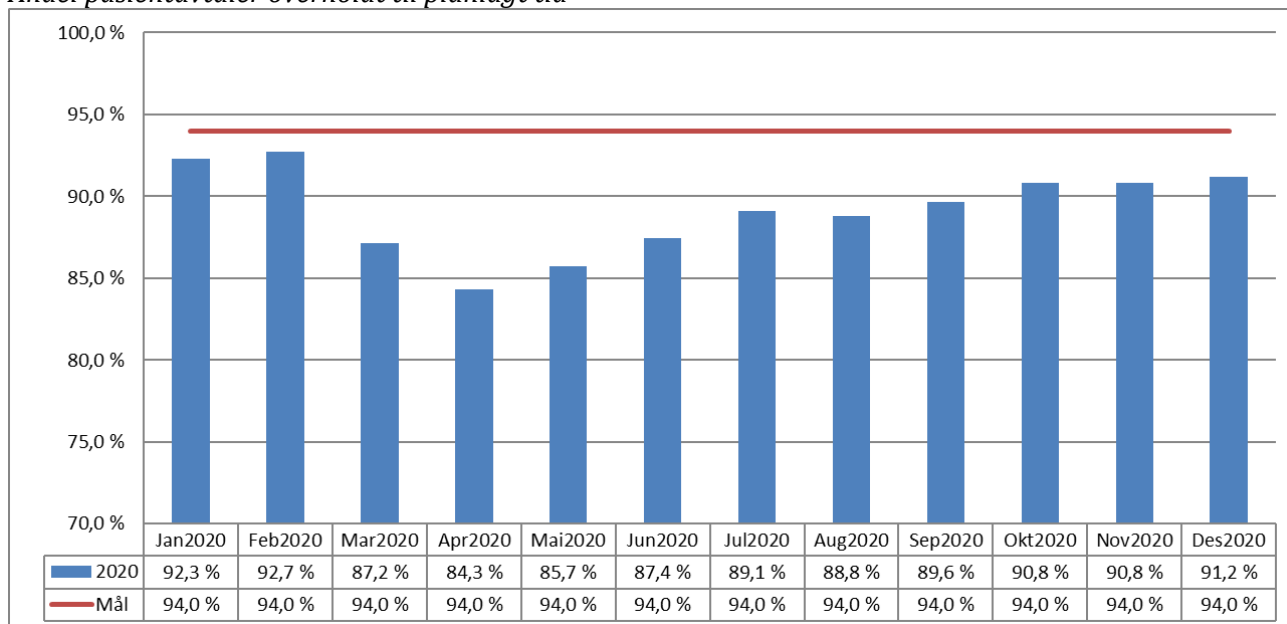
Gjennomsnittlig ventetid avviklede (behandlede) pasienter psykisk helse og rus:



2.2 Overholdelse av pasientavtaler

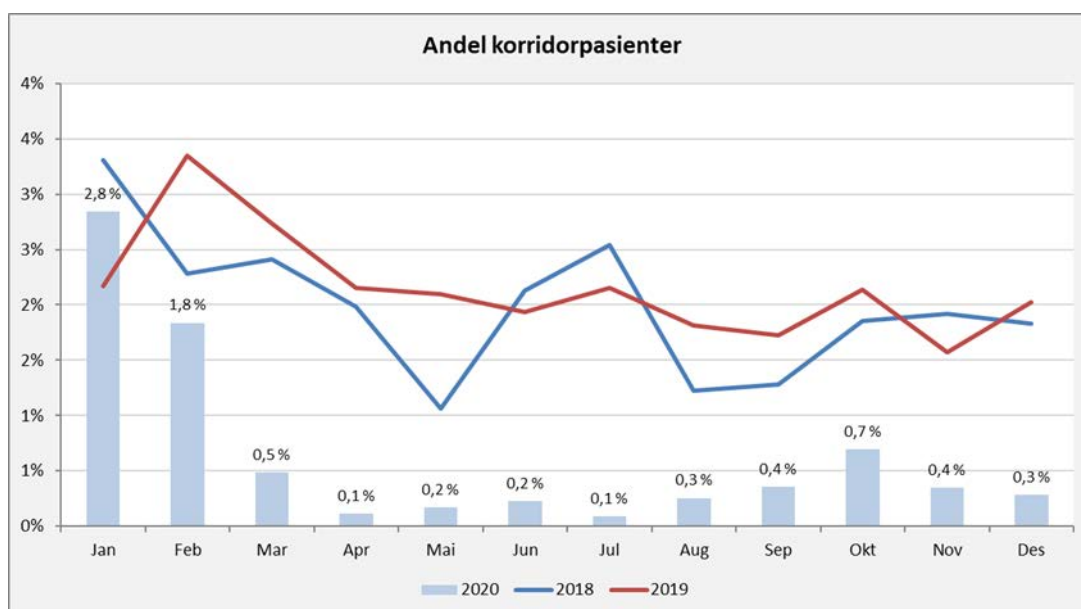
Andel overholdte pasientavtaler er 91 % pr 3. tertial 2020, altså under det tidligere satte målet på 94 %. Koronasituasjonen har ført til at timeavtaler har blitt forsinket. Det er rutiner som skal sikre at forsinkelser er medisinsk forsvarlige. Det er blant annet iverksatt nye rutiner ved Kongsberg sykehus som har resultert i betydelig forbedring av resultatene.

Andel pasientavtaler overholdt til planlagt tid



2.3 Korridorpasienter somatikk

Andel korridorpasienter er tilnærmet null (0,3 %) i desember. Både reduksjon i elektiv behandling og ø-hjelp har medført mindre trykk på sengepostene i perioden med pandemien. Effekter av de tiltak som er iverksatt for å utbedre situasjonen med korridorpasienter, spesielt på Ringerike sykehus, påvirker også utviklingen positivt.



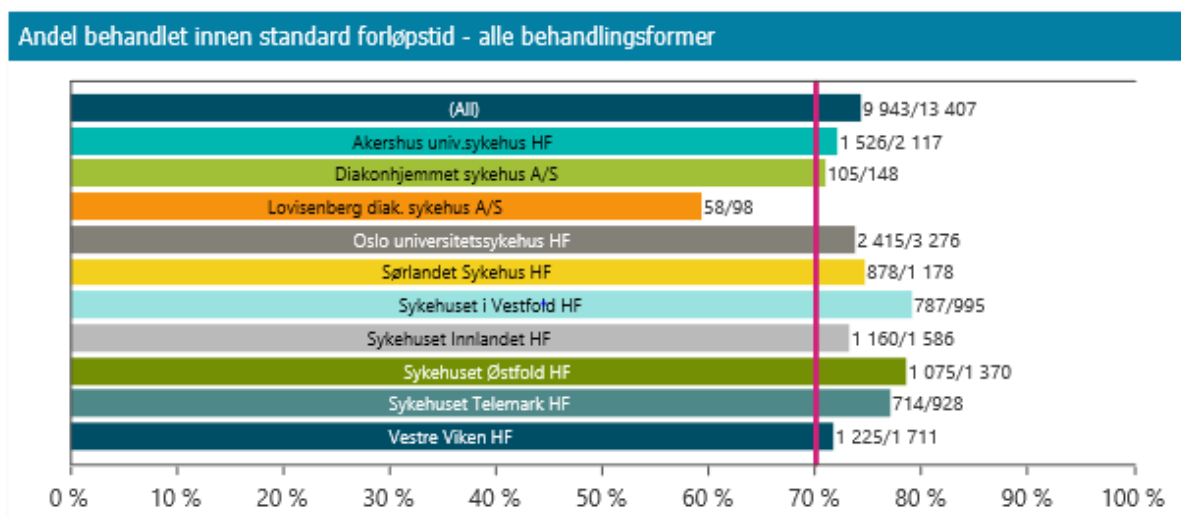
2.4 Pakkeforløp for kreft

Vestre Viken oppnår hittil i år målkravet for pakkeforløp for kreft som tilsier at 70 % skal få behandling innenfor standard forløpstid. I desember var andelen 76 %, og i perioden januar til desember var andelen 72 %. Behandling av kreftpasienter er en prioritert oppgave også under pandemien, og foretaket har lyktes med denne prioriteringen. Området følges tett opp på de

ulike fagområdene, og tiltak iverksettes for de forløpene som ikke oppnår målsettingen. Prognosen for 2020 er at målet på 70 % nås.

Figuren nedenfor viser status for 2020 i Helse Sør-Øst. Som det fremgår har Vestre Vikens resultater løftet seg opp på nivå med flere av de andre foretakene.

Andel pasienter i pakkeforløp for kreft behandlet innen standard forløpstid, jan-desember 2020:



2.5 Sykehusinfeksjoner

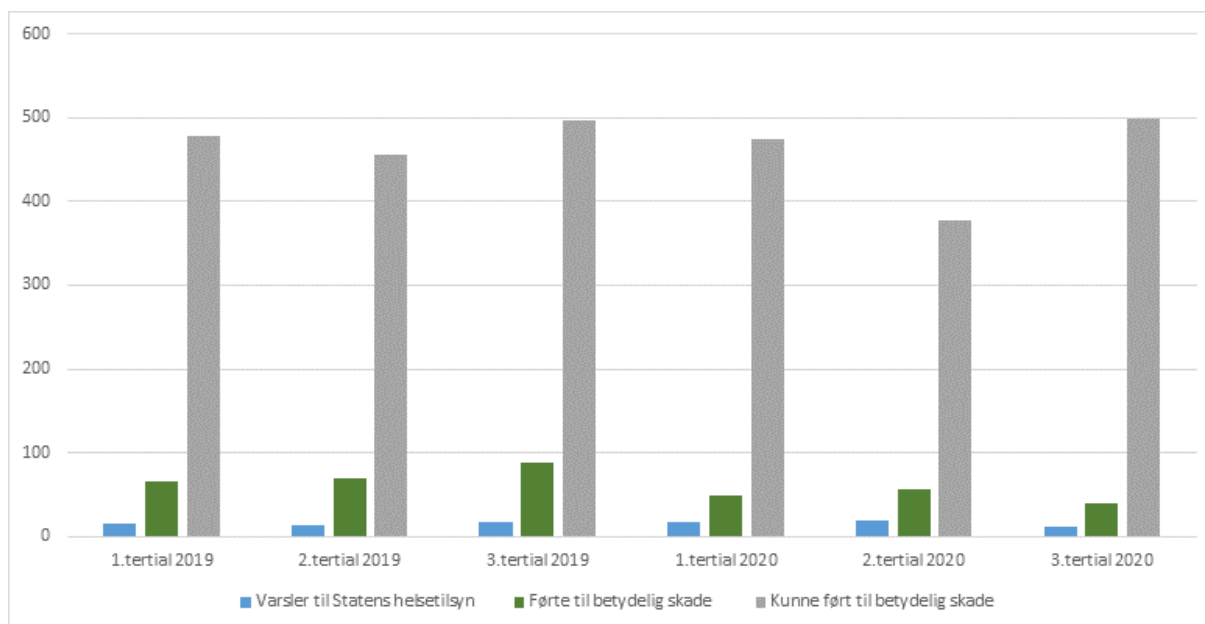
Det gjennomføres som regel fire prevalensundersøkelser av sykehusinfeksjoner årlig ved helseforetakene i Helse Sør-Øst. I 2019 var andelen pasienter som fikk en sykehusinfeksjon på 2,7 %. Siste prevalensundersøkelse for 2020 viste en prevalens av sykehusinfeksjoner på 2,5 % hvorav 1,8 % var ervervet i eget foretak mens de øvrige infeksjonene oppsto hos pasienter som er overflyttet til Vestre Viken HF fra andre foretak. Hittil i år er prevalens av sykehusinfeksjoner 2,7 %.

Det er positivt at forekomsten av sykehusinfeksjoner er på et lavt nivå og kan pasienter spare for lidelser og på sikt kunne redusere antall liggedøgn. Det er for tidlig å si om covid-19 epidemien med fokus på gode basale smittevernrutiner kan ha bidratt til en reduksjon av sykehusinfeksjoner.

2.6 Utiliserte hendelser og avvik og varsler til Statens Helsetilsyn

Utiliserte hendelser skal meldes i foretakets avvikssystem. Statistikk over utiliserte hendelser publiseres på Vestre Vikens nettsider. Figuren nedenfor viser registrerte utiliserte hendelser som førte til, eller kunne ha ført til, betydelig skade, samt antall varsler til Statens helsetilsyn, tertialvis i 2019 til 3.tertial i 2020.

Andel utilsiktete hendelser 2019-2020:



I 3. tertial 2020 er det meldt 45 hendelser som førte til betydelig skade.

Det er arbeidet systematisk med selvmordsforebygging gjennom flere år bl.a. som ledd i pasientsikkerhetsprogrammet, men selvmord innen psykisk helsevern er stadig en utfordring. Regjeringens har nylig lagt frem en handlingsplan for forebygging av selvmord for perioden 2020-2025.

Fall er et betydelig problem hos pasientene under opphold i sykehus. De aller fleste fall fører ikke til skade, men i noen tilfeller blir skaden betydelig. Fallforebygging har vært et av innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet gjennom flere år. Alle pasienter som innlegges skal risikovurderes for fall innen ett døgn, og tiltak skal vurderes. Gjennomgang av avvik viser at interne prosedyrer ikke alltid er fulgt, men også ved etterlevelse av disse er fall et betydelig problem, som det i klinikkene må arbeides ytterligere med.

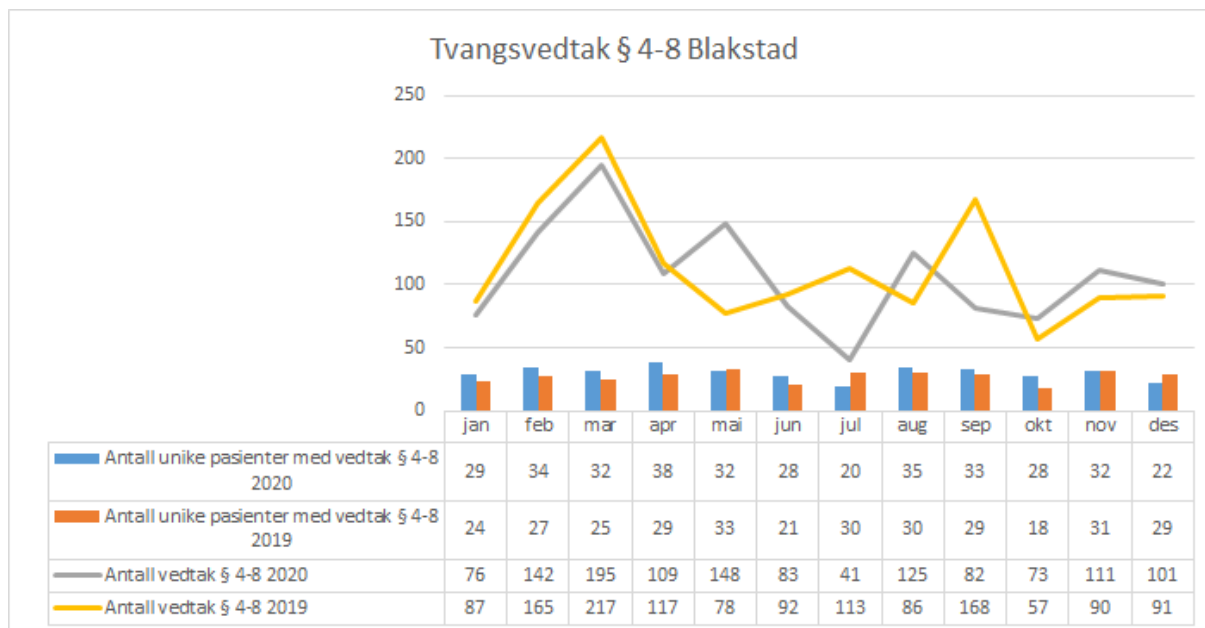
I 3. tertial 2020 er det sendt varsler om 17 alvorlige hendelser til Statens Helsetilsyn. 8 av disse er innen psykisk helsevern (selvmord eller uventede dødsfall under uklare omstendigheter). I alle saker hvor det sendes varsler blir behandlingsforløpet grundig gjennomgått (hendelsesgjennomgang) for intern vurdering og læring.

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

2.7 Bruk av tvang

Reduksjon i bruken av tvangsmidler (etter psykisk helsevernloven § 4-8) er et viktig forbedringsarbeid i Klinikk for psykisk helse og rus og det har blitt utarbeidet handlingsplaner for flere seksjoner innen klinikken. Møte med aggresjonsproblematikk (MAP) er innført som metode for å kunne redusere tvangsbruken.

Figuren nedenfor viser utvikling av bruk av tvangsmidler i perioden 2019 - 2020.



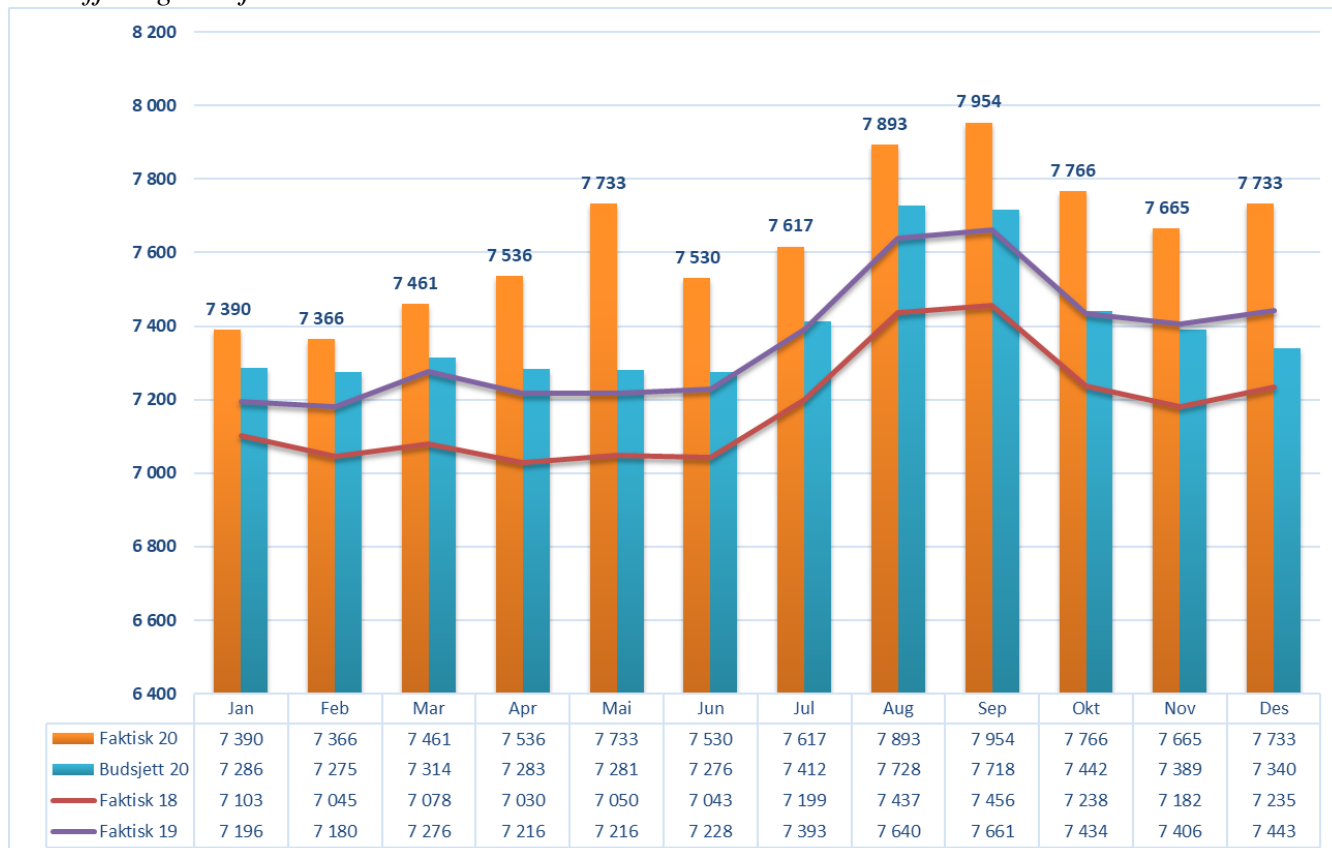
Det er behov for ytterligere tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler. HSØ har utarbeidet en rapport som skal bidra til redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst. Rapporten inneholder konkrete anbefalinger om tiltak som helseforetakene skal implementere. Klinikk psykisk helse og rus i Vestre Viken har laget en fremdriftsplan for innføringen av tiltakene, og har igangsatt ulike aktiviteter som skal sørge for etterlevelse av rapportens anbefalinger. Tiltak er eksempelvis oppfølgingsamtaler med pasienter om opplevd tvang, opplæring av vedtaksansvarlige for bruk av tvangsmidler og opplæring av medarbeiderne i alternative metoder til tvang og voldsrisikohåndtering (bruk av metoden «møte med aggresjonspoliklinikk, MAP).

HSØ gjennomfører denne høsten en revisjon av bruk av tvang i psykisk helsevern. Vestre Viken er en del av denne revisjonen og rapporten vil danne grunnlag for det videre arbeidet med reduksjon av tvangsbruk.

3. Medarbeidere status

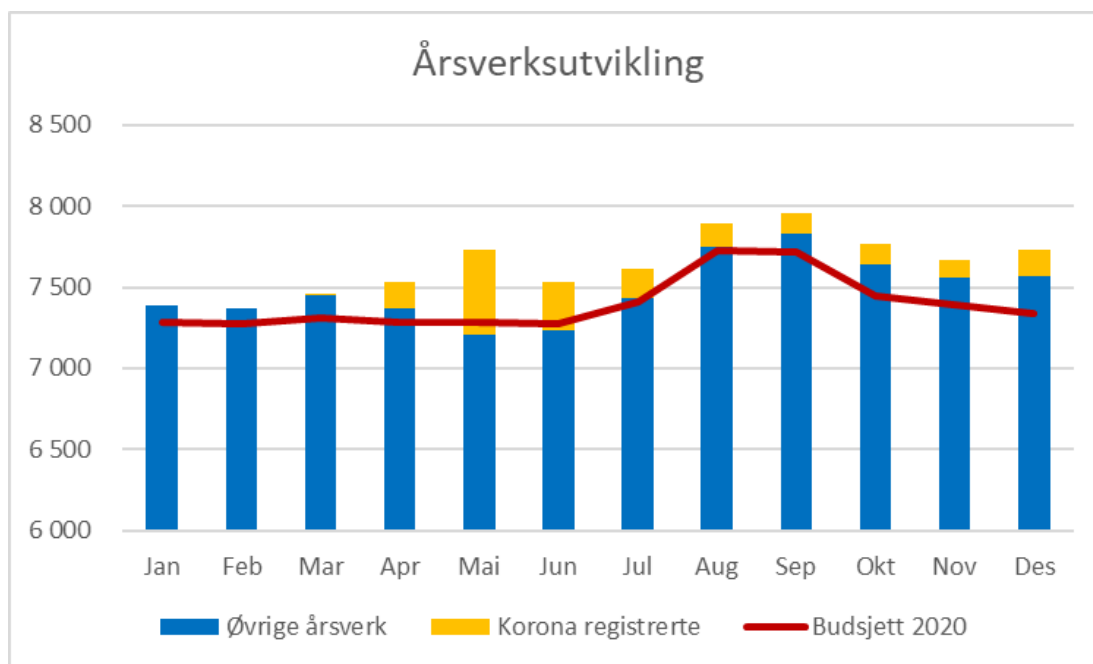
3.1 Brutto månedsverk

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



Brutto månedsverk ble 241 høyere enn budsjett i 2020. Av dette er en vesentlig andel knyttet til koronapandemien.

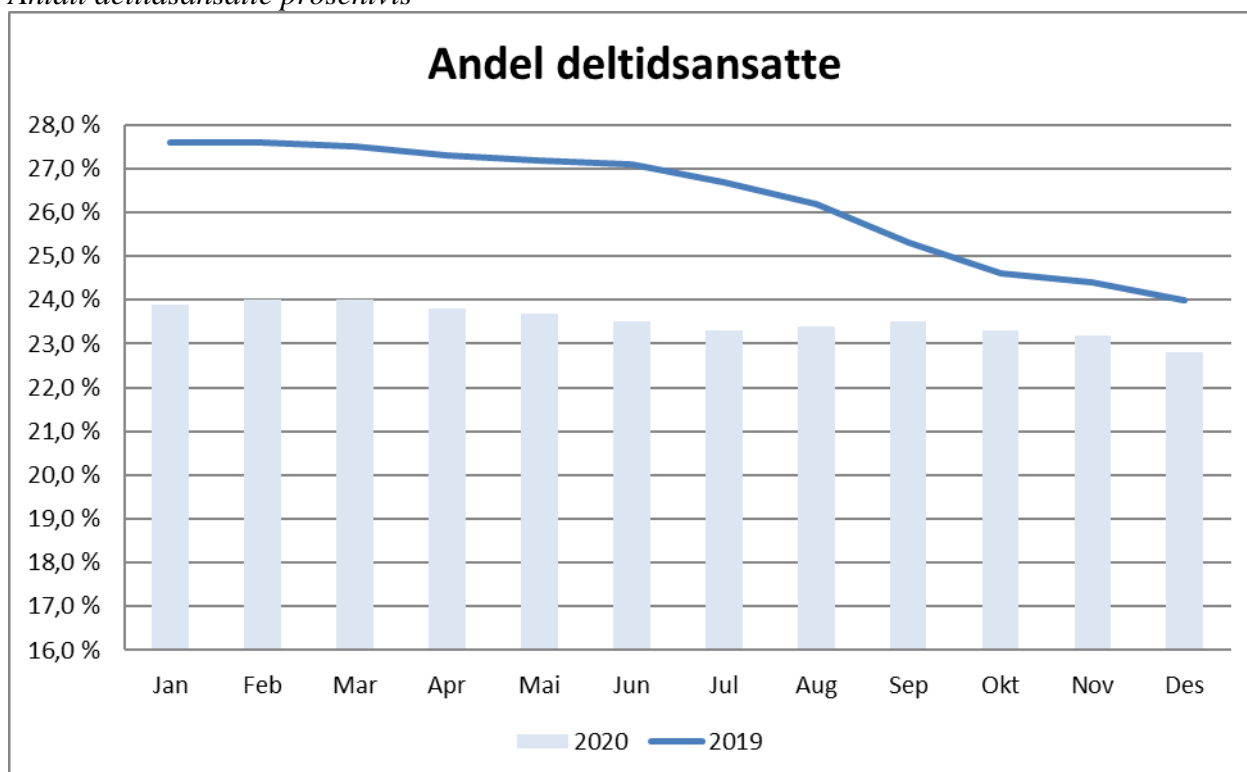
Lønn knyttet til korona merkes med prosjektnummer. Månedsverk knyttet til korona er markert i figuren under. Det er en stor økning i månedsverk knyttet til koronasituasjonen. Mange ansatte har vært i karantene, det har vært et stort omfang merarbeid og overtid og det er brukt mye tid på opplæring og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



I tillegg til økte årsverk på grunn av koronasituasjonen forklares merårsverk med forsinkede effekter av planlagte tiltak. I de første to månedene i 2020 var det høy aktivitet og høyt sykefravær ved enkelte avdelinger.

3.2 Deltid

Antall deltidsansatte prosentvis



Indikatoren viser andel deltid blant ansatte som foretaket har en forpliktende fast arbeidsavtale med. Andel deltidsansatte beregnes ut fra antall ansatte som har en fast deltidsstilling, dividert på antall faste stillinger totalt. Indikatoren er justert for deltid som er forårsaket av at arbeidstaker ikke ønsker eller ikke kan jobbe i en høyere stillingsprosent. Dersom en ansatt registrerer i Personalportalen at vedkommende har ønsket deltid¹ vil de ikke inkluderes som deltidsansatt. Denne indikatoren er viktig i forhold til å finne hvilket potensial arbeidsgiver har for å redusere deltid. Dersom det ikke justeres for ønsket deltid, er deltidsprosenten 29 % i 2020.

Blant turnusarbeidere er deltidsandelen høyere enn for dagarbeidere. I denne gruppen har ca. 58% heltid og 42% deltid. Blant sykepleiepersonell (sykepleier, vernepleier og hjelpepleier) er andelen 47% deltid og 53% heltid. Disse tallene er ikke justert for ønsket/uønsket deltid. Det er særskilt utfordrende å fordele ubekvem arbeidstid, noe som medfører flere deltidsstillinger.

En tilbakemelding fra mange ledere er at ansatte ønsker deltidsstillinger, i tillegg til at mange ansatte har fått innvilget lov hjemlede permisjoner i form av deltid.

Vestre Viken har heltidskultur som et satsningsområde. Høy grad av tilstedeværelse er viktig for kvalitet, pasientsikkerhet og de ansattes kompetanse. Det er også viktig at det er samsvar mellom aktivitet og når de ansatte er på jobb.

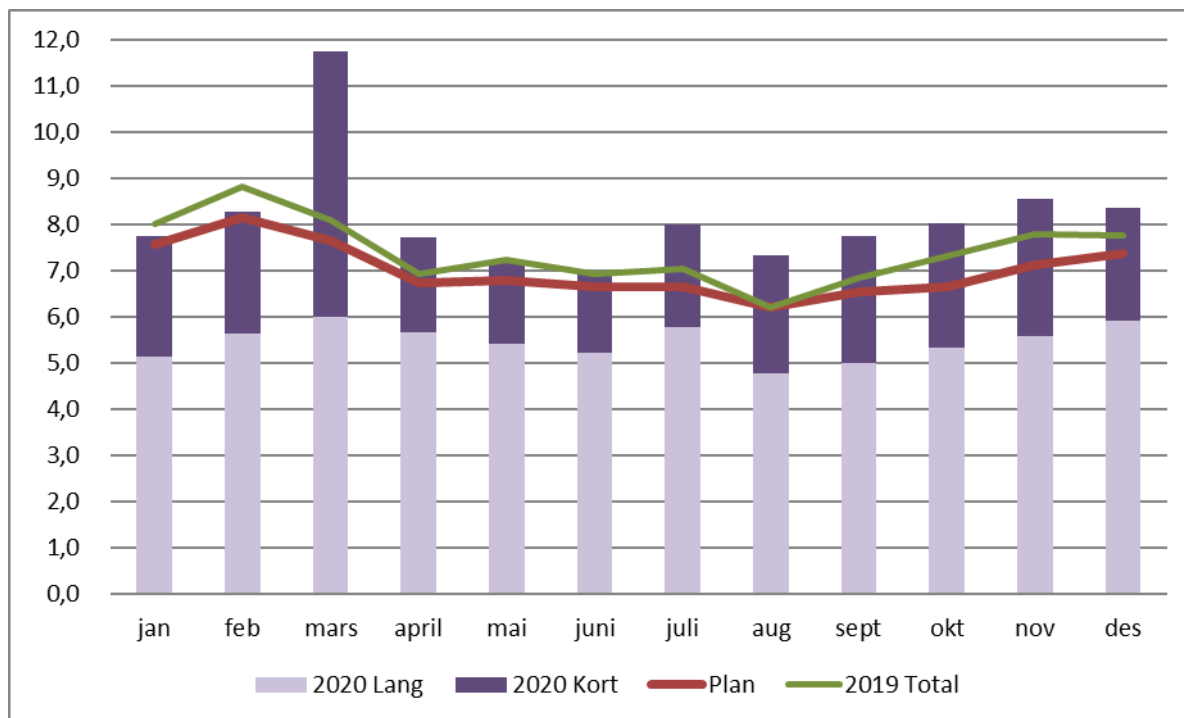
Vestre Viken startet et systematisk arbeid med å jobbe mot en heltidskultur i 2018/2019. Kulturendringer tar tid, og arbeidet bygger på et vidt spekter av virkemidler, i ulike kombinasjoner, tilpasset situasjonen i den enkelte klinikk/avdeling/seksjon. Klinikken kan selv utarbeide forslag til og iverksette piloter. Arbeidet følges opp i klinikkens AMU, og rapporteres videre til HAMU. Det skal arbeides videre med tiltak knyttet til helgearbeidsutfordringer, og målrettede tiltak som å tilby utvidet stilling i bemanningsenheten. Dette ses i sammenheng med implementering av aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) i foretaket.

I protokoller fra sentrale forhandlinger inngått mellom Spekter og LO/YS i 2020 er partene enige om at det på foretaksnivå skal gjennomføres drøfting om mulige tiltak for å øke antall heltidsstillinger. Drøftingen ble gjennomført i februar 2021 og partene er enige om en rekke tiltak som det skal jobbes videre med, herunder ARP, søke å omgjøre variabel lønn til faste stillinger, ekstra kompensasjon for økt arbeid på helg, og kombinasjonsstillinger.

På bakgrunn av HAMU sak om heltid i desember 2020 skal det gjennomføres en kartlegging av årsakene til at enkelte ansatte ønsker å arbeide deltid. Dette vil være viktig informasjon for lettere å kunne arbeide målrettet med tiltak for å øke stillingsandelene for ansatte. Organisasjonene arbeider i disse dager, i samarbeid med arbeidsgiver, om utforming av spørsmål til spørreundersøkelsen.

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

3.3 Sykefravær



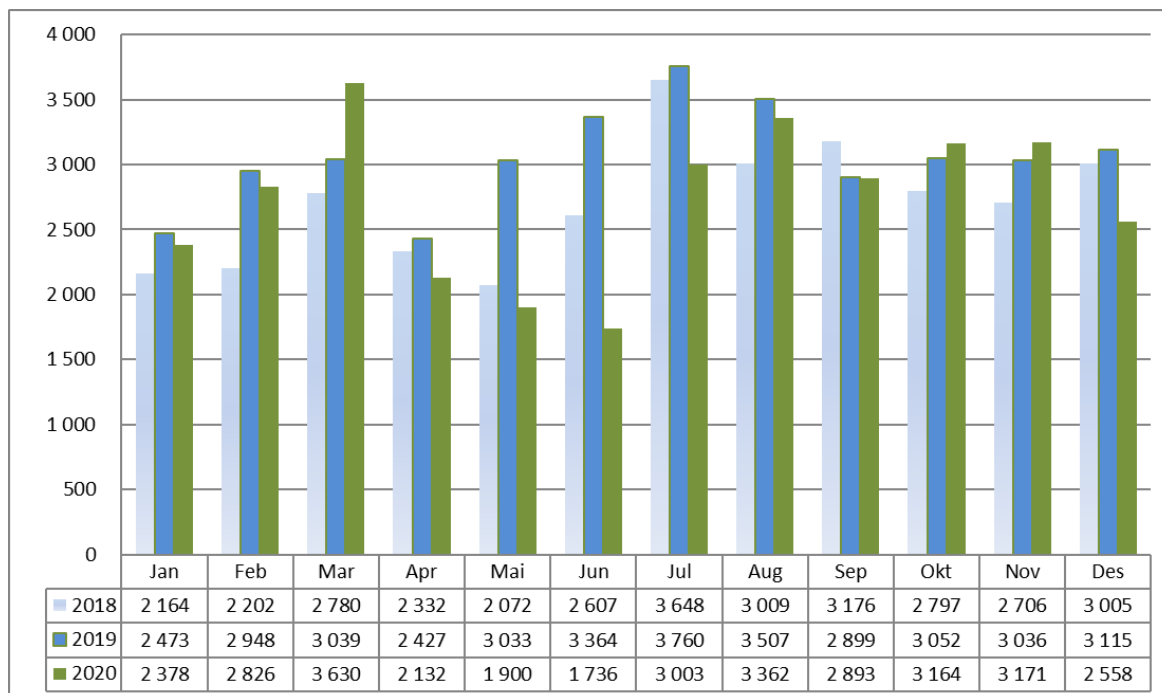
Totalt var sykefraværet 8,1% i 2020, en økning i forhold til 2018 (7,6%) og 2019 7,4 %. Korttidsfraværet (1-16 dager) var i 2020 2,7% (2019 2,3 prosent), og har ligget relativt stabilt de siste årene. Ved justering for koronarelaterte fravær, fremgår det at det totale korttidsfraværet i 2020 var 2,3 %. Langtidsfraværet endte på 5,4% (5,1 % 2019).

Ettersom ansatte med milde symptomer på luftveisinfeksjon må holde seg hjemme, kunne man forventet et høyere korttidsfravær. Samtidig kan smittevernrestriksjoner generelt i samfunnet bidra til lavere andel korttidsfravær. Det antas at det er en underrapportering og at en større andel av fraværet er karantenerelatert.

Det er spesielt viktig å vektlegge forebyggende tiltak for å ivareta ansatte som har håndtert plutselige endringer og økt arbeidsbelastning i løpet av 2020. IA-avtalen 2019 – 2022 synliggjør i større grad sammenhengen mellom sykefravær og arbeidsmiljøet. Det oppfordres til å prioritere områder hvor «skoen trykker» med særlig oppmerksomhet omkring hvordan selve arbeidet er organisert. Gode prosesser med arbeidsmiljøarbeid forutsetter medvirkning fra ansatte. Dette har naturligvis vært utfordrende å gjennomføre siden mars 2020, både med hensyn til smittevern og nødvendige prioriteringer. Allerede etablerte prosjekter er videreført så langt som mulig, eksempelvis «forsterket innsats for å redusere sykefravær på Blakstad». Det er gjennomført veiledningsgrupper for ledere med enten digital deltakelse eller oppmøte med få deltakere.

I slutten av 3.tertial 2020 påbegynte alle klinikker et partssammensatt samarbeid for å inngå klinikkvise samarbeidsavtaler med NAV Arbeidslivssenter Vest-Viken. Samarbeidsavtalene vil skissere aktuelle satsingsområder som klinikkene skal arbeide med, og hvordan arbeidet skal følges opp. Samarbeidet med NAV Arbeidslivssenter skal bidra til at Vestre Viken når målet om redusert sykefravær innen utgangen av 2022.

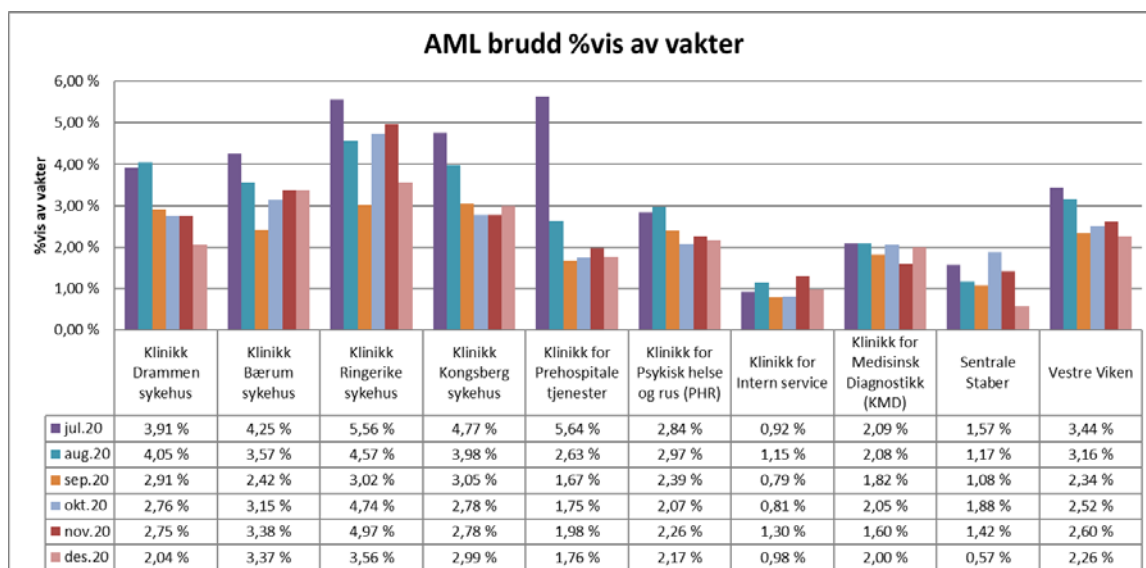
3.4 Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML)



Første halvår av 2020 viser kurven for AML-brudd mange brudd i mars. Dette kom som følge av koronapandemien. I april og frem til sommeren ble det inngått sentrale avtaler med alle fagforeningene for alle turnusarbeidere. Det ble avtalt høyere grenser for overtid på dag, uke og fire uker, og dermed ble antall AML-brudd redusert. De sentrale avtalene opphørte for Vestre Vikens vedkommende i juli.

Som tidligere år øker AML-bruddene om sommeren som følge av ferieavvikling.

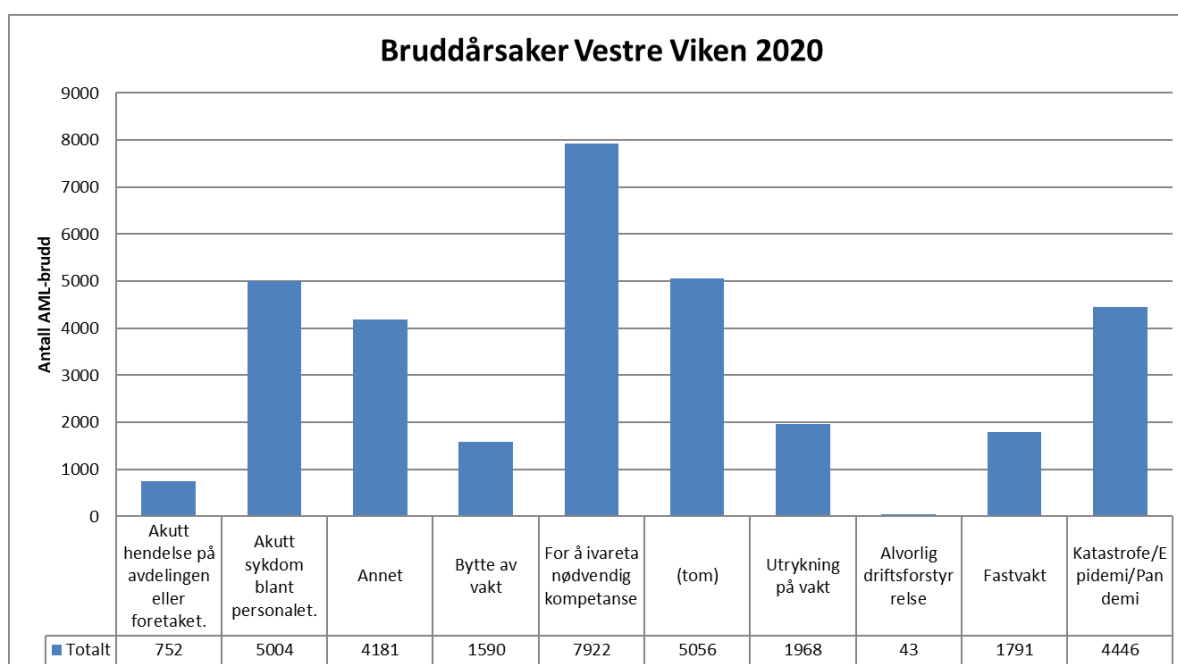
Andre halvdel av året har antall AML-brudd fulgt kurve fra tidligere år. I 2020 tilsvarer AML-brudd 2,4% av alle vakter i foretaket, som er noe lavere enn målet på 2,5%.



Når AML-bruddene fordeles på antall vakter, er klinikkene mer sammenlignbare, uavhengig av størrelse.

De somatiske klinikkene har flest AML-brudd om sommeren, sammenlignet med de andre klinikkene. I sommermånedene melder de somatiske klinikkene at årsaken til bruddene er at nødvendig kompetanse må ivaretas (37%). Om sommeren er det mangel på vikarer som kan dekke opp for ledige vakter. Dette gjelder spesielt for personell med autorisasjon/fagkompetanse.

I den årlige ferieevalueringen, som gjennomføres på høsten, har klinikkene gitt tilbakemelding om at koronapandemien har bidratt til utfordringer ved årets ferieavvikling. Det har vært behov for ekstra personell til ulike pandemirelaterte oppgaver i de fleste klinikkene. Pandemien har også gitt utfordringer knyttet til tilstrekkelig kompetent personell og vikarer, både fordi utenlandske vikarer ikke kom, og fordi egne ansatte var i karantene eller hjemme med symptomer. Ingen klinikker vurderer at utfordringene gikk utover pasientsikkerheten.



Den mest brukte årsakskoden i 2020 er «å ivareta nødvendig kompetanse», etterfulgt av «akutt sykdom» og «pandemi». Årsakskoden «tom» er ikke en årsakskode som leder velger som en forklaring. Den opprettes automatisk i GAT som følge av at avtalene for arbeidsplanen ikke er lagt inn i arbeidsplanoppsettet i GAT før arbeidsplanen iverksettes.

AML-brudd knyttet til koronapandemien står for 14 % av AML-brudd i 2020.

I Vestre Viken har en partssammensatt arbeidsgruppe utarbeidet en handlingsplan med hensikt å redusere AML-brudd. Arbeidet har blitt noe forsinket som følge av koronapandemien, men tas nå frem igjen. Seksjoner og avdelinger skal jobbe med tiltakene, og rapporterer til klinikkenes AMU. Oppfølging av handlingsplanen blir en egen sak i HAMU i november 2021.

HSØ har utarbeidet et mandat for regional innsats for å utarbeide og iverksette tiltak som kan styrke etterlevelsen av AML. Vestre Viken bistår med kompetanse og ressurser inn i den regionale arbeidsgruppen, som har deltakere fra RHFet, Sykehuspartner og andre helseforetak, i tillegg til tillitsvalgte og vernetjenesten.

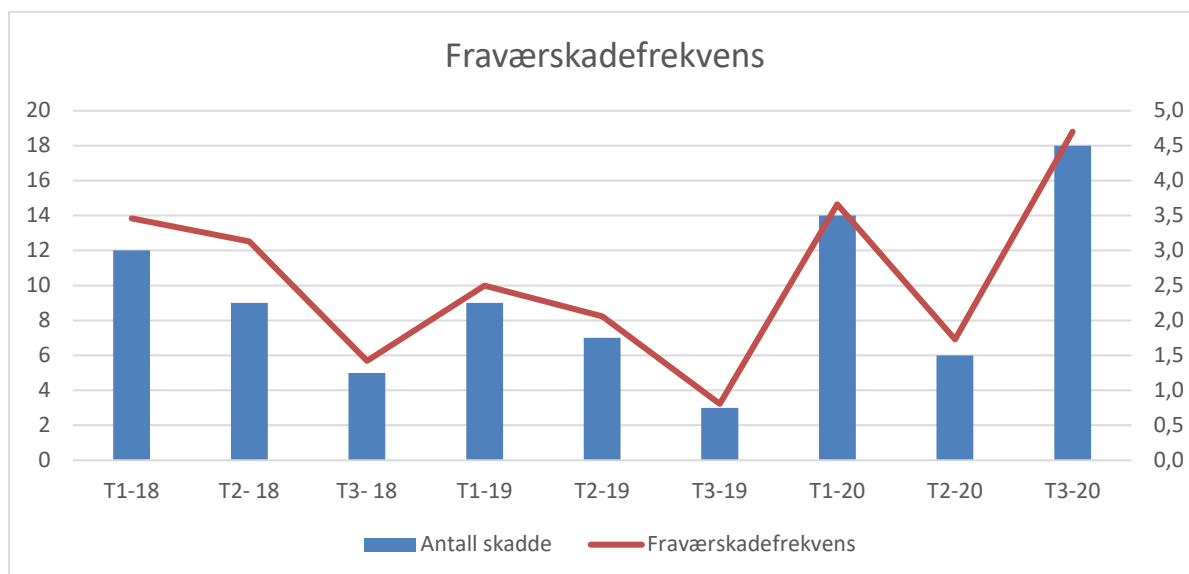
Ressurser fra HR er i gang med å utarbeide kurs for ledere med gjennomgang av kapittel 10 i arbeidsmiljøloven, relevant avtaleverk og lokale retningslinjer og praktisk håndtering i GAT. På sikt vil det utarbeides et e-læringskurs for alle ansatte, inkludert tilkallingsvikarer.

4. HMS indikatorer

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

4.1 Fraværsskedefrekvens (H1 verdi)

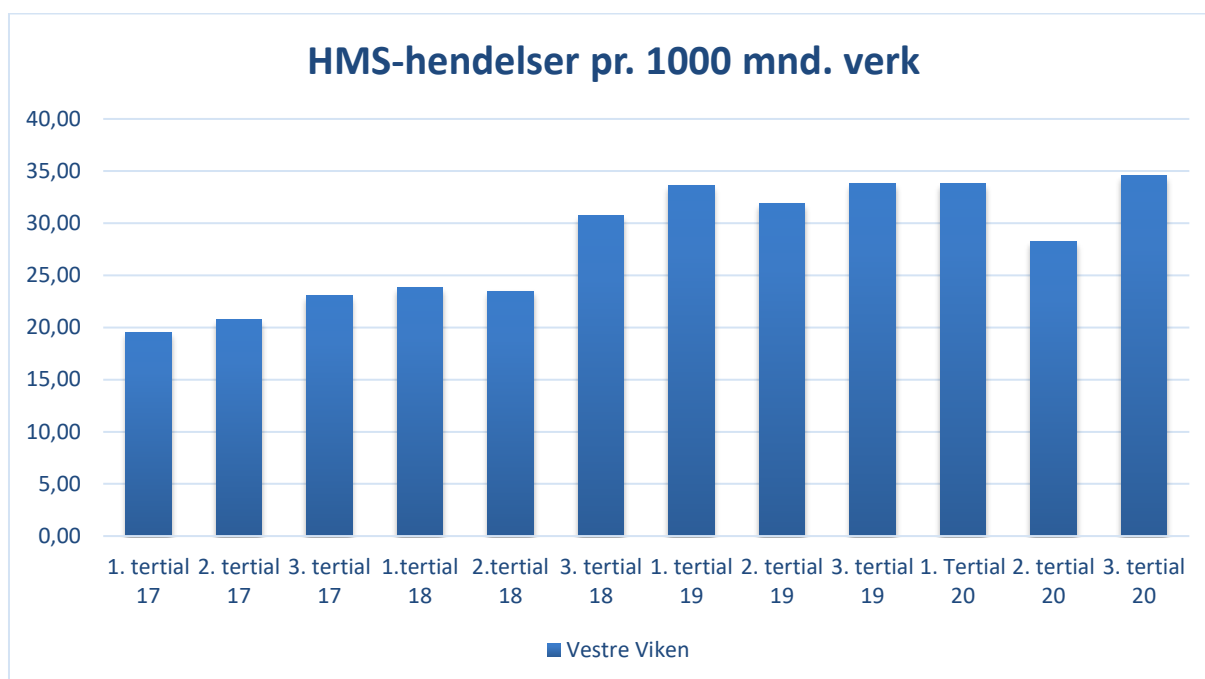
Tertial	T1-18	T2-18	T3-18	snitt-18	T1-19	T2-19	T3-19	Snitt-19	T1-20	T2-20	T3-20	Snitt-20
Antall skadde	12	9	5	-18	9	7	3	19	14	6	18	20
Fraværsskedefrekvens	3,5	3,1	1,4	2,6	2,5	2,1	0,8	1,8	3,7	1,7	4,7	3,4
Snitt HSØ				4,0				4,7				4,61



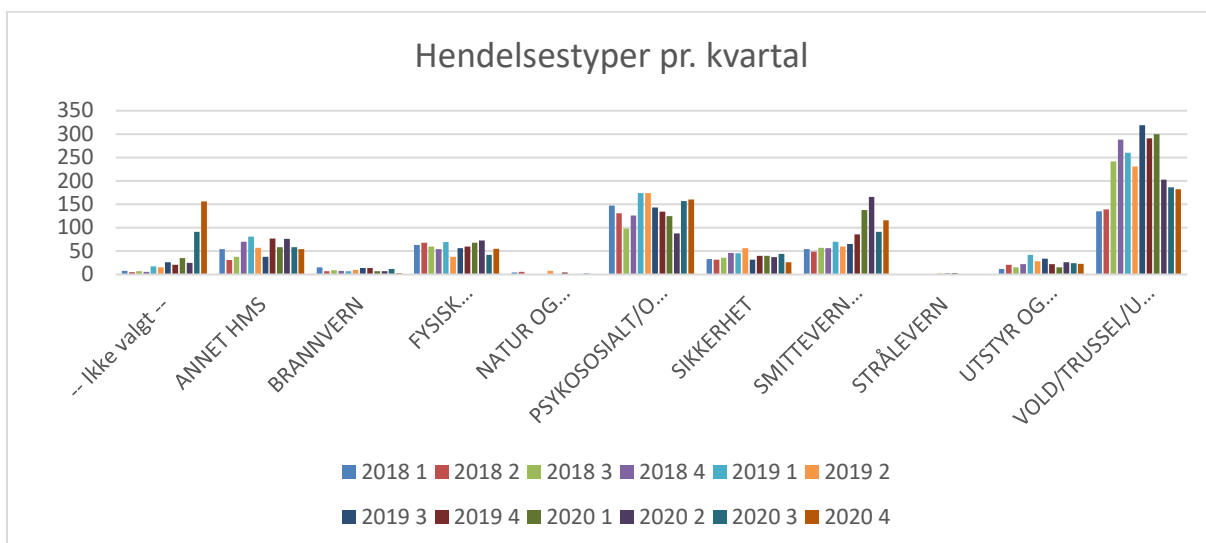
Fraværsskadefrekvens er summen av antall personskadeulykker med fravær utover ulykkesdagen per million arbeidstimer. Det skal registreres som fraværsskade når hendelsen fører til at den ansatte blir borte fra arbeid neste vakt.

Det høye tallet det siste året skyldes smitte av Covid-19.

4.2 HMS-hendelser



Indikatoren viser antall registrerte HMS-hendelser pr. 1000 brutto månedsverk i perioden. Det har vært noe variasjon gjennom året, og vi så noe av det samme i 2019. For de øvrige tertial ser det ut som om nivået har stabilisert seg de to siste årene.



Hendelsestype smittevern har hatt den største økningen dette året. Dette skyldes hovedsakelig hendelser knyttet til covid-19. For øvrig viser oversikten det samme bildet som tidligere, med vold/trusler/utagerende atferd som den dominerende kategorien, etterfulgt av psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø. Flere hendelser som er registrert innen psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø beskriver konsekvenser for pasient. Eksempelvis manglede/forsinket NEWS score, og forsinket/manglende pleie. Ansatte beskriver at høyt arbeidspress og mange oppgaver gjør at viktige oppgaver ikke blir fulgt opp i tilstrekkelig grad.

4.2.1 Vold og trusler

Antall meldte saker innenfor Vold og trusler:

Vold og trussel hendelser	T1-18	T2-18	T3-18	T1 -19	T2 -19	T3-19	T1-20	T2-20	T3-20
VV total	173	222	396	328	368	399	325	250	267
Drammen sykehus	13	10	17	18	7	11	16	24	6
Bærum sykehus	5	17	16	17	24	26	17	27	13
Ringerike sykehus	1	3	2	4	2	9	2	3	2
Kongsberg sykehus	3	2	1	3	2	4	3	2	6
KIS	1	1	0	2	2	4	6	2	0
PHR	143	176	356	269	318	329	259	181	232
PHT	7	13	3	14	9	13	18	10	8
KMD	0	0	1	1	4	3	4	1	0

Antall meldte hendelser i foretaket er fremdeles høyt, selv om antallet i PHR er noe lavere dette året enn foregående. Typen hendelser varierer, men vi har flere alvorlige hendelser siste tertial. (NB: antall avvik uten hendelsestype er høyt, og vil kunne føre til endringer i antall for Vold og trusler).

Indikator for meldte vold og trusler - saker pr. 1000 brutto månedsverk:

	T1-18	T2-18	T3-18	T1 -19	T2 -19	T3-19	T1-20	T2-20	T3-20
Vestre Viken	6,1	7,7	13,6	11,4	12,5	13,3	10,9	8,1	8,6
Drammen sykehus	1,9	1,4	2,4	2,6	1,0	1,5	2,2	3,1	0,8
Bærum sykehus	1,2	4,1	3,8	4,0	5,6	6,0	3,9	6,0	2,9
Ringerike sykehus	0,4	1,3	0,9	1,8	0,9	3,8	0,9	1,2	0,8
Kongsberg sykehus	2,5	1,6	0,8	2,4	1,5	3,1	2,4	1,5	4,4
KIS	0,5	0,5	0,0	1,0	1,0	1,9	2,9	0,9	0,0
PHR	21,3	25,8	51,0	38,6	45,1	46,3	36,9	26,0	32,7
PHT	5,2	9,7	2,2	10,4	6,5	9,1	12,4	6,8	5,3
KMD	0,0	0,0	0,4	0,4	1,5	1,1	1,5	0,4	0,0
VV utenom PHR	1,4	2,1	1,8	2,7	2,2	3,1	2,9	2,9	1,5

Indikatoren gir et bedre sammenligningsgrunnlag mellom klinikkene. PHR ligger klart høyest, deretter følger PHT.

Økning i antall hendelser knyttet til vold og trusler har negativ effekt på arbeidsmiljøet, og det er viktig å iverksette forebyggende tiltak. I klinikk for Psykisk helse og rus er det igangsatt et nytt undervisnings- og treningsopplegg (MAP), som så langt har vist at dette har god effekt. I de somatiske sykehusene og i de tverrgående klinikkene gjennomføres grunnleggende opplæring i forebygging og håndtering av vold og trusselsituasjoner. Det utarbeides nå et utvidet tilbud med scenariotrening for spesielt utsatte enheter, eksempelvis for akuttmottak.

4.3 HMS/arbeidsmiljø og pasientsikkerhet

Godt arbeidsmiljø er viktig for pasientsikkerheten. Et godt forebyggende HMS-arbeid er nødvendig for å utvikle og beholde et best mulig arbeidsmiljø. Vestre viken har flere etablerte verktøy (bl.a. Forbedringsundersøkelsen, HMS-runden, medarbeidersamtaler, avvikssystemet og handlingsplaner) som skal brukes, og som utfyller hverandre, slik at man får god oversikt over risikobildet i den enkelte enhet. Dette forutsetter at verktøyene blir brukt, noe som skjer i varierende grad i dag. Bruk av verktøyene må følges tett opp i linjen slik at det leveres på det som er vedtatt skal gjennomføres. Generell oppfølging etter Forbedringsundersøkelsen, HMS-runder mv. og status for arbeidet med handlingsplaner og tiltak gjøres i oppfølgingsmøtene med klinikkene. Støtte og opplæring blir gitt til de lederne som har behov for det. «Snakk om forbedring» er et relativt nytt verktøy som er under innføring og som kan få frem sammenhengene mellom HMS og pasientsikkerhet på en god måte, og dette vil være et godt supplement til verktøykassen.

Det er opprettet «Team pasientsikkerhet» hvor man blant annet vil se på sammenhengen mellom HMS og pasientsikkerhet.

Avvikssystemet Synergi har muligheter for å vurdere konsekvens (faktisk og potensiell) for pasient ved HMS-hendelser (og vice versa). Denne muligheten er imidlertid tatt lite i bruk. Ved bruk av funksjonen vil man kunne få oversikt over hvilke uønskede HMS-hendelser som gir en negativ effekt på pasientsikkerheten. Dette er grunnlag for forbedringsarbeid.

Sikringsrisikoanalyser er gjennomført i nesten hele foretaket, og gjenstående arbeid vil bli

gjennomført i løpet av året. God sikkerhet for ansatte og trygghet på jobb er viktig for å kunne yte god service til brukerne våre.

Det lages nå ny overordnet handlingsplan 2021 for HMS i foretaket. Hovedområdene som er valgt ut er:

- Oppfølging og læring etter uønskede hendelser
- Tydelig oppfølging av HMS-arbeidet i linjen
- Se HMS og pasientsikkerhet i sammenheng

5. Eksterne tilsyn

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

I 3. tertial har Konsernrevisjonen i HSØ gjennomført to revisjoner:

- Bruk av tvang i klinikk for psykisk helsevern og rus – Sluttrapporten har blitt sendt til Vestre Viken i slutten av februar 2021
- «Varsling – systemet for å håndtere varsler av kritikkverdige forhold». Sluttrapporten ble mottatt 16.10.2020 og konsernrevisjonen presenterte hovedpunktene for styret den 16.11.2020. Det ble avdekket flere forbedringsområder og en intern arbeidsgruppe vil fremlegge konkrete tiltak i løpet av april 2021.

Det ble også gjennomført flere branntilsyn iht. plan.

6. Oppfølging av Konsernrevisjonens revisjon av rehabilitering etter hjerneslag

Konsernrevisjonen gjennomførte i 2019-2020 en revisjon av rehabilitering etter hjerneslag i Vestre Viken. Revisjonsrapporten ble behandlet i styret i styremøtet 31.08.20, sak 46/2020. Konsernrevisjonen konkluderte med at Vestre Viken arbeider systematisk med rehabilitering etter hjerneslag. Det var imidlertid noen forbedringsmuligheter knyttet til blant annet oppfølging etter utskrivning og dokumentasjon i journal. Det ble i saken også lagt fram en handlingsplan for å følge opp konsernrevisjonens anbefalinger. Styret gjorde følgende vedtak:

«Styret tar konsernrevisjonens rapport om rehabilitering etter hjerneslag ved Vestre Viken og foretakets handlingsplan for anbefalte forbedringer

I behandlingen av saken bad styret om at oppfølging av handlingsplanen ble rapportert til styret i tertialrapporteringen. Status for tiltak i handlingsplanen fremgår av tabellen nedenfor. Tiltakene er gjennomført etter plan. Det gjenstår to punkter som vil bli gjennomført i løpet av våren:

- Praktisk gjennomføring av digitale «slagdag»-tilbud.
- Sette henvisningspraksis på dagorden i dialogmøte med kommunene og rehabiliteringsinstitusjonene

Etter gjennomføring av disse tiltakene, vurderes handlingsplanen som gjennomført.

Etterlevelse av anbefalingene vil bli fulgt opp i linjen. Konsernrevisjonens anbefalinger har vært nyttige i arbeidet med å sikre god rehabilitering etter hjerneslag.

	Forbedringsområde	Hvilke tiltak iverksettes for å nå målet	Tidsfrist	Ansvarlig	Status
1	Redusere uønsket variasjon i oppfølgingstilbud i klinikkene	- De somatiske klinikkene må sikre poliklinisk oppfølging av aktuelle pasienter innen 3 måneder, jfr. nasjonale faglige retningslinjer. Følges opp i oppfølgingsmøter med klinikkene.	31.12.20	Klinikkdirektør BS/DS/KS/RS	Gjennomgått i fagmiljøene, og rutiner for poliklinisk oppfølging endret der behov. Følges i registeret, ansvar aktuelle avdelingssjefer
		- Slagnettverket og rehabiliteringsnettverket i Vestre Viken får i oppdrag å utarbeide forslag til en felles «digital slagdag» for Vestre Viken, med mulighet for informasjon og dialog for pasienter og pårørende. Tema også på dialogmøte med kommunene for å se på mulig samarbeid på tvers av nivåene.	30.06.21	Avd.sjef NRH/stab medisin og helsefag	Er utarbeidet standard for innhold både for digital og fysisk slagdag. Legge i e- håndbok id 106426. Praktisk gjennomføring av digitale tilbud jobbes videre med vinter/vår - 21
2	Legge til rette for bedre journalføring	- RS må sikre at logopedene i tverrfaglig behandlingsteam har tilgang til å dokumentere i DIPS	31.10.20	Klinikkdirektør RS	Utført
		- Utarbeide felles retningslinje for tverrfaglige møter i pasientforløp hjerneslag VV	31.12.20	Avd.sjef NRH/stab medisin og helsefag	Retningslinje utarbeidet, e-håndbok id 106422
		- Slagnettverket utarbeider forslag til mal eller frase for å sikre dokumentasjon av beslutningspunkter i tverrfaglige møter	31.12.20	Avd.sjef NRH/stab medisin og helsefag	Utarbeidet frase i Dips. Lagt inn som felles frase
3	Utvide beslutningsstøtte	- Revidere «Retningslinje for bruk av privat rehabilitering i spesialisthelsetjenesten» id 103287 til å omfatte all spesialisthelsetjeneste rehabilitering, ikke bare privat.	31.10.20	Samhandlingssjef/ Avd.sjef NRH	Er revidert
4	Unngå parallelle henvisninger	- Klinikkene kartlegger i hvilken utstrekning dette er praksis ved egne slagenheter	31.12.20	Klinikkdirektør BS/DS/KS/RS	Gjøres i all hovedsak grunnet svært lang ventetid på Sunnaas. Følger opp rutiner i egne seksjoner
		- Sette henvisningspraksis på agendaen i dialogmøte med kommunene og rehabiliteringsinstitusjonene	30.6.21	Samhandlingssjef/ Avd.sjef NRH	Blir gjennomført vår -21

5	Redusere omfanget av epikrisene. Epikrisene skal i hovedsak begrenses til å omtale medisinske forhold og tverrfaglig oppsummering	- Sammenfatninger fra andre faggrupper sendes som vedlegg til epikrise	31.10.20	Aktuelle avdelingssjefer	Følges opp med stikkprøver høst -21. Ansvar for dette ligger hos de enkelte avd.sjefer
		- Gjennomgå og evt revidere frasen for epikrise hjerneslag	31.12.20	Avd.sjef NRH	Frase for epikrise hjerneslag er revidert. Lagt inn som felles frase

Vedlegg

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr 3. tertial 2020

Rapportering økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD

Innhold

Rapportering gevinstrealisering NSD økonomisk bærekraft i Vestre Viken	2
1. Aktivitetsstyrt bemanning og ressursplanlegging (ARP)	5
2. Spesifikke gevinster knyttet til NSD	6
3. Spesifikke gevinster knyttet til definerte områder.....	7
4. Reduksjon av utilsiktede hendelser, beste praksis og bedre utnyttelse av samlet kapasitet	11
5. Akuttstrømmene	12

Rapportering gevinstrealisering NSD økonomisk bærekraft i Vestre Viken

Det vises til styresak 20/2020 Gevinstrealisering NSD og økonomisk bærekraft i Vestre Viken og 26/2020 Rapportering gevinstplan. Planen for gevinstrealisering og økonomisk bærekraft angir konkrete beløp som forventes realisert i perioden frem til innflytting i nytt sykehus i Drammen og i perioden frem til 2030. Som følge av koronapandemien er flere av tiltakene forsinket og det ble i ØLP 2021 – 2024 lagt inn en forsinket realisering av 2020-effektene på årene 2021 – 2023. Dette medfører økte krav til gevinstrealisering i disse årene. Flere av aktivitetene vil ikke planlegges i detalj før tidspunkt for gevinstuttaket er nærmere i tid. Det er derfor lagt opp til at foretaket i de tertialvise virksomhetsrapportene først og fremst angir status på de tiltak som skal økonomisk effekt i de nærmeste 12 – 16 månedene, samt tiltak som må iverksettes i denne perioden for å gi effekt i kommende år.

Planen er omfattende og krever tett oppfølging av ledelsen. I perioden november – desember 2020 ble det, med bistand fra konsulenthuset Metier, utarbeidet en plan for å støtte ledelsen i etablering av en styringsmodell etter PROFF-modellen som er HSØs prosjektstyringsmodell. Implementering av handlingsplanen pågår og planlegges ferdigstilt i løpet av første halvår 2021. Dette omfatter profesjonalisering av metode for utvelgelse, gjennomføring og oppfølging av prosjekt. Det skal også tydeliggjøres hva som er de mest kritiske prosjektene i forhold til utvikling av foretaket og realisering av målene knyttet til økonomisk bærekraft. Dette vil presenteres for styret før sommeren og danne grunnlag for kommende perioders rapportering.

Ved avslutning av 3. tertial 2020 er det de seks områdene som er definert i gevinstplanen som følges opp i rapporten:

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

Modellen for rapportering er under utvikling.

Oppsummert vurdering av planen

Tabellen nedenfor viser statusrapporteringen ved utgangen av 3. tertial 2020. Som det fremgår er gevinstområdene knyttet til NSD som først skal realiseres ved innflytting ikke vurdert. Når mottaksprosjekter er i gang med detaljplanleggingen vil dette inngå i rapporteringen.

Når det gjelder de tre siste områdene «Bedre utnyttelse av samlet kapasitet», «Beste praksis – reduksjon av utilsiktede hendelser» og «Akuttforløpene», er det heller ikke gjort en vurdering. Disse områdene er ikke prosjektert som et klinikkovergripende prosjekt og aktiviteter foregår lokalt i klinikkene. Gevinstrealiseringen er håndtert som rammetrekk for klinikkene og forutsettes inngå i de respektive klinikkens planer for budsjettoppnåelse. Det foreslås derfor at disse tiltakene utgår fra den tertialvise rapporteringen i fremtiden.

Området «Ny teknologi» inngår heller ikke i rapporteringen. Det henvises til egen rapportering for styret om IKT fase 1 i tilknytning til NSD, jf. presentasjon gitt i styremøtet 22. februar 2021. Det er ikke konkretisert gevinster knyttet til innføring av ny teknologi, men deler av gevinstplanen forutsetter at ny teknologi implementeres. Flere av tiltakene vil ha potensiale for å realisere gevinster gjennom effektivisering i arbeidet, bedret kvalitet osv. Når gevinster er identifisert, og det er dedikerte gevinsteiere til realiseringen vil gevinster innarbeides i planverket og rapporteringen.

Gevinstområde	Vurdering pr. 3. tertial 2020						Vurdering pr. 2. tertial 2020	
	Samlet status	Tid/ Fremdrift	Kostnad/ Ressurser	Kvalitet	Risiko	Gevinst	Fremdrift	Risiko
Klinikk Drammen sykehus	Ikke vurdert						😊	😊
Klinikk for Intern service	Ikke vurdert						😊	😊
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	😊	😊			😊	😊	😊	😊
Administrasjon og merkantil tjeneste	😊	😊			😊	😊	😊	😊
PHR - tiltak tilknyttet NSD	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Omstilling PHR prosjektuavhengig NSD	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Innføring ARP VVHF, eksklusiv PHR	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Innkjøpsområdet	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Medikamentkostnader	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Rehabiliteringskostnader - kjøp fra private	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Gjestepasientkostnader	😊	😊	😊	😊	😞	😊	😊	😊
Bedre utnyttelse av samlet kapasitet	Ikke vurdert						😊	😊
Beste praksis - reduksjon av utilsiktede hendelser	Ikke vurdert						😊	😊
Akuttforløpene	Ikke vurdert						😊	😊

1. Aktivitetsstyrt bemanning og ressursplanlegging (ARP)

Dato	Prosjektnavn	Prosjektleder	Prosjektleder	Utarbeidet av	Clarity prosjekt ID	Øko prosjekt ID	Mandat godkjent dato
04.03.2021	ARP	Eli Årnot	Thor Audun Gulbrandsen	Mette Lise Lindblad	IA	IA	28.01.2021
Samlet status	Tid/Fremdrift	Kostnad/Ressurser	Kvalitet	Risiko	Gevinst		
Status							
<p>Prosjektet ble noe forsinket som følge av sykefravær og koronapandemien i 2020. Dette er på god vei til å hente seg inn. Det er fortsatt usikkerhet knyttet til gevinstrealiseringen da planlagt gevinst innen somatikken ikke er forankret ennå. Målsatt gevinst står fast, men periodiseringen av den vil justeres i forbindelse med ØLP. Koronapandemien kan påvirke framdrift og rekkefølge av tiltak.</p> <p>Aktiviteter for å få på plass bemanningsplanleggere og videre utvikle bemanningscenter etter modellen fra Helse Vest pågår.</p>							
Milepæler siden forrige statusrapport				Milepæler frem til neste statusrapport			
<p>Besluttet at det skal utnevnes/ ansettes bemanningsplanleggere.</p> <p>Besluttet videre utredning av modell for etablering/ videre utvikling av bemanningscenter.</p> <p>Besluttet oppstart innføring ARP for operasjonsforløp BS.</p>				<p>Utredning bemanningsplanleggere, styringsdata og bemanningscenter:</p> <p>Forslag fra partssammensatt gruppe behandles i styringsgruppe uke 16.</p> <p>PHR:</p> <p>ARA og DPS følger plan og har ingen avvik fra planlagt utvikling.</p> <p>BUPA har en ekstraordinær koronasituasjon og det er igangsatt tiltak for å håndtere aktivitetsvekst.</p> <p>Disse områdene av PHR viser samlet overskudd.</p> <p>DS:</p> <p>Medisinsk poliklinisk senter: Kjør tidstiltak for å håndtere vekst i ventetid.</p> <p>Langtidstiltak med økt aktivitet eller redusert behov for kveldspoliklinikk.</p> <p>Døgn under arbeid for å utvikle felles planlegging.</p> <p>BS:</p> <p>8 konkrete endringstiltak for forbedring av operasjonsflyt under igangsettelse.</p> <p>Alle tiltak har som mål å redusere «plunder og heft» og øke aktivitet</p>			
Budsjettoversikt		Risiko	Tiltak				
<p>Gevinstplan 2021: Gevinstplan totalt:</p> <p>PHR 26 MNOK 92 MNOK</p> <p>Somatikk 5 MNOK 80 MNOK</p> <p>Prosjektet gjennomføres med interne ressurser.</p> <p>PHR identifisert gevinster på 24 MNOK. Foreløpig ikke beregnet gevinster i somatikk.</p> <p>Målsatt samlet gevinst opprettholdes.</p>		<p>Forsinket fremdrift fra 2020 og fortsatt risiko for forsinkelser som følge av pandemien.</p> <p>Risiko for manglende involvering og forankring hos tillitsvalgte, ansatte og ledere.</p> <p>Mangler tilstrøkkelige styringsdata som underlag for beslutninger.</p>	<p>Utrede nye avdelinger som har bedre kapasitet til å ta i mot ARP teamet første halvår 2021.</p> <p>Tydelige mål i driftavtaler med avdelinger og klinikker for 2021.</p> <p>Tillitsvalgte og vernefjeneste er involvert i:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styringsgruppe ARP • Partssammensatt utvalg utredning av tiltak for å styrke ARP • Omstilling følger reglene i VVHF vedr. involvering <p>Styringsdata prioriteres utviklet 1. halvår. I tillegg kompenseres mangel av data ved analysekapasitet i ARP teamet.</p>				

2. Spesifikke gevinster knyttet til NSD

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

Kontortjenesten

Dato	Prosjektnavn	Prosjekteier	Prosjektleder	Utarbeidet av	Clarity prosjekt ID	Øko prosjekt ID	Mandat godkjent dato
10.03.2021	Kontortjeneste NSD	Rune A. Abrahamsen	Klinikkdirektør DS, PHR, KMD, KIS	VV-NSD	IA	IA	Mandat mottaks-prosjekt
Samlet status	Tid/Fremdrift	Kostnad/Ressurser	Kvalitet	Risiko	Gevinst		
😊	😊			😊	😊		
Status							
<p>For nytt sykehus (NSD) er det lagt til grunn innføring av helselogistikk, med blant annet at pasienten selv skal foreta innsjekk, utsjekk og betaling vha. terminaler eller egen smarttelefon. Antall resepsjoner, med tilhørende bemanning, er redusert iht. dette i nytt bygg.</p> <p>Innføring av helselogistikk er utsatt iht. tidligere forventninger og realisering av beregnede gevinster er derfor forsinket og vil ikke kunne realiseres i inneværende år.</p> <p>Som kompensierende tiltak og forberedelse til innføring av helselogistikk, er det under planlegging en redesign av medisinsk kontortjeneste. Det er søkt prosjektmidler fra Stimulab for å gjennomføre et tjenesteinnovasjonprosjekt for dette området.</p>							
Milepæler siden forrige statusrapport				Milepæler frem til neste statusrapport			
28.2.21: Sendt søknad til Stimulab om midler til innovasjonsprosjekt i regi av nytt sykehus. Prosjektnavn "Fremtidens kontortjeneste for bedre pasientflyt".				Avventer tilbakemelding på søknad om prosjektmidler. Forbereder oppstart høsten 2021			
Budsjettoversikt		Risiko		Tiltak			
Budsjettert gevinst 2021: 2,4 MNOK, samlet i prosjektperioden frem til 2029 34,8 MNOK. Ingen gevinst forventes realisering i 2021.		Risikoen vurderes å være høy mht realisering innenfor Drammen Sykehus i 2021, men på sikt vil innføring av helselogistikk bidra til <u>mulig realisering</u> .		Søkt om prosjektmidler. Helselogistikk forventes innført i perioden 2022/2023.			
Kommentar							
Forventet gevinst i 2021 er trukket i basisramme for klinikk Drammen Sykehus og inngår dermed i samlet plan for budsjettoppnåelse for klinikken, uten at det er konkrete tiltak knyttet til kontortjenesten i klinikken. Budsjettoppnåelse klinikk Drammen Sykehus i 2021 vil dermed innebære at planlagt gevinst realiseres. Med dagens usikre økonomiske situasjon som følge av koronapandemien er det pt. ikke realistisk at Drammen Sykehus oppnår budsjett.							

Klinikk Medisinsk diagnostikk

Dato	Prosjektnavn	Prosjekteier	Prosjektleder	Utarbeidet av	Clarity prosjekt ID	Øko prosjekt ID	Mandat godkjent dato
10.03.2021	Gevinstoppfølging KMD	Wesley Caple	Avd.sjefer KMD	VV-NSD			
Samlet status	Tid/Fremdrift	Kostnad/Ressurser	Kvalitet	Risiko	Gevinst		
😊	😊			😊	😊		
Status							
<p>Gevinstmålene i klinikken er basert på merproduktivitet som inntreffer både før og etter innflytting i nytt sykehus. Gevinstene er beretnet på grunnlag av gjennomført aktivitet opp mot virkelig bemanning. Det er utarbeidet egen gevinstmodell for å måle produktivitet og aktivitet opp mot forutsetninger lagt til grunn for nytt sykehus.</p> <p>Det er lagt til grunn en betydelig teknologisk utvikling innen automatiserte intelligente diagnostiseringsverktøy innenfor medisinsk diagnostikk og er avhengig av valg av IKT-løsninger og utstyr i nytt bygg. Dette følges opp gjennom etablerte anskaffelsesprosesser for utstyr, bygg og IKT.</p>							
Milepæler siden forrige statusrapport				Milepæler frem til neste statusrapport			
Utarbeidelse av gevinstmodell (90 % ferdigstilt)				Ferdigstille gevinstmodell Ferdigstille fremdriftsplan for delprosjekter innen avdelingene Patologi, Bildediagnostikk og Laboratoriemedisin			
Budsjettoversikt		Risiko		Tiltak			
Budsjettert gevinst 2021: 1,1 MNOK, samlet i perioden frem til 2030 utgjør 25 MNOK. Planlagt gevinst i 2021 er trukket i basisramme for KMD og forventes realisert innenfor dette budsjettet.		Det er først og fremst koronapandemien som medfører risiko for realisering.		Ingen nye tiltak planlagt.			

Øvrige gevinster innen NSD

Mottaksprosjektet har ansvar for alle delaktiviteter frem til innflytting og klinisk ibruktakelse. Når prosjekteringen av de øvrige områdene der det forventes gevinster starter opp vil disse tas

inn i de tertialvise rapporteringene for gevinstrealisering. Produktivitetsutviklingen vil følges opp månedlig. Pandemien har betydelig negativ innvirkning på produktivitetsmålene.

Aktiviteter gjennomført høsten 2020:

- Oppstart av de første utstyrsanskaffelsene
- Deltakelse i plan for tidlig klinisk ibruttakelse og videre arbeidet med samlet plan
- Oppfølging av byggeprosjektet
- Arbeid med søknad om rammetillatelse for byggene for psykisk helsevern og TSB
- Erfaringsinnhenting Koronapandemien
- Gjennomgang av evalueringsrapportene fra Sykehuset Østfold

Det henvises for øvrig til egen orientering om **NSD i styremøtet 22. mars 2021**.

3. Spesifikke gevinster knyttet til definerte områder

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

Medikamentkostnader

Dato	Prosjektnavn	Prosjektleder	Prosjektleder	Utarbeidet av	Clarity prosjekt ID	Øko prosjekt ID	Mandat godkjent dato
09.03.2021	Medikamentkostnader	Halfdan Aass	Gruppe høykostmedisin	Halfdan Aass	IA	IA	IA
Samlet status	Tid/Fremdrift	Kostnad/Ressurser	Kvalitet	Risiko	Gevinst		
Status							
Betydelig økonomisk effekt knyttet til TNF-hemmere i 2020. Hovedeffekt ved revmatologisk seksjon Drammen sykehus. Etter Sykehusinnkjøps beregninger har medikamentkostnadene for TNF-hemmere blitt redusert med 18,4 MNOK i 2020, også med flere pasienter behandlet. Slike betydelige effekter vil være unntaksvis. Gevinst også innen hepatitt/HIV. Sykehusinnkjøp utarbeider nå regelmessige rapporter om forbruk på medikamenter som har LIS-avtaler. LIS-avtale fra 2021 om generisk bytte av en del medikamenter i apotek betyr at apoteket skal velge billigste preparat når like preparater varierer i pris. Det reduserer arbeidet med å bytte ut resepter, og vil gi raskere overgang til billigste preparat ved nye LIS-avtaler for de legemidler dette gjelder.							
Milepæler siden forrige statusrapport				Milepæler frem til neste statusrapport			
1. Fagmiljø revmatologi har fullført arbeid med TNF-hemmere. 2. Oppfølging av avtalespesialister innen revmatologi. 3. Møte med infeksjonsmedisinere om hepatittbehandling. 4. Oppfølging av endret bruk av trazuamab og rituximab i klinikkene etter pandemien (besparelser i klinikk). 5. LIS-avtale med apotek om generisk bytte. 6. Regelmessige rapporter fra Sykehusinnkjøp er etablert.				Arbeidet er hovedsakelig over i en driftfase der arbeidsgruppen for høykostmedisin følger opp nye avtaler. Forbruksdata følges, og der det er behov for endringer, tas det opp med de aktuelle. Nye avtaler og konsekvenser av disse gjennomgås og diskuteres med fag- og lederlinje for å sikre gjennomføring.			
Budsjettoversikt			Risiko		Tiltak		
1. Budsjettet gevinst 10 MNOK i 2020, realisert betydelig mer (resultat påvirkes også av andre faktorer, så nøyaktig effekter vanskelig å måle). 2. Budsjettet gevinst 5 MNOK 2021, total forventet gevinst 35 MNOK i 2020-2023.			Resultat for 2021 forventes oppnådd. Risiko er knyttet til senere år, avhengig av at LIS-avtaler gir prisreduksjoner. Medikamenter forskrives også av spesialister ved andre helseforetak og avtalespesialister, og krever avtalelojalitet fra deres side.		Tett oppfølging av nye avtaler for å sikre gevinst. Forbedre rapporteringsdata på forskrivernivå for å lette oppfølging mot andre helseforetak og avtalespesialister. Nylig inngått avtale om generisk bytte i apotek muliggjør rask bytte av denne type legemidler.		
Tidslinje/Plan							
1. Tettere samarbeid med avtalespesialistene - Innen 31.12.21. 2. Forbedre intern rapportering på forskrivernivå - Innen 31.12.21.							
Kommentar							
Legemiddelområdet er sammensatt. Innen legemiddelområdet gir nye innkjøpsavtaler muligheter for kostnadsreduksjoner, noen ganger betydelige, ved utløp av patenter. Samtidig kan godkjenning av nye medikamenter medføre kostnadsøkninger. Finansiering av stadig flere medikamenter har også blitt overført fra "blåreseptordningen" til helseforetakene. Betydelige prisreduksjoner vil etter noe tid påvirke den innsatsstyrte finansieringen. I gevinstplanen ligger kostnadsreduksjoner knyttet til legemidler brukt utenfor sykehus. Arbeidet med høykostmedisin omfatter også legemidler brukt i sykehus med gevinster i klinikkene, disse er ikke tatt inn i gevinstplanen, men bidrar til klinikkens økonomiske resultat.							

Rehabilitering

Dato 14.03.2021	Prosjektnavn Riktig bruk av rehabiliteringsressurser	Prosjekteier Halfdan Aass	Prosjektleder Mai Bente Myrvold og Christine Furuholmen	Utarbeidet av Halfdan Aass	Clarity prosjekt ID IA	Øko prosjekt ID IA	Mandat godkjent dato 12.03.2019 (handlingsplan)
Samlet status 	Tid/Fremdrift 	Kostnad/Ressurser 	Kvalitet 	Risiko 	Gevinst 		
Status Koronapandemien har medført forsinkelser i arbeidet. Året 2020 har også blitt et annerledes år for rehabilitering da flere rehabiliteringsinstitusjoner har vært stengt i perioder, og aktivitet i sykehusene har vært redusert. Kostnader til privat rehabilitering trekkes i inntektsmodellen etter historisk gjennomsnitt av siste 3 års forbruk, slik at det tar tid før den økonomisk effekt synliggjøres. På grunn av de spesielle forholdene i 2020 har Helse Sør-Øst besluttet å bruke aktiviteten i 2019 også som antatt aktivitet i 2020. Realiserer omlag 1/3 av målsatt gevinst for perioden 2021 - 2022.							
Milepæler siden forrige statusrapport 1. Retningslinjer for riktig bruk av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten med fagspesifikke anbefalinger til bruk i avdelingene ferdigstilt og kommunisert i klinikkene. 2. Fortsatt arbeid med å få virksomhetsdata fra Helse Sør-Øst, mottatt data for 2020. 3. Forbruksdata for 2020 viser 10 % reduksjon i antall pasienter fra VV og 20 % reduksjon fra fastlegene, men koronapandemien har påvirket dataene. Variasjon i forbruk mellom klinikkene og de ulike rehabiliteringsområdene. Gjennomgått dataene for 2020 i ledermøtet for videre oppfølging og harmonisering. 4. Startet samarbeid med Drammen kommune om vurdering av pasienter med skjelett/muskellidelser.				Milepæler frem til neste statusrapport 1. Utarbeide retningslinjer for bruk av rehabilitering for pasienter med sykelig overvekt etter etablering av bedret tilbud til pasientene internt i VV. 2. Gjennomgå forbruksdata etter 1. tertial 2021.			
Budsjettoversikt Rammetrekk i inntektsmodell ut fra historisk gjennomsnittlig forbruk siste 3 år. Gevinst 2021: Oppnådd 2,4 MNOK, budsjett 5 MNOK Gevinst 2022: Oppnår 3,2 MNOK, budsjett 10 MNOK Total budsjettet gevinst 2021-2024 35 MNOK Gevinst forventes oppnådd, men forsinket.		Risiko Forsinket fremdrift på grunn av koronapandemien. Bruk av rehabiliteringsinstitusjonene styres ikke bare av VV.		Tiltak 1. Etablering av tverrfaglig tilbud i VV for pasienter med sykelig overvekt skal redusere behovet for døgnrehabilitering for denne pasientgruppen. 2. Oppfølging av forbruksdata for riktig bruk. 3. Utvikle foretakets tilbud til pasienter med skjelett/muskellidelser i samarbeid med kommunene.			
Tidslinje/Plan 1. Oppnå bedre forbruksdata fra HSØ - få tertialvise rapporter, forbedret innhold Innen 31.12.21. 2. Dialog med HSØ om fastsettelse av standard oppholdslengde på rehabiliteringsopphold og forlengelse av opphold. Innen 31.12.21. 3. Samordne tilbudet ved foretakets "arbeid og helse"-poliklinikker med fastlegenes henvisning til arbeidsrettet rehabilitering. Krever samarbeid med fastleger, kommuner og HSØ. Har startet et samarbeid med Drammen kommune. Arbeid vil pågå i 2021-2022. 4. Involvere brukerutvalget for dialog og involvering ved alle tiltak.							
Kommentar Koronapandemien påvirker både bruk av rehabiliteringstilbudene, og forsinket arbeid med forbedringer. Formålet med arbeidet er riktig bruk av rehabiliteringsressurser sett i sammenheng med andre tilbud, slik at pasientene får et samlet godt behandlingstilbud. Gevinsten er forsinket, men forventes oppnådd. Dette vil samlet gi et kvalitativt godt tilbud til pasientene med bruk av noe mindre økonomiske ressurser.							

Gjestepasientkostnader

Dato	Prosjektnavn	Prosjekteier	Prosjektleder	Utarbeidet av	Clarity prosjekt ID	Øko prosjekt ID	Mandat godkjent dato
10.03.2021	Reduksjon i gjestepasient-kostnader	Halfdan Aass	Halfdan Aass	Halfdan Aass	IA	IA	03.09.2019
Samlet status	Tid/Fremdrift	Kostnad/Ressurser	Kvalitet	Risiko	Gevinst		
Status							
<p>En arbeidsgruppe med deltakere fra klinikkene har identifisert mulige områder. Resultatene fra gruppen er behandlet i ledermøte. Følgende områder er identifisert: 1.</p> <p>1. Etablering av Peth-analyser i VV.</p> <p>2. Etablering av molekylær patologi.</p> <p>3. Utvidelse av CT koronar og etablering av CT TAVI ved avd. for bildediagn.</p> <p>4. Noen pasienter er blitt operert for sykelig overvekt utenfor Vestre Viken, ved etablering av egen tverrfaglig poliklinikk i VV redusere denne pasientstrømmen. Arbeidet i punkt 1 og 2 er blitt forsinket av koronapandemien.</p> <p>I tillegg har følgende etableringer effekt på gjestepasientkostnader:</p> <p>5. PET etablert i juni 2020 (også forsinket pga. koronapandemien). Beregnet økonomisk gevinst fra 2022.</p> <p>6. Etablert angiojet som behandling i intervensjonsradiologi fra 2021.</p>							
Milepæler siden forrige statusrapport				Milepæler frem til neste statusrapport			
<p>1. Peth-analyse under innkjøring, forventet i drift fra april 2021.</p> <p>2. Enkel molekylær patologi ble etablert i 2020. Apparaturløsning til utvidet molekylær patologi er anskaffet, i drift fra høst 2021.</p> <p>3. Utvidet CT-bruk fra høst 2021.</p> <p>4. Tverrfaglig tilbud til pasienter med sykelig overvekt under etablering</p>				<p>Replanlegging av videre arbeid og organisering av dette.</p>			
Budsjettoversikt		Risiko		Tiltak			
<p>Budsjettet 5 MNOK i 2021, 20 MNOK i 2021-2024.</p> <p>Foreløpig beregnet effekt av tiltak 1-3, og tiltak 6 er 1,8 MNOK i 2021. Beregnet totaleffekt av tiltakene 6 MNOK i perioden. Potensiale for ytterligere gevinster.</p>		<p>Utfordrende å identifisere pasientgrupper som kan "hentes hjem". Det er også en forutsetning for økonomisk gevinst at foretaket kan behandle selv til lavere kostnad. Arbeidet er forsinket pga. koronapandemien. Fastleger og spesialister henviser til andre enn</p>		<p>Ytterligere analyser av utvikling på gjestepasientområdet for å identifisere flere pasientgrupper.</p> <p>Videre dialog med fastleger.</p>			
Tidslinje/Plan							
<p>Analyse av utvikling på gjestepasientområdet for å identifisere flere pasientgrupper - innen 31.08.21.</p> <p>Systematisk dialog med fastleger - innen 31.12.21</p>							
Kommentar							
<p>Det har vist seg vanskelig å finne tiltak innen gjestepasientområdet som gir reduserte kostnader utover de som er identifisert over. Gevinst i 2021 er forsinket pga. koronapandemien. Så langt er det identifisert tiltak for perioden på kun om lag 25 % av målsettingen. Risiko for gevinstrealisering er således høy. Rapporteres likevel på gul, da det fortsatt er tid til å arbeide videre med tiltak. Det er behov for å replanlegge videre arbeid og organiseringen av dette, da effekten av arbeid til nå synes å være tatt ut.</p>							

Innkjøpsområdet

Dato 09.03.2021	Prosjektnavn Innkjøp	Prosjekteier Mette Lise Lindblad	Prosjektleder Cathrine M. Fuhre	Utarbeidet av Cathrine M. Fuhre	Clarity prosjekt ID IA	Øko prosjekt ID IA	Mandat godkjent dato IA
Samlet status 	Tid/Fremdrift 	Kostnad/Ressurser 	Kvalitet 	Risiko 	Gevinst 		
Status Total gevinst akkumulert for innkjøp i 2020 er 3,3 MNOK mot forventer 3,177 MNOK . Flere anskaffelser er forsinket grunnet covid-19. Implementeringen av nye avtaler er forskjøvet til juni og september. Business case er p.t ikke utarbeidet. Flere anskaffelser er også utsatt til 2022. Gevinstplan oppdateres gjennom 2021. Identifisert gevinster for 3,2 MNOK i 2021 så langt. Ytterligere tiltal iverksettes for å oppnå målsettingen for året.							
Milepæler siden forrige statusrapport Total gevinst akkumulert for innkjøp i 2020 er 3,3 MNOK. Implementert ny kontrakt på infusjonssett. Realisert gevinst på kr. 1,7 MNOK. Implementert ny kontrakt på klorhexidinprodukter. Realisert gevinst på kr. 646.000. Implementert ny kontrakt på sprøyter og kanyler. Realisert gevinst på kr. 426.000 Omlegging av bestillingsrutiner for ernæringsdrikker. Realisert gevinst på kr. 122.000.				Milepæler frem til neste statusrapport per 1.tertial Kjøp på avtale økes fra 72 % til 75 % Kjøp i system økes fra 66 % til 68 % Øke kvaliteten på lokale avtaler fra 30,5 % til 36 % Implementering av kontrakt på BHM Bilevel CPAP/PAP masker			
Budsjettoversikt Gevinstplan 2021: Mål 2021 er 4,368 MNOK og 4,618 i 2022. Realisering av 3,2 MNOK er beregnet oppnåelse i 2021 før nye tiltak. Forventet økt gevinst gjennom 2021 ifm effekt av implementering kontraktsadministrasjonsverktøyet (KGV).		Risiko Koronapandemien har hindret oppstart av anskaffelser i Sykehusinnkjøp HF og kan fortsatt forsinke implementering og effekt av gevinster.		Tiltak Sørg for effektiv implementering av nye avtaler i foretaket når de foreligger. Kontinuerlig arbeid med nye business case og løpende oppdatering av gevinstplan når casene er avklarte og prosess for kontraktsimplementering kan starte.			
Tidslinje/Plan 2021 Implementering kontrakter på hygieneprodukter, inkontinensprodukter og radiologisk forbruksmateriell. Oppfølging av klinikk Kjøp på avtale økes fra 72 % til 81 % Kjøp i system økes fra 66 % til 74 % Andel katalogkjøp økes fra 93 % til 94 %							

Logistikk/ vareforsyning

Innføring av avdelingspakker, nedskalering av sentrallagerfunksjoner og innføring av servicemedarbeidere iverksett i samsvar med fremdriftsplanen og er nå over i drift. Klinikk for interne servicetjenester er trukket i basisramme i samsvar med realiserde gevinster.

4. Reduksjon av utilsiktede hendelser, beste praksis og bedre utnyttelse av samlet kapasitet

Tiltak (TNOK)	2020	2021	2022
Bedre utnyttelse av samlet kapasitet	1 250	6 250	1 250
Beste praksis - reduksjon av utilsiktede hendelser	1 250	6 250	1 250

På dette området er realisering av gevinster spredt ut i hele organisasjonen og mer kompleks å måle effekter ut av, da effektene kommer til uttrykk gjennom reduksjon av liggedøgn for pasienter, færre reinnleggelser, samt bedre kapasitetsutnyttelse. Effektene vil dermed også gripe inn i de samme områdene som er en del av innføringen av ARP, pkt. 1.1 overfor.

Området er ikke organisert som prosjekt og forventet effekt av tiltak er fordelt på klinikkene gjennom rammetrekk i basisramme for 2021. Det er ikke fastsatt konkrete mål pr. klinikk som kan danne grunnlag for oppfølging mht. realisering av gevinst. Oppnådd gevinst vil kun kunne måles gjennom resultatoppnåelse for respektive klinikk.

Konkrete aktiviteter er igangsatt og vil fortsette i 2021:

- DS/KS – samarbeid innen
 - Ortopedi (allerede økt bruk av operasjonsstuen på KS og ytterlige økning av bruken i 2021 (omgjøring av sectiostue)
 - ØNH (poliklinikk og dagkirurgi på KS)
 - Onkologi
- BS/RS – samarbeid innen
 - Geriatri (ambulering geriater til RS)
 - Kardiologi (overføring av polikliniske kontroller til BS)
 - Vurderer samling av fagområdet hematologi og endokrinologi på færre steder som så har et sørge-for ansvar for steder uten spesialist til stede

Videre er det innført tjenester som reduserer gjestepasientkostnader:

- Angiojet DS
- PET DS

Når det gjelder beste praksis så er arbeidet med «klinikken eier sin egen kvalitet» godt i gang. Alle klinikker har satt konkrete kvalitetsmål og dette er innarbeidet i driftsavtalene for de respektive klinikkene for 2021.

Mye er allerede i gang, men det er vanskelig å se hvordan gevinster realiseres:

- Antibiotikateam
- Pasientsikkerhetsprogram
- Forebygging av fall
- Legemiddelsamstemming

Både sykehusinfeksjoner og utilsiktede hendelser medfører

- Ekstra liggedøgn sengepost
- Ekstra liggedøgn intensivhet
- Operasjoner eller reoperasjoner

5. Akuttstrømmene

Akuttstrømmene er en utfordring for alle klinikker og påvirker hele virksomheten. Arbeid med pasientforløp har som hensikt å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og effektivitet som er bidrag til bærekraft. Det er ikke etablert noe sentralisert prosjekt for forbedring, men mye arbeid pågår i de enkelte klinikkene. Det er ikke konkretisert beløpsmessige gevinster til forbedringsaktiviteter i akuttstrømmene, men tiltak på dette området vil være forutsetninger for effektiv drift i øvrig del av virksomheten og god pasientbehandling.

Resultater av tiltakene medfører:

1. Avklaring av pasienter som kan diagnostiseres ferdig i mottak og sendes trygt hjem uten innleggelse
2. Riktig behandling gitt innen riktig tid i mottak til pasienter med tidskrisiske tilstander
3. Vurdering av riktig plassering av pasienten videre i sykehuset, både med tanke på riktig fag og behandlingsnivå
4. Redusert antall korridorpasienter
5. Identifisering av om vi har pasientløp med uønsket variasjon og risiko i forhold til kvalitetskrav og flyt i mottak
6. Forbedre systemer ved risiko og uønsket variasjon

Flere av tiltakene er implementert og gir god effekt, men fremdrift er noe påvirket av pandemien.

Dato: 12. mars 2021
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Risikovurdering av virksomheten i Vestre Viken HF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	23/2021	22.03.2021

Forslag til vedtak

Styret tar vurdering av risiko til etterretning.

Drammen, 15. mars 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

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

Administrerende direktør presenterte foretakets viktigste risikoområder i styreseminaret 21. september 2020, og rapporterte på risikovurderingene pr. 2. tertial i styremøtet 26. oktober 2020, sak 58/2020. Risikovurderingene omfatter både risikoer som er knyttet nært til drift inneværende år, og risikoer knyttet til prosjekt Nytt sykehus Drammen, der tiltak ikke vil være fullført før frem mot 2025, samt oppnåelse av økonomisk bærekraft på lengre sikt. Styret ba om at det tydelig må fremkomme hvilke tiltak som er kritiske, selv om de har ulik tidshorisont. Det gjelder også kritiske aktiviteter knyttet til IKT, og avhengigheter til den langsiktige gevinstrealiseringen.

Saksutredning

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

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

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

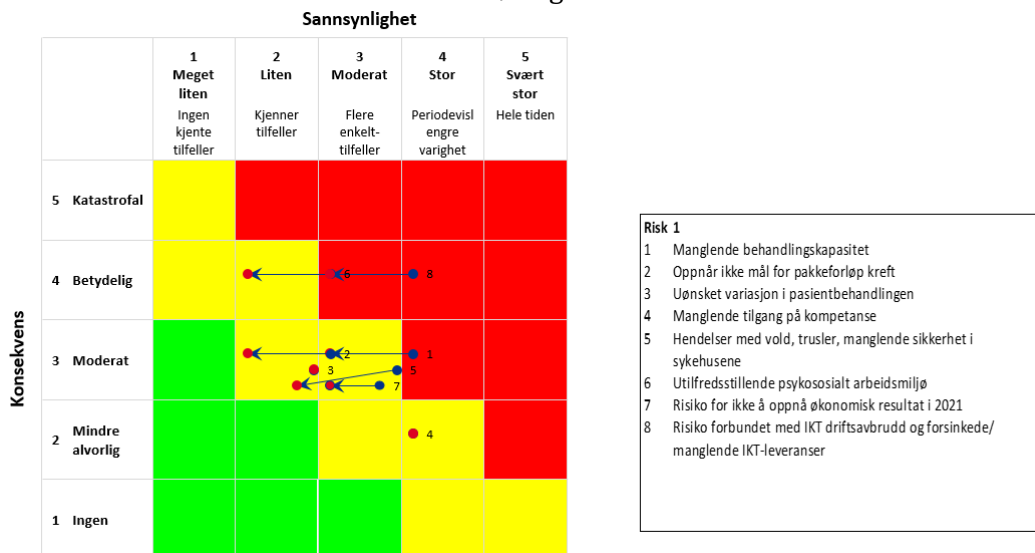
En detaljert beskrivelse av vurderingen av definerte risikoområder følger som vedlegg.

Vurderingen er gjennomgått i dialogmøte med foretakets tillitsvalgte og vernetjeneste. Oppfølging og nye vurderinger vil gjøres tertialvis.

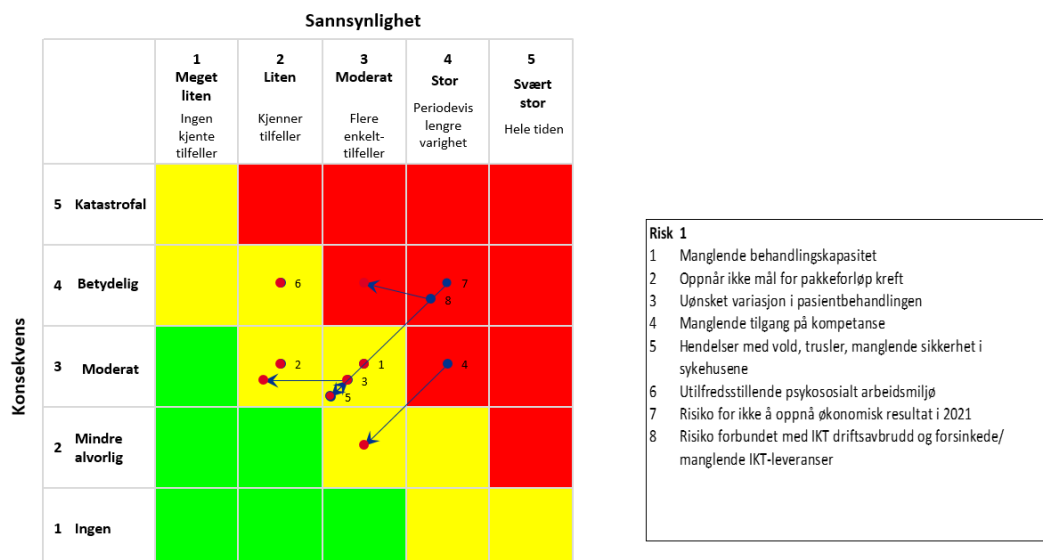
Vurdering av risiko relatert til oppdrag og bestilling for 2021 og budsjett 2021

Ved inngangen til 2021 er det identifisert 8 risikoområder. Koronapandemien er en viktig faktor i vurderingen av risikoen relatert til behandlingsskapasitet, arbeidsmiljø og økonomi. Det er iverksatt forebyggende tiltak, og det pågår arbeid med nye tiltak som kan underlette situasjonen. Utover disse forhold er det fortsatt IKT-området som vurderes å ha høy risiko. Dette omhandler kompleksiteten i området, og ikke minst kapasitet hos Sykehuspartner til å levere i henhold til kundeplanen og etablere sikre løsninger.

Matrisen nedenfor viser vurdert risiko før og etter tiltak.



Matrisen nedenfor viser endring i vurdert risiko på de samme områdene fra 2. tertial 2020. Endringene er først og fremst et uttrykk for mer dyptgående analyser av områdene og gir i liten grad uttrykk for en faktisk endring i vurdert risiko.



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

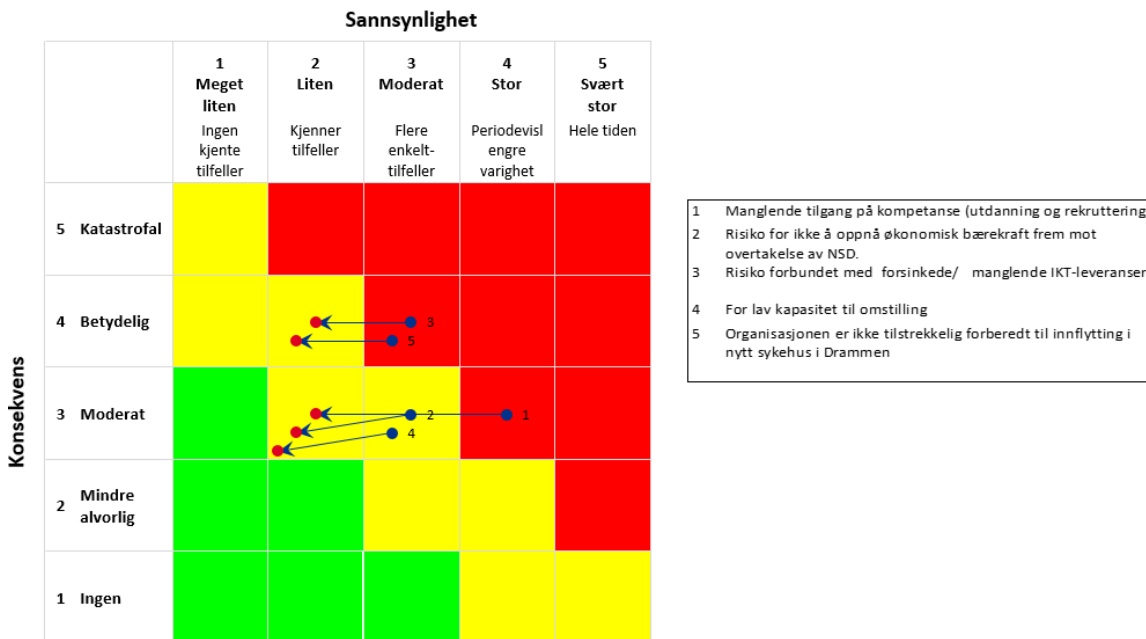
Det er vurdert fem risikoområder som anses å ha stor betydning for å sikre at foretaket utvikler seg i riktig retning og etablerer en trygg økonomi som gir evne til å håndtere

investeringsbehovene frem i tid, egenfinansiering av nytt sykehus og nedbetaling av gjelden etter overtakelsen av NSD.

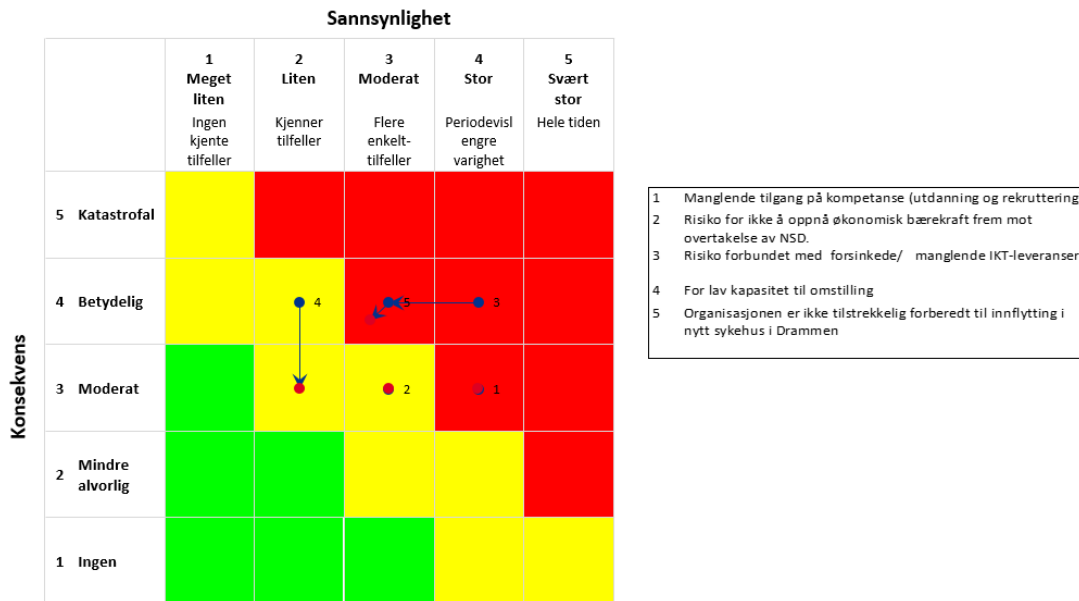
Tilgang på nødvendig kompetanse vurderes å ha høy risiko på lengre sikt. Det er ventet mangel på sykepleiere og det vurderes at for få etterutdannes til spesialisering. I tillegg har Vestre Viken flere områder der alderssammensetningen medfører risiko for stort frafall av kompetanse som kan treffe virksomheten brått om ikke dette planlegges og tilrettelegges på lang sikt. Flere tiltak er under arbeid og vil utvikles videre. IKT området er også en vesentlig risikofaktor på lang sikt, ikke minst i forhold til etablering av planlagt ny teknologi i tilknytning til nytt sykehus i Drammen. Styret følger planen for IKT fase 1 tett i forbindelse med rapportering til prosjektstyret for NSD. Dette er også sentrale tema i styreutvalget.

Mottaksprosjektet for NSD og organisasjonsutviklingen som må skje frem mot innflytting er også vurdert å ha høy risiko. Det er stor variasjon i hvor langt de ulike virksomhetsområdene har kommet i forberedelsene. Forsinket fremdrift vil kunne få store negative konsekvenser etter innflytting. Både mht kapasitet og for økonomien. Styret følger også disse aktivitetene tett i det etablert styreutvalget.

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



Matrisen nedenfor viser endring i vurdert risiko på de samme områdene fra 2. tertial 2020. Endringene er først og fremst et uttrykk for mer dyptgående analyser av områdene og gir i liten grad uttrykk for en faktisk endring i vurdert risiko.



Administrerende direktørs vurderinger

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

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

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

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

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

- Vedlegg:
1. Risikovurderinger pr januar 2021
 2. Modell for risikovurdering i VVHF

Vedlegg 1
Vurdering av risiko relatert til oppdrag og bestilling for 2021 og budsjett 2021

Risikoområde 1: Manglende behandlingsskapasitet fører til lange ventetider, fristbrudd, og til at pasientavtaler ikke oppfylles, med konsekvens for pasientsikkerheten.			
<p>Covid-19 situasjonen er viktigste årsak til at området er vurdert å ha moderat risiko. Dette omfatter både pågang av pasienter med smitte, samt redusert behandlingsskapasitet som følge av smitteverntiltak og fravær av helsepersonell grunnet isolasjon eller karantene. Et stort antall med pasienter som trenger intensivbehandling vil kreve at den planlagte aktiviteten må reduseres til et minimum.</p> <p>Innenfor psykisk helsevern for barn og unge har pasientpågang økt betydelig. Aktiviteten i poliklinikken er 13 prosent høyere i januar 2021 enn den var i januar 2020, antall liggedøgn har økt med 11 prosent. Det har ført til en økt ventetid som er 50 dager i snitt i januar 2021.</p> <p><i>Forebyggende tiltak</i></p> <p>Aktivitetsutviklingen følges på ukesbasis. Det er etablert kveldspoliklinikk og utvidet operasjonsskapasitet og samlet kapasitet i foretaket utnyttes bedre (f.eks. ortopedi på Kongsberg sykehus). Det gjøres fortløpende risikovurdering av ventelistene med prioritering av pasienter utfra behov. Samarbeid med avtalespesialister fungerer bra og kapasitet hos private avtaleparter brukes ved behov.</p> <p>Foretaket har blitt tildelt ekstra investeringsmidler i 2020 til tiltak som styrker kapasiteten til innføring av digital hjemmeoppfølging.</p> <p>Foretaket gjenopprettet tilnærmet normal drift i 2020 når det gjelder poliklinikk og dagkirurgi. Det er en nedgang på pasienter som legges inn som øyeblikkelig hjelp. Det er inngått beredskapsavtale med Martina Hansens Hospital og det er igangsatt en koordinering i hovedstadsområde når det gjelder intensivkapasitet. Helseforetaket har på oppdrag fra Helse Sør-Øst etablert et storvolum laboratorie og kan fra slutten av mars analysere opp til 25000 koronatester per uke. Når det gjelder psykisk helsevern for barn og unge er bemanningen utvidet og kveldspoliklinikk etablert. Fremover er det planlagt ytterligere økning av bemanningen.</p> <p><i>Konsekvens av risikoen</i></p> <p>Reduksjon av elektiv pasientbehandling Forsinket behandling for pasientene Økte gjestepasientkostnader Svekket omdømme.</p>			
Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	3	Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak			Forventet full effekt
Intensivere program for digital hjemmeoppfølging, og dermed øke tilgjengelig og kapasitet ved bruk av digitale konsultasjoner.			31.12.2021
Tilpasninger i bygg BS og DS			31.03.2021
Simuleringstrening			30.06.2021
Etablere ytterligere økt testkapasitet.			31.03.2021
Økt bemanning innenfor psykisk helsevern for barn og unge			31.08.2021
Planlagt økt behandlingsaktivitet i budsjett 2021			31.12.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

Risikoområde 2: Oppnår ikke mål for pakkeforløp for kreftpasienter.

Foretaket har hatt en god utvikling på dette området i 2020. Kapasiteten innenfor patologi har blitt styrket og ventetid til PET undersøkelse er redusert etter at helseforetaket har fått tilgang til egen PET. Det er fortsatt områder som skal forbedres og variasjon i resultater over tid. Derfor opprettholdes vurdering av risiko.

Forebyggende tiltak

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

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

Konsekvens av risikoen

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

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	2	3	Moderat
Prioriterte risikoreduserende/-stabiliserende tiltak			Forventet full effekt
Ytterligere oppfølging og forløpsgjennomganger.			31.12.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	1	3	Liten

Risikoområde 3: Uønsket variasjon i pasientbehandlingen.

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

Forebyggende tiltak

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

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

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

Konsekvens av risikoen

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

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

Risikoområde 4: Manglende tilgang på kompetanse

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

I tillegg er det som følge av Covid 19 en utfordring med ansatte som må i isolasjon eller karantene, samt lavere terskel for fravær enn normalt grunnet snufs og snue for å hindre smitte. Økningen i smittesituasjonen kan medføre kritisk mangel på intensivkapasitet.

Forebyggende tiltak

Samarbeid på tvers av avdelinger og klinikker. Oppbygging av bemanningscenter og innføring av ARP. Kontinuerlig rekruttering etter nødvendig personell.

Pågående vaksinerings av ansatte vil redusere fravær grunnet isolasjon og karantene.

Vaksinasjon av befolkningen vil redusere antall som trenger sykehusinnleggelse.

Løpende vurdering av tiltak tilknyttet pandemien i beredskapsledelsen.

Konsekvens av risikoen

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

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	2	Moderat
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Forventet full effekt
Klinikkene prioriterer til enhver tid å sikre nødvendig personell. Konsekvensen vil vises på kostnadssiden. Langsiktige tiltak er prioritert			31.12.2021
Utdanning av intensivsykepleiere, samt at beredskapsavtalen med MHH er forlenget			31.12.2021
Implementering av ARP ved DPS, BUPA, samt utvalgte enheter innen somatikken			31.12.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	2	Moderat

Risikoområde 5: Hendelser med vold og trusler som følge av manglende sikkerhet i sykehusene.

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

Det kan også være manglende kompetanse og få ressurser innen enkelte av HMS-områdene, eksempelvis innenfor sikringsrisikoanalyser.

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

Tiltak forbundet med skallsikring er for begrenset.

Covid 19 påvirker arbeidssituasjonen for ansatte som må bruke hjemmekontor.

Forebyggende tiltak

Det er forsterket adgangskontroll og besøksrestriksjoner ved sykehusene i forbindelse med Covid 19.

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

Snakk om Forbedring er tatt i bruk for å se pasientsikkerhet og Helse, Miljø og Sikkerhet i sammenheng.

Forbedringsundersøkelsen og HMS-vernerunde gjennomføres årlig.

Handlingsplaner utarbeides i Synergi, og tiltak gjennomføres og følges opp i alle enheter (vernerunder, personalmøter, dialogmøter med tillitsvalgte/vernetjeneste mv.).

Konsekvens av risikoen

Ansatte og pasienter kan komme til skade.

Uønsket turnover, og tap av kritisk kompetanse.

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

Risikoområde 6: Utilfredsstillende psykososialt arbeidsmiljø

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

Covid 19 medfører ulik arbeidsbelastning og utrygghet i arbeidssituasjonen for medarbeiderne. I tillegg er det en risiko for medarbeidere som må bruke hjemmekontor mht. det psykososiale arbeidsmiljøet.

Forebyggende tiltak

Årlig gjennomføring og oppfølging av Forbedringsundersøkelsen.
 Helhetlig system for lederopplæring og lederutviklingsprogram.
 Gjennomfører tilpasset opplæring innen aktuelle temaer som for eksempel sykefraværsoppfølging, arbeidstidsplanlegging/turnusoppsett mv. for ledere og medarbeidere.
 Aktiv lederstøtte/bistand i omstillingsprosesser/personalsaker/personalmøter mv.

Etablert Team pasientsikkerhet for blant annet å se sammenhengen mellom HMS og pasientsikkerhet.

Konsekvens av risikoen

Tap av kompetanse, ansatte slutter.
 Fare for pasientsikkerheten. Dårlig omdømme. Vanskelig å rekruttere nye medarbeidere.
 Endringsprosesser blir vanskelig å gjennomføre. Økte variable lønnskostnader og økt innleiekostnader.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	2	4	Moderat
Prioriterte risikoreducerende tiltak			<i>Forventet full effekt</i>
• Gjennomføre analyser som sammenstiller aktivitet og bemanning (ARP) som faktagrunnlag for tiltak			31.12.2021
• Følge opp handlingsplan for å reduseres AML-brudd			31.12.2021
• Systematisk ledergruppeutvikling			31.12.2021
• Skjerpede krav til tiltak for oppfølging av Forbedringsundersøkelsen, herunder HMS-handlingsplaner og tiltak i de årlige driftsavtalene med klinikkene			31.12.2021
• Implementere Snakk om Forbedring som nytt verktøy			31.10.2021
• Innføre tiltak for å styrke varslingsordningen i foretaket			31.10.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	1	4	Liten

Risikoområde 7: Oppnår ikke økonomisk resultatkrav i 2021

Koronapandemiens konsekvenser kompenseres ikke fullt ut. Tiltak iverksettes ikke som forutsatt i klinikkene og arbeidet med gevinstplanen forsinkes.

Forebyggende tiltak

Aktiviteter for å sikre implementering av planlagte tiltak er trappet opp i klinikkene. Det er etablert kveldspoliklinikk for å øke aktiviteten. Bygningsmessige tilpasninger er gjort for å tilrettelegge for tilnærmet full drift. Det er etablert faste rutiner for oppfølging av resultater. Meroverskudd knyttet til korona i 2020 er besluttet overført til 2021.

Konsekvens av risikoen

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

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	3	Moderat
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Forventet full effekt
• Forventet økt tildeling RNB covid-19 midler fra HSØ			31.12.2021
• Bemanningsstyring og styrt nedtrapping av merårsverk etablert som følge av covid-19			30.06.2021
• Implementering av ARP			31.12.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

Risikoområde 9: IKT driftsavbrudd og forsinkede/ manglende IKT-leveranser			
<p>Driftsproblemer pga sårbar IKT-infrastruktur. Utfordringer med informasjonssikkerhet pga manglende dokumentasjon på IKT-systemer. Manglende IKT-leveranser pga lav leveranseevne hos Sykehuspartner til IKT-endringer som er nødvendig for sikker og stabil drift.</p> <p><i>Forebyggende tiltak</i> Deltakelse i regional infrastrukturmodernisering (STIM). Tett oppfølging av Sykehuspartner (driftsstatus, leveranser og kundeplan). Etablert IKT systemoversikt med status på dokumentasjon pr system og retningslinjer for systemeiere.</p> <p><i>Konsekvens av risikoen</i> IKT driftsproblemer kan påvirke pasientsikkerhet, medarbeidertilfredshet og økonomi. Manglende IKT-leveranser påvirker driften negativt, hindrer omstillinger, innovasjon og gevinstrealisering</p>			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• <i>etter tredje tertial 2020</i>	3	4	Betydelig
Prioriterte risikoreduserende tiltak			<i>Forventet full effekt</i>
• Prioritere kritiske leveranser i Sykehuspartner kundeplan			30.06.2021
• Implementere oppdaterte rutiner og sjekklister for systemforvaltning			30.12.2021
• Etablere oversikt over kritiske prosjekter og avhengigheter til gevinstplan.			30.06.2021
• Gjennomgå IKT beredskaps- og varslingsrutiner, og ta i bruk HelseCIM			30.09.2021
• Gjøre forberedelser til STIM-prosjektene «modernisering av nett» og «regional telekomplattform».			31.12.2021
• Innføre helhetlig prosjekt- og porteføljestyring av IKT-porteføljen.			31.12.2021
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• <i>etter gjennomførte tiltak</i>	2	4	Moderat

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

Risikoområde 1: Manglende tilgang på kompetanse (utdanning og rekruttering)

For få gjennomgår spesialistutdanning for sykepleiere sett opp mot fremtidig behov. Det utdannes for få helsearbeidere med nødvendig kompetanse. Det er for få praksisplasser for elever, lærlinger og studenter i foretaket, og/eller for svak oppfølging av disse gruppene.

Forsinket gjennomføring av læringsmål og nødvendig rotasjon spesialistutdanningen for leger.

Manglende oversikt over dagens kompetansebeholdning sett opp mot fremtidig behov.

På lengre sikt er det fare for konkurranse om kompetansen foretak og helseinstitusjoner imellom. Dette kan være til hinder for god samhandling mellom institusjonene, påvirke samhandlingen internt i foretaket og være lønnsdrivende.

Videre konsekvenser blir tap av fremtidig arbeidskraft til andre institusjoner, herunder private, samt svekket omdømme og derav svekket rekrutteringskraft.

Dette vil også kunne påvirke evnen til å oppfylle ansvaret for utdanning som påligger helseforetakene.

Forebyggende tiltak

Avsatt ekstra budsjettmidler til utdanningsstillinger for sykepleiere, intensiv prioriteres særskilt.

Økt antall lærlingeplasser for helsefagarbeidere.

Dedikerte ressurser i stab til å følge opp helsefagarbeiderlærlingene.

Det er økte midler i budsjett 2021 til flere LIS 1-leger.

Utdanningsavdelingen er styrket med en 50% legestilling til koordinering av utdanning for leger i spesialisering.

Konsekvens av risikoen

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

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	4	3	Betydelig
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Forventet full effekt
Sette måltall for praksisplasser og lærlingeplasser i foretaket			30.04.2021
Kompetanseportalen implementeres for alle yrkesgrupper			30.06.2021
Etablere intern veilederutdanning og følge opp praksisveiledere			30.06.2021
Implementere veiledning som en ordinær arbeidsoppgave der det er mulig for å få flere praksisveiledere			30.06.2021
Etablere flere praksisplasser for AIO-studenter og andre risikoutsatte faggrupper			31.12.2021
Etablere flere LIS 1-stillinger			30.09.2021
Etablere studentstillinger og øke antall trainee-stillinger			31.12.2021
Etablere flere lærlingeplasser for helsefagarbeiderlærlinger			31.12.2021
Etablere av robuste fagmiljøer som består av minst 3 legespesialister			31.12.2021
Benytte digitale kanaler/ sosiale medier aktivt i rekruttering			31.12.2021
Ytterligere økning av utdanningsstillinger. Ekstra tildeling av midler til utdanningsstillinger fra HSØ i 2021			31.08.2021

Systematisk arbeid med oppgavedelingen mellom yrkesgrupper, prioritere de mest prekreare gruppene	31.12.2021		
Etablere et system for styringsdata som gir grunnlag for tettere oppfølging av kritisk kompetanse.	30.06.2021		
Ytterligere økning av studenter i praksis, og teste ut mer alternative og mer effektive måter å veilede praksisstudenter	31.12.2021		
Målrette tilbud om utdanningsstillinger til eksakte spesialiteter med bakgrunn i analyser av fremtidig behov	31.08.2021		
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

Risikoområde 2: Oppnår ikke økonomisk bærekraft

Nytt sykehus i Drammen medfører betydelige krav til effektivisering for å kunne håndtere krav til egenfinansiering og nedbetaling av gjeld etter innflytting. Foretaket har også omfattende planer for utbedring av øvrig bygningsmasse. Realisering av gevinstplanen er en forutsetning for å lykkes.

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

Overskridelser i økonomisk ramme for nytt sykehus i Drammen.

Forebyggende tiltak

Tett oppfølging av gevinstrealisering i styret og ledelse.

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

Tildelte stimuleringsmidler på 50 MNOK vedr. BRK og 6 MNOK vedr. IKT trykker den økonomiske risikoen frem i tid.

Konsekvens av risikoen

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

Øvrige klinikker greier ikke sin del av gevinstrealiseringen

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

Planlagt vedlikehold blir ikke gjennomført.

Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter tredje tertial 2020	3	3	Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak	<i>Forventet full effekt</i>		
Porteføljestyling av gevinstrealiseringsplan NSD og plan for økonomisk bærekraft i VVHF	31.12.2022		
Avhendingsplan DS og Blakstad, samt realisere salg av bygningsmasse	31.12.2024		
Dialog med Drammen kommune om finansiering av infrastruktur og rekkefølgekrav			
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

Risikoområde 3: IKT driftsavbrudd og forsinkede/ manglende IKT-leveranser

Manglende IKT-leveranser pga. lav leveranseevne hos Sykehuspartner til IKT-endringer som er nødvendig for sikker og stabil drift.
Forsinkelser i fremdrift på regionale prosjekter påvirke gevinstrealiseringsplanen for NSD. I tillegg kan både intern kompetanse og kapasitet til å gjennomføre IKT prosjekter, samt finansieringen av IKT prosjekter medføre risiko for implementering i tide til innflytting i NSD, herunder gevinstrealiseringen.

Forebyggende tiltak

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

Konsekvens av risikoen

IKT driftsproblemer kan påvirke pasientsikkerhet, medarbeidertilfredshet og økonomi.
Manglende IKT-leveranser påvirker driften negativt, hindrer omstillinger, innovasjon og gevinstrealisering

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	4	Betydelig
Prioriterte risikoreduserende tiltak			Forventet full effekt
Styrke kompetansen på IKT arkitektur gjennom innleie fra Sykehuspartner og etablering av lokale prosesser for arkitektur			31.12.2022
Synliggjøre fremtidige IKT-kostnader i IKT langtidsplan og ØLP			30.04.2021
Standardisere og sanere IKT-applikasjoner			31.12.2022
Implementere IKT/MTU samhandlingsmodell			31.12.2022
Delta i prioritering av regionale prosjekter. Prioritere følgende: Helselogistikk LVMS Sporing- og lokaliseringsprosjektene STIM			31.12.2023
Gjøre forberedelser til STIM-prosjektene «modernisering av nett» og «regional telekomplattform».			31.12.2021
Innføre helhetlig prosjekt- og porteføljestyring av IKT-porteføljen.			31.12.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	4	Moderat

Risikoområde 4: Liten kapasitet til å drive omstillingsarbeid

Ledelsens kapasitet til å drive og følge opp endringer konkurrerer med løpende driftsansvar.

Forebyggende tiltak

Årlige driftsavtaler med klinikkene.
Månedlige oppfølgingsmøter.

Konsekvens av risikoen

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

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

Risikoområde 5: Organisasjonen er ikke tilstrekkelig forberedt til innflytting i nytt sykehus i Drammen

Manglende oppslutning internt om tiltak i mottaksprosjekt NSD.
Forsinkelser i kritiske IKT-leveranser.

Forebyggende tiltak

Etablert arenaer for medvirkning og forankring i hele foretaket blant ledere på alle nivåer, ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere
Tett oppfølging av IKT-plan.
Evalueringsrapporten fra Kalnes Østfold er gjennomgått og vurdert mht konsekvenser/ nye tiltak som skal iverksettes i NSD.

Konsekvens av risikoen

Mottaksprosjektet greier ikke å realisere kvalitative og økonomiske gevinster i nytt sykehus i Drammen som forutsatt.

Innflytting i nytt sykehus medfører økte driftskostnader, korridorpasienter og opphopning i akuttmottaket.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	4	Betydelig
Prioriterte risikoreduserende/-stabiliserende tiltak			<i>Forventet full effekt</i>
Sikre at linjeledelsen tar ansvar for å iverksette og følge opp tiltak på den enkelte avdeling og seksjon, slik at planlagte gevinster realiseres og helhetlige og trygge pasientforløp etableres.			31.12.2021
Medvirkning og forankring hos Vestre Viken HF blant ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere			31.12.2024
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	4	Moderat

Vedlegg 2
Modell for risikovurdering

VVHF definerer sannsynlig etter følgende inndeling:

1. Meget liten – ingen kjente tilfeller
2. Liten – kjenner tilfeller
3. Moderat – flere enkelttilfeller
4. Stor – periodevis lengre varighet
5. Svært stor – hele tiden

Konsekvens vurderes etter følgende matrise:

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

Vedlegg 1
Vurdering av risiko relatert til oppdrag og bestilling for 2021 og budsjett 2021

Risikoområde 1: Manglende behandlingsskapasitet fører til lange ventetider, fristbrudd, og til at pasientavtaler ikke oppfylles, med konsekvens for pasientsikkerheten.			
<p>Covid-19 situasjonen er viktigste årsak til at området er vurdert å ha moderat risiko. Dette omfatter både pågang av pasienter med smitte, samt redusert behandlingsskapasitet som følge av smitteverntiltak og fravær av helsepersonell grunnet isolasjon eller karantene. Et stort antall med pasienter som trenger intensivbehandling vil kreve at den planlagte aktiviteten må reduseres til et minimum.</p> <p>Innenfor psykisk helsevern for barn og unge har pasientpågang økt betydelig. Aktiviteten i poliklinikken er 13 prosent høyere i januar 2021 enn den var i januar 2020, antall liggedøgn har økt med 11 prosent. Det har ført til en økt ventetid som er 50 dager i snitt i januar 2021.</p> <p><i>Forebyggende tiltak</i></p> <p>Aktivitetsutviklingen følges på ukesbasis. Det er etablert kveldspoliklinikk og utvidet operasjonsskapasitet og samlet kapasitet i foretaket utnyttes bedre (f.eks. ortopedi på Kongsberg sykehus). Det gjøres fortløpende risikovurdering av ventelistene med prioritering av pasienter utfra behov. Samarbeid med avtalespesialister fungerer bra og kapasitet hos private avtaleparter brukes ved behov.</p> <p>Foretaket har blitt tildelt ekstra investeringsmidler i 2020 til tiltak som styrker kapasiteten til innføring av digital hjemmeoppfølging.</p> <p>Foretaket gjenopprettet tilnærmet normal drift i 2020 når det gjelder poliklinikk og dagkirurgi. Det er en nedgang på pasienter som legges inn som øyeblikkelig hjelp. Det er inngått beredskapsavtale med Martina Hansens Hospital og det er igangsatt en koordinering i hovedstadsområde når det gjelder intensivkapasitet. Helseforetaket har på oppdrag fra Helse Sør-Øst etablert et storvolum laboratorie og kan fra slutten av mars analysere opp til 25000 koronatester per uke. Når det gjelder psykisk helsevern for barn og unge er bemanningen utvidet og kveldspoliklinikk etablert. Fremover er det planlagt ytterligere økning av bemanningen.</p> <p><i>Konsekvens av risikoen</i></p> <p>Reduksjon av elektiv pasientbehandling Forsinket behandling for pasientene Økte gjestepasientkostnader Svekket omdømme.</p>			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter tredje tertial 2020	3	3	Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak			<i>Forventet full effekt</i>
Intensivere program for digital hjemmeoppfølging, og dermed øke tilgjengelig og kapasitet ved bruk av digitale konsultasjoner.			31.12.2021
Tilpasninger i bygg BS og DS			31.03.2021
Simuleringstrening			30.06.2021
Etablere ytterligere økt testkapasitet.			31.03.2021
Økt bemanning innenfor psykisk helsevern for barn og unge			31.08.2021
Planlagt økt behandlingsaktivitet i budsjett 2021			31.12.2021
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

Risikoområde 2: Oppnår ikke mål for pakkeforløp for kreftpasienter.

Foretaket har hatt en god utvikling på dette området i 2020. Kapasiteten innenfor patologi har blitt styrket og ventetid til PET undersøkelse er redusert etter at helseforetaket har fått tilgang til egen PET. Det er fortsatt områder som skal forbedres og variasjon i resultater over tid. Derfor opprettholdes vurdering av risiko.

Forebyggende tiltak

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

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

Konsekvens av risikoen

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

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	2	3	Moderat
Prioriterte risikoreduserende/-stabiliserende tiltak			Forventet full effekt
Ytterligere oppfølging og forløpsgjennomganger.			31.12.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	1	3	Liten

Risikoområde 3: Uønsket variasjon i pasientbehandlingen.

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

Forebyggende tiltak

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

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

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

Konsekvens av risikoen

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

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

Risikoområde 4: Manglende tilgang på kompetanse

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

I tillegg er det som følge av Covid 19 en utfordring med ansatte som må i isolasjon eller karantene, samt lavere terskel for fravær enn normalt grunnet snufs og snue for å hindre smitte. Økningen i smittesituasjonen kan medføre kritisk mangel på intensivkapasitet.

Forebyggende tiltak

Samarbeid på tvers av avdelinger og klinikker. Oppbygging av bemanningscenter og innføring av ARP. Kontinuerlig rekruttering etter nødvendig personell.

Pågående vaksinerings av ansatte vil redusere fravær grunnet isolasjon og karantene.

Vaksinasjon av befolkningen vil redusere antall som trenger sykehusinnleggelse.

Løpende vurdering av tiltak tilknyttet pandemien i beredskapsledelsen.

Konsekvens av risikoen

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

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	2	Moderat
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Forventet full effekt
Klinikkene prioriterer til enhver tid å sikre nødvendig personell. Konsekvensen vil vises på kostnadssiden. Langsiktige tiltak er prioritert			31.12.2021
Utdanning av intensivsykepleiere, samt at beredskapsavtalen med MHH er forlenget			31.12.2021
Implementering av ARP ved DPS, BUPA, samt utvalgte enheter innen somatikken			31.12.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	3	2	Moderat

Risikoområde 5: Hendelser med vold og trusler som følge av manglende sikkerhet i sykehusene.

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

Det kan også være manglende kompetanse og få ressurser innen enkelte av HMS-områdene, eksempelvis innenfor sikringsrisikoanalyser.

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

Tiltak forbundet med skallsikring er for begrenset.

Covid 19 påvirker arbeidssituasjonen for ansatte som må bruke hjemmekontor.

Forebyggende tiltak

Det er forsterket adgangskontroll og besøksrestriksjoner ved sykehusene i forbindelse med Covid 19.

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

Snakk om Forbedring er tatt i bruk for å se pasientsikkerhet og Helse, Miljø og Sikkerhet i sammenheng.

Forbedringsundersøkelsen og HMS-vernerunde gjennomføres årlig.

Handlingsplaner utarbeides i Synergi, og tiltak gjennomføres og følges opp i alle enheter (vernerunder, personalmøter, dialogmøter med tillitsvalgte/vernetjeneste mv.).

Konsekvens av risikoen

Ansatte og pasienter kan komme til skade.

Uønsket turnover, og tap av kritisk kompetanse.

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

Risikoområde 6: Utilfredsstillende psykososialt arbeidsmiljø

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

Covid 19 medfører ulik arbeidsbelastning og utrygghet i arbeidssituasjonen for medarbeiderne. I tillegg er det en risiko for medarbeidere som må bruke hjemmekontor mht. det psykososiale arbeidsmiljøet.

Forebyggende tiltak

Årlig gjennomføring og oppfølging av Forbedringsundersøkelsen.
 Helhetlig system for lederopplæring og lederutviklingsprogram.
 Gjennomfører tilpasset opplæring innen aktuelle temaer som for eksempel sykefraværsoppfølging, arbeidstidsplanlegging/turnusoppsett mv. for ledere og medarbeidere.
 Aktiv lederstøtte/bistand i omstillingsprosesser/personalsaker/personalmøter mv.

Etablert Team pasientsikkerhet for blant annet å se sammenhengen mellom HMS og pasientsikkerhet.

Konsekvens av risikoen

Tap av kompetanse, ansatte slutter.
 Fare for pasientsikkerheten. Dårlig omdømme. Vanskelig å rekruttere nye medarbeidere.
 Endringsprosesser blir vanskelig å gjennomføre. Økte variable lønnskostnader og økt innleiekostnader.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	2	4	Moderat
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Forventet full effekt
• Gjennomføre analyser som sammenstiller aktivitet og bemanning (ARP) som faktagrunnlag for tiltak			31.12.2021
• Følge opp handlingsplan for å reduseres AML-brudd			31.12.2021
• Systematisk ledergruppeutvikling			31.12.2021
• Skjerpede krav til tiltak for oppfølging av Forbedringsundersøkelsen, herunder HMS-handlingsplaner og tiltak i de årlige driftsavtalene med klinikkene			31.12.2021
• Implementere Snakk om Forbedring som nytt verktøy			31.10.2021
• Innføre tiltak for å styrke varslingsordningen i foretaket			31.10.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	1	4	Liten

Risikoområde 7: Oppnår ikke økonomisk resultatkrav i 2021

Koronapandemiens konsekvenser kompenseres ikke fullt ut. Tiltak iverksettes ikke som forutsatt i klinikkene og arbeidet med gevinstplanen forsinkes.

Forebyggende tiltak

Aktiviteter for å sikre implementering av planlagte tiltak er trappet opp i klinikkene. Det er etablert kveldspoliklinikk for å øke aktiviteten. Bygningsmessige tilpasninger er gjort for å tilrettelegge for tilnærmet full drift. Det er etablert faste rutiner for oppfølging av resultater. Meroverskudd knyttet til korona i 2020 er besluttet overført til 2021.

Konsekvens av risikoen

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

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	3	Moderat
Prioriterte risikoreducerende tiltak			Forventet full effekt
• Forventet økt tildeling RNB covid-19 midler fra HSØ			31.12.2021
• Bemanningsstyring og styrt nedtrapping av merårsverk etablert som følge av covid-19			30.06.2021
• Implementering av ARP			31.12.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

Risikoområde 9: IKT driftsavbrudd og forsinkede/ manglende IKT-leveranser			
<p>Driftsproblemer pga sårbar IKT-infrastruktur. Utfordringer med informasjonssikkerhet pga manglende dokumentasjon på IKT-systemer. Manglende IKT-leveranser pga lav leveranseevne hos Sykehuspartner til IKT-endringer som er nødvendig for sikker og stabil drift.</p> <p><i>Forebyggende tiltak</i> Deltakelse i regional infrastrukturmodernisering (STIM). Tett oppfølging av Sykehuspartner (driftsstatus, leveranser og kundeplan). Etablert IKT systemoversikt med status på dokumentasjon pr system og retningslinjer for systemeiere.</p> <p><i>Konsekvens av risikoen</i> IKT driftsproblemer kan påvirke pasientsikkerhet, medarbeidertilfredshet og økonomi. Manglende IKT-leveranser påvirker driften negativt, hindrer omstillinger, innovasjon og gevinstrealisering</p>			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter tredje tertial 2020	3	4	Betydelig
Prioriterte risikoreduserende tiltak			<i>Forventet full effekt</i>
• Prioritere kritiske leveranser i Sykehuspartner kundeplan			30.06.2021
• Implementere oppdaterte rutiner og sjekklister for systemforvaltning			30.12.2021
• Etablere oversikt over kritiske prosjekter og avhengigheter til gevinstplan.			30.06.2021
• Gjennomgå IKT beredskaps- og varslingsrutiner, og ta i bruk HelseCIM			30.09.2021
• Gjøre forberedelser til STIM-prosjektene «modernisering av nett» og «regional telekomplattform».			31.12.2021
• Innføre helhetlig prosjekt- og porteføljestyring av IKT-porteføljen.			31.12.2021
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	2	4	Moderat

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

Risikoområde 1: Manglende tilgang på kompetanse (utdanning og rekruttering)

For få gjennomgår spesialistutdanning for sykepleiere sett opp mot fremtidig behov. Det utdannes for få helsearbeidere med nødvendig kompetanse. Det er for få praksisplasser for elever, lærlinger og studenter i foretaket, og/eller for svak oppfølging av disse gruppene.

Forsinket gjennomføring av læringsmål og nødvendig rotasjon spesialistutdanningen for leger.

Manglende oversikt over dagens kompetansebeholdning sett opp mot fremtidig behov.

På lengre sikt er det fare for konkurranse om kompetansen foretak og helseinstitusjoner imellom. Dette kan være til hinder for god samhandling mellom institusjonene, påvirke samhandlingen internt i foretaket og være lønnsdrivende.

Videre konsekvenser blir tap av fremtidig arbeidskraft til andre institusjoner, herunder private, samt svekket omdømme og derav svekket rekrutteringskraft.

Dette vil også kunne påvirke evnen til å oppfylle ansvaret for utdanning som påligger helseforetakene.

Forebyggende tiltak

Avsatt ekstra budsjettmidler til utdanningsstillinger for sykepleiere, intensiv prioriteres særskilt.

Økt antall lærlingeplasser for helsefagarbeidere.

Dedikerte ressurser i stab til å følge opp helsefagarbeiderlærlingene.

Det er økte midler i budsjett 2021 til flere LIS 1-leger.

Utdanningsavdelingen er styrket med en 50% legestilling til koordinering av utdanning for leger i spesialisering.

Konsekvens av risikoen

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

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	4	3	Betydelig
Prioriterte risikoreduserende tiltak			Forventet full effekt
Sette måltall for praksisplasser og lærlingeplasser i foretaket			30.04.2021
Kompetanseportalen implementeres for alle yrkesgrupper			30.06.2021
Etablere intern veilederutdanning og følge opp praksisveiledere			30.06.2021
Implementere veiledning som en ordinær arbeidsoppgave der det er mulig for å få flere praksisveiledere			30.06.2021
Etablere flere praksisplasser for AIO-studenter og andre risikoutsatte faggrupper			31.12.2021
Etablere flere LIS 1-stillinger			30.09.2021
Etablere studentstillinger og øke antall trainee-stillinger			31.12.2021
Etablere flere lærlingeplasser for helsefagarbeiderlærlinger			31.12.2021
Etablering av robuste fagmiljøer som består av minst 3 legespesialister			31.12.2021
Benytte digitale kanaler/ sosiale medier aktivt i rekruttering			31.12.2021
Ytterligere økning av utdanningsstillinger. Ekstra tildeling av midler til utdanningsstillinger fra HSØ i 2021			31.08.2021

Systematisk arbeid med oppgavedelingen mellom yrkesgrupper, prioritere de mest prekreare gruppene	31.12.2021		
Etablere et system for styringsdata som gir grunnlag for tettere oppfølging av kritisk kompetanse.	30.06.2021		
Ytterligere økning av studenter i praksis, og teste ut mer alternative og mer effektive måter å veilede praksisstudenter	31.12.2021		
Målrette tilbud om utdanningsstillinger til eksakte spesialiteter med bakgrunn i analyser av fremtidig behov	31.08.2021		
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

Risikoområde 2: Oppnår ikke økonomisk bærekraft

Nytt sykehus i Drammen medfører betydelige krav til effektivisering for å kunne håndtere krav til egenfinansiering og nedbetaling av gjeld etter innflytting. Foretaket har også omfattende planer for utbedring av øvrig bygningsmasse. Realisering av gevinstplanen er en forutsetning for å lykkes.

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

Overskridelser i økonomisk ramme for nytt sykehus i Drammen.

Forebyggende tiltak

Tett oppfølging av gevinstrealisering i styret og ledelse.

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

Tildelte stimuleringsmidler på 50 MNOK vedr. BRK og 6 MNOK vedr. IKT trykker den økonomiske risikoen frem i tid.

Konsekvens av risikoen

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

Øvrige klinikker greier ikke sin del av gevinstrealiseringen

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

Planlagt vedlikehold blir ikke gjennomført.

Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter tredje tertial 2020	3	3	Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak	<i>Forventet full effekt</i>		
Porteføljestyling av gevinstrealiseringsplan NSD og plan for økonomisk bærekraft i VVHF	31.12.2022		
Avhendingsplan DS og Blakstad, samt realisere salg av bygningsmasse	31.12.2024		
Dialog med Drammen kommune om finansiering av infrastruktur og rekkefølgekrav			
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

Risikoområde 3: IKT driftsavbrudd og forsinkede/ manglende IKT-leveranser

Manglende IKT-leveranser pga. lav leveranseevne hos Sykehuspartner til IKT-endringer som er nødvendig for sikker og stabil drift.
Forsinkelser i fremdrift på regionale prosjekter påvirke gevinstrealiseringsplanen for NSD. I tillegg kan både intern kompetanse og kapasitet til å gjennomføre IKT prosjekter, samt finansieringen av IKT prosjekter medføre risiko for implementering i tide til innflytting i NSD, herunder gevinstrealiseringen.

Forebyggende tiltak

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

Konsekvens av risikoen

IKT driftsproblemer kan påvirke pasientsikkerhet, medarbeidertilfredshet og økonomi.
Manglende IKT-leveranser påvirker driften negativt, hindrer omstillinger, innovasjon og gevinstrealisering

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	4	Betydelig
Prioriterte risikoreduserende tiltak			Forventet full effekt
Styrke kompetansen på IKT arkitektur gjennom innleie fra Sykehuspartner og etablering av lokale prosesser for arkitektur			31.12.2022
Synliggjøre fremtidige IKT-kostnader i IKT langtidsplan og ØLP			30.04.2021
Standardisere og sanere IKT-applikasjoner			31.12.2022
Implementere IKT/MTU samhandlingsmodell			31.12.2022
Delta i prioritering av regionale prosjekter. Prioritere følgende: Helselogistikk LVMS Sporing- og lokaliseringsprosjektene STIM			31.12.2023
Gjøre forberedelser til STIM-prosjektene «modernisering av nett» og «regional telekomplattform».			31.12.2021
Innføre helhetlig prosjekt- og porteføljestyring av IKT-porteføljen.			31.12.2021
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	4	Moderat

Risikoområde 4: Liten kapasitet til å drive omstillingsarbeid

Ledelsens kapasitet til å drive og følge opp endringer konkurrerer med løpende driftsansvar.

Forebyggende tiltak

Årlige driftsavtaler med klinikkene.

Månedlige oppfølgingsmøter.

Konsekvens av risikoen

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

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

Risikoområde 5: Organisasjonen er ikke tilstrekkelig forberedt til innflytting i nytt sykehus i Drammen

Manglende oppslutning internt om tiltak i mottaksprosjekt NSD.
Forsinkelser i kritiske IKT-leveranser.

Forebyggende tiltak

Etablert arenaer for medvirkning og forankring i hele foretaket blant ledere på alle nivåer, ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere
Tett oppfølging av IKT-plan.
Evalueringsrapporten fra Kalnes Østfold er gjennomgått og vurdert mht konsekvenser/ nye tiltak som skal iverksettes i NSD.

Konsekvens av risikoen

Mottaksprosjektet greier ikke å realisere kvalitative og økonomiske gevinster i nytt sykehus i Drammen som forutsatt.

Innflytting i nytt sykehus medfører økte driftskostnader, korridorpasienter og opphopning i akuttmottaket.

Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter tredje tertial 2020	3	4	Betydelig
Prioriterte risikoreduserende/-stabiliserende tiltak			<i>Forventet full effekt</i>
Sikre at linjeledelsen tar ansvar for å iverksette og følge opp tiltak på den enkelte avdeling og seksjon, slik at planlagte gevinster realiseres og helhetlige og trygge pasientforløp etableres.			31.12.2021
Medvirkning og forankring hos Vestre Viken HF blant ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere			31.12.2024
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	4	Moderat

Vedlegg 2

Modell for risikovurdering

VVHF definerer sannsynlig etter følgende inndeling:

1. Meget liten – ingen kjente tilfeller
2. Liten – kjenner tilfeller
3. Moderat – flere enkelttilfeller
4. Stor – periodevis lengre varighet
5. Svært stor – hele tiden

Konsekvens vurderes etter følgende matrise:

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

Dato: 14. mars 2021
Saksbehandler: Hanne
Juritzen/Ulrich
Spreng

Saksfremlegg

Ledelsens gjennomgang for 2020

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	24/2021	22.03.21

Forslag til vedtak

Styret tar Ledelsens gjennomgang for 2020 til orientering.

Sted, 15. mars 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Ledelsens gjennomgang er en overordnet systematisk gjennomgang av styringssystemet.

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

Rammeverk for god virksomhetsstyring i HSØ (2020) viser til at styret som en del av sitt tilsynsansvar i helseforetaket skal påse at styringssystemet fungerer i tråd med hensikten og bidrar til måloppnåelse og kontinuerlig forbedring av virksomheten. Videre beskrives det at det minst én gang årlig skal foretas en systematisk gjennomgang av det samlede styringssystemet i helseforetaket (ledelsens gjennomgang).

Ledelsens gjennomgang er den overordnede styrende og kontrollerende delen av internkontrollen i virksomheten. Gjennomgangen skal dokumenteres og minimum omfatte:

- En gjennomgang av helseforetakets resultater og vurdering av om mål og resultater nås
- En vurdering av om gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger overholdes
- En samlet vurdering av om styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring
- En plan for forbedring av styringssystemet

Vestre Viken har gjennomført LGG på foretaksnivå siden 2010. Klinikkenes gjør LGG på avdelings- og klinikknivå. LGG rapportmalen har blitt revidert og forbedret jevnlig og er nå tilpasset kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Saksutredning

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

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

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

LGG må ses i lys av annen rapportering som årlig melding, styrets årsberetning, virksomhetsrapportering mv.

LGG viser at helseforetaket har generelt god måloppnåelse innenfor pasientbehandlingen. Det er variasjon internt, samt fortsatt flere indikatorer med lavere måloppnåelse som må følges opp i 2021. VV skårer svært høyt på kvalitet i helseatlas fra SKDE.

Sykefraværet i 2020 er høyere enn sykefraværet i 2019. Mål er ikke nådd og følges opp med tiltak.

Forbedringsundersøkelsen er ikke godt nok fulgt opp med handlingsplaner.

Klinikkenes definerer egne mål i driftsavtalene. Arbeidet rundt driftsavtalene starte fremtidig tidligere og koordineres med budsjettprosessen.

LGG har identifisert risikoområder og muligheter/tiltak:

Risiko for utilstrekkelig bemanning (pandemisituasjonen har medført isolasjon/karantene, og begrensninger i bruk av utenlandske vikarer)

Muligheter og tiltak:

- Aktivitetsstyrt ressursplanlegging
- Langsiktig bemanningsplanlegging
- Nettverkssamarbeid

Risikostyring og risikotankegang er ikke integrert i alle deler i virksomheten.

Muligheter og tiltak:

- Risikokartlegging
- Risikobasert virksomhetsstyring

Risiko knyttet til beredskap

Muligheter og tiltak:

- Oppdatering av beredskapsplaner
- Innføring av HelseCIM

Risiko for mangelfull kvalitet

Muligheter og tiltak:

- Bruk av tilgjengelige kilder til forbedring (hendelser, interne revisjoner, kvalitetsregistre, pasienters erfaringer mm)

Risiko for pasientsikkerhet

Muligheter og tiltak:

- Pasientsikkerhet knyttes opp til arbeidsmiljø (HMS)

Risiko for mangelfull dokumentstyring

Muligheter og tiltak:

- Forbedre og forenkle prosedyrer i eHåndbok
- Flere prosedyrer foretaksomfattende

Foretaksomfattende LGG for 2020 er behandlet i ledermøtet.

Administrerende direktørs vurderinger

AD slutter seg vurderingen av styringssystemet med foreslåtte oppfølgingsområder og foreslår på denne bakgrunn at styret tar saken til orientering.

Vedlegg:

Foretaksomfattende LGG 2020

VV Ledelsens gjennomgang av ledelses-/styringssystemet (LGG) Foretaksnivå for 2020

Hensikten med LGG er minst en gang årlig systematisk å gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Ledelsens gjennomgang skal i hovedsak besvare følgende:

- Oppnås ønskede mål og resultater?
- Overholdes gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger?
- Fungerer styringssystemet som forutsatt?
- Bidrar systemet til kontinuerlig forbedring?

[Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
[Veileder til forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring](#)

Underlagsdokumentasjon som er grunnlag for vurderingen til LGG (forberedelsene før LGG møtet)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Status tiltak fra forrige LGG</i> • <i>Oppnåelse av mål (oppdrag og bestilling, driftsavtaler m fl)</i> • <i>Overholdelse av krav, lov og myndighetskrav og anbefalinger</i> • <i>Resultat fra kvalitets og pasientsikkerhetsarbeid:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Avvik og forbedringsforslag (Synergirapporter)</i> ○ <i>Kontinuerlig forbedring (systematisk forbedringsarbeid)</i> ○ <i>Interne revisjoner, eksterne tilsyn/revisjoner</i> ○ <i>Pasient og brukerundersøkelser, pårørendestilfredshet</i> ○ <i>Risikovurderinger</i> ○ <i>Styring med dokumenter</i> • <i>Resultater fra HMS og HR</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>HMS rapporter</i> ○ <i>Medarbeiderundersøkelsen</i> ○ <i>Personalressurser (Kompetanseplaner, fagutvikling)</i> • <i>Tilbakemelding fra interesseparter (kommuner, eiere, andre foretak)</i> • <i>Status økonomi</i> • <i>Vurdering av viktige leverandører av tjenester (f. eks. Sykehuspartner)</i> • <i>LGG av Miljøstyringssystem</i> • <i>Klinikkenes LGG</i>
--	--

1. Oppfølging etter forrige LGG

	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§3, 8b, 8f, 9)
1.0	Styringssystem	VV Ledelsens gjennomgang (LGG) - systematisk gjennomgang av styringssystemet
1.1	Vurdering	<p>Etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring ble gjennomgått i høst 2020 på oppdrag av HSØ.</p> <p>Rapport ble behandlet i styret til VV og ble oversendt til HSØ 2.9.20. Det ble identifisert fire overordnede risikoområder som skal prioriteres i det videre arbeid i 2021:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integre risikostyring i alle deler av virksomheten (PLAN) • Mer systematisk bruk av tilgjengelige data (kvalitetsregistre, avvik, tilsyn, klager etc.) til forbedring (DO) • Styrke alle trinn i saksbehandling av hendelser og klager for å sikre at årsaker blir identifisert og relevante forbedringstiltak iverksettes. Evaluere at tiltak har effekt. (STUDY) • Gjennomgang av prosedyreverket med hensikt: bedre tilgjengelighet for brukerne, sikre at flest mulig prosedyrer er foretaksomfattende (ACT)
1.2	Beslutning/Tiltak	<p>Det er iverksatt tiltak for hvert risikoområde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utarbeidet plan for integrering av risikostyring i foretaket - Tilgjengeliggjøring av tilgjengelige sanntidsdata. - Opprettet Team Pasientsikkerhet, etablerer metoder for oppfølging. - Forbedringsarbeid dokumentstyring/eHåndbok planlegges i 2021.

2. Måloppnåelse

2.0	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§ 6a, 6b, 6c, 7a)
2.1	Styringssystem Vurdering	2.1 Driftsavtaler <ul style="list-style-type: none"> • VV Virksomhetsstyring • VV Driftsavtaler prosess • <i>Rammeverk for god virksomhetsstyring i HSØ</i> • <i>OBD VV</i> • <i>Klinikkens risikoområder</i> <p>Driftsavtalene skal sikre at klinikkene arbeider målrettet for å oppnå Vestre Vikens og klinikkens mål i løpet av året. Innholdet i driftsavtalene er oppfølging av krav fra eier og føringer fra administrerende direktør.</p> <p>Administrerende direktør inngår avtaler med den enkelt klinikkdirektør, som igjen inngår avtaler med avdelingssjefene på nivå 3. Nivå 3-leder inngår avtaler med ledere på nivå 4.</p> <p>Avtalene følges opp i månedlige oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og klinikkdirektør. Tilsvarende følges nivå 3- og nivå 4-leder opp i faste møter i klinikken. Avvik fra måloppnåelse følges opp med tiltak.</p> <p>Det er ønskelig fra klinikkene at arbeidet med driftsavtaler igangsettes tidligere, men at det kan komme noen justeringer etter mottak av OBD.</p>
	Beslutning/Tiltak	<p>Planlegge at mål og driftsavtale kan ferdigstilles tidligere og sees i sammenheng med budsjettprosessen.</p> <p>Krav til målinger framkomme i driftsavtalene, Endring i mål kun skal omfatte endrede krav fra HSØ/styret, eller som følge av konkrete hendelser.</p>
2.2	Styringssystem Vurdering	2.2. Kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistremål <ul style="list-style-type: none"> • Krav i styrende dokumenter • https://sykehus.skde-resultater.no (skde-resultater.no) <p>Kvalitetsindikatorene brukes ikke systematisk til forbedring i organisasjonen. Det er viktig at klinikken og klinikere eier sin egen kvalitet. Klinikken må fremover sørge for at kvalitetsdata registreres i større grad. Videre har klinikkene satt konkrete kvalitetsmål for 2021 som er del av driftsavtalene.</p> <p>Kvalitetsindikatorer skal fremover gjøres enklere tilgjengelig for pasienter og brukere.</p>
	Beslutning/Tiltak	<p>Klinikkens kvalitetsmål er del av driftsavtaler</p> <p>Kommunikasjonsavdelingen publiserer regelmessig kvalitetsindikatorer på intranett og internett</p> <p>Data fra kvalitetsindikatorer, helseatlas/kvalitetsregistre brukes til forbedring.</p>
2.3	Styringssystem Vurdering	2.3 Økonomimål <p>Budsjettrammer tildeles fra Helse Sør-Øst RHF i Oppdrag og bestilling. Styret vedtar budsjettrammer for klinikker og staber. Budsjettkrav til klinikkene ligger i driftsavtaler og følges opp i oppfølgingsmøter mellom klinikker og adm. direktør. Avvik må følges opp med kompenserende tiltak. En del kostnader som f. eks. gjestepasientkostnader og en del medikamentkostnader ligger i foretakets fellesøkonomi, og følges opp av økonomiavdelingen.</p> <p>Målet for 2020 var et overskudd på 248 millioner kroner. Det regnskapsmessige resultatet ble et overskudd på 273 millioner kroner. Koronapandemien medfører at kostnader og inntekter viser store avvik fra budsjett, men tilskuddet fra HSØ (etter bevilgning revidert nasjonalbudsjett) gir inndekning for dette. Den underliggende virksomheten har vært og er preget av situasjonen, og planlagte tiltak for å sikre budsjettoppnåelse er kommet senere i gang enn forutsatt.</p>

		<p>Klinikkene har utarbeidet handlingsplaner for å sikre resultatoppnåelse i 2021, men også 2021-resultatet forventes å bli påvirket av pandemien. Klinikkenes handlingsplaner for 2021 vil følges opp i de månedlige oppfølgingsmøtene mellom administrerende direktør og klinikkdirektører.</p> <p>Det er etablert særskilte retningslinjer i eHåndbok for overholdelse av regelverk knyttet til anskaffelser. I tillegg ytes støtte og oppfølging av stab økonomi. Tilsvarende systemer er etablert på lønnsområdet med støtte fra stab kompetanse og på medisinsk koding med støtte fra stab teknologi og fag.</p> <p>Klinikkene måles på avtalelojalitet og bruk av Vestre Vikens bestillingssystem. Klinikkenes er i all hovedsak lojale mot innkjøpsavtaler. Det elektroniske bestillingssystemet benyttes for innkjøp av varer, men i noe mindre grad for tjenester. Oppfølging av klinikk er pågående tiltak for å øke kjøp på avtale og økt bruk av bestillingssystemet.</p> <p>I all hovedsak kontakter klinikken Vestre Vikens innkjøpsavdeling ved anskaffelser over kr. 100.000,- inkludert merverdiavgift og livsløpskostnader. For anskaffelser under kr. 100.000,- innhentes oftest flere tilbud. Det er i henhold til retningslinjen VV Bestilling av varer og tjenester (ID-42594). I oppfølgingsmøter med klinikk er innkjøp ansvarlig for å implementere rutinen.</p> <p>Vestre Viken har i flere år stilt strenge krav til menneske- og arbeidstakerrettigheter i leverandørkjeden og sikrer at krav til samfunnsansvar vurderes i alle anskaffelsesprosesser, samt påser at kontrakter med leverandører følges opp. I anskaffelsesprosesser gjøres det habilitetsvurderinger av beslutningstakere.</p> <p>I 2020 ble et kontraktsforvaltningssystem implementert i Vestre Viken. Registrering av avtaler er pågående for å få kontroll over Vestre Vikens økonomiske forpliktelser utover budsjettåret, i tillegg til standardisering og gevinstrealisering ved oppsigelser og reforhandling av avtaler. Kontraktsadministrasjonsverktøyet muliggjør en systematisk oppfølging av økonomiske forpliktelser og signaturfullmakter/ spesialfullmakt.</p> <p>Fullmaktreglementet er innarbeidet i bestillingssystemet og fakturabehandlingssystemet. Personlige kostnader godkjennes av nærmeste leder. Godkjenning av slike kostnader kan ikke delegeres til andre, i henhold til fullmaktreglementet VV fullmakter i Vestre Viken (ID-78528).</p>
	Beslutning/Tiltak	Det vurderes generelt å være gode rutiner på økonomiområdet og god styring på den løpende resultatutvikling. Konkretisering av nye tiltak ved avvik må bli en del av den løpende rapportering og legges til grunn for oppfølging med klinikk og staber.
2.4	Styringssystem	<p>2.4 Lover, forskrifter, nasjonale retningslinjer og andre myndighetskrav</p> <ul style="list-style-type: none"> • VV - Sentrale lover og tilsynsmyndigheter for helseforetak • Regelverk - Vestre Viken intranett <p><i>Vestre Viken har et system for å sikre ansattes tilgang til lover, forskrifter, retningslinjer og veiledere på intranett, med fanene «regelverk» og «varsling». Disse følges opp av foretaksjurist som er lett tilgjengelig via epost, telefon og møter/undervisning.</i></p> <p>Foretaket abonnerer på varslinger fra Lovdata. En del regelendringer medfører nye lokale retningslinjer og prosedyrer. Endringer/nye krav informeres om og drøftes i ledermøter på foretaksnivå og i klinikkene. Det utarbeides månedlig oversikt til</p>
	Vurdering	

		<p>klinikkene over nye og endrede prosedyrer. Ved større endringer eller nye krav utarbeider foretaksjurist utdypende temasaker på intranett og/eller holder foredrag ute i avdelingene.</p> <p>Vestre Viken har hatt et eget varslingsutvalg siden 2012 og oppdaterte utvalgets retningslinjer etter at nye regler om varsling trådte i kraft 1. januar 2020. Konsernrevisjonen i HSØ gjennomførte undersøkelse av varslingssystemet i VV og det ble påpekt svikt på flere områder. Det er iverksatt et forbedringsarbeid etter dette.</p> <p>Systemet med informasjon om lovkrav og endringer i regelverk på intranett vurderes å fungere hensiktsmessig. På grunn av økende mengde med informasjon ble intranettsidene gjennomgått og oppdatert i for å sikre best mulig tilgjengelighet.</p>
	Beslutning/Tiltak	Varslingsutvalgets rutiner revideres etter konsernrevisjonens revisjon.
2.5	Styringssystem Vurdering	<p>2.5 Samarbeid med kommunene</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP)</i> <p>Samarbeidsavtalen med kommunene er endret i tråd med intensjonene i helsefelleskap. Fra 2021 er det formaliserte samarbeidet med kommunene forankret i Helsefelleskapet Vest-Viken. Samarbeidsstrukturen er justert i tråd med kravene i NHSP og det første Partnerskapsmøtet holdes 26. mars. 2021</p> <p>Det gjenstår fortsatt arbeid med å etablere faglige samarbeidsutvalg, nivå 3 i samarbeidsstrukturen.</p> <p>Kommunene skal involveres i arbeidet med revidert Utviklingsplan 2035. Krav til det utadvendte sykehuset og samarbeid om fire prioriterte pasientgrupper vil være sentralt i revisjonen. Helsefelleskapet skal også gi innspill til neste NHSP.</p> <p>Den formelle strukturen er på plass og målene er tydelige.</p> <p>Interne:</p> <p>Vestre Viken må sette av ressurser i både stab og klinikk for å prioritere arbeidet med helsefelleskap og de prioriterte pasientgruppene.</p> <p>Eksterne:</p> <p>Pandemien gjør kommunene sårbare og det er krevende for dem å sette av ressurser til utviklingsarbeid. De samme ressursene som skal medvirke i Vestre Vikens utviklingsplan og annet utviklingsarbeid i helsefelleskapet vil i mange kommuner være bundet til arbeid relatert til pandemien.</p>
	Beslutning/Tiltak	<p>Samarbeidsavtale med kommunene er formalisert i tråd med intensjonen, men pandemien har forsinket noen prosesser.</p> <p>Arbeidet med helsefelleskap er prioritert i 2021.</p> <p>Det er iverksatt tiltak på hvordan Vestre Viken skal samarbeide med kommunene ved smitteutbrudd.</p>

3. Ressurser

	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§ 6c,6f, 7b, 7d, 9a)
		<p>Overordnet vurdering av menneskelige ressurser: Tilgang til kompetent personell er svært viktig for å levere helsetjenester av god kvalitet. Pandemisituasjonen har medført isolasjon/karantene av ansatte og innreisebegrensinger for utenlandske vikarer. Men covid-19 pandemien har også ført til at mange ansatte fikk opplæring i håndtering av alvorlig syke pasienter og at helseforetaket har planer for å utvide kapasitet for å kunne behandle mange smittede pasienter samtidig.</p> <p>Det er identifisert områder hvor det er nødvendig med et systematisk arbeid for å sikre kritisk kompetanser. Eksempler er spesialsykepleiere, og enkelte legespesialister (lungemedisin, hematologi, patologi, radiologi).</p> <p>Beslutning/Tiltak Det er nødvendig at helseforetaket fremtidig er mindre avhengig av utenlandsk arbeidskraft Vektlegge rekruttering og ivareta personalet slik at de ikke slutter. Planlegge naturlig avgang av kritisk fagkompetanse.</p>
3.0	Styringssystem	<p>3.0 Opplæring ansatte</p> <p>VV Introduksjon nyansatte: Innføring i eHåndbok VV Obligatoriske e-læringskurs og sjekklister for nye medarbeidere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokale opplæringsprogram • 12 prinsipper for medvirkning • Helhetlig system for lederoppfølging <p>Alle nyansatte i Vestre Viken skal gjennomføre introduksjonsprogram for nyansatte. Fem av kursene skal gjennomføres før første arbeidsdag. Det er nærmeste leders ansvar å tildele kursene til sine medarbeidere og å påse at de gjennomføres. I løpet av 2021 vil Kompetanseportalen bli tatt i bruk som verktøy for dette i hele foretaket.</p> <p>For ledere er det i tillegg utviklet et kurs Ny som leder. Dette er en del av Helhetlig system for lederoppfølging (HSS), som er foretakets overordnede plan for utvikling av en enhetlig ledelsesfilosofi. HSS ble vedtatt sommeren 2020 og er i ferd med å tas i bruk.</p> <p>Introduksjonskurs for nyansatte og får gode tilbakemeldinger fra målgruppen. Når kompetanseportalen er tatt i bruk i hele foretaket, vil det være mulig å sammenligne gjennomførte kurs med nye inngåtte arbeidsavtaler. Dette vil være et godt mål på hvorvidt kurset faktisk gjennomføres.</p> <p>Helhetlig system for lederoppfølging er inne i første fase av reell ibruktakelse. Tilbakemeldingene fra gjennomførte kurs så langt er svært gode. I løpet av kurset dannes nettverk av ledere på tvers av foretak som kan støtte hverandre. Pandemien har gjort det utfordrende å arrangere kurs og OU-avdelingen vurderer nå om flere elementer i HSS kan og bør bli digitale uten at kursets verdi forringes.</p> <p>Programmene for opplæring av ansatte fungerer godt, og det er system for kontinuerlig evaluering underveis.</p> <p>Alle ansatte skal gjennomføre e-læringskurs i foretakets etiske retningslinjer. Totalt har 52 prosent gjennomført disse kursene i perioden 2015-2020. Dette er ikke tilfredsstillende, og vil følges i 2021.</p>

	Beslutning/Tiltak	Det legges vekt på å identifisere tiltak som gir varig reduksjon av sykefraværet gjennom langsiktig og helhetlig arbeid. På slutten av 2020 startet klinikkene partssammensatt prosess for å inngå samarbeidsavtale med NAV. Klinikene skal selv identifisere satsingsområder for IA-arbeidet de neste to årene.
	Styringssystem	Personalportalen Systemet brukes for å gi ledere og ansatte innsyn og kontroll i personalforvaltningen. Systemet fungerer blant annet som en portal for å registrere og endre arbeidsforhold i lønssystemet PAGA. Kommunikasjonen foregår ved hjelp av elektronisk skjemaflyt fra foretaket til Sykehuspartner, og legger grunnlag for utbetaling av lønn. Systemet fungerer også som kontroll for IT-tilganger. Det innebærer at dersom ansatte skal ha tilgang til foretakets datasystem, må de først være registrert i lønssystemet. Etter registrering i PAGA kan brukertilganger til re aktuelle datasystem bestilles og opprettes. Dette sikrer også at tilganger avsluttes når arbeidstaker slutter.
	Vurdering	Det er et tett samarbeid mellom VV og Sykehuspartner ved oppfølging og vedlikehold/oppdateringer i systemet. Det er opprettet en fellesarena som organiseres av Sykehuspartner der alle helseforetak i HSØ er representert. Helseforetakene melder inn forbedringstiltak og ønskede endringer. Endringer drøftes i møtene i arenaen.
	Beslutning/Tiltak	Videreføre samarbeid og oppfølging som i 2020.
	Styringssystem	WEBCRUITER Nettbasert søkeportal med integrasjon til Personalportalen og arkivsystem/Personalmapper.
	Vurdering	Systemet sørger for at forordningen GDPR følges. Blant annet slik at den enkelte søkers rettigheter til egne data sikres: «Retten til å bli glemte» og kreve sletting av data, rett til å hente ut alle data de har registrert på et såkalt maskinlesbart format, rett til informasjon om hvordan deres data behandles m.m. Det er også for WEBCRUITER et tett samarbeid mellom VV og Sykehuspartner ved oppfølging og vedlikehold/oppdateringer i systemet. Det er opprettet en fellesarena som organiseres av Sykehuspartner, der alle helseforetak i HSØ er representert. Helseforetakene melder inn forbedringstiltak og ønskede endringer. Endringer drøftes i møtene i arenaen.
	Beslutning/Tiltak	Videreføre samarbeid og oppfølging som i 2020.
	Styringssystem	ForBedring – medarbeiderundersøkelsen Systematisk oppfølging av HMS-arbeid og pasientsikkerhet.
	Vurdering	Det er etablert en partssammensatt gruppe som gjennomfører og fasiliterer den praktiske delen, samt sørger for nødvendig informasjon til linjen, på intranett og til foretaksledelse. Svarprosenten i 2020 ble lav da gjennomføringen av spørreundersøkelsen sammenfalt med starten av pandemien. Erfaringsvis har det vært for lav andel utarbeidede handlingsplaner i oppfølgingen av ForBedring.
	Beslutning/Tiltak	Arbeidsgruppen må ha tettere oppfølging av ledere, spesielt med tanke på utarbeidelse av handlingsplaner i synergi.

	<p>Tiltakene blant annet å etablere/forbedre brukermanualer for opprettelse av handlingsplaner i Synergi samt tilby opplæring i linjen. Handlingsplanene vil også bli fulgt opp i oppfølgingsmøtene med klinikkene i 2021.</p> <p>Det skal videre etableres en erfaringsbank med «gode» tiltak til områder for anvendelse i den enkelte leder sin handlingsplan.</p>
--	--

3.4	<p>Styringssystem</p> <p>Vurdering</p>	<p>3.4 Helse, miljø og sikkerhet – HMS</p> <p>VV HMS-lovgivning som gjelder hele Helseforetaket</p> <p>VV HMS ansvar, roller og myndighet i systematisk HMS-arbeid</p> <p>HMS-arbeidet følger opp åtte lovområder i henhold til internkontrollforskrift for helse-miljø- og sikkerhetsarbeid. HMS arbeidet dokumenterer gjennom «Årsrapport HMS» arbeidet på alle de åtte lovområdene som HMS dekker. Det rapporteres også på flere indikatorer til HSØ. Erfaringer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fraværsskedefrekvens er på 3,4 i 2020, noe høyere enn for 2019 (1,8). Økningen skyldes covid-19. 2. HMS handlingsplaner, tallet er fortsatt for lavt. Det er 66% av enhetene som har utarbeidet handlingsplan, mot 53% for 2019. HMS handlingsplan rapporteres til HAMU. 3. Meldinger om HMS-avvik og håndteringen av meldte avvik er mangelfull. Da tallene er mangelfulle, er det utfordrende å gi et helhetlig bilde av forbedringsarbeidet. Ved utgangen av 2020 var det ca. 250 saker i Synergi som står som ubehandlet. Vi vet også at hendelser ikke meldes inn i Synergi. 4. Smittevern har hatt den største økning, 511 hendelser mot 281 hendelser i 2019. Økningen skyldes covid-19. 5. Vold og trusler. Det er registrert 672 hendelser innen psykisk helsevern og 199 hendelser innenfor somatikken. Tilsvarende tall for 2019 er 904 og 191. <p>Team Pasient Sikkerhet (TPS) er etablert. HMS-avdelingen og kvalitetsavdelingen har faste møter for å håndtere og vurdere sammenhenger mellom HMS og pasientsikkerhet.</p>
	<p>Beslutning/Tiltak</p>	<p>Oppfølging og bistand til linjeledere på HMS-arbeidet og i AMU. Gjennomføre HMS-runder, risikovurderinger og utarbeide handlingsplaner i henhold til HMS-styringssystem.</p> <p>Prioritere arbeid med avvikshåndtering. Intern opplæring i Synergi gis av Kvalitetsavdelingen.</p> <p>Flere klinikker skal forbedre gjennomføring av HMS runder, blant annet i sammenheng med forbedring og oppfølging av ForBedrings-undersøkelsen.</p>
3.5	<p>Styringssystem</p> <p>Vurdering</p>	<p>3.5 Brannvern</p> <p>Brannvernopplæring er obligatorisk for alle ansatte og vikarer. Alle ansatte skal gjennomføre brannvernopplæring iht. opplæringsplan.</p> <p>Deltakelsen på brannvernopplæring var 3145 i 2020 og 4031 i 2019.</p> <p>HMS har i 2020 leid inn slokkeutstyr, VR, for opplæring brannvern. Vi erfarer at bruk av VR gjør at et brannforløp kan illustreres bedre, og man får sett hvor viktig det er med tidlig innsats for å hindre at brannen eskalerer. Læringsutbyttet er mye større enn ved tradisjonell slukking i kar utendørs.</p> <p>Ledere har ansvaret for at ansatte gjennomfører opplæring i brannvern, jfr. opplæringsplan. Det er gjort erfaringer i løpet av året at nye ledere ikke er klar</p>

		over sitt ansvar i forhold til brannvern, og oppfølging av at ansatte får tatt brannvernopplæring er ikke tilstrekkelig.
	Beslutning/Tiltak	Det må derfor være krav til at alle ledere kjenner til sitt ansvar for at ansatte for tilstrekkelig informasjon og opplæring i brannvern. Alle ledere kan ta ut rapporter som viser hvem som har gjennomført kurset, og er således enkelt å følge opp. HMS- avdelingen, vil innenfor budsjett rammene, søke å tilby opplæring i brannvern ved bruk av slukkeutstyr VR.
3.6	Vurdering	<p>3.6 IKT og medisinsk-teknisk utstyr</p> <p>I 2020 har Vestre Viken tatt i bruk mye ny teknologi. En rekke nye IKT-systemer er tatt i bruk, eksempelvis elektronisk kurve og medikasjon, regional løsning for fosterovervåking, egenregistrering for pasienter innen psykisk helsevern og rus, digital skanner for patologi, digital egenregistrering av ansatte ifm. covid-19 og sikker løsning for epost på mobil. Innføring av ny teknologi fordrer gode styringssystemer for utvikling, drift og forvaltning. Det har vært jobbet med forbedringer i rutiner for oppfølging av investeringer, og rutiner for prosjekt- og porteføljestyling. Arbeidet fortsetter i 2021.</p> <p>Det er gjennomført et større arbeid innenfor IKT systemforvaltning, informasjons-sikkerhet og personvern i 2020. Det er etablert strukturer og rutiner som sikrer en mer tydelig forankring i ledelsen og god virksomhetsstyring innenfor dette området. Arbeidet vil følges opp i 2021. Strukturen tar utgangspunkt i tjenesteavtalen mellom Vestre Viken og Sykehuspartner. Ved utgangen av 2020 har Vestre Viken iht. tjenesteavtalen med Sykehuspartner 393 IKT-systemer i drift, hvorav 169 (43%) er lokale systemer.</p> <p>Vestre Viken har deltatt i arbeidet med å utvikle en ny samhandlingsmodell for MTU/IKT i Helse Sør-Øst. Samhandlingsmodellen skal sikre en tydelig ansvars- og oppgavedeling mellom Sykehuspartner og foretakenes medisinsk-tekniske miljøer. Samhandlingsmodellen består av prosessbeskrivelser, sjekklister og ansvarsmatriser («HUKI»). Modellen legger til grunn at det skal etableres en systemevalueringsgruppe (SEG) med representanter fra Sykehuspartner og foretaket for fastsettelse av ansvarsfordeling. Vestre Viken har som ett av to foretak, pilotert modellen høsten 2021. Piloten ble gjennomført på et system som brukes ved øyeavdelingen ved Drammen sykehus. Det legges opp til at den regionale samhandlingsmodellen skal implementeres i 2021, etter formell behandling i Helse Sør-Øst.</p> <p>Nye EU-forordninger for medisinsk utstyr trådte i kraft fra 25. mai 2017, med en etterfølgende overgangsperiode på henholdsvis 4 år for medisinsk utstyr og 5 år for in-vitro medisinsk utstyr før full anvendelse av regelverket. Formålet med det nye regelverket er å styrke pasientsikkerheten og sørge for et enhetlig regelverk for alle EU/EØS-statene. 23. april 2020 vedtok EU-parlamentet og Rådet å utsette innføringen av nytt regelverk om medisinsk utstyr (MDR) til 26. mai 2021. Hensikten med utsettelsen er å bidra til at myndighetene, tekniske kontrollorgan og markedsaktører kan fokusere fullt ut på håndteringen av den pågående covid-19-pandemien. Det nye regelverket stiller økte krav til identifikasjon og sporbarhet av medisinsk utstyr i produksjon, og omsetningskjeden.</p> <p>Det er stor vekst i behov for behandlingshjelpemidler (BHM), dvs. medisinsk utstyr til hjemmebehandling styrt av spesialisthelsetjenesten. Det ble i 2020 behandlet 28 886 leveringsordre for BHM, en vekst på 15,2% fra 2019. For å styrke oppfølging og faglig forankring er det etablert et fagråd for BHM med representanter fra klinikkene.</p>

		Innføring av regionale IKT-systemer er forbundet med risiko for forsinkelser og kan påvirke både driften og prosjektet Nytt Sykehus Drammen.
		<p>I 2021 vil Vestre Viken spesielt adressere følgende elementer i styringssystemet for IKT og medisinsk teknisk utstyr:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementering av IKT-systemforvaltningsrutiner • Implementering av MTU IKT-samhandlingsmodell • Oppdatering av prosedyrer for MTU-forvaltning iht. ny lov om medisinsk utstyr. • Implementering av rutiner for prosjektrapportering og –oppfølging • Forbedring av rutiner for oppfølging av investeringer

3.7	Styringssystem	<p>3.7 Beredskap</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beredskapsplan for Vestre Viken HF med tilhørende delplaner og tiltakskort for ulike hendelsestyper på foretaksnivå • Beredskapsplaner for Bærum sykehus, Drammen sykehus, Kongsberg sykehus, Ringerike sykehus, Psykisk helse og rus, Prehospitale tjenester, Medisinsk diagnostikk og Intern service med tilhørende delplaner og tiltakskort for ulike hendelsestyper på klinikknivå • Avdelingsvise beredskapsplaner og tiltakskort <p>Beredskapsplanverket er basert på og forankret i den nasjonale og den regionale helseberedskapsplanen.</p> <p>Vestre Viken har en god grunnberedskap. Det er imidlertid et betydelig potensial for forbedring i samhandlingen på tvers av organisatoriske grenser og nivåer internt, og mot eksterne samarbeidspartnere. Det er også et betydelig potensial for forbedring av beredskapen på områder som ligger litt på siden av foretakets kjernevirksomhet og -kompetanse. Endelig er det et betydelig potensial for å forenkle og sikre at prosesser, planer og verktøy er brukervennlige, tilgjengelige og relevante, og at de faktisk brukes når det er nødvendig.</p> <p>Arbeidet med å videreutvikle beredskapen har pågått kontinuerlig gjennom 2020. Arbeidet er på overordnet nivå gjennomført i nært samarbeid med, og basert på planforutsetninger fra, Helse Sør-Øst. Risiko- og sårbarhetsvurderinger er brukt aktivt i arbeidet med å utvikle og forbedre planverket.</p> <p>De delene av planverket som omhandler utbrudd av smittsomme sykdommer, er oppdatert i flere iterasjoner basert på de erfaringene som er gjort gjennom håndteringen av den pågående pandemien. Øvrige deler av planverket er ikke i samme grad systematisk gjennomgått/revidert.</p> <p>Det ble i november gjennomført en øvelse for foretaksledelsen der hensikten var å øke forståelsen av det digitale trusselbildet, forstå mulige konsekvenser av og styrke evnen til å håndtere tilsiktede digitale hendelser. Øvelsen var ledd i forberedelsene til den regionale øvelsen som igjen var en del av Nasjonal helseberedskapsøvelse 2020. Øvelsen avdekket utfordringer og ga verdifulle erfaringer og læring som vil bli implementert i beredskapsplanverket som ledd i det pågående beredskapsutviklingsarbeidet</p> <p>Det er iverksatt tiltak for å sikre muligheter til effektiv kommunikasjon internt i foretakets beredskapsledelse og mot eksterne samarbeidspartnere også i situasjoner der vi opplever svikt i eller bortfall av kritisk infrastruktur. For å sikre effektiv implementering må tiltakene følges opp gjennom trening og øving i 2021.</p>
------------	-----------------------	---

		<p>Det er etablert funksjonalitet som forenkler brukergrensesnittet, understøtter den proaktive metodikken og vil gjøre HelseCIM til et mer hensiktsmessig verktøy for kommunikasjon, informasjonsutveksling og etablering av en felles situasjonsforståelse under beredskapshendelser. Den nye funksjonaliteten vil bli rullet ut for bruk på foretaks- og klinikknivå i 2021.</p> <p>Som et resultat av erfaringene fra blant annet håndteringen av pandemien og øvelsen, har Vestre Viken etablert en handlingsplan for beredskapsutvikling. Det overordnede målet med handlingsplanen er å forbedre foretakets håndteringsevne og sikre en robust beredskap som setter oss i stand til å møte et bredt spekter av uønskede hendelser på en planmessig, effektiv og hensiktsmessig måte. Handlingsplanen omhandler hovedområdene organisasjon, planverk, støtteverktøy og kompetanse. I planen slås det fast at beredskapen skal være basert på oppdaterte risiko- og sårbarhetsanalyser og beredskapsanalyser. I dette ligger også en ambisjon om å bidra i det pågående arbeidet med å implementere risikostyrings som en integrert del av styringssystemet, blant annet gjennom å sammenstille og utnytte informasjon om risikofaktorer og sårbarheter som hentes inn i andre sammenhenger, i beredskapsarbeidet.</p>
	Beslutning/Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> • Videreføre arbeidet med handlingsplanen for beredskapsutvikling. • Revidere og oppdatere beredskapsplanene på foretaksnivå, herunder harmonisere planene mot tilsvarende regionale planer. • Implementere ny beredskapsorganisasjon. • Implementere HelseCIM som beredskaps- og krisestøtteverktøy på foretaks- og klinikknivå. • Implementere HelseCIM som informasjons- og varslingsverktøy på foretaks- og klinikknivå. • Trene bruk av Nødnett i hendelseshåndtering på klinikk- og foretaksnivå. • Utarbeide årshjul for beredskapsarbeidet i Vestre Viken.

6. Erfaringer etter gjennomførte interne revisjoner

	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§ 6g, 7c)
6.0	Styringssystem	VV Intern revisjon - overordnede føringer VV Intern revisjon - planlegging, gjennomføring og oppfølging
	Vurdering	<p><u>Revisjonsplaner</u></p> <p>Revisjoner på foretaksomfattende revisjonsplan mars 2019-mars 2020 er gjennomført, med unntak av revisjon planlagt i PHT. Revisjonsplan for mars 2020 – 2021 er ikke utarbeidet grunnet covid 19.</p> <p>Det meldes fra klinikkene om at det ikke er gjennomført interne revisjoner etter plan grunnet pandemien og at det er utfordring å avsette tilstrekkelig ressurser for å følge hele revisjonsprosessen.</p> <p><u>Revisjoner på foretaksnivå</u></p> <p>Revisjonene med tema «Etterlevelse og oppfølging av retningslinjer for forebygging av nosokomiale infeksjoner» er gjennomført på Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus. Resultat fra fire revisjoner med samme temarevisjonene viser at sykehusene i stor grad har de samme utfordringene. Revisjonene på Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus følges opp og avsluttes ikke før revisjonsleder er rimelig sikker på at iverksatte tiltak forebygger gjentakelse av påviste avvik.</p> <p>Revisjon med tema Kontroll og styring med forskningsaktiviteter/forskningsarbeid i VV er gjennomført etter plan. Funn i revisjonen er håndtert grundig og revisjonen er avsluttet.</p> <p><u>Opplæring og erfaringsutveksling</u></p> <p>Kurs i revisjonsmetodikk er gjennomført januar 2020. Planlagte erfaringsdager vår og høst 2020 er ikke gjennomført.</p> <p><u>Revisjonsleder ressurser på foretaksnivå</u></p> <p>Fortsatt svært sårbart med en revisjonsleder. Bruker innleid revisorressurs.</p>
	Beslutning/Tiltak	<p>Revidere prosessbeskrivelse for innhenting av revisjonstema</p> <p>Vurdere nytt revisjonskurs høst 2021</p> <p>Gjennomføre en erfaringsdag digitalt</p> <p>Vurdere om revisjonsressurser er tilstrekkelige på foretaksnivå</p>

7. Erfaringer etter gjennomførte eksterne revisjoner / eksterne tilsyn

	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§ 9a)
7.0	Styringssystem Vurdering	<p><u>VV Eksterne tilsyn, forberedelser og oppfølging</u></p> <p>I løpet av 2020 er det utført 8 tilsyn i VV. Syv av tilsynene er gjennomført av det lokale brannvesen. Dette er tilsyn innenfor tema byggets beskaffenhet så som bygningsdeler, installasjoner og utstyr i byggverk, som skal bidra til å oppdage eller å begrense konsekvenser av brann. To av tilsynene er avsluttet og avvik lukket. I tillegg er det gjennomført et tilsyn fra Arbeidstilsynet omkring tema vold og trusler, tilsynet er avsluttet og avvik lukket.</p> <p>Det årlige tilsynet fra DSB ble i 2020 ikke utført, på grunn av covid-19-pandemien. Det er god styring og kontroll på systemet rundt eksterne tilsyn, og resultatene benyttes i forbedringsarbeidet. Det henvises for øvrig til de tertialvise rapportene til styret.</p> <p>Helsetilsynet har gjennomført et tilsyn i 2020 ift. håndtering av blod og blodprodukter. Tilsynet er lukket.</p> <p>Konsernrevisjonen har gjennomført revisjon av varslingsordningen. Det ble avdekket flere alvorlige funn.</p> <p>Konsernrevisjonen har også gjennomført revisjon av rehabilitering etter hjerneslag. Konklusjonen var at VV arbeider systematisk med rehabiliteringstilbudet, men det ble også avdekket forbedringsområdet. Handlingsplan etter revisjonen er fulgt opp i tråd med plan.</p>
	Beslutning/oppfølging	<p>Vestre Viken som foretak må sikre at erfaringene fra revisjonene tas inn i planleggingen og gjøres kjent for andre enheter som ikke er direkte berørt av tilsynet. Og at informasjonen brukes til forbedring.</p> <p>Det er behov for å gjennomgå og forbedre systemet for håndtering av eksterne tilsyn.</p> <p>Varslingsordningen i foretaket revideres etter konsernrevisjonens tilsyn. En arbeidsgruppe fremlegger forslag til tiltak i løpet av april 2021.</p>

9. Dokumentstyring

	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§ 5, 6c,7a, 7c)
9.0	Styringssystem	<p>eHåndbok:</p> <ul style="list-style-type: none"> • VV Utarbeidelse, høring, godkjenning og implementering av dokumenter i eHåndbok • VV XZ Papirversjon av kritiske dokumenter
	Vurdering	<p>Det er totalt ca 19000 dokumenter i eHåndbok. Antall foretaksomfattende dokumenter har økt noe og antall lokale dokumenter har hatt en liten reduksjon. Dette er en ønsket utvikling. Antall dokumenter som har oversteget revisjonsdato har vært stabilt. Mange dokumenter er ikke revidert innen revisjonsdato. Online statistikk over antall oppslag i eHåndbok viser økt bruk av systemet spesielt for dokumenter relatert til Covid-19.</p> <p>Ekstern eHåndbok og app ble høsten 2020 kun oppdatert manuelt med kritiske dokumenter. Det måtte etableres en midlertidig løsning etter en generell økning av sikkerhetskrav hos Sykehuspartner. Permanent løsning er nå på plass, men dette tok mye lengre tid enn planlagt fra Sykehuspartner.</p> <p>Tilgjengelighet til dokumenter for ansatte i ekstern eHåndbok og i app har vært viktig ifm. covid-19. Det er publisert mange dokumenter slik at de kan leses fra private PC-er og på mobil. Dokumenter relevant i fm. covid-19 er prioritert for publisering. Klinikkene fikk utsatt frist for publisering av øvrige dokumenter. De fleste klinikker har nå</p> <p>publisert aktuelle dokumenter. Dokumenter opprettet i eHåndbok etter 02.06.2020 blir publisert til internett dersom ikke publiseringen fjernes manuelt.</p> <p>Forbedringsarbeid for innholdet i eHåndbok er startet opp og tiltak skal gjennomføres i 2021</p>
	Vurdering	<p>Utvalg for fagprosedyrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • VV Utvalg for fagprosedyrer og pasientforløp • VV Saksgang i Utvalg for fagprosedyrer og pasientforløp • VV Innmelding av saker til Utvalg for fagprosedyrer og pasientforløp
	Vurdering	<p>Utvalg for fagprosedyrer vurderes å fungere bra.</p> <p>Public 360:</p> <ul style="list-style-type: none"> • VV Saksbehandling av NPE saker • VV Klager og klagesaksbehandling • VV Post sortering og utsending – tjenestebeskrivelse <p>Hovedmengden av eksterne dokumenter som adresseres til Vestre Viken HF kommer til foretakets felles postboks (papirbasert post) eller som epost via felles epost-mottak. Denne post åpnes og leses i Dokumentsenteret og dokumenter som går under begrepet arkivverdig (dvs. som er gjenstand for saksbehandling eller viktige for foretaket) blir journalført (registrert) og lagt inn i Public 360, og sendt elektronisk til avdeling/saksbehandler for videre behandling.</p> <p>Det er etablert en felles postboks for Vestre Viken HF som betyr at hovedmengden av post blir åpnet og behandlet et sted.</p> <p>Det er i dag langt større forståelse for at dokumenter som mottas direkte også skal registreres og behandles i sakarkivsystem, og saksbehandlere og postmottak på de ulike lokasjoner videregiver både papirpost og epost til Dokumentsenteret for registrering. Det er fortsatt behov for opplæring og oppfølging.</p>

	Beslutning/Tiltak	eHåndbok: <ul style="list-style-type: none"> Gjennomføre forbedringsarbeid for innholdet i eHåndbok i samarbeid med klinikker og staber Ta i bruk prosessmodul i eHåndbok for utvalgte områder
--	--------------------------	--

10. Kontinuerlig forbedring

	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§ 57c, 8a)
10.0	Styringssystem	Styringssystem: <ul style="list-style-type: none"> <i>Mandat «Program for kontinuerlig forbedring 2019-2022»</i> VV Kontinuerlig Forbedring - prinsipper, roller og ansvar VV Snakk om forbedring! VV Personvern og informasjonsbehandling ved kontinuerlig forbedring/kvalitetsforbedring
10.1	Vurdering	<p>Program for Kontinuerlig forbedring</p> <p>I 2020 har vi jobbet videre med å bredde «Program for kontinuerlig forbedring». Opplæringsprogrammer har vært gjennomført (med unntak av lederutvikling og opplæring for LIS vår 2020) på tross av pandemi. Det har vært mye digital opplæring, noe som oppleves ikke optimalt. I 2020 er system og struktur for å lykkes med forbedringsarbeider videreutviklet.</p> <p>For å nå målet om «Kontinuerlig forbedring som en del av vår kultur og arbeidsform» i hele VV er ikke våre styringssystemer optimale. Spesielt må det jobbes med sammenhengende kvalitets og styringssystemer, tilgang til nåtidsdata i tidsserier og gjennomgående bruk av forbedringskunnskapen og Forbedringsmodellen i større og prioriterte arbeider.</p> <p>Pasientforløp</p> <p>For å oppnå trygge, helhetlige og effektive pasientforløp er det behov for å ivareta en helhet der de faglige prosedyrer og rutiner, arbeidsprosesser, helselogistikk og anvendelse av data i oppfølging og forbedringsarbeid inngår. Dette er særskilt viktig for å møte bestillingen om Vestre Viken og nytt sykehus Drammen som forløpssykehus. På bakgrunn av dette er det i 2020 startet et arbeid med en beskrivelse av hvordan helseforetaket skal arbeide med pasientforløp.</p> <p>Pakkeforløp</p> <p>Pakkeforløp kreft hadde i 2020 måloppnåelse for både inklusjon i pakkeforløp (OA1: 74 %) og for pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid (OF4: 72 %). Men i flere av forløpstypene varierer måloppnåelsen for OF4 med type behandling forløpet avsluttes med både mellom klinikkene og gjennom kalenderåret. Det er spesielt tiden til klinisk beslutning og oppstart behandling som har lav måloppnåelse. Det er behov for bedre verktøy for monitorering av utredningsfasen og tettere samarbeid mellom de ulike rollene og helseforetakene i denne fasen av forløpet.</p>
10.2		<p>Pakkeforløp hjerneslag har lav måloppnåelse på de gitte kvalitetsindikatorerne i det nasjonale dashbordet. Det er varierende koderegistreringspraksis med mye etterregistrering, hvilket resulterer i at dataene ikke er gyldige. Dataene i dashbordet anvendes ikke for monitorering eller forbedringsarbeid. Dataene i dashbordet kan kun hentes ut tertialvis. Ingen av klinikkene har etablert forløpskoordinatorer, men slagsykepleiere ivaretar deler av denne rollen.</p>

10.3		<p>Pakkeforløp psykisk helse og rus har hatt en positiv trend mot måloppnåelse på de nasjonale kvalitetsindikatorerne i 2020, som resultat av opplæring, implementering og økt oppmerksomhet og forbedringsarbeider i klinikken. Lav andel inkludert i pakkeforløp er relatert til en teknisk utfordring ved registrering av ø-hjelpspasienter på Blakstad.</p>
	<p>Beslutning/Tiltak</p>	<p>Program for Kontinuerlig forbedring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide mandat for Team kontinuerlig forbedring • Formalisere samarbeid med Team pasientsikkerhet for videreutvikling av helhetlig kvalitets- og styringssystem (for systematisk forbedring av utfordringsområder) • Øke koordinering og samarbeid med andre staber ved endring av systemer og arbeidsprosesser • Ta i bruk Life QI som læringssystem, dokumentasjon og monitorering av forbedringsarbeider • Bidra til økt tilgjengelighet av nåtidsdata i tidsserier for læring og forbedring • Etablere system for opplæring i forbedringskunnskap og Forbedringsmodellen til ledernivå 1-2, styret, tillitsvalgte og verneombud • Etablere system for opplæring for brukere og økt involvering av brukere i forbedringsarbeider • Bidra til gjennomgående bruk av forbedringskunnskap og Forbedringsmodellen ved endring og etablering av nye systemer og arbeidsprosesser • Ta i bruk forbedringskunnskap og Forbedringsmodellen ved større og prioriterte forbedringsarbeider • Etablere system for økt koordinering, læring og spredning av forbedringsarbeid <p>Pasientforløp</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veileder for pasientforløp og arbeidsprosesser i Vestre Viken er under utarbeidelse og skal ferdigstilles 2. kvartal 2021 • Klinikkenes bes om å se mot HSØs regionale veileder for pakkeforløp kreft om suksessfaktorer ved organisering av pasientforløpsarbeidet, og etablere fagnettverk som bidrag til dialog for likeverdige tjenester og systematisk forbedring. • Det skal utarbeides en felles standard i VV for å pasientens plan, for å gi forutsigbarhet og god flyt i forløpene for både pasient, pårørende og helsepersonell. <p>Pakkeforløp</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinikkenes skal organisere og følge opp pakkeforløpene i tråd med HSØs Regionale veileder for pakkeforløp kreft. Forbedringsarbeider for lunge-, prostata- og gynekologisk kreft fortsetter i 2021, og det skal samtidig igangsettes forbedringsarbeider for lymfom og bukspyttkjertelkreft, som også har hatt lav måloppnåelse i 2020 • For pakkeforløp hjerneslag vil klinikkenes bli fulgt opp ift. organisering (roller og ansvar) og oppfølging av pakkeforløpene, med spesiell oppmerksomhet på kodepraksis som bidrag til økt kvalitet på resultatene. Eget dashboard i VV som kan brytes ned i sanntid og på ulike nivåer i foretaket må opprettes i 2021 • I Klinikken psykisk helse og rus er det besluttet at kodepraksis for besluttet behandling (klinisk beslutning) og opprettelse av behandlingsplaner skal være satsningsområder for 2021.

11. Interne og eksterne endringer som kan påvirke ledelses-/styringssystemet

	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§ 6b, 6c, 6d, 6e)
11.1	Styringssystem	<ul style="list-style-type: none"> • Omorganisering og endringsprosesser • Endringer i lovverk • Endring i infrastruktur • Økonomiske forhold • Samhandling internt/eksternt
	Vurdering	<p>Året 2020 har i stor grad vært preget av covid-19-pandemien. Måloppnåelsen er preget av at pandemien har ført til at planlagte pasientbehandlinger ble utsatt grunnet behandling av covid-19-pasienter, at effektiviteten ble redusert grunnet smitteverntiltak, og at det har vært fravær grunnet isolasjon og karantene.</p> <p>Arbeidet med pandemien har til en viss grad fortrenget annet planlagt arbeid da personalet ble brukt til andre oppgaver som f.eks. testing av ansatte, vaksinerings av ansatte mm.</p> <p>Helseforetaket har tilpasset seg fortløpende og endringer har blitt gjennomført på kort tid. Et eksempel er økningen av andelen av bruk av telefon- og videokonsultasjoner som hindret i stor grad at pasientbehandlinger måtte utsettes. Det er flere parallelle IKT-prosjekter, samt NSD mottaksprosjekt som krever god styring og prosjektledelse. Det jobbes med å etablere et system rundt prosjekt- og porteføljestyling.</p> <p>Helseforetaket vil komme styrket ut av pandemien, spesielt når det gjelder bruk av digitale konsultasjoner og smittevernrutiner.</p>
	Beslutning/Tiltak	<p>Øke andel digitale konsultasjoner til minst 15 % i 2021.</p> <p>Lære av pandemisituasjonen og inkludere det i beredskapsarbeidet.</p>

12. Vurdering- miljøledelsessystemet

	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§ 6b, 6c, 6d, 6e, 8)
	Styringssystem	<ul style="list-style-type: none"> • Foretaket er sertifisert i henhold til NS-EN ISO 14001 • VV-MILJØ Miljøledelsessystemet
	Vurdering	<p>Miljøledersystemet vurderes å være en integrert del av styringssystemet. Under følger konklusjon etter gjennomgangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miljøledelsessystemet er i stor grad tilpasset foretakets aktiviteter og prosesser, og fanger opp vesentlige endringer • Miljøledelsessystemet bidrar til at VV stadig får bedre styring og kontroll på områder som påvirker ytre miljø • Miljøledelsessystemet bidrar til at VV reduserer miljøfotavtrykket sitt. Foretaket har nådd målsettingen innenfor fem av de åtte miljødeltmålene. <p>Dette er første året Vestre Viken har målt en nedgang av mengden matavfall etter at matavfall ble definert som et miljødeltmål i 2014. Det viser at det tar tid å innføre tiltak som har virkning, og at det er viktig å videreføre viktige målområder over lengre tid.</p> <p>Det er et økende fokus på miljø i samfunnet, dette gjenspeiler seg også blant ledere og ansatte i foretaket. Det oppleves et stadig større eierskap til målene ute blant ledere i Vestre Viken. Pandemien har hatt en positiv</p>

		<p>innvirkning på en del av miljødelmålene, og innsatsen knyttet til pandemien har vist at det går an å gjøre tiltak som har effekt.</p> <p>Det er utarbeidet egen LGG for Miljøledersystemet.</p>
	<p>Beslutning/Tiltak</p>	<p>Det anbefales å gjennomføre egnede tiltak for å oppnå forbedringer innen følgende åtte punkter:</p> <p>Resultater av interne og eksterne revisjoner og samsvarevaluering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedre system for å sikre gjennomføring av samsvarevalueringer <p>Miljøprestasjon og måloppnåelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Måloppnåelse – oppfølging av resultater, måles på lavest mulig nivå • Krav i nasjonale miljørapporter gjøres kjent og integreres: Sykehusbygg sin «Standard for miljø og klima i sykehusprosjekter» kommer i 2021 <p>Forhold som kan påvirke Vestre Vikens evne til å bedre miljøprestasjonene (planlagte og ikke planlagte endringer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Videokonsultasjoner med pasienter: videreføre positiv utvikling • Springsteknologi: ta i bruk • Avfallsstrategi VV vedtatt (okt.-20): implementere • Endret møtekultur – elektronisk: videreføre positiv utvikling • Hjemmekontor er akseptert: videreføre positiv utvikling <p>Vedtatte forbedringsområder vil bli registrert inn i Synergi og fulgt opp videre der.</p>

Dato: 15.03.2021
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering pr. februar 2021

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	25/2021	22.03.2021

Forslag til vedtak

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

Drammen 15. mars 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

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

Saksutredning

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

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	23 308	43 616	144 000		
		Mål	20 333	40 667	244 000		
		Avvik	2 975	2 949	-100 000		
		I fjor	17 547	51 310	272 939		
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	8 734	17 586	112 371		
		Mål	9 832	20 255	118 957		
		Avvik	-1 098	-2 669	-6 586		
		I fjor	9 486	20 051	105 223		
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	15 346	30 230	175 678		
		Mål	16 006	31 624	175 678		
		Avvik	-660	-1 394	0		
		I fjor	13 694	29 702	167 124		
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	8 025	16 055	87 150		
		Mål	7 596	15 590	87 150		
		Avvik	429	465	0		
		I fjor	7 524	14 652	84 324		
5	KVALITET Telefon- og videokonsultasjoner ANDEL	Virkelig	14,3 %	14,8 %	15,0 %		
		Mål	15,0 %	15,0 %	15,0 %		
		Avvik	-0,7 %	-0,2 %	0,0 %		
		I fjor	0,0 %	0,0 %	13,6 %		
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk	Virkelig	56	59	54		
		Mål	54	54	54		
		Avvik	2	5	0		
		I fjor	56	57	59		
7	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	40	43	38		
		Mål	38	38	38		
		Avvik	2	5	0		
		I fjor	40	43	40		
8	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	72 %	64 %	70 %		
		Mål	70 %	70 %	70 %		
		Avvik	2 %	-6 %	0 %		
		I fjor	77 %	65 %	72 %		
9	HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 626	7 617	7 705		
		Mål	7 679	7 658	7 705		
		Avvik	-53	-41	0		
		I fjor	7 461	7 405	7 637		
10	HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	8,5 %	8,5 %	7,0 %		
		Mål	7,6 %	7,6 %	7,0 %		
		Avvik	0,9 %	0,9 %	0,0 %		
		I fjor	7,7 %	7,7 %	8,1 %		
11	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	2,4 %	2,4 %	0,0 %		
		Mål	0,0 %	0,0 %	0,0 %		
		Avvik	2,4 %	2,4 %	0,0 %		
		I fjor	2,5 %	2,2 %	2,4 %		

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

Økonomi

Totalresultat pr februar viser et overskudd på 28,4 MNOK. Dette er 12,3 MNOK lavere enn budsjett. Avvik mot budsjett skyldes i stor grad økte pensjonskostnader som følge av ny aktuarberegning i januar 2021. Den nye aktuarberegningen, foretatt i januar 2021, gir en økning i pensjonskostnader på 91,3 MNOK for året, med en månedlig effekt på 7,6 MNOK. Pensjonsøkningen vises på egen linje, og holdes utenfor resultat fra ordinær drift i tråd med instruks fra Helse Sør-Øst. Det rapporteres følgelig et resultat korrigert for pensjon som er 2,9 MNOK bedre enn budsjett pr februar.

Den underliggende virksomheten har en betydelig inntektssvikt pr februar som følge av koronasituasjonen i tillegg til noe økte kostnader. Foretaket er tildelt koronamidler i budsjett 2021 og har overført midler fra 2020 for å dekke koronaeffekter i 2021. Til sammen er det inntektsført 103,7 MNOK pr februar. Dette tilsvarer den økonomiske effekten av korona akkumulert pr. februar måned. I samsvar med retningslinjer gitt fra Helse Sør-Øst utlignes økonomiske effekter av koronapandemien fortløpende.

Kostnader eks. økning i pensjon er 6 MNOK høyere enn budsjett pr februar. Gjestepasientkostnader innen lab/røntgen er høyere enn budsjett som følge av pandemien. Varekostnader er 1,1 MNOK høyere enn budsjett. Lønn og innleie er 2,9 MNOK høyere enn budsjett pr februar. Det er overforbruk på innleie som følge av rekrutteringsutfordringer og personellmangel ved enkelte avdelinger.

Koronaeffekter

I februar er netto negative koronaeffekter beregnet til ca. 55 MNOK før inntektsføring av tilskudd omtalt ovenfor. Akkumulert pr. februar er netto negative koronaeffekter beregnet til 103,7 MNOK.

Koronapandemien har gitt et fall i driftsinntekter på 29,4 MNOK i februar måned, og 70,7 MNOK akkumulert pr. februar. Det har vært redusert aktivitet på grunn av koronautbrudd ved flere av sykehusene og strenge koronatiltak i samfunnet. Dette gir lavere ISF-inntekter, gjestepasient- og andre pasientrelaterte inntekter. Det er i tillegg negativt avvik på øvrige driftsinntekter, også som følge av koronapandemien.

Netto økning i kostnader knyttet til korona er beregnet til 25,6 MNOK i februar og 33 MNOK akkumulert pr. februar. Dette er i hovedsak lønn og andre driftskostnader.

Koronamidler

Budsjett 2021 inkluderer 82,7 MNOK i øremerkede midler til å dekke merkostnader knyttet til pandemien. Midlene ble bevilget i forbindelse med rammetildeling for 2021, og skal inntektsføres i takt med faktiske koronaeffekter. Pr. februar er dette inntektsført i sin helhet for å utligne de negative effektene av pandemien i resultatet. I tillegg har foretaket overførte midler av tilskuddet som ble mottatt i 2020 vedrørende pandemien. Dette benyttes til utligning av negative resultateffekter av korona i 2021. Pr. februar er det inntektsført 20,9 MNOK av disse midlene. Til sammen er det følgelig pr. februar inntektsført 103,7 MNOK i koronamidler. Fortsetter dette nivået vil overførte midler fra 2020 og årets bevilgning være oppbrukt i sin helhet i 1. tertial.

Prognose

Det er rapportert et årsestimat på 144 MNOK, som er 100 MNOK bak budsjett. Prognosen er redusert som følge av forventede koronaeffekter ut over tilgjengelige koronamidler. Negative koronaeffekter forventes å være om lag 100 MNOK, hovedsakelig som følge av reduksjon i pasientrelaterte inntekter. Det er usikkerhet knyttet til prognosen så tidlige på året.

Aktivitet

Somatikk

Samlet aktivitet pr. februar i antall "sørge-for" ISF-poeng er 2669 poeng lavere enn budsjett. Dette forklares av lavere aktivitet på grunn av koronapandemien. Reduksjon i døgnaktivitet gir størst utslag i DRG-poeng. Antall døgnopphold er 2032 bak plan og 1950 bak samme periode i fjor. Polikliniske konsultasjoner er også bak plan, men viser god utvikling i februar.

Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus

Aktivitet pr februar målt i antall polikliniske konsultasjoner er lavere enn budsjett for psykisk helse og rus samlet. Fagområdet VOP/TSB ligger bak budsjett, mens BUP ligger foran budsjett. Dette Lavere aktivitet er i hovedsak koronarelatert med avlyste konsultasjoner. Det er økning i aktiviteten fra januar til februar.

Telefon- og videokonsultasjoner

Andelen telefon- og videokonsultasjoner ligger på 14-15 % på begynnelsen av året. Målet i 2021 er 15 %. Det er spesielt psykiatri som bidrar til måloppnåelse.

Kvalitet

Ventetid somatikk

Ventetiden innen somatikk er 56 dager i februar og dermed redusert med fem dager fra januar. Økningen i ventetiden tidlig på året skyldes at pasientavtaler ble utsatt grunnet smitteutbrudd på Drammen sykehus, men også effekter av lavere aktivitet i forbindelse med juleferien.

Ventetid psykisk helse og rus

Innen PHR er ventetiden i februar på 40 dager og dermed seks dager kortere enn i januar. Det er stor økning i etterspørselen innen BUP, og spesielt vedrørende spiseforstyrrelser. Dette følges tett opp av Helse Sør-Øst siden samme situasjon fremkommer ved de fleste helseforetakene. Klinikken PHR har allerede igangsatt tiltak som omfatter felles inntaksmøter mellom BUP og kommunene, etablert kveldspoliklinikk ADHD ved Asker BUP, utvidet bemanning med en spesialist ved akuttseksjonen og fortsatt arbeid med implementering av aktivitetsstyrt ressursplanlegging. Ytterligere tiltak vil iverksettes. Dette omfatter følgende:

- Omprioritering av ressurser til behandling av pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse
- Utvidet bruk av døgnplasser (bytter på overnatting, etablering nye oppholdsrom)
- Kveldspoliklinikk ADHD planlegges utvidet for Bærum, Drammen og Kongsberg før påske
- Søknad stimuleringsmidler for å få ned ventetider

Pakkeforløp for kreft

Vestre Viken oppnår i februar målkravet for pakkeforløp for kreft som tilsier at 70 % skal få behandling innenfor standard forløpstid. Dette er en forventet økning fra januar. Området følges tett opp på de ulike fagområdene.

HR

Brutto månedsverk

Brutto månedsverk pr. mars er 41 lavere enn budsjettet. Det er i samme periode registrert 162 månedsverk knyttet til korona. Det bemerkes at registreringen av koronarelatert bemanning er manuell, og det kan være ulik praksis for registrering. Det er dermed noe avvik mellom koronaregistrert bemanning i GAT og vurderingen av den reelle andelen årsverk tilknyttet korona.

Sykefravær

Sykefravær i januar var 8,5 %, som var betydelig over målet på 7 %. Sykefraværet er fortsatt påvirket av koronapandemien. Det er også noe sykefravær som relateres til ettervirkninger av vaksineringsen av ansatte.

AML-brudd

I februar var det 2743 AML-brudd. Dette tilsvarer brudd på 2,4 % av alle vakter i foretaket.

Administrerende direktørs vurderinger

Koronapandemien påvirker aktivitet, økonomi og kvalitetsindikatorer i starten av 2021. Pr. februar er bevilgede koronamidler i budsjett 2021 benyttet i sin helhet for å kompensere for lavere inntekter og økte kostnader. I tillegg er det benyttet deler av avsatt beløp fra 2020. Hvis dagens situasjon fortsetter, vil tildelte midler være brukt opp i løpet av kort tid. Det er pr. februar meldt en resultatprognose 100 MNOK lavere enn resultatkravet i budsjettet. Det understrekes at det er tidlig på året og pandemiens konsekvenser er fortsatt svært usikre.

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

Vaksinasjonen av medarbeiderne i Vestre Viken fortsetter og økning i andel vaksinerte forventes å lette situasjonen for de ansatte.

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

Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr. februar 2021

Sak 25/2021
Virksomhetsrapportering
pr februar 2021



Måltavle pr februar – Økonomi og aktivitet










Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	23 308		43 616		144 000
		Mål	20 333		40 667		244 000
		Avvik	2 975		2 949		-100 000
		I fjor	17 547		51 310		272 939
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	8 734		17 586		112 371
		Mål	9 832		20 255		118 957
		Avvik	-1 098		-2 669		-6 586
		I fjor	9 486		20 051		105 223
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	15 346		30 230		175 678
		Mål	16 006		31 624		175 678
		Avvik	-660		-1 394		0
		I fjor	13 694		29 702		167 124
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	8 025		16 055		87 150
		Mål	7 596		15 590		87 150
		Avvik	429		465		0
		I fjor	7 524		14 652		84 324

Resultat eks. økning i pensjon, men inkl. inntektsført covid-midler

Måltavle pr februar – Kvalitet

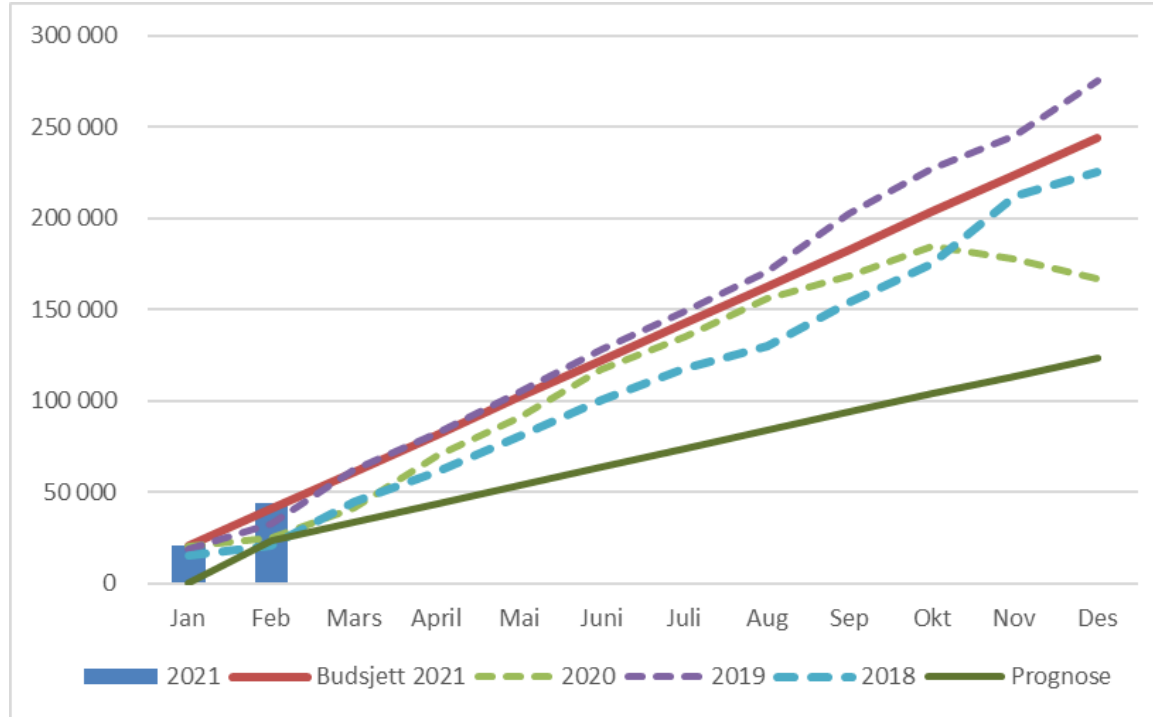
Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose		
5	KVALITET Telefon- og videokonsultasjoner ANDEL	Virkelig	14,3 %	14,8 %	15,0 %		
		Mål	15,0 %			15,0 %	
		Avvik	-0,7 %			-0,2 %	0,0 %
		I fjor	0,0 %			0,0 %	13,6 %
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk	Virkelig	56	59	54		
		Mål	54			54	
		Avvik	2			5	0
		I fjor	56			57	59
7	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	40	43	38		
		Mål	38			38	
		Avvik	2			5	0
		I fjor	40			43	40
8	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	72 %	64 %	70 %		
		Mål	70 %			70 %	
		Avvik	2 %			-6 %	0 %
		I fjor	77 %			65 %	72 %

Måltavle pr februar – HR

Vestre Viken HF			Denne måned		Hittil i år		Prognose	
9	HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 626		7 617		7 705	
		Mål	7 679		7 658		7 705	
		Avvik	-53		-41		0	
		I fjor	7 461		7 405		7 637	
10	HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	8,5 %		8,5 %		7,0 %	
		Mål	7,6 %		7,6 %		7,0 %	
		Avvik	0,9 %		0,9 %		0,0 %	
		I fjor	7,7 %		7,7 %		8,1 %	
11	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	2,4 %		2,4 %		0,0 %	
		Mål	0,0 %		0,0 %		0,0 %	
		Avvik	2,4 %		2,4 %		0,0 %	
		I fjor	2,5 %		2,2 %		2,4 %	

* Sykefravær rapporteres etterskuddsvis

Resultatutvikling - akkumulert



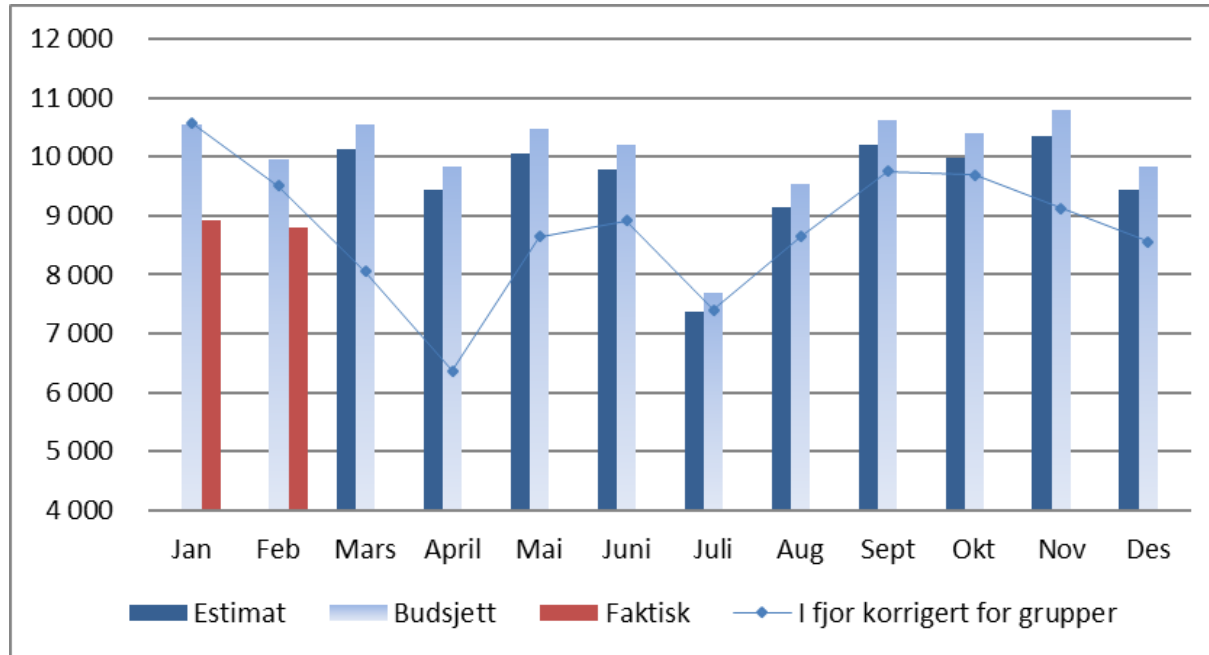
Budsjettavvik per klinikk

Avvik mot budsjett pr februar	Inntekter		Kostnader		RESULTAT		
	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	Avvik som % av total budsjett	
Drammen sykehus	- 39 564	-11,0 %	- 6 273	-1,7 %	- 45 837	-12,8 %	
Bærum sykehus	- 14 713	-6,8 %	765	0,4 %	- 13 948	-6,5 %	
Ringerike sykehus	- 12 426	-10,6 %	- 39	0,0 %	- 12 465	-10,7 %	
Kongsberg sykehus	- 7 924	-13,0 %	- 303	-0,5 %	- 8 227	-13,5 %	
Intern Service	339	0,3 %	- 911	-0,8 %	- 571	-0,5 %	
Psykisk Helse og Rus	- 2 761	-0,9 %	- 2 845	-0,9 %	- 5 606	-1,8 %	
Prehospitale Tjenester	- 361	-0,6 %	- 953	-1,6 %	- 1 314	-2,3 %	
Medisinsk Diagnostikk	- 2 659	-1,9 %	1 748	1,3 %	- 911	-0,7 %	
Stabene	1 233	0,6 %	7 165	0,0 %	8 397	8,3 %	
Byggvedlikehold	- 1 467		- 4 895	-89,8 %	- 6 362	-116,7 %	
Varekost BHM			1 598	7,8 %	1 598	7,8 %	
SP IKT			3 160	4,3 %	3 160	4,3 %	
Pasientreiser	- 101		- 1 790	1,5 %	- 1 891	-13,9 %	
Overordnet VVHF	89 377	-46,1 %	- 2 453	1,5 %	86 924	56,7 %	
Avvik i forhold til budsjett	8 974	-0,5 %	- 6 026	-0,3 %	2 949	0,2 %	
Endret pensjonskostnader			- 15 225	-0,9 %	- 15 225	0,9 %	
Total budsjett avvik	8 974	-0,5 %	- 21 251	-1,2 %	- 12 276	-0,7 %	

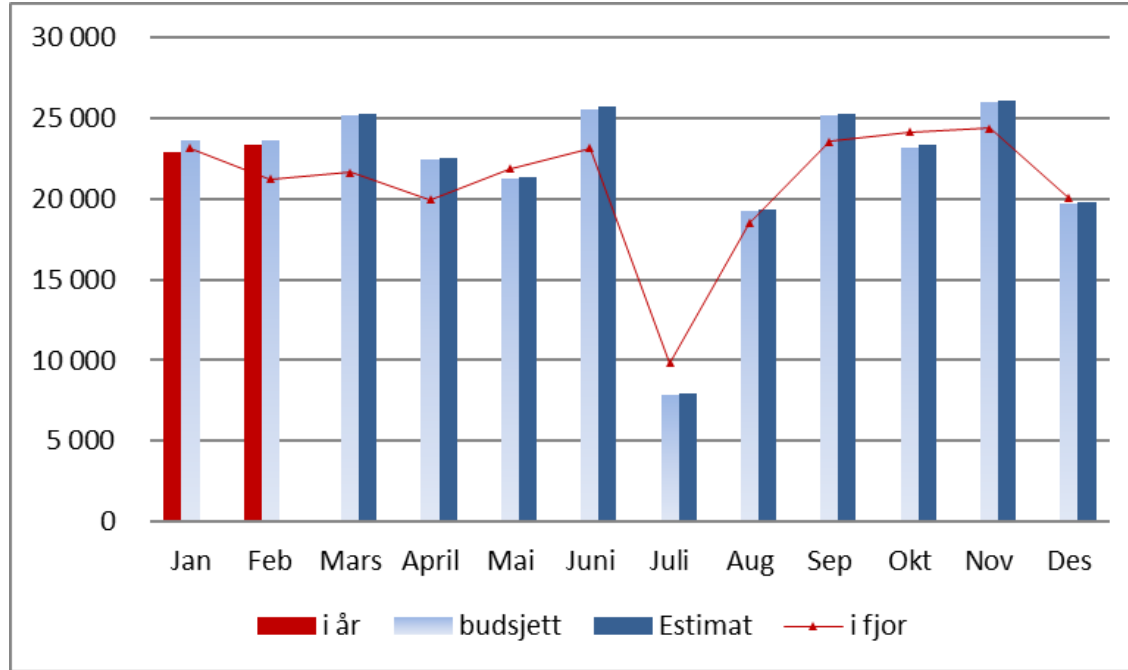
*Overordnet VVHF: overskudd, gjestepasienter, H-reseptor, pensjoner, avskrivninger og engangseffekter mm.

VVHF totale antall DRG-poeng

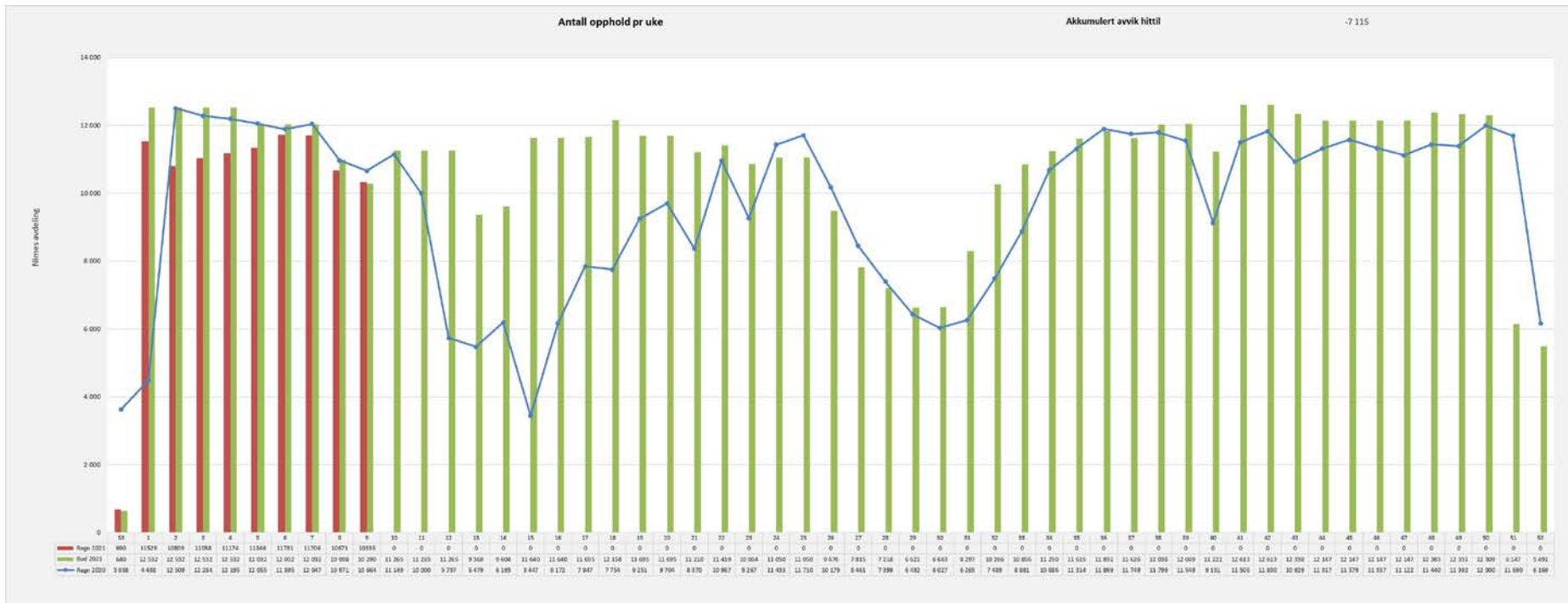
døgn, dag og poliklinikk, fra egen og andre regioner



Poliklinikk PHR totalt



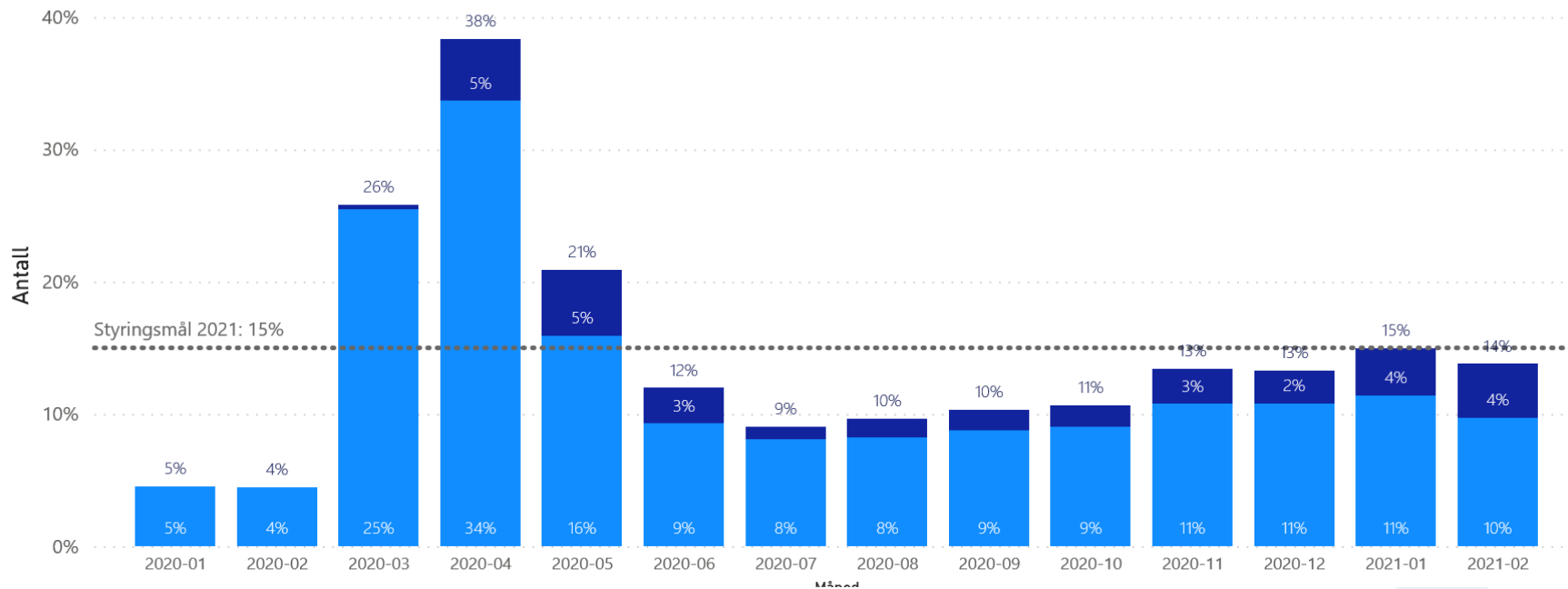
Utvikling pr uke somatikk- antall opphold totalt



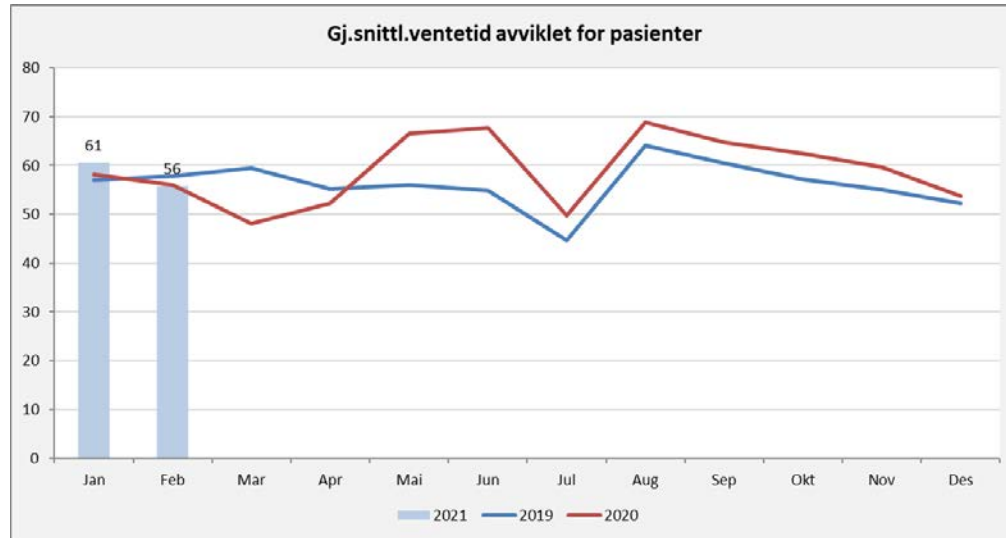
Telefon- og videokonsultasjoner


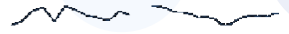
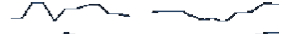


Andel konsultasjoner etter type

● Telefon ● Video

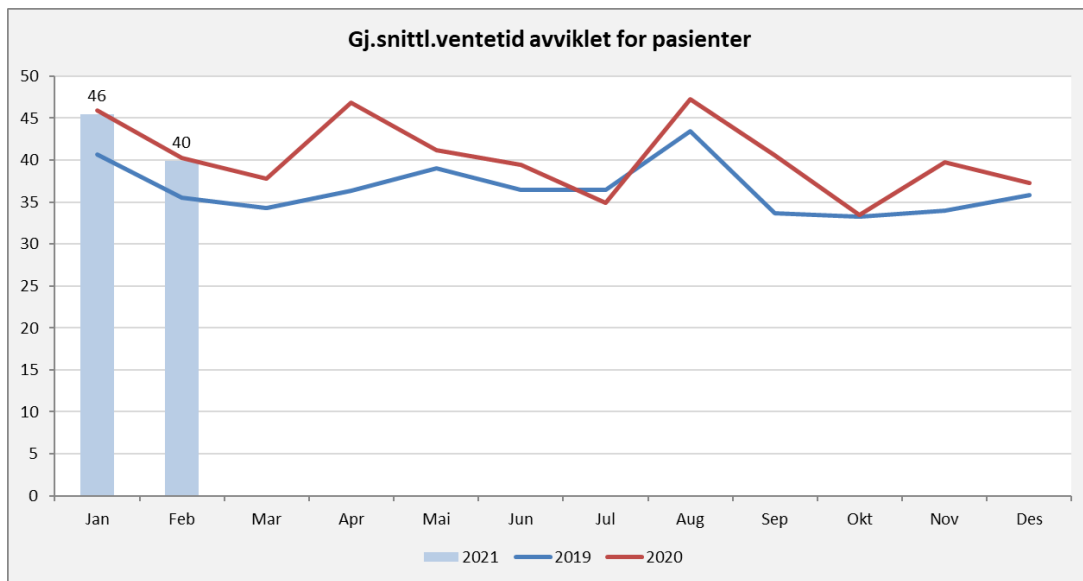










Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp somatikk



	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mai 2020	Jun 2020	Jul 2020	Aug 2020	Sep 2020	Okt 2020	Nov 2020	Des 2020	Jan 2021	Feb 2021	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Gj.snittl.ventetid avviklet for pasienter	56	48	52	67	68	50	69	65	62	60	54	61	56		
10 - Klinikk Drammen sykehus	61	50	55	66	70	55	73	68	62	59	55	66	61		
20 - Klinikk Bærum sykehus	54	50	49	75	75	45	65	64	71	71	56	57	53		
30 - Klinikk Ringerike sykehus	53	48	53	67	63	59	70	67	64	56	57	57	53		
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	36	36	46	49	40	24	48	44	40	34	32	50	35		

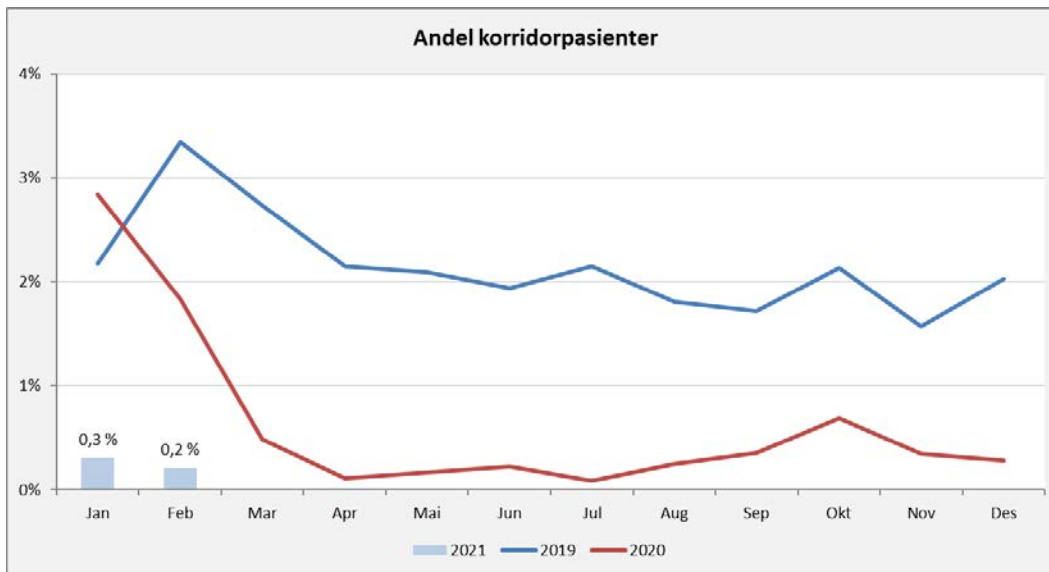
Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR



Gj.snittlig ventetid avviklet for pasienter	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mai 2020	Jun 2020	Jul 2020	Aug 2020	Sep 2020	Okt 2020	Nov 2020	Des 2020	Jan 2021	Feb 2021	Siste 12 mnd	Siste 3 år
60 - Psykisk helse og rus (PHR)	40	38	47	41	39	35	47	41	33	40	37	46	40		
Herav VOP	41	36	42	36	40	37	48	40	33	41	38	44	39		
Herav BUP	41	44	57	58	40	33	52	48	36	40	39	50	45		
Herav TSB	30	32	42	41	35	24	31	25	30	29	28	33	33		

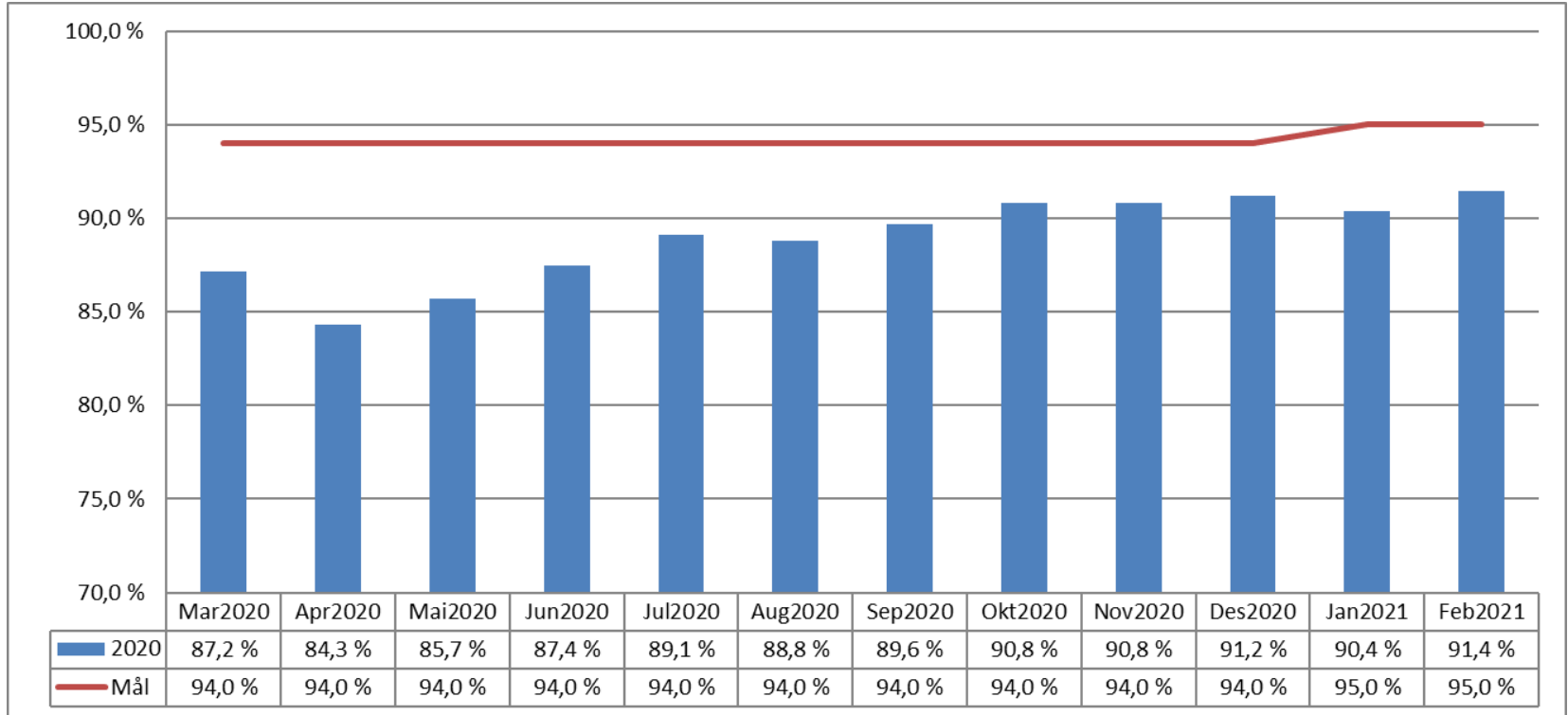
VESTRE VIKEN

Andel korridorpasienter somatikk



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

Andel pasientavtaler overholdt



Prioriteringsregel

pr februar	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor	Estimat i år	Året i fjor
Polikliniske konsultasjoner					
Somatikk	74 159	78 450	-5,5 %	451 711	406 689
VOP	23 771	23 166	2,6 %	135 523	130 036
BUP	16 055	14 652	9,6 %	87 150	84 324
TSB	6 459	6 536	-1,2 %	40 155	37 088
SUM PHR	46 285	44 354	4,4 %	262 828	251 448
Ventetid					
Somatikk	59	57	3 %	54	59
VOP	42	44	-6 %	40	40
BUP	48	44	9 %	35	45
TSB	33	32	5 %	30	32
SUM PHR	43	43	0 %	38	40

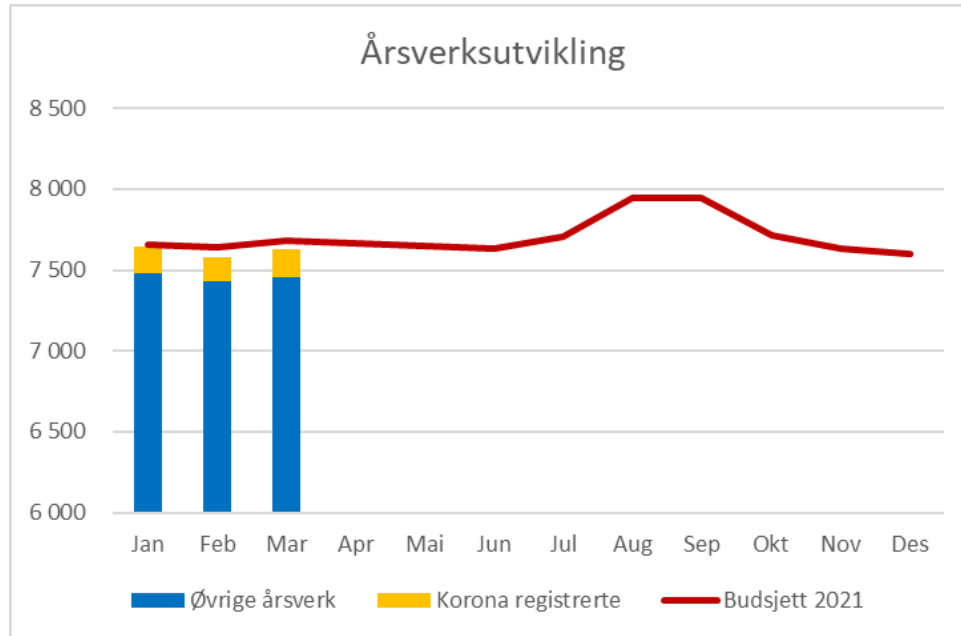


Brutto månedsverk



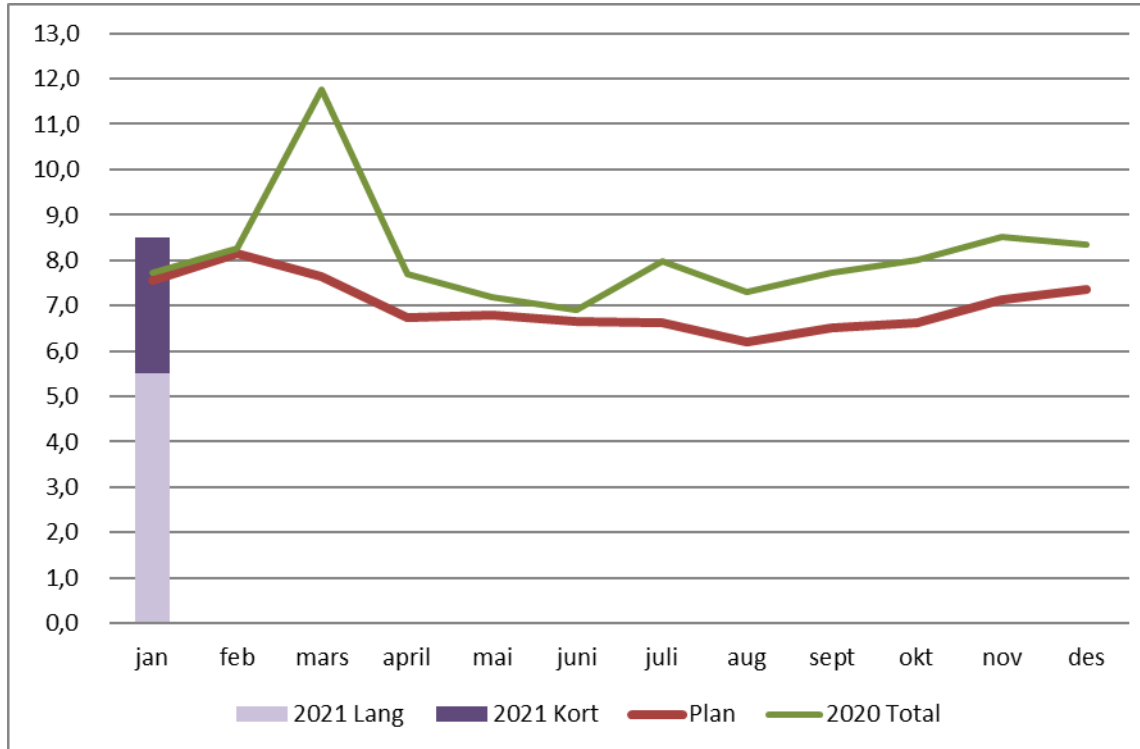
VESTRE VIKEN

Brutto månedsverk fordelt



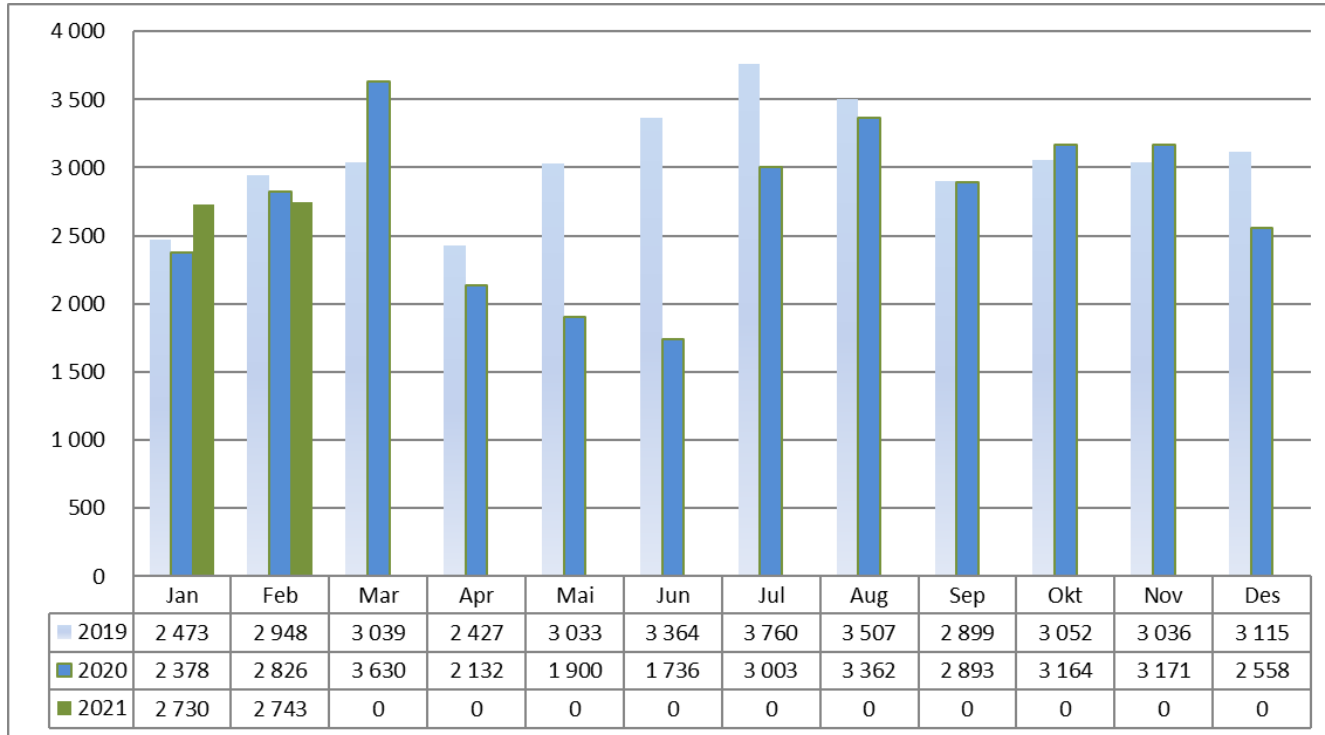
Brutto månedsverk prosjektført korona vises gult

Sykefravær 2021





AML-brudd – antall



Dato: 15. mars 2021
Saksbehandler: Halfdan Aass

Saksfremlegg

Styrende dokumenter for Vestre Viken HF i 2021

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	26/2021	22.03.2021

Forslag til vedtak

Styret tar oversikten over styrende dokumenter til etterretning.

Drammen, 15. mars 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Vestre Viken HF er heleid av Helse Sør-Øst RHF (HSØ). Formålet med virksomheten i Vestre Viken HF er definert i § 4 i vedtektene for foretaket:

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

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

Oppgavene skal løses innenfor et sett av lover, regler og forventninger til måloppnåelse, herunder spesialisthelsetjenesteloven (sykehusenes plikter), pasient- og brukerrettighetsloven (om pasientenes rett til helsehjelp, fritt behandlingsvalg mv.) og helseforetaksloven (om organiseringen av sykehus). I tillegg til helselovgivningen vil også lover for forholdet mellom virksomhet og ansatte (eksempelvis arbeidsmiljøloven) og miljølovgivning (eksempelvis forurensningsloven) gi føringer for hvordan Vestre Viken planlegger og etterlever krav.

Helse Sør-Øst RHF utover sin eierstyring gjennom foretaksmøter. Dette innebærer ofte formidling av styringsbudskap gitt HSØ fra statlig eier gjennom foretaksmøter.

I denne saken gis en oversikt over de sentrale styrende dokumenter som legger føringer for virksomheten i Vestre Viken HF.

Saksutredning

Helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven utgjør det overordnede rammeverket for spesialisthelsetjenesten:

- LOV-2001-06-15-93: Lov om helseforetak m.m. ([lenke](#))
- LOV-1999-07-02-61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. – ([lenke](#))

Sentral er også:

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten – ([lenke](#))

Pasient- og brukerrettigheter er nedfelt i

- LOV-1999-07-02-63 Lov pasient- og brukerrettigheter ([lenke](#))

I foretaksmøter fastsetter Helse Sør-Øst vedtekter for sine helseforetak, sist endret i foretaksmøte 17.12.2020:

- Vedtekter for Vestre Viken HF – ([lenke](#))

Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet en regional veileder for styrearbeid i helseforetak i regionen – ([lenke](#)). Den bygger på veileder for styrearbeid i regionale helseforetak utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet – ([lenke](#)). Veilederne sammenfatter gjeldende rettsregler, belyser praktiseringen av disse og gir en omtale av styrearbeid som er av veiledende karakter. Veilederen er ment som et bidrag til styrets rolleforståelse.

Nærings- og fiskeridepartementet har fastsatt retningslinjer for lønn til ledende ansatte:

- Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel – ([lenke](#))

Som foretak eid av et regionalt foretak som igjen er statlig eid, skal Vestre Viken følge øvrige prinsipper for statlig eierskap. Nærings- og fiskeridepartementets samlede oversikt over publikasjoner om statlig eierskap finnes på regjeringen.no – ([lenke](#))

Helse Sør-Øst RHF utarbeider årlige krav til helseforetakene om virksomheten det enkelte år. Det bygger på krav som HSØ har fått fra Helse- og omsorgsdepartementet:

- Oppdrag og bestilling for Vestre Viken HF 2021- ([lenke](#))
- Protokoll fra foretaksmøte 19.02.21 - ([lenke](#))

Oppdrag og bestilling for Vestre Viken HF 2021 ble behandlet i styremøte 22.02.21, sak 12/2021.

Det vil også kunne komme ytterligere styringsbudskap i løpet av året i protokoller fra foretaksmøter og tilleggsdokument til oppdrag og bestilling.

Styret i Vestre Viken utarbeider instruks for sin egen virksomhet og for administrerende direktør. Det er lagt opp til at disse gjennomgås og vedtas årlig i styremøtet i mars. Det vises til saker om det i dette styremøtet:

- Instruks for styret i Vestre Viken HF, sak 27/2021
- Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF, sak 28/2021

Det er utarbeidet etiske retningslinjer for hele helseforetaksgruppen i Helse Sør-Øst. Vestre Viken har i tillegg utarbeidet egne etiske retningslinjer som bygger på disse. De gjennomgås og vedtas også årlig i marsmøtet, og behandles således i annen sak i dette styremøtet:

- Etiske retningslinjer for Vestre Viken HF, sak 29/2021

Helse Sør-Øst har også utarbeidet:

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

Revidert rammeverk ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i styremøte 24.09.20, sak 107-2020. Det reviderte rammeverket ble formelt gjort gjeldende for foretaket i Oppdrag og bestilling 2021. Administrerende direktør gjennomgikk krav til styringssystemet, redegjorde for hvordan Vestre Viken har innrettet sin virksomhetsstyring og om plan for videreutvikling av denne i styremøte 15.06.2020. Gjennomgangen bygget på utkastet til revidert rammeverk for virksomhetsstyring i HSØ. Det er startet et arbeid med revisjon av det interne styringsdokumentet for virksomhetsstyring i Vestre Viken slik at det gjenspeiler det reviderte rammeverket i Helse Sør-Øst, jf. sak 24/2021 Ledelsens gjennomgang for 2020. Modellen for virksomhetsstyring skal utvikles videre slik at elementene i virksomhetsplanen og oppfølgingen av den fremstår mer koordinert i forhold til prinsippene for kontinuerlig forbedring - planlegge - gjennomføre - evaluere og korrigere.

Administrerende direktørs vurderinger

Den fremlagte gjennomgangen er gjort for å gi en samlet oversikt over de viktigste styrende dokumentene for Vestre Viken HF, og gjøre dokumentene tilgjengelige på en enkel måte. Siden forrige gjennomgang er revidert rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst gjort gjeldende for foretaket. Det legges til grunn for den pågående revisjon av virksomhetsstyringen i Vestre Viken. Styret vil få presentert revidert modell i september 2021.

Administrerende direktør foreslår at styret tar oversikten til etterretning.

Dato: 15. 03. 2021
Saksbehandler: Halfdan Aass

Saksfremlegg

Instruks for styret i Vestre Viken HF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	27/2021	22.03.2021

Forslag til vedtak

Instruks for styret i Vestre Viken HF godkjennes.

Drammen, 15. mars 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 er det presisert at styrene for helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Instruksene bygger på maler fra Helse Sør-Øst RHF (HSØ).

Instrukser for styret og administrerende direktør i Vestre Viken HF ble sist fastsatt i styremøte 26. oktober 2020 i sak 60. Styret la da også til grunn at instruksene i tiden fremover legges fram for styret for en årlig gjennomgang og godkjenning, og at dette skjer på styremøtet i mars. Det sammenfaller da med tidspunktet for ordinære endringer i styrets sammensetning.

Saksutredning

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

Antall styremedlemmer

I foretaksmøte 17. desember 2020 ble § 7 i vedtektene for foretaket endret. Styret skal ha inntil elleve medlemmer. Inntil syv medlemmer oppnevnes av foretaksmøtet. Foretaksmøtet velger leder og nestleder. I tillegg velger de ansatte inntil fire styremedlemmer med varamedlemmer.

Disse endringene har ikke medført noen endringer i instruks for styret.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør vurderer vedlagte instruks som tilfredsstillende, men anmoder styret om å vurdere om det er ønskelig med noen endringer eller tillegg.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret godkjenner instruks for styret i Vestre Viken HF, eventuelt med tillegg og endringer som måtte komme ved behandling i styremøtet.

Vedlegg: 1. Instruks for styret i Vestre Viken HF

Instruks for styret

Vestre Viken HF

1. Innledning

Instruksen for styret i Vestre Viken HF er utarbeidet i samsvar med de prinsippene som gjelder for styrearbeid i selskaper, herunder i helseforetak. Formålet med styreinstruksen er å gi retningslinjer for styrets arbeidsform og styremøtenes innhold og gjennomføring. Instruksen er en rettesnor for styremedlemmenes og administrerende direktørs roller, plikter og ansvar.

I tillegg til styreinstruksen er styret bundet av de reglene som følger av lov, vedtekter eller instruks i vedtak fra foretaksmøte. Det vises spesielt til helseforetaksloven.

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av foretaket og skal følge de retningslinjene og påleggene som styret har gitt. Styret har utarbeidet egen instruks for administrerende direktør.

2. Hovedmålsetting for styrearbeidet

Styret i Vestre Viken HF er det øverste utøvende organ med ansvar for forvaltningen av helseforetaket. Styret skal ivareta de interessene som tjener Vestre Viken HF best. Styret er et kollegium og utfører sine oppgaver som et kollegium. Styremedlemmene representerer ikke noen interessegruppe.

3. Styremedlemmenes rettigheter og plikter

Styrets medlemmer har ansvar for alle saker.

Styremedlemmer som er valgt av de ansatte, deltar ikke i behandlingen av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstaker, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler (jf. vedtektenes § 7).

Bortsett fra det som er særskilt angitt for styrets leder, styrets nestleder (og om ingen av dem skulle være til stede i et styremøte – møteleder), har alle styremedlemmer de samme rettighetene og pliktene.

Hvert enkelt styremedlem og administrerende direktør har plikt til å legge frem all informasjon som er av betydning for styrets behandling av en sak, herunder ens egen vurdering.

Styrets leder uttaler seg på vegne av styret om ikke annet er særlig avtalt.

Styrets medlemmer plikter å ta del på styremøter. Et styremedlem som ikke kan møte i styremøte, skal varsle om dette så tidlig som mulig.

Habilitet

Har et styremedlem, enten selv eller via en av dennes nærstående, en fremtredende personlig eller økonomisk særinteresse i en sak, har vedkommende plikt til å erklære seg inhabil. Et styremedlem kan ikke delta i behandlingen av, eller avgjørelse i, saker hvor vedkommende er inhabil, jf. også forvaltningsloven kap. II.

Styret avgjør om et styremedlem er inhabil. Vedkommende skal ikke selv delta i drøftelsene om dette ut over å gi de nødvendige forklaringer som styret måtte finne behov for. Har et styremedlem erklært seg inhabil skal styret som hovedregel godta en slik erklæring.

Styremedlemmer må ikke ha eierskap eller styreverv i virksomhet, eller utføre oppgaver og aktiviteter for virksomhet, som har funksjon eller forretningsmessig interesse der det kan reises tvil om styremedlemmets lojalitet eller habilitet.

Taushetsplikt

Forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt gjelder for styrets arbeid.

Styrets arbeid omfattes også av bestemmelsene i offentleglova. Dersom det anses svært viktig at kunnskap om saker ikke tilflyter andre enn de som har krav på informasjon, skal disse behandles konfidensielt. Dette skal i så fall fremgå av sakspapirene.

Styreansvarsforsikring

Styrevervet er personlig og det enkelte styremedlemmet kan bli gjort ansvarlig. På bakgrunn av dette har styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 037-2011 *Styreansvarsforsikring* vedtatt at det tegnes styreansvarsforsikring for hele helseforetaksgruppen.

4. Hvilke saker skal styret behandle

Hovedoppgaver

Styrets oppgaver og kompetanse, herunder begrensninger i styrets kompetanse og myndighet, reguleres i helseforetaksloven kapittel 7 og i foretakets vedtekter.

Styrets hovedoppgaver er knyttet til:

1. *Medisinsk og helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold*

Styret skal med basis i helseforetaksloven legge til rette for et best mulig helsetilbud ved bruk av tildelte ressurser.

2. *Strategi og mål*

Styret har ansvar for Vestre Viken HF's strategiske utvikling

3. *Organisasjon og ledelse*

Styret har ansvar for en tilfredsstillende organisering og ledelse av foretakets samlede virksomhet.

4. *Tilsyn med foretakets virksomhet og drift*

Styret skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i helseforetaksloven § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter, jf. helseforetaksloven § 28, 3. ledd. Som ledd i dette skal styret føre tilsyn med administrerende direktørs ledelse av virksomheten, herunder:

- holde seg orientert om foretakets økonomiske utvikling og plikter, og påse at virksomheten, regnskap og formuesforvaltning er godt kontrollert.
- påse at foretaket har en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet

Virksomhetsstyring

Styret skal påse at Vestre Viken HF har et forsvarlig styringssystem, holde seg informert om at tjenestene drives forsvarlig, og at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring, jf. «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». Styringssystemet defineres som den del av helseforetakets styring som omfatter hvordan aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i helse- og omsorgslovgivningen.

Dette omfatter internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomføres. Internkontrollen skal gi:

- målrettet og effektiv drift herunder medisinsk forsvarlig beredskap, utredning og behandling
- pålitelig styringsinformasjon, herunder korrekt rapportering av kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, bemanning, økonomi og annen informasjon
- overholdelse av lover, regler, styringskrav og selvpålagte krav, herunder spesielt etiske retningslinjer

Styringssystemet må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Styret har ansvar for at internkontrollen blir fulgt opp i et tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte. Styret skal videre påse at det blir truffet tiltak for å korrigere svikt, herunder å følge opp rapporter fra ulike tilsyn.

5. Struktur for styrearbeidet

Det skal settes opp en årsplan for styrearbeidet. Planen angir en oversikt over hovedoppgaver og møtetidspunkter. I tillegg skal planen vise tema som skal presenteres for styret.

Det skal årlig foretas en egevaluering av styrets arbeid og arbeidsform.

Styret gjennomfører normalt 7-10 styremøter per år. Ut over dette møtes styret når styreleder, administrerende direktør eller et flertall av styrets medlemmer krever det.

Styrets leder er ansvarlig for at styret kalles inn til møte og setter opp saksliste i samråd med administrerende direktør.

Til innkallingen skal det følge en saksliste, og det skal følge med dokumentasjon som gir et tilfredsstillende behandlingsgrunnlag for den enkelte saken i sakslisten, herunder administrerende direktørs forslag til vedtak. Saker skal være påført nummer og årstall.

Administrerende direktør har rett og plikt til å delta i styrebehandlingen og til å uttale seg, med mindre noe annet bestemmes av styret i den enkelte sak. Administrerende direktør skal ha mulighet til å uttale seg om saker som skal behandles.

Styrebehandling gjennomføres ordinært i møte. Dersom styreleder finner det forsvarlig kan møtet holdes som video- eller telefonmøte.

Vestre Viken HFs årsberetning, årsregnskap, strategisk plan og budsjett skal alltid behandles i møte.

Saker som ikke er ført opp på sakslisten kan styrebehandles, med mindre møteleder eller en tredjedel av de tilstedeværende styremedlemmer motsetter seg behandling.

Dersom styret har besluttet å lukke styremøtet, avgjør styrets flertall også om og eventuelt hvilke andre deltakere enn styrets medlemmer som skal gis adgang til møtet.

Brukerutvalget i Vestre Viken HF møter i styret som observatør med to representanter (jf. Helse Sør-Østs styresak 043-2017 *Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå*). Observatører eller andre som gis talerett har ikke stemmerett.

6. Innkalling til styremøte

Innkallingen sendes ut av administrerende direktør. For ordinære styremøter skal den være styremedlemmene i hende senest fem virkedager før styrebehandlingen skal finne sted. For andre styremøter skal styret, så vidt mulig, ha innkallingen senest to virkedager før behandlingen finner sted.

7. Styremøtene

Styret er vedtaksdyktig når mer enn halvparten av medlemmene er til stede. Styrets beslutninger fattes med alminnelig flertall av de tilstedeværende stemmeberettigede styremedlemmene. Minst en tredjedel av styrets medlemmer må stemme for et forslag for at det skal anses vedtatt. I tilfelle stemmelikhet har møteleder dobbeltstemme.

Styrets medlemmer har plikt til å avgi stemme i alle saker som behandles av styret.

Styrets møter skjer som hovedregel for åpne dører, men kan lukkes når styret finner at det foreligger et reelt og saklig behov, og lukking er forenlig med offentlighetslovens prinsipper. Styrets møter skal alltid lukkes ved behandling av saker som er undergitt taushetsplikt.

Styrets medlemmer og andre som deltar i styrets behandling har taushetsplikt om de forhold som etter forvaltningslovens bestemmelser er taushetsbelagte.

8. Protokoller

Det skal alltid utarbeides protokoller fra styrebehandlingen. Foreløpig protokoll skal utarbeides så snart som mulig etter styrebehandlingen og publiseres på internett senest dagen etter møtet. Protokollen skal angi tid og sted for styrebehandlingen, herunder om sakene er behandlet i møte eller på annen måte, deltakere og styrets beslutninger. Protokollen blir endelig ved godkjenning i påfølgende møte.

Dersom en beslutning ikke er enstemmig, skal det angis hvem som har stemt for og i mot. Styremedlem og administrerende direktør som ikke er enig i en beslutning, kan kreve sin oppfatning innført i protokollen.

Protokollen skal signeres av de medlemmene som har deltatt i behandlingen. Styremedlemmer som ikke har deltatt på styremøtet, skal ved påtegning på styreprotokollen bekrefte at de har gjort seg kjent med protokollens innhold.

9. Informasjon fra styremøtene

Virksomheten i Vestre Viken HF er omfattet av bestemmelsene i offentlighetsloven. Informasjon som gis i styremøter eller i styredokumenter kan kun benyttes på en måte som ikke skader styrets arbeid og dermed Vestre Viken HFs interesser.

Dersom det anses svært viktig at kunnskap om saker ikke tilflyter andre enn de som har krav på informasjon, skal disse behandles konfidensielt. Dette skal i så fall påføres sakspapirene. Styremedlemmene har taushetsplikt om disse sakene.

Informasjonsoppgavene knyttet til styresaker ligger hos administrerende direktør. Styret kan også vedta en særskilt informasjonsprosedyre i enkeltsaker.

Styrets leder uttaler seg på vegne av styret og er, sammen med administrerende direktør, talsperson utad for Vestre Viken HF.

Dato: 15. mars 2020
Saksbehandler: Halfdan Aass

Saksfremlegg

Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	28/2021	22.03.2021

Forslag til vedtak

Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF godkjennes.

Drammen, 15. mars 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 er det presisert at styrene for helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Instruksene bygger på maler fra Helse Sør-Øst RHF (HSØ).

Instruks for styret og administrerende direktør i Vestre Viken HF ble sist fastsatt i styremøte 26. oktober 2020, sak 61/2020. Styret la da også til grunn at instruksene i tiden framover legges fram for styret for en årlig gjennomgang og godkjenning, og at dette skjer på styremøtet i mars. Det sammenfaller da med tidspunkt for ordinære endringer i styrets sammensetning.

Saksutredning

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

Det er ikke gjort noen endringer i instruks siden forrige styrebehandling.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør vurderer vedlagte instruks som tilfredsstillende, men anmoder styret om å vurdere om det er ønskelig med noen endringer eller tillegg.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret godkjenner instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF, eventuelt med tillegg og endringer som kommer ved behandling i styremøtet.

Vedlegg: 1. Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF

Instruks for administrerende direktør

Vestre Viken HF

1. Formål med instruksen

Denne instruksen omhandler administrerende direktørs oppgaver, plikter og rettigheter. Den er basert på helseforetaksloven, eiers styringsdokumenter og vedtekter for Vestre Viken HF, samt fullmakter i Vestre Viken HF.

2. Overordnet rolleavklaring

Styret er foretakets øverste ledelse og har det overordnede ansvaret for forvaltningen av foretakets virksomhet.

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av foretaket og har gjennomføringsansvar i virksomheten. Administrerende direktør har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med foretakets formål, vedtekter, årsbudsjett, foretaksmøtets avgjørelser, instruksjoner og andre retningslinjer, samt aktuelle lover og forskrifter.

Administrerende direktør tilsettes av styret som også fastsetter administrerende direktørs lønn og andre ansettelsesvilkår. Styret gir instruksjoner og fører tilsyn med administrerende direktørs arbeid. Styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige administrerende direktør, jf. helseforetaksloven § 36.

Administrerende direktør møter i styret, eventuelt med stedfortreder, med tale- og forslagsrett, jf. helseforetaksloven § 26.

3. Administrerende direktørs myndighet

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av Vestre Viken HF og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt.

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Administrerende direktør plikter å forelegge saker av slik natur for styret. Administrerende direktør kan i helt spesielle hastesituasjoner fatte vedtak i slik sak. I slikt tilfelle skal styrets leder umiddelbart informeres.

Det vises for øvrig til bestemmelser i vedtektene og fullmakter i helseforetaket.

4. Administrerende direktørs oppgaver

Administrerende direktør skal arbeide for at Vestre Viken HF utfører sine hovedoppgaver slik de står i foretakets vedtekter og andre styrende dokumenter innenfor de vedtatte budsjetter.

Administrerende direktør har ansvaret for foretakets daglige drift og virksomhet og skal utføre de oppgaver som kreves i den forbindelse, herunder følge opp styrets beslutninger.

Administrerende direktør skal aktivt bidra til å sikre videreutvikling av medisinsk og helsefaglig kompetanse og kvalitet i Vestre Viken HF.

Nærmere beskrivelse av enkelte oppgaver som inngår i ansvaret til administrerende direktør

Virksomhetsstyring

I henhold til «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» har administrerende direktør ansvar for at styringssystemet i helseforetaket er etablert og følges opp. Styringssystemet defineres som den del av helseforetakets styring som omfatter hvordan aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i helse- og

omsorgslovgivningen. Administrerende direktørs ansvar omfatter etablering og oppfølging av internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomføres for å sørge for:

- målrettet og effektiv drift, herunder medisinsk forsvarlig beredskap og utredning og behandling
- pålitelig styringsinformasjon, herunder korrekt rapportering av kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, bemanning, økonomi og annen informasjon
- overholdelse av lover, regler, styringskrav og selvpålagte krav, herunder spesielt etiske retningslinjer

Styringssystemet må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Administrerende direktør har ansvar for å etablere et forsvarlig internkontrollsystem og å holde styret tilstrekkelig orientert. Administrerende direktør skal minst én gang årlig sørge for en samlet gjennomgang av styringssystemet for å påse at det fungerer i tråd med hensikten og bidrar til forbedring.

Informasjon til styret

Administrerende direktør har plikt til å informere styret om foretakets virksomhet, stilling og resultatutvikling.

I alle ordinære styremøter skal administrerende direktør gi styret skriftlig rapport om situasjonen i Vestre Viken HF. Rapporten skal inneholde både økonomiske og ikke-økonomiske forhold, herunder ha et spesielt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, innhold og effektivitet.

Administrerende direktør skal for hvert tertial forelegge styret en utvidet rapportering fra virksomheten. Rapporten skal inneholde risikovurderinger vedrørende måloppnåelse, status for tilsynssaker og redegjøre for kvalitet og pasientsikkerhet.

Styret kan til enhver tid kreve at administrerende direktør gir styret redegjørelse både av generell art og i saker av særskilt interesse.

Administrerende direktør har ansvaret for å holde styret informert om vesentlige forhold internt og eksternt.

Kontroll og regnskap

Administrerende direktør skal sørge for at foretakets registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger er i samsvar med lov og forskrifter og at formuesforvaltningen er ordnet på betryggende måte, jf. helseforetaksloven § 37, siste ledd.

Rapportering

Årlig melding

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til den årlige meldingen styret plikter å levere til Helse Sør-Øst RHF i henhold til helseforetakets vedtekter § 14.

Årsberetning og årsregnskap

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til årsberetning og årsregnskap til styret. Administrerende direktør har ansvar for at godkjent årsberetning og årsregnskap innsendes til foretaksregisteret.

Saksforberedelse - styremøter

Styrets leder har det formelle ansvaret for styrebehandling av saker. Saksliste settes opp av styrets leder i samråd med administrerende direktør.

Administrerende direktør forestår saksforberedelser til styremøtene i samråd med styrets leder og innstiller til vedtak i sakene. Alle saker skal forberedes og fremlegges på en slik måte at styret har tilfredsstillende behandlings- og beslutningsgrunnlag. Administrerende direktør vil i samråd med styrets leder foreta innkalling til styremøte.

Administrerende direktør skal sørge for å holde styret informert om viktige beslutninger som gjøres av ledelsen innenfor den daglige ledelse. Administrerende direktør skal rapportere fremdrift i planer og informere om eventuelle avvik til styret. Administrerende direktør skal sørge for at alle styremedlemmer får den samme informasjon til samme tid.

Administrerende direktør utarbeider forslag til årsplan for styret.

Administrerende direktør kan kreve at styret sammenkalles.

Foretaksmøtet

Administrerende direktør, eventuelt stedfortreder, plikter å være til stede og har rett til å uttale seg i foretaksmøtet, jf. helseforetaksloven § 17.

Representasjon

Administrerende direktør representerer foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelsen, jf. helseforetaksloven § 39.

Administrerende direktør, eventuelt stedfortreder, deltar i aktuelle fora og styrende organer i foretaket/foretaksgruppen.

Lederfora og lederkompetanse

Administrerende direktør har et overordnet ansvar for at det drives gode lederutviklingsprosesser i Vestre Viken HF.

Samarbeid med andre

Administrerende direktør skal aktivt tilrettelegge for samarbeid i foretaket slik at det totalt sett oppnås hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Administrerende direktør skal også bidra til samarbeid med andre helseforetak i Helse Sør-Øst når dette er egnet til å fremme formålet til Vestre Viken HF.

Administrerende direktør skal tilrettelegge for samarbeid med private aktører når dette bidrar til å fremme Vestre Viken HF's formål, og i et helhetlig perspektiv, bidrar til en hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Administrerende direktør skal følge opp de plikter Vestre Viken HF har i forhold til private aktører, gjennom lovverk, instruksjer og andre styringsdokumenter, samt særskilte avtaler.

Administrerende direktør skal bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og omsorgstilbud. Det samme gjelder i forhold til fylkeskommunale samarbeidspartnere og i forhold til andre aktuelle statlige organer.

Administrerende direktør skal bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med universiteter og høyskoler, slik at Vestre Viken HF kan ivareta de til enhver tid eksisterende forpliktelser.

Administrerende direktør skal gjennom samarbeid og dialog med pasient- og brukerorganisasjoner tilrettelegge for at Vestre Viken HF sikrer den medvirkning som er beskrevet i helseforetaksloven § 35 og i vedtektene.

Administrerende direktør skal gjennom samarbeid og dialog med de foretakstillitsvalgte og verneombud legge til rette for at Vestre Viken HF ivaretar den medvirkning som er beskrevet i lov- og avtaleverk.

Informasjon og samfunnskontakt

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles gode holdninger til, rutiner og systemer for kontakt med eksterne aktører slik at offentligheten sikres innsyn i de aktiviteter Vestre Viken HF har ansvar for. Det skal praktiseres meroffentlighet.

Styret og Helse Sør- Øst RHF skal uten opphold informeres om saker som kan bli gjenstand for stor politisk og/eller mediemessig omtale.

Helse, miljø og sikkerhet

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles systemer, rutiner og gode holdninger som ivaretar helse, miljø og sikkerhet i virksomheten inkludert pasientbehandlingen.

Organisering

Administrerende direktør har ansvar for at Vestre Viken HF er riktig organisert og har kompetanse som gjør at de samlede oppgavene kan ivaretas på en god måte. Administrerende direktør har personalansvaret for de ansatte i Vestre Viken HF. Dette kan delegeres til lavere ledernivåer.

Fullmakter

Administrerende direktør kan, innenfor sin fullmakt, delegere oppgaver og avgjørelsesmyndighet til ansatte i foretaket. Administrerende direktør har ansvar for utførelsen av delegerede oppgaver og delegert myndighet.

5. Resultatkrav og evaluering av administrerende direktør

Det vil bli foretatt en årlig evaluering av administrerende direktør. Styrets leder skal årlig ha en medarbeidersamtale med administrerende direktør.

Dato: 11. mars 2021
Saksbehandler: Eli Årnot

Saksfremlegg

Etiske retningslinjer for Vestre Viken HF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	29/2021	22.03.2021

Forslag til vedtak

Styret godkjenner etiske retningslinjer for Vestre Viken HF.

Drammen, 22. mars 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Etiske retningslinjer for Vestre Viken HF ble utarbeidet høsten 2016/våren 2017, basert på Helse Sør-Øst RHF sine etiske retningslinjer fra 2012. Retningslinjene ble drøftet med tillitsvalgte i mai 2017, og organisasjonene støttet arbeidsgivers utforming. Retningslinjen ble vedtatt i ledermøte, og styrebehandlet 19. juni 2017. De etiske retningslinjene ble gjennomgått på nytt, og godkjent av styret i styremøte 26. oktober 2020 i sak 63/2020. Styret la også føringer for at retningslinjene gjennomgås og godkjennes årlig, og at dette skjer på styremøtet i mars. Det sammenfaller da med tidspunktet for ordinære endringer i styrets sammensetning.

Styret oppfordret administrasjonen til å styrke arbeidet med å gjøre dokumentet kjent for nyansatte, og at de etiske retningslinjene jevnlig løftes fram for alle ansatte da det er viktig at disse er godt kjent og forstått av alle ansatte. Retningslinjene gjelder også for styrets medlemmer.

Saksutredning

De etiske retningslinjene gjelder for alle ansatte, uavhengig av nivå, rolle, funksjon og klinikktilhørighet. De gjelder også for studenter, lærlinger, vikarer, konsulenter og andre som har engasjement og oppgaver i foretaket, og alle med styreverv og tillitsverv. Ledere har et særskilt ansvar for at medarbeiderne og innleide vikarer/konsulenter kjenner til og handler i tråd med, retningslinjene. De etiske retningslinjene gjelder også for styrets medlemmer.

De etiske retningslinjene skal som et minimum være tema på personalmøter en gang i året, og det er et mål at alle ansatte gjennomfører e-læringskurset som er utviklet. Dette kurset kan enten tas av den ansatte alene, eller samlet i personalgrupper. Som del av kurset er det utarbeidet case til refleksjon. Det er også utarbeidet en dilemmasirkel som angir sentrale spørsmål ansatte må stille seg i forbindelse med etisk refleksjon.

Kurset er et obligatorisk kurs i introduksjonsprogrammet for nye ansatte. Så langt (pr. medio mars 2021) har 900 ansatte gjennomført kurset. I e-læringskurset er det tatt inn «nye» problemstillinger, knyttet til blant annet «Metoo» og sosiale medier.

I forbindelse med gjennomført relasjonsanalyse var en av anbefalingene å vurdere å etablere rutine for årlig gjennomgang av etiske retningslinjer, herunder at e-læringskurset i etiske retningslinjer skal gjennomgås årlig.

Grunnet koronasituasjonen har arbeidet med oppfølging av at de etiske retningslinjene er kjent og forstått av alle ansatte dessverre ikke kunnet prioriteres i tilstrekkelig grad. Dette vil i tiden fremover bli fulgt opp i oppfølgingsmøter med klinikkene, herunder rapportering av status i arbeidet med etiske retningslinjer og rapportering av hvor mange ansatte som har gjennomført e-læringskurset.

De etiske retningslinjene er også viktige når det oppstår uenigheter eller konflikter. Retningslinjene gir gode råd om hvordan man bør opptre for så langt som mulig å unngå uheldige konsekvenser for arbeidsmiljøet og omgivelsene. Retningslinjene er også en «overbygning» for andre retningslinjer, som for eksempel rollesammenblanding, ansettelse av nærstående og bierverv mv.

Administrerende direktørs vurderinger

Det forventes at etiske retningslinjer i Vestre Viken bidrar til å sikre enhetlig og profesjonell opptreden for alle ansatte i foretaket. Det forutsettes at etiske refleksjoner er jevnlig tema på arenaer der ansatte møtes, og at de etiske retningslinjene på den måten er et «levende» dokument i alle arbeidsmiljøer. Retningslinjene med tilhørende støttemateriell gir en god innføring i forventninger og krav til etisk standard.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret godkjenner de etiske retningslinjene for Vestre Viken HF.

Vedlegg: Etiske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken

Målgruppe

Retningslinjen gjelder for alle ansatte, uavhengig av nivå, rolle, funksjon og klinikktilhørighet.

Retningslinjen gjelder også for styrets medlemmer, studenter, lærlinger, vikarer, konsulenter og andre som har engasjement og oppgaver i foretaket, og alle med tillitsverv. Ledere har et særskilt ansvar for at medarbeiderne og innleide vikarer/konsulenter kjenner til og handler i tråd med, retningslinjene.

Retningslinjen ble godkjent av styret 26. oktober 2020 (sak 63/2020). Retningslinjen skal godkjennes årlig i styret. Neste revisjon er 22. mars 2021.

Hensikt

Vestre Viken sitt overordnede mål er å tilby likeverdige helsetjenester av høy kvalitet til befolkningen, og foretakets grunnverdier er kvalitet, trygghet og respekt. I det daglige arbeidet skal målet og verdigrunnlaget være med å prege våre holdninger, vurderinger og beslutninger når vi er på jobb i Vestre Viken. Retningslinjene er i tråd med de [etiske retningslinjene som er vedtatt i Helse Sør-Øst](#).

Formålet med retningslinjene er å gi et felles etisk ståsted for den daglige kontakt med pasienter, brukere, pårørende, kolleger og medarbeidere, arbeidsgiver og andre samarbeidspartnere. Alle som handler på vegne av Vestre Viken, skal opptre i tråd med disse. Retningslinjene skal være veiledning og støtte for etisk refleksjon og praksis. For tema som ikke omfattes av eller er regulert i norsk lov, vil etiske refleksjoner få større plass i beslutningsgrunnlaget.

Beskrivelse

Innholdsfortegnelse

- [1.1. Forholdet mellom jus og etikk](#)
- [1.2. Dokumentets status og gyldighet](#)
- [2. Forholdet til pasienten](#)
 - [2.1. Pasientens rettigheter](#)
 - [2.2. Taushetsplikt](#)
- [2.3 Rollesammenblanding](#)
- [3. Forholdet til pårørende](#)
- [4. Klinisk etikk komiteer](#)
- [5. Om opplæring, utdanning, fagutvikling, kvalitetsutvikling, kontinuerlig forbedring og forskning](#)
- [6. Ledelse](#)
- [7. Ansatte](#)
 - [7.1. Ansvar, samarbeid og støtte](#)
 - [7.2. Kommunikasjonskultur](#)
 - [7.3. Kritikkverdige forhold](#)
 - [7.4. Varsling](#)
 - [7.5. Bierverv](#)
 - [7.6. Bruk av Vestre Viken sine eiendeler](#)
- [8. Forholdet til eksterne instanser](#)
 - [8.1. Foretakets leverandører](#)
 - [8.2. Faglige møter og kongresser](#)
 - [8.3. Invitasjon til arrangement](#)
 - [8.4. Gaver](#)
- [9. Samfunnsansvar](#)
- [10. Media](#)
- [11. Konsekvenser av brudd](#)
- [12. Når etiske utfordringer oppstår](#)

1.1. Forholdet mellom jus og etikk

Alle medarbeidere i VV skal følge de lover, regler og retningslinjer som til enhver tid gjelder uavhengig av avdeling, stilling

og funksjon. Den enkelte har selv en plikt til å sette seg inn i og følge de lover som kan berøre den enkeltes arbeidsoppgaver.

Å følge lover, instruksjoner og regler er ikke i seg selv alltid nok for å sikre en høy etisk standard. Ledere og ansatte må selv reise relevante etiske problemstillinger i sitt virke. Det betyr at hver enkelt kontinuerlig og kritisk må vurdere egne interesser og engasjement med tanke på potensielle etiske konfliktsituasjoner.

1.2. Dokumentets status og gyldighet

Retningslinjen er overordnet og generell. Den kommer i tillegg til gjeldende arbeidskontrakt, og viser til aktuelle lover, forskrifter, avtaler, arbeidsreglement, retningslinjer og prosedyrer for Vestre Viken.

For saker som knytter seg til ansettelsesforhold i Vestre Viken, vil disse retningslinjene bli lagt til grunn ved etiske dilemma.

2. Forholdet til pasienten

Vestre Vikens omdømme og tillit i omgivelsene er avhengig av ansattes profesjonalitet og faglige dyktighet, og et høyt etisk nivå. Det forventes derfor at alle opptre med aktsomhet, redelighet og objektivitet. Pasienten er den personen som henvender seg til helseforetaket med anmodning om helsehjelp, eller som helseforetaket gir eller tilbyr helsehjelp. Behandling av pasienter er en av helseforetakets hovedoppgaver.

Alle ansatte i Vestre Viken skal møte alle pasienter og deres pårørende med respekt for det enkelte menneskets liv og dets iboende verdighet og integritet. Alt helsepersonell i Vestre Viken forholder seg til sine yrkesetiske retningslinjer. Alle ansatte skal i jobbsammenheng opptre med nødvendig diskresjon og alminnelig høflighet.

2.1. Pasientens rettigheter

Pasientens rettigheter er regulert i [Pasient- og brukerrettighetsloven](#). Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

2.2 Taushetsplikt

Alle ansatte undertegner helseforetakets taushetserklæring når arbeidsforholdet starter. Taushetsplikt etter forvaltningsloven gjelder for alle ansatte i Vestre Viken. Helsepersonell og andre som bidrar med helsehjelp har også taushetsplikt i henhold til [Lov om helsepersonell](#), kapittel 5.

Taushetsplikt må også overholdes i forhold til andre ansatte som ikke nyter nødvendig helsehjelp, samt andre pasienter, eks skranke, fellesareal, flersengsrom.

Elektronisk pasientjournal gir dem som har tilgang i prinsippet adgang til opplysninger om alle helseforetakets pasienter, men å søke opplysninger om pasienter som man ikke har pleie- eller behandlingsansvar for, er ulovlig og ikke forsvarlig yrkespraksis.

2.3 Rollesammenblanding

Pasienter har krav på trygghet i behandlingssituasjoner og at ansatte opptre profesjonelt. Dette betyr blant annet å skille klart mellom profesjonelle og private relasjoner og å ivareta pasienters autonomi og integritet.

Vestre Viken har utarbeidet egen retningslinje som skal virke forebyggende og sikre at ansatte i foretaket får kunnskap om relevant lovverk og foretakets holdning til [rollesammenblanding](#).

3. Forholdet til pårørende

Pasientens pårørende møtes med medmenneskelighet og respekt for deres integritet og de påkjenninger som situasjonen fører med seg også for dem.

Ansatte har ansvar for å opptre med full profesjonell oppmerksomhet i nærvær av med pasienter og pårørende.

Pasientens pårørende er den eller de pasienten oppgir som nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å

oppgi pårørende, er nærmeste pårørende den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten

Pårørende skal ha informasjonen de har krav på etter pasient- og brukerrettighetsloven formidlet på en hensynsfull og mest mulig tilpasset måte. Barn som pårørende krever særskilt oppmerksomhet.

4. Klinisk etikk komiteer

Foretaket har Kliniske Etikk Komiteer (KEK) som skal bidra til å høyne den kliniske etikk-kompetansen hos helsepersonell ved sykehuset. De skal tilrettelegge for identifikasjon og analyse og om mulig, synliggjøre handlingsalternativer ved etiske problemstillinger, relatert til pasientbehandlingen, både i enkeltsaker og systemmessig.

Dette dokumentet skal ikke være i motstrid til eller erstatte det arbeid som gjøres i KEK. Ansatte som ønsker hjelp til etisk refleksjon rundt dilemma relatert til pasienter og pårørende kan henvende seg til den lokale kliniske etikk komitee.

5. Om opplæring, utdanning, fagutvikling, kvalitetsutvikling, kontinuerlig forbedring og forskning

Alle ansatte skal bidra til å utvikle og opprettholde en høy faglig standard i sitt arbeid.

Det forventes at ansatte bidrar til spredning av kunnskap og til å avdekke uhell og avvik på en slik måte at dette brukes aktivt i forbedringsarbeid. Når det er påkrevd for å sikre god yrkesutøvelse, gis kollegaveiledning og respektfull korreksjon.

Den enkelte medarbeider har ansvar for å kjenne til helseforetakets og avdelingens prosedyrer. Samtidig har den enkelte et personlig ansvar for sin yrkesutøvelse som er overordnet rutinene og retningslinjene.

Forskningsvirksomhet i helseforetaket skal foregå med respekt for enkeltpasienters liv, helse, privatliv og verdighet. Pasienters deltagelse i forskningsprosjekter bygger på frivillighet og informert, skriftlig samtykke. Forskning følger gjeldende lov- og regelverk, internasjonale retningslinjer og forskningsetiske bestemmelser. Medisinsk og helsefaglig forskning skal vurderes av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, mens bruk av personopplysninger i kvalitetsstudier vurderes av personvernombudet.

God forskningsetikk er den enkeltes forskers og prosjektleders ansvar og helseforetakets systemansvar. Forskning i Vestre Viken skal tilstrebe høy kvalitet, baseres på samarbeid og komme pasientene til gode. Vestre Viken skal være en medaktør i forskerutdanningen, med et spesielt fokus på forskningsetikk, lover og regler for forskning.

6. Ledelse

Ledere skal gå foran som gode eksempler og holde høyt etisk nivå i sitt arbeid.

Leder

e skal sørge for ansatte gis veiledning og opplæring slik at de er i stand til å utføre de oppgaver de er satt til på en god måte. Undervisning, opplæring og veiledning skal være en integrert del av arbeidshverdagen.

Leder har et spesielt ansvar for å følge opp den enkelte medarbeider og gi konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet og sikre rom for etisk refleksjon. Gjennom utvikling av kultur, verdier, kompetanse og klare prinsipper for ledelse og medvirkning skal medarbeiderne oppleve et trygt, åpent og involverende arbeidsmiljø med høyt etisk nivå.

Ledere har et særskilt ansvar for at deres medarbeidere kjenner foretakets etiske retningslinjer.

7. Ansatte

7.1. Ansvar, samarbeid og støtte

Alle ansatte har ansvar for å bidra til et godt arbeidsmiljø preget av kvalitet, kunnskap, åpenhet, involvering, omtanke, respekt og forutsigbarhet.

Gjensidig hjelp og kollegial støtte er en forutsetning for godt faglig og tverrfaglig samarbeid i Vestre Viken, og for fleksibilitet og god flyt i arbeidshverdagen.

Alle ansatte har plikt til å si fra om forhold som kan medføre fare for pasienters og kollegers sikkerhet.

7.2. Kommunikasjonskultur

Alle ansatte skal bidra til og følge etablerte normer for imøtekommende opptreden, respekt og høflighet. Dette gjelder i

Foretaksomfattende (nivå 1 - felles Vestre Viken)/08. Ansatte/Etikk		
Dokument-Id: 94104 - Versjon: 4	Utskriftsdato: 12.03.2021 Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.	Side 3 av 6

kommunikasjon med hverandre, og i møte med pasient, pårørende og andre samarbeidspartnere.

Dette utelukker ikke konstruktiv meningsutveksling i dertil egnede fora. Det forventes at ansatte respekterer og forholder seg til at resultatet av prosesser og diskusjoner ikke nødvendigvis blir deres eget førstevalg. Det vil si at medarbeidere, når en beslutning er tatt, innretter sitt arbeid etter det som blir bestemt.

Eventuelle konflikter mellom ansatte skal håndteres slik at de ikke får negative konsekvenser for pasienter, arbeidsmiljø eller avdelingens/klinikkens/foretakets omdømme.

Vestre Viken har prosedyre [for konflikthåndtering](#) som beskriver hvordan slike situasjoner skal håndteres.

7.3. Kritikkverdige forhold

Med kritikkverdige forhold menes forhold som er i strid med lover eller etiske normer.

Det er viktig at medarbeidere tar opp saker om kritikkverdige forhold med sine ledere.

7.4. Varsling

Dersom medarbeidere opplever at nærmeste leder ikke følger opp, kan saken tas videre i linjen eller til [Varslingsutvalget i foretaket](#). Arbeidsmiljøloven gir også arbeidstakerne rett til å varsle utenfor egen virksomhet. Rettigheten forutsetter at fremgangsmåten er forsvarlig, blant annet ved at intern varsling skal forsøkes først, at motivet er kvalitetsforbedring og at forholdet det varsles om objektivt sett er alvorlig. Ansatte skal kunne si i fra uten risiko for gjengjeldelse fra arbeidsgiver.

7.5. Bierverv

Ansatte som har oppdrag for andre virksomheter enn Vestre Viken, må følge [prosedyre om bierverv](#). Alle oppdrag for eksterne (betalte og ubetalte) må være av en slik karakter at ikke de skaper tvil om den enkeltes lojalitet eller faglige integritet.

Vestre Vikens retningslinjer på dette området er de samme som for resten av Helse Sør-Øst.

Ansatte som har, eller vurderer å påta seg, bierverv, oppfordres til å oppgi avtaler om og inntekter fra dette arbeidet.

7.6. Bruk av Vestre Viken sine eiendeler

Ansatte skal bruke utstyr og eiendom i jobbsammenheng, og ikke til private formål.

I alle sammenhenger skal Vestre Vikens eiendeler brukes på en hensynsfull og økonomisk måte.

Medarbeiderne forventes å bruke arbeidstiden, og Vestre Viken sitt utstyr til de arbeidsoppgaver de er ansatt for å utføre. Enhver ansatt oppfordres til å bruke Sykehusets eiendeler brukes i samsvar med virksomhetens formål, slik at det ivaretar krav til tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet i henhold til Vestre Vikens [arbeidsreglement](#). Unntatt er lån eller leie av Velferdsforeningens eiendeler.

8. Forholdet til eksterne instanser

Som ansatte i VVHF er vi forpliktet av habilitetsreglene i [Forvaltningsloven](#) (kapittel II, § 6 f.).

Det innebærer at alle har et ansvar for å yte tjenester, løse oppgaver og behandle problemstillinger på en upartisk måte. Personlige interesser skal ikke være del av beslutningsgrunnlaget. Samarbeid mellom ansatte i helseforetaket og eksterne aktører skal foregå slik at verken pasienter eller andre kan trekke foretakets eller den enkeltes uavhengighet eller integritet i tvil.

8.1. Foretakets leverandører

Retningslinjene for innkjøpsarbeidet skal skape tillit og bidra til å sikre omdømmet til foretaket.

Våre innkjøp gjøres gjennom avtaler med definerte leverandører. Ansatte må ikke etablere relasjoner til leverandører som kan innebære utilbørlige bindinger i forbindelse med anskaffelser.

Les mer:

[VV Samhandling med industrien](#)

[Samarbeidsavtalen mellom helseregionene og legemiddelindustrien \(LMI\)](#)

[Samarbeidsavtalen mellom helseregionene og Medtek Norge \(tidligere LFH\)](#)

[Samarbeidsavtalen mellom helseregionene, LMI og Medtek Norge \(brosjyre\)](#)

[Etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt](#)

8.2. Faglige møter og kongresser

Klinikkdirektørene har fullmakt til å avgjøre ansattes deltagelse på kongresser og faglige møter. Invitasjoner til ansatte skal sendes leverandørkontaktene/avdelingssjefene med kopi til postmottaket. Alle utgifter til reise, opphold og konferanseavgift mm skal i utgangspunktet betales av foretaket, enten via innkjøpskontrakt eller fakturert. Unntaket er hvis leverandør inviterer til konferanse i regi av leverandøren, hvor Vestre Viken betaler for reise og opphold.

Ansatte som har nær tilknytning til for eksempel legemiddelindustrien, kan bli vurdert som inhabile, for eksempel i en innkjøpsprosess. [Regionale produktråd med habilitetsskjema \(brosjyre\)](#)

8.3. Invitasjon til arrangementer

Når ansatte inviteres til arrangementer som kurs, faglige møter, konferanser og kongresser, vurderes nytten av deltagelse for avdelingen. Klinikkdirektør avgjør deltagelse til konferanser og kongresser. Utgifter som reise, opphold og eventuelle arrangementsavgifter til den ansattes deltagelse dekkes av Vestre Viken, enten gjennom innkjøpskontrakt eller faktura.

8.4. Gaver

Ansatte skal ikke motta store personlige gaver, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som kan påvirke handlinger, saksforberedelse eller beslutninger på en utilbørlig måte. Ved tvil kan du søke råd hos nærmeste leder. Retningslinje for [oppmerksomhet](#) fra Vestre Viken som arbeidsgiver til ansatte ved merkedager skal følges.

9. Samfunnsansvar

Likeverd for alle mennesker skal ligge til grunn ved rekruttering, kompetanseutvikling, karriereutvikling og samarbeid.

Vestre Viken har et spesielt ansvar innenfor miljøetsatsing i kraft av å være blant de største virksomheter i vår region og som en del av foretaksgruppen i Helse Sør-Øst. Miljøvurderinger og miljøkostnader skal være del av beslutningsgrunnlaget i alle typer saker.

Vestre Viken arbeider mot alle former for misligheter og korrupsjon, og ser dette som en viktig del av det å forvalte samfunnets ressurser best mulig.

Som del av Helse Sør-Øst er vi også forpliktet til å følge prinsipperklæringen og [retningslinjene til Initiativ for etisk handel](#)

10. Media

I kontakt med redaktørstyrte medier har alle ansatte full ytringsfrihet og uttaler seg som selvstendige fagpersoner. Ved deltagelse i et offentlig ordskifte må grensegangen mellom ytringsfrihet og lojalitet vurderes. Foretaket har egne retningslinjer for opptreden i sosiale medier som omfatter alle ansatte. Det skal presiseres om uttalelsen står for egen regning og om personlige synspunkter fremmes.

11. Konsekvenser av brudd

Ansatte i Vestre Viken skal bestrebe seg på å følge disse etiske retningslinjene. Ved tvil om hvordan de skal forstås, skal den ansatte kontakte sin nærmeste leder. Brudd på de etiske retningslinjene vil bli behandlet i samsvar med [Arbeidsmiljøloven](#) og [arbeidsreglement](#).

12. Når etiske utfordringer oppstår

Dilemmasirkelen angir de sentrale spørsmålene ansatte må stille seg som utgangspunkt for etisk refleksjon.



Definisjoner

Etikk handler om verdier og valg den enkelte gjør i ulike situasjoner.

Med **etisk dilemma** mener vi i denne sammenhengen situasjoner der ulike verdier er i konflikt med hverandre og man må gjøre et valg på bekostning av noe annet.

Dato: 12. mars 2021
Saksbehandler: Rune Abrahamsen

Saksfremlegg

Styringsdokumenter for Prosjekt nytt sykehus i Drammen (PNSD)

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte Vestre Viken HF	30/2021	22.03.2021

Forslag til vedtak

1. Styret tar fremlagte styrende dokumenter for Prosjekt nytt sykehus i Drammen til orientering.

Drammen, 15. mars 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Styret i Vestre Viken HF behandlet den 25. januar 2021, sak 5/2021, styrende dokumenter for prosjektet nytt sykehus i Drammen.

Dette omfatter dokumentene:

- *Sentralt styringsdokument for Prosjekt nytt sykehus i Drammen (PNSD)*
- *Prosedyre for samhandling mellom Vestre Viken HF og Prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF for nytt sykehus i Drammen*
- *Prosedyre for prosjektendringer*

Styret tok dokumentene til foreløpig orientering og bad om at reviderte dokumenter ble lagt fram for styret når de var ferdigstilt.

Saksutredning

I forbindelse med endringen av organisering og ledelse av prosjektene nytt sykehus i Drammen og nye Oslo universitetssykehus fra 1. januar 2021, har det vært nødvendig med en gjennomgang og revisjon av styringsdokumentene i regi av PNSD. Dette arbeidet var ikke ferdigstilt ved behandlingen i styremøte 25. januar og reviderte versjoner legges nå frem for styret i Vestre Viken HF.

Sentralt styringsdokument for Prosjekt nytt sykehus i Drammen (PNSD) gir en beskrivelse av hva prosjektet nytt sykehus i Drammen omfatter, hvordan styringsstrukturen er bygget opp, hvilke aktører som inngår i prosjektet, hvilke retningslinjer som er lagt til grunn for samarbeidet, samt hvilket ansvar og fullmakter som er tillagt de ulike aktørene. Videre redegjøres det for prosjektets mål og strategier for å nå målene, samt de sentrale styringsverktøyene. Dokumentet er et overordnet styringsdokument for gjennomføring av prosjektet og skal gi retningslinjer både for utbyggingsprosjektet og driftsorganisasjonen.

Ved revisjon av dokumentet er det kun gjort endringer direkte knyttet opp mot endret organisering og ledelse av prosjektet nytt sykehus i Drammen. Videre er «felles styreseminar» i figur for samhandlingsstruktur fjernet.

Prosedyre for samhandling mellom Vestre Viken HF og Prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF for nytt sykehus i Drammen, tydeliggjør roller, ansvar og samhandlingsstruktur mellom Vestre Viken HF og PNSD i arbeidet med nytt sykehus. I dette dokumentet er det kun gjort mindre endringer mht. deltakelse fra de enkelte parter.

Prosedyre for prosjektendringer skal sikre strukturert og enhetlig behandling av endringsforslag i prosjektet. Endringer fremmes enten av Vestre Viken HF, PNSD eller Helse Sør-Øst RHF. Prosedyren beskriver prosessen for prosjektendringer som kan håndteres innenfor prosjektets budsjett. I tillegg sikrer prosedyren at konsekvenser av endringene blir vurdert og beskrevet i beslutningsgrunnlaget, og at sakene kommer raskt opp til behandling og beslutning.

Prosedyren er endret fra å være for programendring til prosjektendring, jfr. styringsdokumentets betegnelse om endringer. Det er gjort endringer på en figur for å tydeligere illustrere arbeidsflyt i en endringsprosess.

Dokumentet *Prosedyre for samhandling mellom Vestre Viken HF og Prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF for nytt sykehus i Drammen*, revideres og oppdateres fortløpende iht. endringer og utvikling av byggeprosjektet. Sentralt styringsdokument er mer statisk og eventuelle senere endringer vil bli lagt fram for styret til orientering.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør vurderer at reviderte styringsdokumenter sikrer styringsstrukturen i prosjektet, og at gjeldene revisjon gjenspeiler endringer knyttet opp mot endret organisering og ledelse av prosjektet nytt sykehus i Drammen.

Administrerende direktør legger oppdaterte dokumenter frem for styret til orientering.

Vedlegg:

1. NSD-0000-Z-AA-0002_04_G_Sentralt styringsdokument
2. NSD-0000-Z-PR-0003_09_G_prosedyre for samhandling
3. NSD-0000-Z-PR-0025_G_02_prosedyre for prosjektendringer

Prosjekt:

Nytt sykehus i Drammen

Tittel:

Sentralt styringsdokument for Prosjekt nytt sykehus i Drammen (PNSD)

04	Oppdatert etter ny organisering	12.02.21	FRL	ARH	ARH	
03	Oppdatert etter tilbakemeldinger fra prosjektstyret	16.05.19	ARH	ØYL	DAB	
02	Oppdatert etter tilbakemeldinger fra prosjektstyret	23.04.19	ARH	ØYL	DAB	
01	Foreløpig utgave til intern høring	15.03.19	ARH	ØYL	DAB	
Rev.	Beskrivelse	Rev. Dato	Utarbeidet	Kontroll	Godkjent	
Kontraktor/leverandørs logo:		Bygg nr:	Etasje nr.:	Systemgr.:	Antall sider: Side 1 av 33	
Prosjekt:	Utgivernr:	Fag:	Dok.type:	Løpenr.:	Rev.nr.:	Status:
NSD	0000	Z	AA	0002	04	G

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	4
2	Prosjektomfang.....	4
2.1	Styrende dokumenter.....	4
2.2	Prosjektets faser.....	4
3	Definisjoner.....	5
4	Visjon, verdier og mål.....	5
4.1	Verdier.....	6
4.2	Prosjekt mål.....	7
4.3	Suksessfaktorer.....	9
4.4	Suksesskriterier.....	10
5	Organisering.....	10
5.1	Prosjektstyret.....	10
5.2	Prosjektorganisasjonen.....	10
6	Samhandling.....	13
6.1	Driftsorganisasjon.....	13
6.2	Samarbeid prosjekt – sykehus.....	14
7	Fokusområder.....	15
7.1	PNSD skal fremstå som en profesjonell byggherreorganisasjon.....	15
7.2	Prosjektet skal oppfylle følgende seriøsitetkrav.....	16
7.3	Digital bygging.....	16
7.4	Utstyr.....	16
7.5	Kvalitetssikring og sikkerhet, helse og arbeidsmiljø (SHA).....	17
7.6	Energi og miljø.....	17
7.7	Prosjektering.....	18
7.8	IKT.....	18
8	Gjennomføringsstrategi.....	19
8.1	Risiko- og usikkerhetsstyring.....	20
8.2	Entreprisestrategi.....	20
8.3	Prosjekt nedbrytningsstruktur og planmodell.....	22

8.4	Tidsplanlegging, fremdriftsoppfølging og rapportering	24
8.5	Hovedfremdriftsplan.....	25
8.6	Sluttfasen – overordnede prinsipper.....	26
9	Kommunikasjonsstrategi	28
10	Endringshåndtering.....	28
10.1	Premissendring	28
10.2	Prosjektendringer	28
10.3	Kontraktsendringer	29
11	Fullmakter og budsjett	29
11.1	Fullmaktsmatrise.....	29
11.2	Budsjettdokument.....	29
11.3	Likviditetsbudsjett.....	29
11.4	Prisregulering av kostnadsramme	29
12	Prosjektstyring.....	30
12.1	Styringsverktøy	30
12.2	Prosjektregnskap og fakturabehandling	30
12.3	Rapportering.....	30
13	Vedlegg.....	31

1 Innledning

Dette dokumentet gir en beskrivelse av hva Prosjektet nytt sykehus i Drammen (PNSD) omfatter, hvordan styringsstrukturen er bygget opp, hvilke aktører som inngår i prosjektet, hvilke retningslinjer som er lagt til grunn for samarbeidet, samt hvilket ansvar og fullmakter som er tillagt de ulike aktørene. Videre redegjøres for prosjektets mål og strategier for å nå målene, samt de sentrale styringsverktøyene.

Dette dokumentet skal være et overordnet styringsdokument for gjennomføring av prosjektet, og skal gi retningslinjer både for utbyggingsprosjektet og driftsorganisasjonen.

2 Prosjektomfang

Nytt sykehus i Drammen skal etableres som en erstatning for dagens sykehus i Drammen, avdelingene for psykisk helsevern på Blakstad, samt noen mindre lokaliteter tilknyttet psykisk helsevern og rus.. Prosjektet har en brutto arealramme på ca. 122.000 m2

Prosjektet skal også etablere nødvendig infrastruktur for tilknytning til riksvei 282 med undergang under eksisterende jernbanelinje, samt kollektivtrafikk.

For øvrig er prosjektets omfang definert i godkjent forprosjekt, samt de føringer og forutsetninger som fremkommer av vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF (ref. styresak 017/2019).

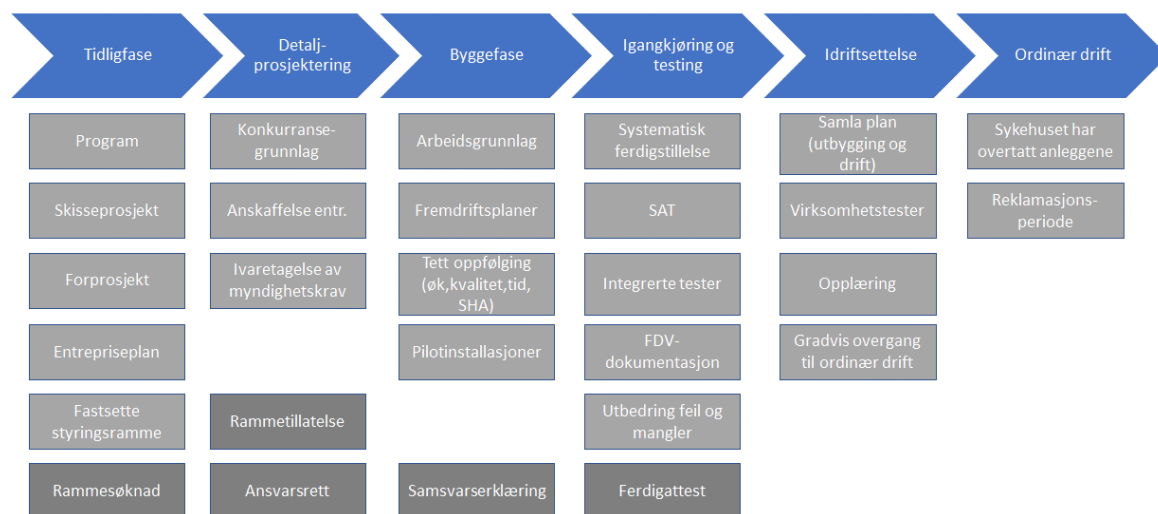
2.1 Styrende dokumenter

Følgende dokumenter skal være styrende for gjennomføringen av prosjektet:

- Styrevedtak 017-2019 i Helse Sør-Øst hvor forprosjektrapporten ble godkjent.
- Dette styringsdokumentet

2.2 Prosjektets faser

Prosjektgjennomføringen er delt i seks hovedfaser. Ved godkjenning av dette dokumentet i april 2019 er prosjektet i fasen for detaljprosjektering.



3 Definisjoner

Eier: Helse Sør-Øst RHF. Det regionale helseforetak som har iverksatt utbyggingen, og fastlagt rammer og forutsetninger for realiseringen.

Nytt sykehus i Drammen: Betegnelsen som benyttes for å omtale det nye sykehuset som er under etablering.

Prosjekt nytt sykehus i Drammen (PNSD): Betegner prosjektorganisasjon som er etablert for å gjennomføre prosjektet i henhold til de rammer og forutsetninger som er gitt av styret i Helse Sør-Øst RHF. Prosjektorganisasjon rapporterer til et prosjektstyre, som er gitt eget mandat av styret i Helse Sør-Øst RHF.

Sykehusbygg HF: Engasjert av Helse Sør-Øst RHF for å gjennomføre byggeprosjektet og være byggherres representant.

Byggherre: Helse Sør-Øst RHF, utøvet av prosjektorganisasjonen Prosjekt nytt sykehus i Drammen.

Vestre Viken HF: Helseforetaket som eier og er ansvarlig for driften av dagens sykehus og som skal overta det nye bygget. Forkortes til VVHF.

Vestre vikens prosjektorganisasjon: Vestre Viken HF har etablert et mottaksprosjekt som er ansvarlig for å forberede overtakelse og innflytting i det nye bygget. Forkortes til VV-NSD.

Leverandør/Entreprenør: En virksomhet (organisasjon) som har en spesifisert leveranse (tjeneste eller produkt) i henhold til en kontrakt med prosjektorganisasjonen. Når det er nødvendig for forståelsen, brukes begrepene "de prosjekterende" og "de utførende" (rådgivende ingeniører, arkitekter, utstyrsleverandører, entreprenører mv.).

Ansatte: Samlebetegnelse på alle som inngår i organisasjonen VVHF og som ivaretar medisinsk/klinisk virksomhet, forsknings- og utdanningsvirksomhet og teknisk og administrativ drift. Begrepet inkluderer vernetjeneste og tillitsvalgte. Ansatte er trukket inn i prosjektarbeidet i forprosjektfasen for å medvirke til å sikre gode og funksjonelle løsninger, samt at prosjektet får en god forankring i driftsorganisasjonen. I senere faser vil aktivitetene også omfatte utstyrsanskaffelser, testing, utprøving, forberedelser til drift mv. Disse aktivitetene betegnes som medvirkning fra ansatte, også kalt medarbeidermedvirkning.

Brukere: Brukere av sykehusets tjenester (pasienter, pårørende eller pasientorganisasjoner). Representanter fra brukerne vil bli trukket inn i prosjektarbeidet for å medvirke til premissavklaringer, universell utforming mv for å sikre at løsningene er tilpasset brukernes behov. Medvirkningen fra brukerne vil bli gjennomført via representative organer. Det etableres et eget brukerutvalg som skal følge opp prosjektet fra avsluttet forprosjekt.

4 Visjon, verdier og mål

Dette kapittelet beskriver hensikten med prosjektet (det vil si hvilke mål som er satt for sykehuset etter at det er tatt i bruk/hva utbyggingen skal lede frem til), samt at det definerer krav og rammebetingelser prosjektet skal gjennomføres innenfor.

Helse Sør-Øst RHF har definert følgende visjon:

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

4.1 Verdier

Prosjekt nytt sykehus i Drammen sine verdier er basert på Helse Sør-Øst RHF sitt verdisett; kvalitet, trygghet og respekt. For prosjektets virksomhet er følgende verdier styrende:

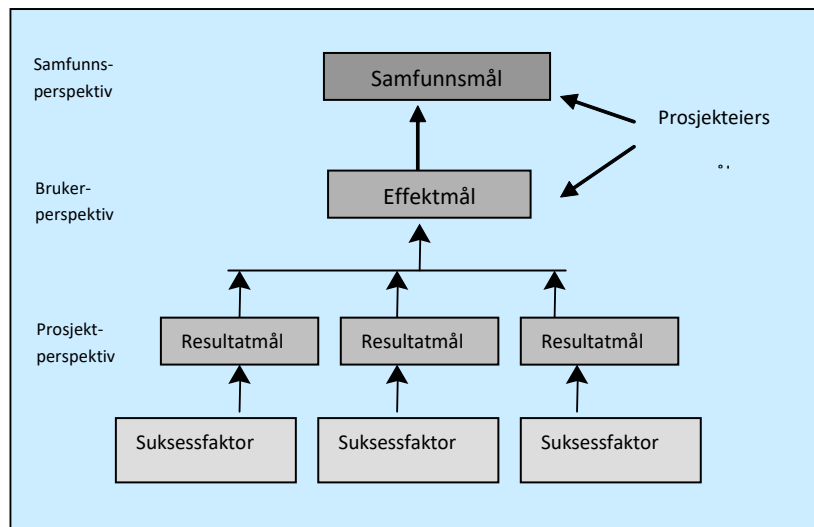
Verdier	Hos oss betyr dette:
Åpenhet og involvering	Åpen, ærlig og direkte kommunikasjon. Viktige samarbeidsparter skal involveres i arbeidet på en hensiktsmessig måte, slik at produktet sikres god forankring og slik at viktige premisser tilføres utviklingen av prosjektet.
Kunnskap og kvalitet	Det skal sikres tilgang til høyt kompetente ressursmiljøer i planleggingen av nytt sykehus i Drammen både i egen organisasjon og fra eksterne leverandører. Leveransene skal holde høy faglig kvalitet og være basert på kunnskap og erfaring nasjonalt og internasjonalt. Det skal benyttes kjent, velprøvd og robust teknologi, og det skal tilstrebes en nøktern standard. Erfaring fra andre prosjekter skal benyttes for å finne de beste løsningene. Likeledes skal prosjekt Nytt sykehus i Drammen bidra til at det utvikles kompetanse og kunnskap i Helse Sør-Øst RHF som kan overføres til senere prosjekter.
Respekt og forutsigbarhet	Vi har respekt for rammene i prosjektet og våre samarbeidspartnere, og holder de avtaler vi inngår.

Verdiene er rettesnorer for hvordan den interne samhandlingen i egen organisasjon skal skje, og for hvordan organisasjonens omdømme mot omverdenen skal være. Verdiene skal kommuniseres videre til prosjektets leverandører og danne et felles rammeverk for samhandling og kommunikasjon i prosjektet.

4.2 Prosjektmål

Målene beskriver hva prosjektet konkret skal oppnå, i form av et målhierarki som beskriver samfunns mål, effektmål og resultatmål.

Figuren til høyre illustrerer dette målhierarkiet. Ved eventuell målkonflikt på et lavere nivå (eksempelvis hvor styringspremissen kostnad fremfor tid og kvalitet innenfor resultatmål for PNSD ikke kan anvendes), må beslutning tas ut fra beslutningens påvirkning på mål på overordnet nivå.



4.2.1 Samfunns mål

Samfunns målene beskriver hvilken samfunnsutvikling prosjektet skal bygge opp under og reflekterer eiers målsetting med utbyggingen.

Samfunns målene for nytt sykehus i Drammen er i mandatet til prosjektstyret (dok.ref. NSD-0200-18-0001) definert som følger:

- *Samfunns målet er å sikre langsiktige løsninger for å oppnå et behandlingsmessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sykehus tilbud til befolkningen i opptaksområdet samlet sett.*

4.2.2 Effektmål

Effektmålene er knyttet til prosjektets betydning for pasienter, pårørende og ansatte.

Nytt sykehus i Drammen skal:

- Sikre fleksibilitet til å møte fremtidens økte demografisk behov, og endringer i pasientbehandlingen
- Sikre høy kvalitet i pasientbehandlingen
- Støtte opp under bedre samhandling
- Fremstå som et attraktivt sykehus for pasienter, ansatte og pårørende
- Være lett tilgjengelig for pasienter, ansatte og pårørende
- Understøtte miljømessige målsettinger

Resultatmål

Resultatmålene er knyttet til løsningen som prosjektet skal frembringe, og er de målsettinger som prosjektorganisasjonen (PNSD) skal måles etter.

Resultatmålene er definert som følger (presenteres i prioritert rekkefølge):

Kostnad	Nytt sykehus i Drammen skal realiseres innenfor styringsrammen.
Kvalitet	<p>Prosjektet følger nasjonale og regionale strategiske føringer, herunder foretaksgruppens BIM-strategi og klima- og miljømål som tilsier energiklasse A og passivhusstandard.</p> <p>Funksjonalitet og standarder, kvaliteter og spesifikasjoner som fremgår av forprosjekt for nytt sykehus i Drammen skal ivaretas i prosjektgjennomføringen.</p> <p>Det skal tilstrebes å velge de løsninger som totalt sett gir de laveste årskostnader og gunstigste drifts- og vedlikeholdskostnader, samtidig som prosjektets rammer for kvalitet, omfang, tid og økonomi oppfylles. Det er forutsatt at sykehuset skal etableres med en nøktern og robust standard, basert på kjent teknologi.</p>
Tid	Byggestart skjer høsten 2019 og bygget skal være ferdigstilt slik at sykehuset er i full drift første halvår 2025.
Sikkerhet, helse- og arbeidsmiljø (SHA)	<p>Hensyn til sikkerhet, helse og arbeidsmiljø skal, i alle faser og på alle nivåer ved utbyggingen, prioriteres på lik linje med funksjonelle, tekniske og økonomiske hensyn, og innarbeides i all planlegging og utførelse.</p> <p>Selve utbyggingsarbeidene skal planlegges og gjennomføres uten alvorlige hendelser, skader på eller tap av person, materiell eller miljø.</p>
Ferdigstilling og ibruktakelse	<p>Sykehuset skal overleveres uten feil og mangler som påvirker grunnlaget for en stabil drift.</p> <p>For å sikre en trygg overgang mellom utbygging og drift og en robust igangsettelse av nytt sykehus, skal det tidlig etableres et felles rammeverk for hvordan arbeidet i denne fasen skal gjennomføres som omfatter alle aktører som er involvert i arbeidet.</p>

4.3 Suksessfaktorer

Viktige suksessfaktorer for et vellykket prosjekt er:

- at rammebetingelsene for prosjektet er avklarte og entydige
- et tilstrekkelig gjennomarbeidet og godt forankret forprosjekt innenfor godkjente rammer
- at det er utviklet et styringsopplegg og en prosjektorganisasjon som til enhver tid er tilpasset de ulike fasene av prosjektet

Prosjekt nytt sykehus i Drammen vil spesielt legge vekt på:

- høy kompetanse i alle ledd av organisasjonen
- effektiv og beslutningsdyktig prosjektorganisasjon
- tydelig organisering og klart definerte fullmakter og rapporteringsansvar
- god ledelse
- prosjektkultur basert på respekt, lojalitet og samarbeid
- samlokalisering av prosjektorganisasjon, rådgivere og byggeledelse
- tverrfaglig samarbeid som ivaretar helheten for prosjektet
- klare mål og prioriteringer skal være godt forankret i organisasjonen
- målrettet og effektiv usikkerhets- og risikostyring
- helhetlig og gjennomarbeidet kvalitetssystem som gir tiltro til at kvalitet ivaretas i alle ledd samt strenge krav til SHA
- entydig og tilgjengelig informasjon til alle aktører på ulike nivåer i prosjektet
- etterrettelig og korrekt informasjon om prosjektet til eksterne aktører (publikum, media, byggebransjen)
- anbudsdokumentasjon med høy kvalitet som reflekterer profesjonalitet i organisasjonen
- systematisk oppfølging av risiko
- tillits- og samarbeidsorientert kommunikasjon med de aktuelle aktører for prosjektgjennomføringen gjennom alle fasene av prosjektet, herunder spesielt tett og løpende dialog med Vestre Viken HF
-
- tidlig planlegging av sluttfasen for å sikre en strukturert og trygg overgang mellom utbygging og drift

Innsatsfaktorene vil variere avhengig av hvilken fase prosjektet er i. Prosjektet vil gjennomføre, oppdatere og følge opp usikkerhetsanalyser og fokusere på de til enhver tid viktigste innsatsfaktorene.

4.4 Suksesskriterier

Viktige suksesskriterier for Nytt sykehus i Drammen er:

- Sykehuset etableres innenfor forutsatt kostnadsramme og ferdigstilles til avtalt tid
- Prosjektet har ikke medført skader på mennesker, miljø eller materiell i gjennomføringsfasen
- Helse Sør-Øst RHF og Sykehusbygg HF øker sin kompetanse på planlegging og gjennomføring av store sykehusprosjekter
- Nødvendig kompetanse beholdes i prosjektorganisasjonen gjennom prosjektforløpet

5 Organisering

5.1 Prosjektstyret

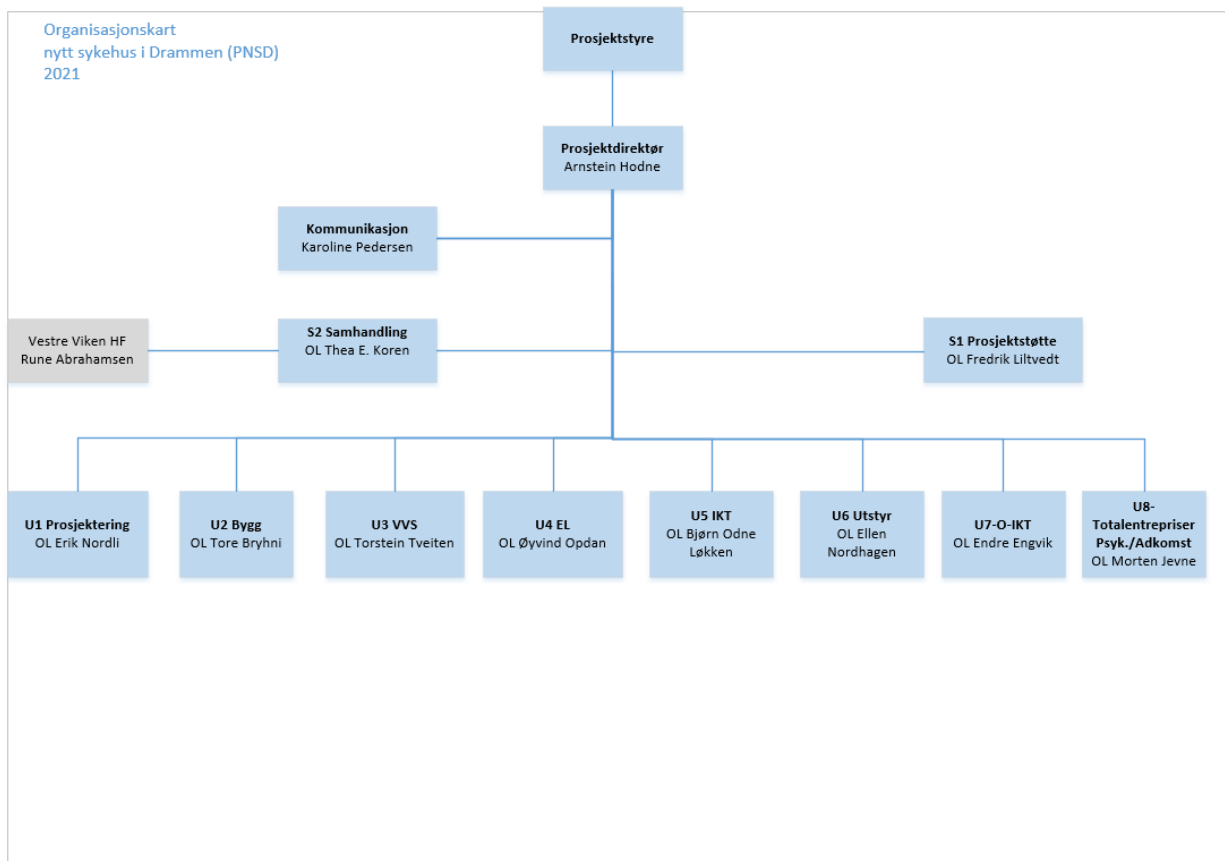
Helse Sør-Øst RHF har oppnevnt et eget prosjektstyre (PS) med ansvar for å gjennomføre prosjektet i tråd med de rammer og forutsetninger som er lagt til grunn av styret i Helse Sør-Øst RHF. Prosjektstyret rapporterer til administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.

Prosjektstyret avholder regelmessige møter, ca. en gang pr. måned, eller ved behov. Prosjektstyret er gitt eget mandat fra administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.

5.2 Prosjektorganisasjonen

Helse Sør-Øst RHF har besluttet å etablere en egen prosjektorganisasjon til å gjennomføre prosjektet jamfør godkjent mandat. Det er lagt til grunn at prosjektorganisasjonen bygges opp med ressurser fra Sykehusbygg HF. Prosjektorganisasjonen er bygget gradvis opp fra 2016, i takt med prosjektets behov for ressurser.

Prosjektorganisasjonen er organisert på følgende måte:



Figur 2: Organisasjonskart PNSD

Prosjektorganisasjonen er etablert for å ivareta ansvaret for å planlegge og styre prosjektet i alle faser frem til sykehuset er klart for overlevering til driftsorganisasjonen. Prosjektet ledes pr. januar 2021 av prosjektdirektør

Kommunikasjonsansvarlig skiller ut som en stabsfunksjon. Kommunikasjonsansvarlig skal følge opp prosjektets eksterne og interne kommunikasjon, og bygge opp en felles informasjonsbase om prosjektet.

De ulike områdene ledes av en områdeleder og er tillagt følgende ansvar:

S1 Prosjektstøtte: Området skal være en støtte for prosjektdirektør og de andre områdene i prosjektet, med hovedoppgave å utvikle og sikre god økonomi- og fremdriftsstyring. Herunder inngår å etablere og vedlikeholde en god prosjektstyringsbasis gjennom blant annet prosjektstruktur (PNS), kostnadskalkyler, budsjetter, tids- og fremdriftsplaner og system for kvalitetssikring. Område skal bidra til å etablere gode rutiner for endringsstyring og prognostisering, samt rutiner for SHA og KS-aktiviteter og tilstrekkelige administrative støttefunksjoner. Bidra til å få etablert et velfungerende opplegg for planlegging, oppfølging og rapportering av fremdrift og kostnader, både av inngåtte kontrakter og det samlede prosjekt. Bidra til å etablere kontraktsstruktur og administrative kontraktsdokumenter. Ansvarlig for å koordinere månedlig statusrapportering. Området skal ha særlig fokus på grensesnittproblematikk mellom de forskjellige leveranser og fagområder i

prosjektgjennomføringen. Etablere et robust opplegg for testing, stabilisering og klargjøring for drift og sikre at dette er koordinert med områdene og med VVHF for innflytting og ibruktakelse.

S2 Samhandling: Ansvarlig for å strukturere samarbeidet med sykehuset og andre samarbeidspartnere og følge opp dette slik at prosjektet får en god forankring i driftsorganisasjonen. Samhandlingen skal sikre at de prosjekterende får nødvendige avklaringer i det løpende prosjekteringsarbeidet. I slutfasen skal området understøtte de arbeidsprosessene som skal planlegges og gjennomføres, i nært samarbeid med øvrige delområder.

U1 Prosjektering: Området skal styre prosjekteringsgruppen og sikre at prosjekteringen gjennomføres i henhold til forutsatte rammer og mål (kostnad, kvalitet og fremdrift). Ansvarlig for at nødvendig myndighetsoppfølging blir ivaretatt og ansvarlig for kvalitetssikring av prosjekteringsarbeidet.

U2 Bygg: Området er tillagt ansvaret for å styre den totale gjennomføringen av bygningsmessige arbeider, inklusiv utomhus og infrastrukturprosjekter, inklusive kommunale veier og anlegg gjennom anleggsbidragsavtaler med Drammen kommune og Lier kommune. Områdeansvarlig skal sikre at grensesnitt ivaretas mot andre fag og delområder, slik at produktet utvikles i henhold til vedtatte rammer for kostnad, tid og kvalitet. Ansvarlig for å følge opp SHA og KS-aktiviteter hos kontraherte entreprenører/leverandører.

U3 VVS: Området er tillagt ansvaret for å styre den totale gjennomføringen av alle tekniske installasjoner innen vann avløp, gass og ventilasjon og skal sikre at både interne og eksterne grensesnitt ivaretas slik at det etableres helhetlige og funksjonelle løsninger. Sørge for en god og koordinert fremdrift av arbeidene, samt for testing, klargjøring og idriftsettelse av anleggene, i henhold til gjeldende planer og forutsetninger på området. Etablere et robust opplegg for testing, stabilisering og klargjøring for drift og sikre at dette er koordinert i forhold til felles planverk for slutfasen.

Ansvar for å følge opp miljøtiltak både knyttet til håndtering av den spesielle forurensningssituasjonen på byggetomten, og miljøtiltak i byggeprosessen.

U4 Elektro: Området er tillagt ansvaret for å styre den totale gjennomføringen av alle tekniske installasjoner innen elektro, automatisering og IKT infrastruktur og skal sikre at både interne og eksterne grensesnitt ivaretas slik at det etableres helhetlige og funksjonelle løsninger. Sørge for en god og koordinert fremdrift av arbeidene, samt for testing, klargjøring og idriftsettelse av anleggene, i henhold til gjeldende planer og forutsetninger på området. Etablere et robust opplegg for testing, stabilisering og klargjøring for drift og sikre at dette er koordinert i forhold til felles planverk for slutfasen.

U5 IKT: Området skal sikre at det etableres en helhetlig IKT-løsning for bygnære IKT-leveranser i nytt sykehus i Drammen i tråd med godkjent IKT-plan. Arbeidet skal gjennomføres i et samarbeid med Avdeling for teknologi og eHelse i Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner og VVHF. Området skal sørge for at leveransene koordineres og styres i henhold til forutsatte planer, og at interne og eksterne grensesnitt ivaretas. Ansvarlig for gjennomføring av prosjektet sine

leveranser innen IKT. Etablere et robust opplegg for testing, stabilisering og klargjøring for drift og sikre at dette er koordinert i forhold til felles planverk for slutfasen.

U6 Utstyr: Området er tillagt ansvaret for at det utarbeides et komplett program for funksjonsutstyr i henhold til gitte rammer og forutsetninger, og at dette er koordinert med driftsorganisasjonen.

Byggherren styrer utstyrsrådgiverne (RUT) direkte. RUT har flere grensesnitt mot de øvrige prosjekterende som skal avklares og ivaretas i prosjekteringsarbeidet. dRofus definerer grensesnitt mellom byggutstyr og brukerutstyr.

Området skal bidra til at grensesnitt mot henholdsvis IKT, teknikk og bygg ivaretas i planleggingen. Utstyrsanskaffelsene skal gjennomføres i henhold til godkjent program, og sikre at leveransene koordineres mot øvrige delområder i prosjektet. Området skal bidra til å etablere et robust opplegg for testing og klargjøring for drift og sikre at dette er koordinert i forhold til felles planverk for slutfasen.

U7 Ikke bygnær IKT: Området skal sikre at det etableres en helhetlig IKT-løsning for Nytt sykehus i Drammen i tråd med godkjent IKT-program. Arbeidet skal gjennomføres i et samarbeid med Avdeling for teknologi og eHelse i Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner og VVHF. Området skal sørge for at leveransene koordineres og styres i henhold til forutsatte planer, og at interne og eksterne grensesnitt ivaretas. Ansvarlig for gjennomføring av PNSD sine leveranser av Ikke bygnær IKT. Det vil bli etablert et robust opplegg for testing, stabilisering og klargjøring for drift som skal sikre at dette er koordinert i forhold til felles planverk for slutfasen.

U8 Totalentrepriser Psykiatri/Adkomstbygg: Området har ansvar for å gjennomføre bygging av psykiatribyggene og adkomstbygget. I henhold til entreprisestrategien skal dette gjennomføres som totalentrepriser. Dette innebærer andre krav til innhold i kontraktsdokumenter, annen bemanning innenfor området og andre rutiner for samhandling enn for de andre bygningsavsnittene i prosjektet. Grensesnitt mot tverrgående tekniske totalentrepriser må ivaretas. Området ledes av en områdeleder U8.

6 Samhandling

6.1 Driftsorganisasjon

Vestre Viken HF skal utvikle organisasjonen slik at den tilpasses det nye bygget, ny teknologi og nytt utstyr. Det er lagt til grunn at sykehuset skal kunne effektivisere driften etter at sykehuset er tatt i bruk.

Vestre Viken skal opprette et utviklingsprosjekt som skal bidra til å utvikle konkrete planer for den nye sykehusorganisasjonen, tilpasset de funksjonsløsninger, medisinsk teknisk utstyr og tekniske løsninger som skal etableres. Formålet er at en gjennom dette finner de beste løsningene for framtidsrettet pasientbehandling og gode arbeidsmåter. I tillegg skal prosjektet sikre tidlig planlegging og konkrete planer for innflytting, opplæring og utprøving.

Videre fristiller sykehuset ressurser i egen organisasjon slik at det sikres nødvendig deltakelse i arbeidet med prosjektet (medvirkningsprosess).

6.2 Samarbeid prosjekt – sykehus

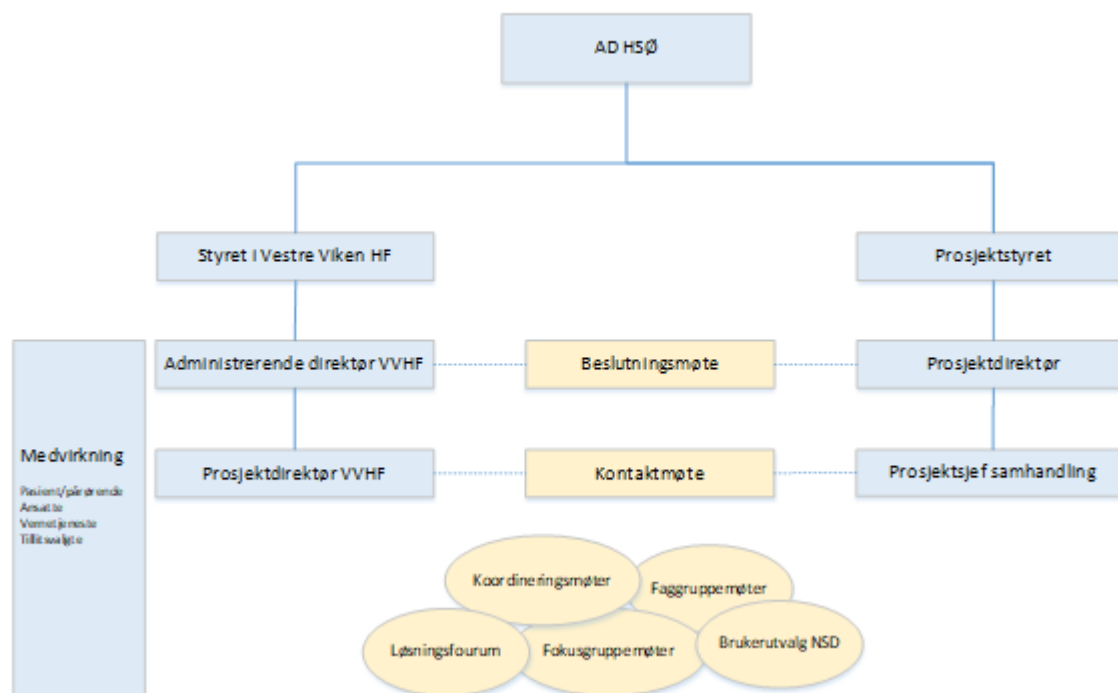
Samarbeidet mellom driftsorganisasjonen Vestre Viken HF (VVHF) og prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF (PNSD) for planlegging og bygging av nytt sykehus i Drammen (NSD) er basert på forutsetninger gitt av prosjekteier og har som formål å oppnå:

- at pasientens helsetjeneste og de ansattes arbeidsplass blir ivaretatt med funksjonsdyktige, pasientvennlige og driftsøkonomiske løsninger i sykehuset
- engasjement, forankring og eierskapsfølelse hos Vestre Viken HF som grunnlag for god og vellykket organisasjonsutvikling og drift
- et godt arbeidsmiljø for sykehusets ansatte

Dette skal skje ved planlagt og god samhandling mellom Vestre Viken HF med sin interne prosjektorganisasjon og PNSD, samt strukturerte prosesser for medvirkning. Til grunn for arbeidet ligger forprosjektrapporten, konseptrapport og styresaker i Helse Sør-Øst RHF om planer for nytt sykehus i Drammen.

Medvirkningen skal ivareta samhandling, koordinering og helhetstenkning på en slik måte at utvikling og muligheter mellom sykehus, klinikker og andre samarbeidsparter (Sykehusapoteket HF, Sykehuspartner HF, med flere) blir belyst og ivaretatt. Medvirkning fra brukerorganisasjonene, ansatte, ansattes organisasjoner og vernetjeneste i utforming av konsept og løsninger gjennomføres med fokusgrupper. Medvirkning knyttet til øvrige beslutninger, organisasjonsutvikling og gevinstrealiseringsplaner ivaretas i den ordinære strukturen i VVHF. Medvirkningen tilrettelegges og gjennomføres slik at de overordnede økonomiske og fremdriftsmessige rammer som er gitt for prosjektet kan overholdes.

Det er utarbeidet en prosedyre for samhandling mellom Vestre Viken HF og prosjektorganisasjonen for bygging av nytt sykehus i Drammen. Formålet med samhandlingsprosedyren er å tydeliggjøre roller, ansvar og samhandlingsstruktur mellom driftsorganisasjonen og prosjektorganisasjonen i arbeidet med nytt sykehus i Drammen. Foretaket VVHF med samarbeidsparter tilfører kunnskap og erfaring til prosjektorganisasjonen gjennom deltagelse i detalj-, kontraherings- og slutfase for prosjektet. Følgende struktur er etablert for samarbeid mellom PNSD og VVHF:



Figur 3: Samhandlingsstruktur

Som hovedregel er det lagt opp til at alle saker løses innenfor rammene av ovennevnte samarbeidsstruktur. Dersom det skulle være saker som ikke lar seg løse innenfor rammene av samarbeidsstrukturen, og som påvirker rammer og forutsetninger for prosjektet, skal disse fremmes via de ordinære beslutningslinjene for henholdsvis helseforetak og prosjektorganisasjon.

7 Fokusområder

7.1 PNSD skal fremstå som en profesjonell byggherreorganisasjon

Sykehusbygg HF er engasjert av Helse Sør-Øst RHF for å gjennomføre byggeprosjektet. Som en nasjonal aktør vil Sykehusbygg HF tilstrebe å fremstå som en profesjonell aktør i alle sammenhenger. Dette innebærer at det stilles høye krav til åpenhet, forutsigbarhet, etterrettelighet og integritet.

Prosjektorganisasjonen skal velge etterprøvbare løsninger basert på evidensbasert kunnskap. Ved å gjenbruke erfaringer fra tidligere utbyggingsprosjekt i Helse Sør-Øst og fra Sykehusbygg HF kan prosjektet medvirke til å effektivisere arbeidsprosesser og standardisere løsninger. Dette skal gi større forutsigbarhet, reduksjon i antall endringer og gi bedre kvalitet på leveransen til Vestre Viken HF.

7.2 Prosjektet skal oppfylle følgende seriøsitetskrav

Arbeidslivskriminalitet og sosial dumping er et stort problem innen byggenæringen. Som en stor offentlig aktør vil prosjektet fokusere på å etablere strukturer som reduserer sannsynligheten for at useriøse aktører slipper til som leverandør til byggeprosjektet. Dette gjøres gjennom et tett samarbeid med Politiet, Arbeidstilsynet, Skatteetaten og fagbevegelsen.

Det vil i kontraktsbestemmelsene legges inn som et krav at det innhentes utvidet skatteattest, også for underleverandører. Det vil bli gjennomført hyppige kontroller på byggeplass for å sikre at kun registrerte arbeidere med lovlig arbeidstillatelse får tilgang til byggeplass.

Det er en målsetting om at minimum 40% av arbeidstidene utføres av faglærte håndverkere. For å bidra til økt utdanningskapasitet for fagarbeidere, vil det der det er relevant, stilles som krav at minst 7% av de utførte arbeidstidene skal utføres av lærlinger jf. Opplæringslova §4-1.

7.3 Digital bygging

Modellbasert prosjektering innebærer at BygningsInformasjonsModeller (BIM) brukes aktivt i prosjekteringsarbeidet for å oppnå bedre oppgaveforståelse, prosjektering, koordinering, kommunikasjon og kvalitetssikring i prosjektet og ikke bare til tegningsproduksjon.

Det er lagt til grunn at modellbaserte verktøy tas i bruk og benyttes aktivt i alle faser av prosjektet, både når det gjelder ansattmedvirkning, prosjektering og gjennomføringsfasen. Prosjektet har som målsetting å utvide bruken av BIM slik at hele byggeprosessen foregår digitalt uten utskrift av tegninger på papir. Dette skal gjennomføres ved å gjøre modellen som utvikles av prosjekteringsteamet tilgjengelig på byggeplass. Prosjektet skal tilrettelegge den digitale modellen slik at VVHF kan benytte denne som basis for fremtidig drift og forvaltning.

BIM skal benyttes som basis for gjennomgang og avklaring av ulike løsningsalternativ, slik at bygningsmessige og kostnadmessige konsekvenser raskt kan analyseres. BIM skal også benyttes som basis for grensesnittshåndtering og kontroll.

Det er lagt til grunn at de tre grunnelementene for åpen BIM (lagringsformat, terminologi og prosess) skal benyttes som grunnlag for effektiv digital informasjonsutveksling mellom byggherre, prosjekterende, entreprenør, driftsorganisasjon og andre aktører. All programvare som benyttes av prosjekteringsgruppen skal som prinsipp kunne kommunisere med åpen BIM formatet IFC, og avvik fra dette skal aktivt begrunnes.

7.4 Utstyr

Det vil legges vekt på å anskaffe den beste teknologien tilgjengelig ut fra de økonomiske rammene som er gitt. I tillegg vil prosjektet ha et betydelig fokus på at de utstyrsleveransene som gjennomføres skal støtte opp om effektive arbeidsprosesser for helsepersonell og fremme god pasientbehandling.

Generelt går utviklingen mot at medisinsk-teknisk utstyr blir mer automatisert og digitalisert. Det vil stilles krav til at utstyr skal kunne integreres mot de regionale og lokale IKT-løsningene som er i bruk eller planlegges tatt i bruk på VVHF, og at lokale, regionale og nasjonale krav til sikkerhet, strukturert pasientoppfølging og kvalitet oppfylles.

Det er forutsatt at VVHF skal bidra med utstyr tilsvarende 29% av bruttokalkylen fra Hovedprogram utstyr. Kartlegging av dette utstyret ivaretas av sykehuset. Alt utstyr inkludert overflyttbart utstyr registreres i prosjektets utstyrsdatabase (bruttoprogram). Det vil bli utarbeidet et netto utstyrsprogram hvor utstyr fra VVHF er indentifisert og trukket fra bruttoprogrammet. Netto utstyrsprogram anskaffes innenfor rammen til PNSD.

Det er behov for et tett samarbeid med VVHF i gjennomføring av utstyrsprosjektet og ansattmedvirkningen er omfattende både i planleggings- og anskaffelsesfasen. Det utarbeides en felles anskaffelsesplan med ansvarsfordeling. Planen koordineres med planer for regionale og nasjonale utstyrsanskaffelser i perioden. Anskaffelsesplanen følges opp og oppdateres jevnlig fram til utstyrsanskaffelsene er gjennomført.

7.5 Kvalitetssikring og sikkerhet, helse og arbeidsmiljø (SHA)

Prosjekt nytt sykehus i Drammen skal utvikle og etterleve et kvalitetssystem som er basert på de overordnede mål for prosjektet. Det skal iverksettes planlagte og systematiske aktiviteter (kvalitetskontroll/-revisjoner) som en del av kvalitetssystemet for å sikre nødvendig tiltro til at alle ledd i organisasjonen oppfyller kravene til kvalitet. Det skal stilles krav til alle kontraktsparter om at de har og etterlever kvalitetssystemer som samsvarer med Helse Sør-Øst RHF og prosjektets kvalitetspolitikk.

Prosjektet skal ha en standard for sikkerhet, helse og arbeidsmiljø som bidrar til at risikoeksponeringen for personer, miljø og materiell under gjennomføring av prosjektet og senere ved drift av sykehuset, blir så lav som mulig. Dette blant annet ved at:

- alle virksomheter som får oppdrag for prosjektet skal ha et implementert og fungerende internkontrollsystem for SHA
- mål om ingen alvorlige skader i byggeperioden med fravær dagen etter (H=0)
- optimalisere rekkefølge på aktiviteter i byggeprosessen som et virkemiddel for å unngå skader
- medvirkning fra de ansatte på sykehuset blir vektlagt i prosjekteringen gjennom VV-NSD.

7.6 Energi og miljø

Det er definert følgende energimål for prosjektet:

- sykehuset skal tilfredsstillere krav til passivhusstandard
- sykehuset vil bli tilkoblet Drammen fjernvarme med sentral løsning både for oppvarming og kjøling med bruk av vannbåren varme

Prosjektet vil dessuten fokusere på å dimensjonere de tekniske anlegg slik at de tilfredsstiller sykehusets behov, uten å legge inn unødvendig sikkerhetsmargin. Samtidig vil det tilstrebes å velge en struktur på de tekniske anlegg som sikrer generalitet og fleksibilitet med tanke på tilrettelegging for fremtidige endringer og ombygginger. Dette for å redusere omfanget av overkapasitet, uten at det går ut over krav til kvalitet på innemiljø og driftsstabilitet.

Videre er det etablert tiltaksplaner for å håndtere forurensinger i eksisterende bygningsmasser og forurensning i grunn. Miljødirektoratet er oppnevnt som tilsynsmyndighet og prosjektet vil fortløpende ha en tett dialog med Miljødirektoratet for å følge opp forurensningssituasjonen.

Prosjektet vil dessuten etablere et miljøoppfølgingsplan (MOP). For dette prosjektet vil utstyrplanlegging og anskaffelser også inngå som tema i MOP.

7.7 Prosjektering

De prosjekterende er samlokalisert med byggherren fra oppstart av forprosjekt.

Helse Sør-Øst RHF har i sitt mandat til prosjektstyret presisert at det nye sykehuset i Drammen skal etableres med en nøktern og robust standard. De prosjekterende skal prosjektere konstruksjoner, anlegg, installasjoner og løsninger som er i samsvar med myndighetskrav og som bygger på de til enhver tid gjeldende nasjonale normer og standarder.

Det forutsettes at de prosjekterende også i gjennomføringsfasen skal være samlokalisert med byggherren i nærheten av byggeplassen.

Det skal prioriteres kostnadseffektive løsninger både mht. investering og drift. Det er definert en kostnadsramme for prosjektet som skal overholdes, samtidig som løsningene skal dekke sykehusets behov for moderne og effektive løsninger. Prosjekteringen må derfor legges opp slik at prosjektkostnadene hele tiden utredes og følges opp, parallelt med at tiltak som gir god driftsøkonomi også blir tatt hånd om.

Ved behov utredes alternative løsninger med angivelse av fordeler og ulemper, slik at det fremkommer et komplett beslutningsunderlag før de endelige valg treffes. Videre må det til enhver tid foreligge oppdaterte forslag til kostnadsreducerende tiltak.

Ambisjonsnivå på løsninger, omfang og materialer skal være basert på kost-/nyttevurderinger og skal tilpasses styringsrammen for prosjektet.

Det foretas kontroll av brutto/nettofaktor, og det redegjøres for eventuelle avvik fra de programmerte arealene.

Ved eventuelle uoverensstemmelser mellom oppfyllelse av kravene til kostnadsramme og arealramme skal kostnadsrammen være styrende.

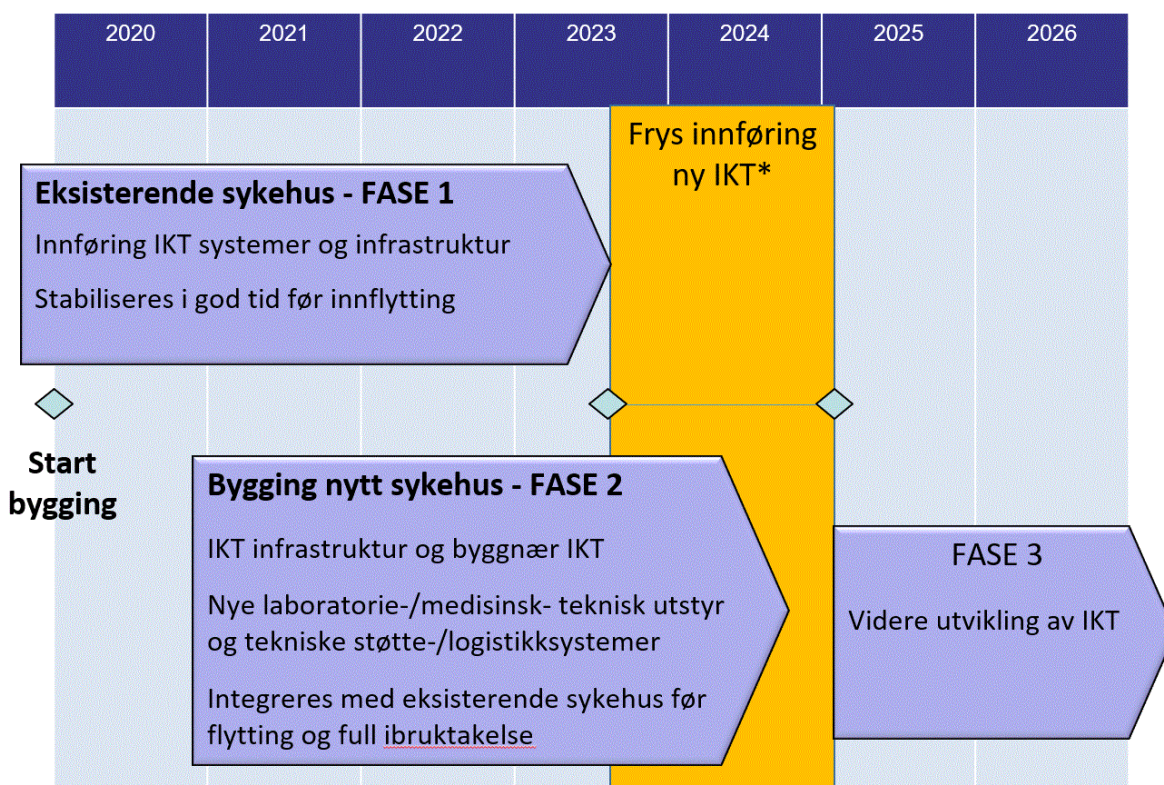
Kostnadsoverslaget fordeles på de foreslåtte entrepriser og adderes til sum entreprisekostnad. Det utarbeides entreprisbudsjett for hver enkelt entreprise.

7.8 IKT

Byggeprosjektet har delt inn IKT-leveransene i to hovedkategorier - Byggnær IKT og Ikke byggnær IKT hvorav den siste kategorien omfatter IKT-infrastruktur og -løsninger gitt gjennom føringene fra konseptfasens «Overordnet IKT Konsept» (O-IKT). Byggnær IKT er knyttet til teknologi som er nødvendig for å sikre at den nye bygningsmassen har en funksjonalitet som kreves av et moderne bygg. Ikke byggnær IKT omfatter arbeider og leveranser forbundet med nødvendig tilpasning av IKT-infrastruktur i sykehuset eller av lokale og regionale systemer som er nødvendige for å ta i bruk det nye sykehuset. Arbeidet omfatter også å integrere dette med

infrastruktur, løsninger og utstyr levert gjennom byggeprosjektet samt teste og idriftsette dette før innflytting og ibruktakelse.

For å sikre en helhetlig tilnærming til planleggingen av dette til nytt sykehus i Drammen, er det etablert en IKT-plan i samarbeid mellom PNSD, de regionale IKT-prosjektene i Helse Sør-Øst, Sykehuspartner HF og Vestre Viken HF. Denne legges til grunn for det videre arbeidet. Med utgangspunkt i vedtatt samhandlingsstruktur for prosjektet skal det etableres et IKT-program som viser en nærmere samarbeidsstruktur for IKT og som kan sikre implementering av nødvendige IKT-systemer som må være etablert ved nytt sykehus i Drammen slik at sykehuset fungerer i henhold til de målsettinger og planer som gjelder. Prosjektstyret skal vedta budsjett for ikke byggnær IKT, og følge opp denne gjennom ordinær rapportering.



* Utvikling og innføring av ny teknologi eksisterende sykehus ferdig. Streng endringshåndtering mot nytt sykehus

Figur 4: Faseplan ikke byggnær IKT

VVHF er ansvarlig for innføring av løsninger og infrastruktur i VVHF i forkant av bygging av nytt sykehus i samarbeid med SPHF og regionale IKT-prosjekter (Fase 1). Disse løsningene danner basis for IKT-løsninger og -infrastruktur som skal leveres eller tilpasses nytt sykehus. Det skal i en senere fase av prosjektet etableres en nærmere plan for organisering og gjennomføring av IKT-arbeidene forbundet med nytt sykehus (Fase 2-leveranser).

8 Gjennomføringsstrategi

Strategien for prosjektet legger føringer for hvordan prosjektet skal gjennomføres for best å oppnå hensikten og målene som beskrevet i kapittel 4.

8.1 Risiko- og usikkerhetsstyring

Prosjektet vil være eksponert for risiko som vil kunne påvirke prosjektets måloppnåelse. Ett av de viktigste suksesskriteriene vil derfor være prosjektledelsens evne til å håndtere denne usikkerheten proaktivt, målrettet og effektivt.

Det skal benyttes ulike metoder og teknikker for å identifisere hvilke risikoelementer det må arbeides spesielt med for å sikre at prosjektet utvikles i henhold til forutsatte rammer for kostnad, tid og kvalitet. Dette skal skje på følgende måter:

- Styring av økonomisk risiko skal baseres på usikkerhetsvurderinger og fremdrift knyttet til budsjettrevisjon. Det kan i tillegg gjennomføres forenklede usikkerhetsanalyser.
- Annen risiko kan f.eks være knyttet til SHA, komplekse funksjonsområder med mange grensesnitt, valgte tekniske løsninger, organisatoriske forhold mv. Overgangen mellom utbygging og drift av sykehuset skal ha særlig fokus, og det legges opp til at prosjektets og sykehusets risikostyringsystemer kan koples sammen mot slutfasen.
- Ulike teknikker skal benyttes for å identifisere og redusere risiko, blant annet risiko- og sårbarhetsanalyser, revisjoner og tredjepartskontroller mv. Risikoanalyser baseres på retningslinjer nedfelt i Norsk Standard 5814 «Krav til risikovurderinger». Gjennom analysene skal det identifiseres risikoreduserende tiltak og etableres handlingsplaner for å følge opp disse.

8.2 Entrepriestrategi

Det er fastlagt en entrepris- og kontraktsstrategi med formål å legge grunnlag for en gjennomføringsmodell som gir trygghet for å oppfylle resultatmålene for prosjektet (kostnader, kvalitet og tid). I tillegg kommer målsettinger for SHA og ferdigstillelse.

De overordnede kriterier for valg av entreprisestrategi for dette prosjektet er i prioritert rekkefølge:

1. **Investeringskostnad:** Det skal velges den entreprisestrategi som gir størst trygghet for gjennomføring innenfor det definerte kostnadmålet P50.
2. **Kvalitet:** Det skal bygges et nøkternt sykehus med normalt god standard. Løsningsvalg med tanke på driftsøkonomi (årskostnader) skal ivaretas i rimelig grad.
3. **Fremdrift:** Forutsatt godkjenning av prosjektet legges det til grunn at byggestart skal skje i 2019. Bygget skal være ferdigstilt slik at gradvis innfasing av driften kan starte i løpet av 2024 med full drift fra medio 2025

Evaluering og konklusjoner er foretatt med bakgrunn i erfaring fra sammenlignbare prosjekter og vurderinger av markedet.

For nytt sykehus i Drammen er det som hovedmodell valgt en modell med relativt få byggherrestyrte entrepriser for behandlingsbygg, poliklinikk og sengebygg, i en kombinasjon med totalentrepriser for adkomstbygg og psykiatribygg. I tillegg velges fagvise totalentrepriser for teknikk og IKT. Totalentrepriser kan også være aktuelt for spesialrom.

Entrepriene deles opp geografisk per bygg der slik inndeling er hensiktsmessig, både for bygningsmessige og delvis også for tekniske fag. Enkelte gjennomgående systemleveranser

kontraheres av byggherren og tiltransporteres aktuelle entreprenører der dette er formålstjenlig.

Det planlegges å innrette konkurransene slik at tilbydere kan gi pris på flere pakker for eventuelt sammenslåing til større entrepriser. På denne måten tilrettelegges for at tilbud kan mottas både fra større og noe mindre entreprenører.

Modellen sikrer at prosjektet vil kunne gjennomføres i henhold til gjeldende hovedfremdriftsplan med byggestart i 2019 og forventes samtidig å gi optimal priskonkurranse i markedet.

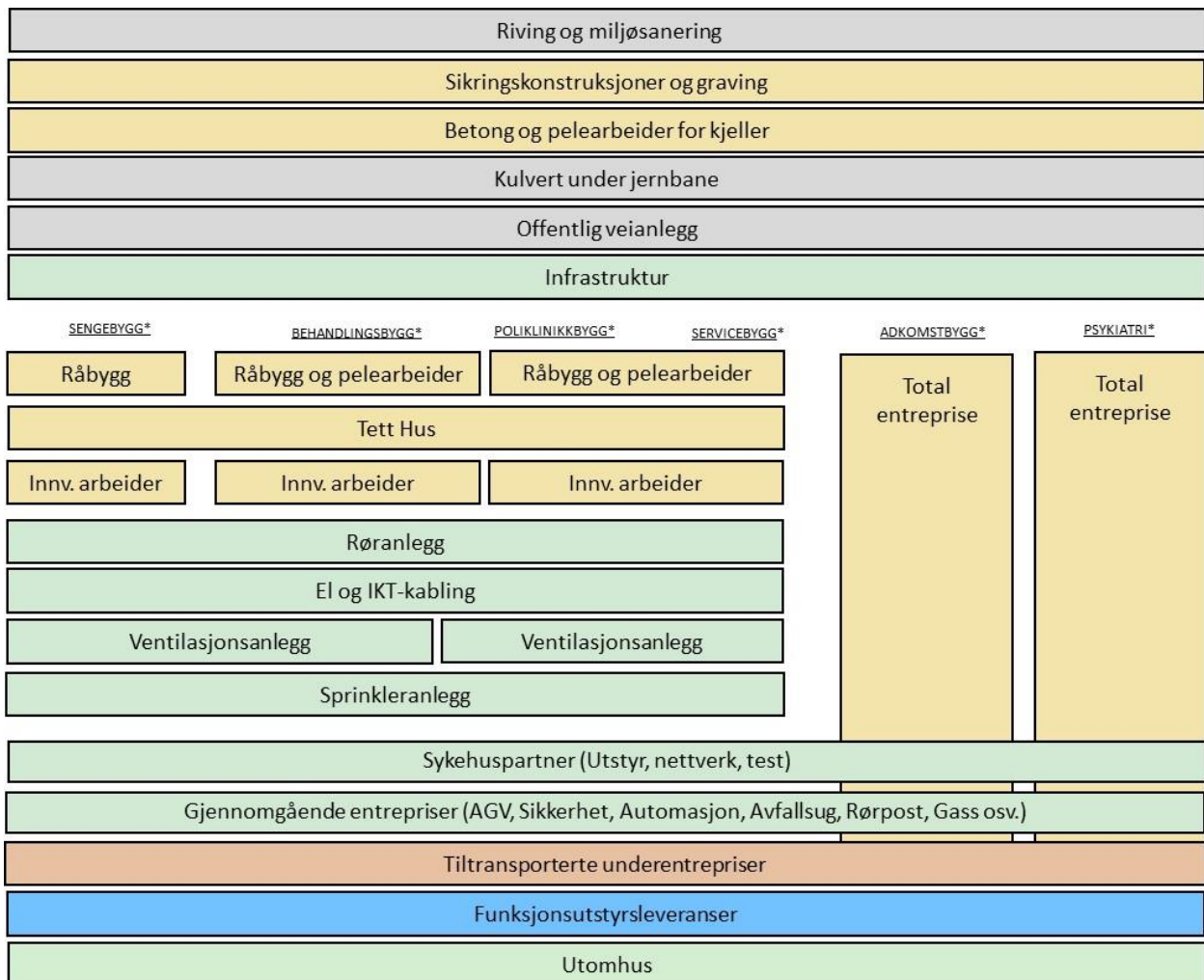
Innenfor enkelte områder skal det vurderes å benytte tekniske totalentrepriser for å sikre leveranse kvalitet og at entreprenøren tar ansvar og eierskap for å levere forutsatt funksjon. Ansvaret for leveransen skal føres helt frem til den er verifisert i full drift. Det er en målsetting å kontrahere disse tidlig, slik at grensesnitt mot bygg kan ivaretas på en god måte. Tekniske grensesnitt og integrasjon av disse håndteres som følger:

- Tekniske totalentrepriser er ansvarlig for grensesnitt og integrasjon av løsninger innenfor eget leveranseområde for å ferdigstille funksjonalitet i egen leveranse.
- Totalentreprenørene er også ansvarlig for grensesnitt og integrasjon mot andre entreprenører/ leverandører som er nødvendig for å ferdigstille funksjonalitet innenfor eget leveranseområde.
- Funksjonell koordinering mellom totalentreprisene ivaretas av PNSD. I dette ligger utvikling av planverk, samordne funksjonalitet på tvers av leveranser og gjennomføre integrerte tester.

Overordnet koordineringsansvar skal ivaretas av byggherren.

For detaljprosjektering av råbygg og fasader, skal det også gjennomføres prosjektering av entreprenørene selv. Det vil derfor, som for tekniske totalentrepriser, tilstrebes å få gjennomført kontrahering tidlig slik at disse entreprenørenes egenprosjektering kan komme i gang i god tid før den fysiske utførelsen.

Funksjonsutstyr inndeles i tverrgående, byggherrestyrte innkjøpspakker. Der det finnes tilgjengelige regionale eller nasjonale rammeavtaler, vil disse bli benyttet. Sammensetningen av innkjøpspakkene vil bli fastlagt i løpet av detaljprosjektet.



Figur 5: Entrepriseplan

Fleksibilitet i entreprisemodellen

Modellen er tilrettelagt med fleksibilitet for å kunne gjøre tilpasninger av pakkestørrelser og sammensetning. Erfaring viser at det kan være nødvendig å endre entreprisindelings underveis, enten på grunn av markedsmessige, fremdriftsmessige eller organisatoriske forhold. Den valgte modellen legger til rette for dette ved at man kan slå sammen til større pakker, alternativt gå over til totalentrepriser også for bygningsmessige fag eller etablere større integrerte totalentrepriser.

Når det gjelder samspillsentreprise med én totalentreprenør fra og med forprosjektfase, har prosjektet konkludert med at en slik modell ikke vil tilfredsstillende de premisene som er satt.

Totalentreprise med samspill fra og med tett hus og innredningsfase, er en mulighet.

8.3 Prosjektnebdrytningsstruktur og planmodell

Det er utviklet en prosjektnebdrytningsstruktur (PNS) for gjennomføringsfasen basert på utviklet kontraktsstrategi, plan for entreprisindelings og organisering av ansvarsdeling.

Strukturen reflekterer hvordan prosjektet er delt opp i kostnads- og fremdriftselementer som hver for seg egner seg for planlegging, oppfølging og rapportering av kostnader, fremdrift, innhold og kvalitet. I tråd med kontraktsstrategien er elementinndelingen etablert med nødvendig grad av fleksibilitet til å kunne endre og tilpasse prosjektstrukturen i henhold til eventuelle endringer i entreprisemodell og/eller pakkestørrelser.

PNS er definert med følgende inndeling og nivåer:

0. Det totale prosjekt

Ansvar er hos prosjektdirektør.

1. Område

Ansvar for hvert område ligger hos den enkelte områdeleder (ref. organisasjonskart).

2. Delområde /kontraktsonråde

Dette er kontraktsonråde evt. kontrakt. Ansvar ligger hos prosjektledere hvor samme person kan ha ansvar for flere delområdeelementer. Under prosjektering vises summerte kontraktspakker fordelt på faser.

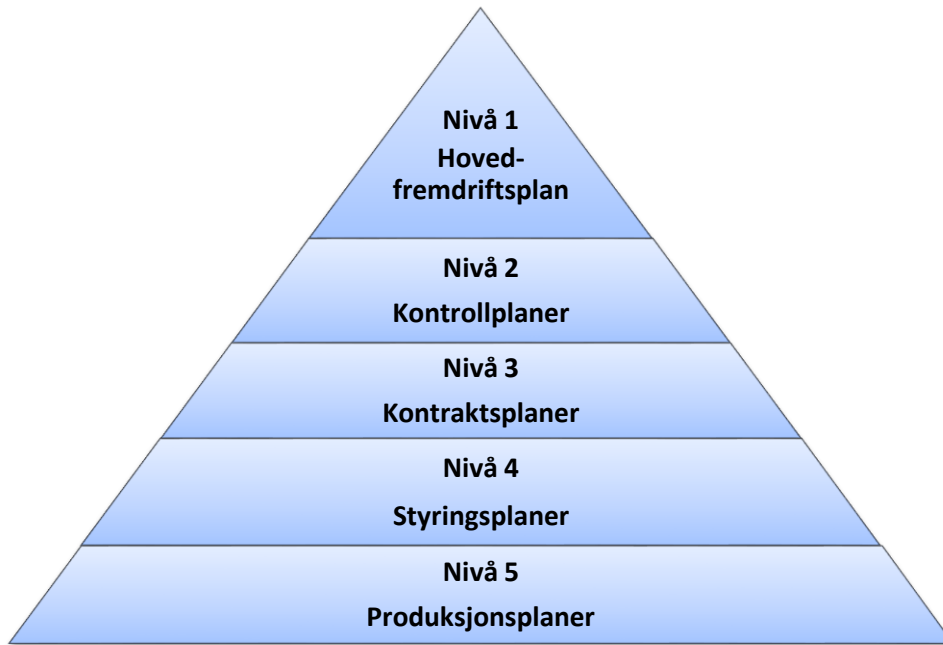
3. Kontrakt/arbeidspakke

Dette definerer den enkelte kontrakt eller arbeidspakke. Ansvar ligger hos dedikert person for hver kontrakt, som betegnes som Oppdragsgivers Representant (OR).

Oppdelingen og valgte styringssystemer gjør det mulig å kombinere strukturer slik at det vil være mulig å aggregere og trekke ut rapporter på alternative måter uavhengig av nivåinndeling. Eksempelvis kan vises status per bygningsavsnitt, fase eller kontrakt. Det siste er nødvendig for oppfølging av gjennomgående kontrakter.

8.4 Tidsplanlegging, fremdriftsoppfølging og rapportering

Modell for fremdriftsstyringen etableres med basis i prosjektstrukturen i en hierarkisk nedbrytning i nivåer. Antall nivåer vil kunne variere for de ulike grener av PNS.



Figur 5: Styringsnivåer

<p>Nivå 1: Hovedfremdriftsplan</p>	<p>Prosjekt nytt sykehus i Drammen sin overordnede plan iht. PNS og grunnlag for rapportering av fremdrift.</p>
<p>Nivå 2: Kontrollplaner</p>	<p>Sammendragsplaner per ansvarsområde som viser aktiviteter innenfor hvert delområde (kontraksområde) i PNS. Denne er et verktøy for å planlegge og kontrollere den samlede fremdrift aggregert fra planer og rapporter på underliggende nivåer. Grunnlag for områdeleder sin rapportering til prosjektdirektør.</p>
<p>Nivå 3: Kontraksplaner</p>	<p>Leverandørenes overordnede styringsverktøy for planlegging, rapportering og oppfølging av status. Planene viser hovedaktiviteter innen kontraktene. Beslutningsplaner for kontrakten ligger også på dette nivået.</p>

Nivå 4: Styringsplaner	Leverandørens detaljerte planleggings-, rapporterings- og analyseverktøy for fremdrift. Planene er videre nedbrytning av kontraktsplaner.
Nivå 5: Produksjonsplaner	Planer på dette nivået er en ytterligere nedbrytning av styringsplanen for de enkelte kontrollområder og særskilte arbeidsoperasjoner som for eksempel detaljert dokument- og tegningsregister.

Med basis i elementene i PNS på lavere nivå, vil det være aktuelt med alternative aggregeringsstrukturer avhengig av hva som skal rapporteres på overordnet nivå.

Videre skal det etableres sammendragsplaner på tvers av strukturen. Eksempelvis skal det utarbeides integrerte produksjonsplaner pr kontrollområde som viser alle fag.

8.5 Hovedfremdriftsplan

Hovedfremdriftsplanen (ref. vedlegg 1) er Prosjekt nytt sykehus i Drammen sin overordnede tidsplan og er grunnlaget for prosjektdirektørs rapportering til prosjektstyret.

Tidsplanen er utarbeidet med bakgrunn i å kunne starte fysiske arbeider i løpet av 2019 og at prosjektet er klart for gradvis ibruktakelse fra januar 2025.

Forutsetningen for planen er at godkjent reguleringsplan foreligger i løpet av september 2019.

Hovedtyngden av prosjektering og kontrahering vil pågå i 2019 og 2020. For funksjonsutstyr vil hovedtyngden av anskaffelser gjennomføres i 2023 og 2024.

Rivearbeidene for de eksisterende bygningene på tomten vil starte umiddelbart etter at vedtak om bygging foreligger. Deretter vil forberedelser til bygging strekke seg over to år, med sikring av byggetomt, utgraving til kjeller og oppfylling av tomt for å sikre flomsikkert nivå. Dette arbeidet vil foregå i 2019 og hele 2020

Pelearbeider, støping av fundamenter, råbygg og tett hus vil foregå i perioden våren 2020 til sommer 2022.

Tekniske installasjoner vil utføres fra juni 2022 til juni 2024. Bygningsmessige innredninger vil pågå i perioden 2022 og 2023. Funksjonsutstyr vil leveres og installeres i 2023 og 2024 med hovedtyngden mot slutten av perioden. Deler av utstyrsinstallasjonene må gjennomføres samtidig med tekniske installasjoner og bygningsmessige arbeider slik at grensesnittet mellom dem blir ivaretatt.

Det er i planen avsatt ca. ett år fra sommeren 2024 til testing, innregulering, prøvedrift og virksomhetstester. Gradvis innfasing av driften er planlagt fra januar 2025, og innfasing for full drift planlegges gjennomført i løpet av mai 2025.

Tidskritisk linje i prosjektet går gjennom grunnarbeider, etablering av stabil byggegrunn, graving, fundamentering, råbygg, tett hus, , tekniske installasjoner, testing og forberedelser for drift.

Sentrale milepæler i planen er følgende:

Milepæl	
Start klargjøring og graving	Oktober 2019
Start grunn og fundamenter	Mai 2020
Start råbyggarbeider	August 2020
Start tett hus arbeider	Februar 2022
Start veianlegg	April 2022
Start innvendige arbeider	August 2022
Mekanisk Ferdig	Juni 2024
Start testing	April 2024
Start Integreerte systemtester og prøvedrift	August 2024
Start flytting og gradvis drift	Januar 2025
Sykehuset i full drift	Mai 2025

8.6 Sluttfasen – overordnede prinsipper

Prosjekt nytt sykehus i Drammen har ansvaret for forberedelse til drift frem til det punkt hvor sykehuset er klart for ibruktakelse (eierskifte). For å få en god overgang fra bygging til klinisk drift er det viktig at samarbeidet mellom PNSD og VVHF er tett og godt, med tydelig definerte oppgaver og tydelige ansvarsgrenser. For å planlegge og gjennomføre en god ibruktakelse må det etableres en gjennomtenkt systematikk, struktur og terminologi som begge organisasjoner er kjent med. Det vil derfor bli etablert en overordnet strategi for å sikre dette.

Start på sluttfasen er definert til tidspunktet for når siste tekniske anlegg er ferdig montert og har status mekanisk ferdig (MF). Sluttfasen går frem til overtagelse av bygget og frem til fullendt prøvedrift.

Under hele sluttfasen er det viktig at det overholdes regler for rent tørt bygg (RTB), slik at det er mulig å kjøre i gang ventilasjon og andre tekniske systemer og leveranser. RTB er en forutsetning for å få kjørt i gang, innregulert, utført funksjon og ytelsestester i henhold til spesifikasjon.

System akseptansetest (SAT) kjøres på ett eller flere system etter at de er mekanisk ferdig (MF). Ved avdekking av feil så skal disse utbedres før integrerte systemtester (IST). IST kjøres på to eller flere systemer som har samhandling med hverandre.

Fullskalatest (FST) kjøres til slutt før overtagelse for å se at alle funksjoner i bygget fungerer ved forskjellige scenarier rundt brann og rømning av bygget.

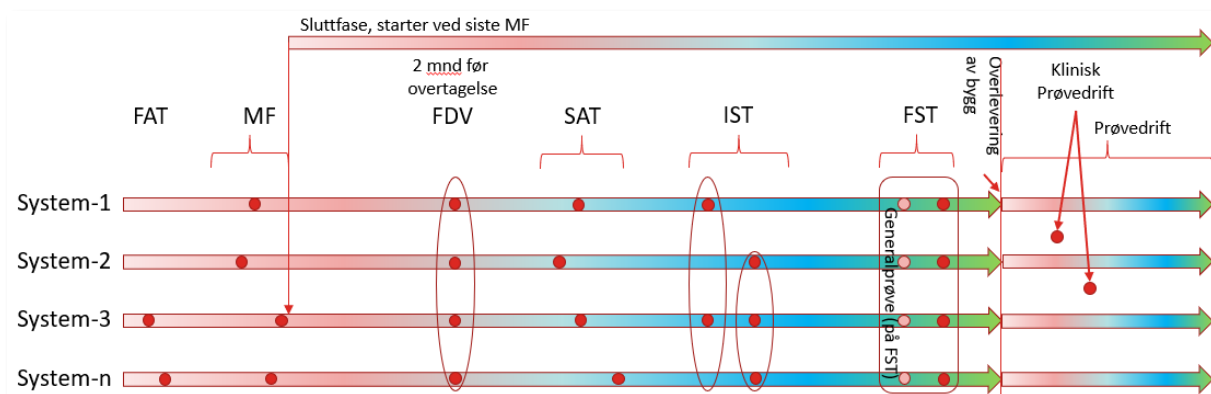
8.6.1 Prøvedrift

Entreprenøren skal følge opp drift og funksjoner i bygget, optimalisere leveranser og utbedre eventuelle avvik frem til overlevering. Endelig optimalisering og ytelsestester skal utføres ved dimensjonerende utetemperatur (årstidsvariasjoner). Entreprenør skal holde ukentlige statusmøter med driftspersonell og byggherre de første 3 måneder, og månedlige møter resterende prøveperiode.

I prøveperioden vil det gjennomføres en oppfølging av energibruk mot budsjettet. Prøvedriftfasen avsluttes ved å kjøre en FST på nytt.

8.6.2 Klinisk prøve drift

Klinisk prøve drift defineres som en periode hvor deler av bygget tas i bruk til medisinsk behandling. I prøveperioden er det viktig å få testet og prøvd ut funksjon på kliniske leveranser samtidig som pasientsikkerhet og krav til kvalitet på pasientbehandling oppfylles. Omfang av prøve drift og hvilke områder som skal omfattes av prøve drift vil bli besluttet i samarbeid med Vestre Viken HF.



Figur 7: Slutfasen

Det skal etableres en helhetlig plan som definerer alle aktørers aktiviteter, ansvar og roller i slutfasen, slik at det sikres et bredt og strukturert samspill i overgangsfasen fra utbygging til drift. Et tilhørende styringsopplegg for dette vil også bli etablert, for å sikre en planmessig overgang fra utbygging til drift.

9 Kommunikasjonsstrategi

Prosjektorganisasjonen skal drive en åpen, etterrettelig og effektiv kommunikasjon rettet mot aktuelle strategiske målgrupper eksternt og internt. Med strategiske målgrupper menes alle grupper som kan bidra til at de overordnede målene vedrørende sykehusutbyggingen blir nådd.

Det er definert følgende delmål for kommunikasjon og samfunnskontakt:

- sikre god informasjon internt i prosjektorganisasjonen, til aktuelle leverandører/entreprenører/rådgivere og med sykehuset
- tilrettelegge for at samarbeidspartnere og media har lett tilgang til informasjon
- tydeliggjøre Prosjekt nytt sykehus i Drammen sin rolle og ansvar
- utvikle enhetlig visuell profil
- gjøre samarbeidspartnere kjent med beslutninger, status og fremdrift
- etablere kunnskap om de ulike målgruppernes behov for informasjon
- aktivt forhold til media

Kommunikasjonsansvarlig i PNSD, VVHF og Helse Sør-Øst RHF skal ha lav terskel for å varsle hverandre i saker som kan ha innvirkning på kommunikasjonen. Det avklares hvem som uttaler seg og følger opp aktuelle saker.

10 Endringshåndtering

Endringsstyring skal gjennomføres under hele prosjektets levetid. Behovet for å gjøre endring skal avdekkes på tidligst mulig tidspunkt, og det skal være full sporbarhet i endringsbehandlingen. Endringene skal dokumenteres på fastlagt format og det skal føres logg over alle type endringer. Konsekvens for tid, kostnad og kvalitet skal beskrives. Rutinene for behandling og godkjenning vil variere avhengig av type endring. I prinsippet kan det ikke innføres endringer som går ut over rammen for prosjektet, med mindre de godkjennes som premissendringer.

Det skal utøves aktiv kostnadsstyring som et ledd i å sikre en kostnadsutvikling i tråd med styringsrammen.

10.1 Premissendring

En endring som innebærer et avvik i forhold til prosjektet slik det er definert i de styrende dokumenter (eks. endring i funksjon og/eller areal), er en premissendring utover prosjektets rammer, og skal behandles av prosjektstyret før den oversendes styret i Helse Sør-Øst RHF for sluttbehandling. Premissendringer skal finansieres særskilt dersom de godkjennes. Eventuelle premissendringer skal fremgå av prosjektets budsjettokument (jfr. kap. 11.3).

10.2 Prosjektendringer

En prosjektendring (eks. endring av løsning eller materialbruk) som følger av prosjektets utvikling og ikke går ut over premisene for prosjektet, skal kunne gjennomføres forutsatt at de er innenfor vedtatt ramme for tid og økonomisk styringsramme. Prosjektet skal sørge for å ha løpende kontroll med konsekvenser av endringer både teknisk, økonomisk og fremdriftsmessig. Endringer skal aktivt gjennomføres dersom dette er nødvendig for å sikre at gjennomføringstid

og/eller prosjektkostnader holder seg innenfor vedtatte rammer. Vesentlige endringer skal fremgå av budsjettdokumentet.

10.3 Kontraktsendringer

I oppfølging av kontrakter vil det forekomme pålegg, varsler og krav. Rutiner for slik endringsbehandling skal fremgå av de administrative kontraktsbestemmelser.

11 Fullmakter og budsjett

11.1 Fullmaktsmatrise

Det er opprettet en fullmaktsmatrise som definerer hvem i organisasjonen som kan forplikte prosjektet og hvilke beløpsgrenser som gjelder for den enkelte. Fullmaktsmatrisen (ref. dok. NSD-0000-Z-PR-0002) er godkjent av prosjektstyret (ref. sak. 5-2021).

11.2 Budsjettdokument

Det opprettes et budsjettdokument som skal følge prosjektforløpet med en kronologisk oversikt over utviklingen av kostnadsramme og prosjektbudsjett over tid, herunder oversikt over de årlige/halvårlige budsjettrevisjoner, endringer mht. prisregulering av kostnadsramme, loggføring av vesentlige endringer, evt. tilførsler av midler, flytting av budsjettmidler mellom budsjettposter samt disponeringer fra posten *Forventede tillegg*.

Budsjettet skal revideres årlig med tillegg av halvårlige budsjettjusteringer mellom hver hovedrevisjon. Tilsvarende skal gjøres for ikke byggnær IKT.

11.3 Likviditetsbudsjett

Basert på budsjettrevisjonene skal det utarbeides tilhørende likviditetsbudsjett med månedlig periodisering for det nærmeste året og deretter med kvartalsvis periodisering. Budsjettene oversendes Helse Sør-Øst iht. avtalte frister.

11.4 Prisregulering av kostnadsramme

Kostnadsramme prisjusteres én gang i året med fordelingsnøkkel som vist i tabellen nedenfor. Ikke-produsert andel av kostnadsrammen justeres etter følgende vektning:

	Boligblokk i alt	Rørlegger- arbeid i alt	Elektrikerarbeid i alt
Ikke produsert andel av kostnadsramme eksklusive brukerutstyr	54 %	24 %	22 %
Brukerutstyr og O-IKT - ikke levert andel.	28 %	6 %	66 %

12 Prosjektstyring

12.1 Styringsverktøy

Det er innført følgende styringsverktøy i prosjektet:

- dROFUS (rom- og utstyrsdatabase)
- PIMS (prosjektstyring)
- Eye-share økonomisystem (Helse Sør-Øst RHF)
- Safran/Excel-modell (tidsplanlegging og fremdriftsstyring)
- PIMS (arkiv og dokumentstyring).
- BIM
- Dørprosjekteringsverktøy
- HMS-Reg

Behov for verktøy vil bli fortløpende vurdert gjennom hele prosjektforløpet.

12.2 Prosjektregnskap og fakturabehandling

Prosjektstruktur legges til grunn for kostnadsstyringen.

Føring av prosjektregnskap og fakturabehandling skal skje iht. fastlagte prosedyrer og fullmakter.

Prosjektet bruker PIMS som sitt kostnadsstyringsverktøy. Her skal registreres:

- Budsjett iht. PNS, periodisert kostnadspådrag.
- Inngåtte forpliktelser (kontrakter, endringsbestillinger og direktebestillinger)
- Forventede kostnader utover forpliktet (antatte kontrakter, endringer, varsler)
- Nødvendige avsetninger per kontrakt og budsjettområde for uspesifiserte forhold nødvendig for å slutføre kontrakter og prosjekt.
- Fakturerte beløp skal overføres fra hovedbok i sykehusets regnskap og leses inn i ISY Prosjektøkonomi.
- Interimskostnader.

Det skal utarbeides likviditetsbudsjett for det enkelte år.

Basert på alle disposisjoner og forventede kostnader utarbeides prognose for sluttkostnad som skal sammenlignes mot den respektive budsjettpost.

Behandling og godkjenning av fakturaer skal utføres med basis i Helse Sør-Øst RHF sitt elektroniske fakturabehandlingsystem integrert med deres økonomisystem.

12.3 Rapportering

Prosjektet skal utarbeide en kortfattet månedsrapport med følgende hovedpunkter:

- Fremdrift.
- Økonomi.
- SHA

- Kvalitet
- Samarbeid med Vestre Viken HF og andre samarbeidspartnere.
- Spesielle fokus- og risikoområder.
- Hovedaktiviteter i perioden.
- Hovedaktiviteter neste periode.

Rapporteringen skal omfatte både sykehusbygget og ikke byggnær IKT.

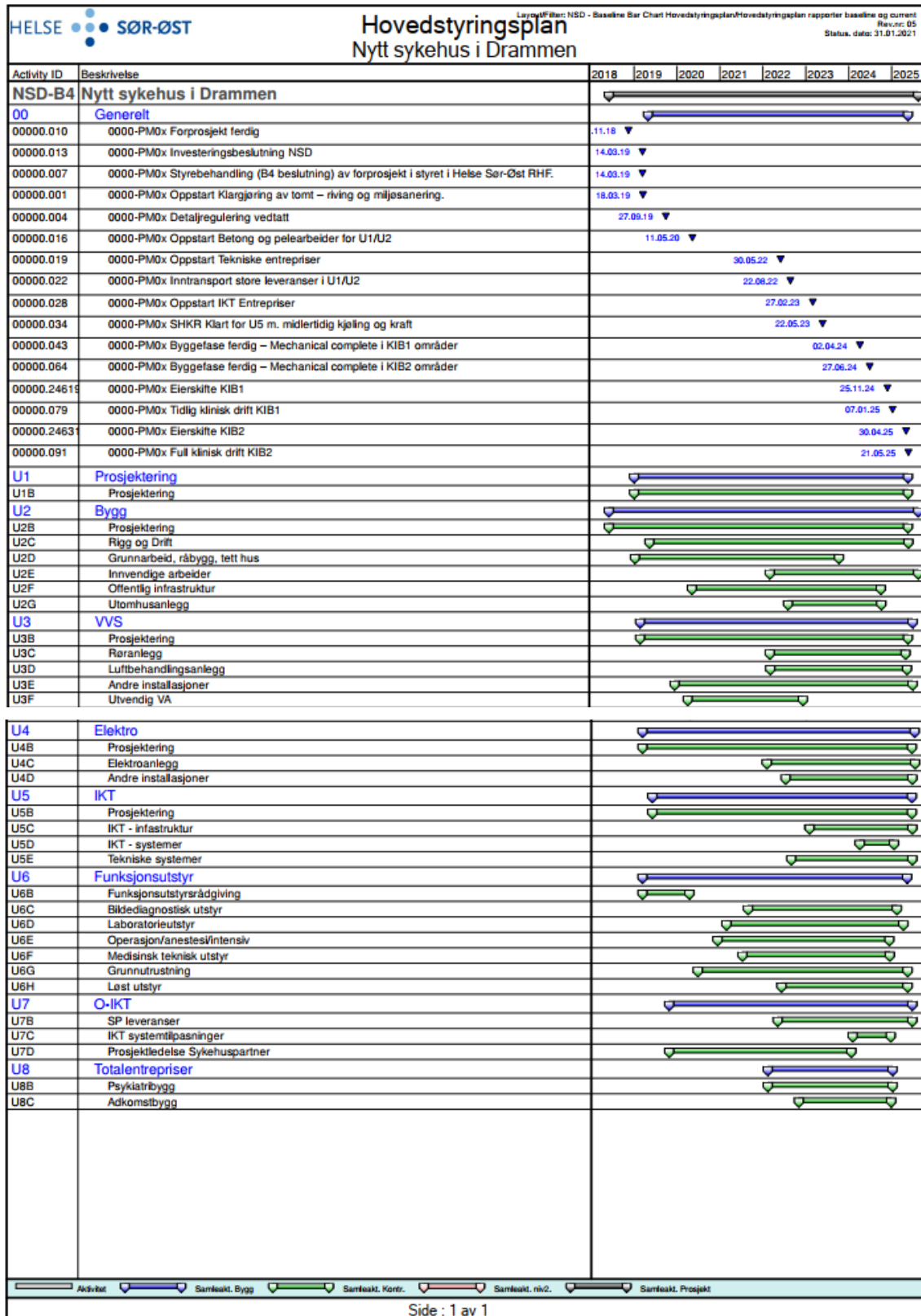
Månedrapportene blir forelagt prosjektstyret. I tillegg skal det utarbeides tertialvise statusrapporter til administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.

13 Vedlegg

Vedlegg 1: Overordnet styringsplan

Vedlegg 2: Prosjektnedbrytningsstruktur (PNS)

Vedlegg 1: Overordnet styringsplan



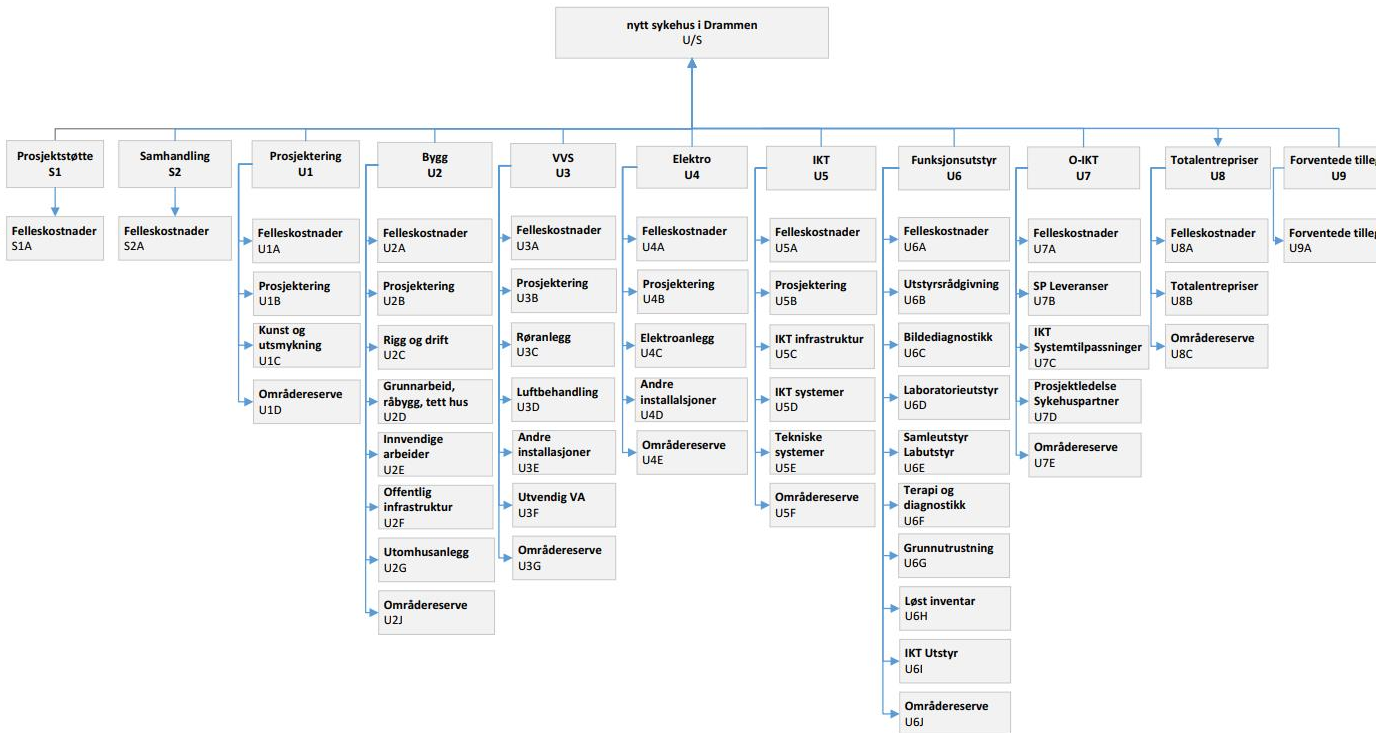
Vedlegg 2: Prosjektnedbrytningsstruktur (PNS)

PNS nytt sykehus i Drammen (NSD) - Nivå 0,1 og 2

Nivå 0:
Prosjekt

Nivå 1:
Ansvarsområder

Nivå 2:
Delområder/
kontraktområder



NSD-0000-Z-PL-0021

Rev. 02 Dato: 15.01.21

Prosjekt:
Nytt sykehus i Drammen

Tittel:

**Prosedyre for samhandling
 mellom Vestre Viken HF og
 Prosjektorganisasjonen til
 Helse Sør-Øst RHF
 for nytt sykehus i Drammen**

09	Godkjent for implementering kontaktmøte og beslutningsmøte	12.03.2021	TEK	RAA/FRL	ARH/LIS	
01	Godkjent for implementering i AD møte 12.01.2018	03.01.18	NIK	RAA	DAB/NFW	
Rev.	Beskrivelse	Rev. Dato	Utarbeidet	Kontroll	Godkjent	
Kontraktor/leverandørs logo:		Bygg nr:	Etasje nr.:	Systemgr.:	Antall sider: Side 1 av 12	
Prosjekt:	Utgivernr:	Fag:	Dok.type:	Løpenr:	Rev.nr.:	Status:
NSD	0000	Z	PR	0003	09	G

Revisjonsendringer

Rev.:	Beskrivelse av endring
Alle	Alle godkjenninger gis av ARH/LIS. LIS godkjenner i beslutningsmøte utenfor Pims, deretter godkjenner ARH i Pims
09	Revidert i henhold til ny struktur PNSD
08	Revidert kap. 5 Endringer, tatt ut tabell og henviser til ny prosedyre for programendringer for prosjektet nytt sykehus i Drammen
07	Revidert deltakere i kapittel 3 og figur 1, samhandlingsstruktur, tatt ut styreseminarmøte. Prosjektstyret har tatt prosedyre til orientering og forutsetter at prosedyren legges til grunn for det videre arbeid. Innspill fra møte er rettet, Figur 1 (beslutningsmøte) og figur 2 (Løsningsforum).
06	Revidert kapittel 3, lagt til beslutningsmøte IKT og løsningsforum som nye samhandlingsarenaer. Revidert deltakelse i de ulike møtene. Revidert kap. 0 om koronaberedskapssituasjon.
05	Revidert deltakere beslutningsmøte
04	Nytt kapittel 0, midlertidig koronaberedskapssituasjon for VVHF
03	Revidert kapittel 3, møtenavn, møtedeltakere og figur 1 samhandlingsstruktur
02	Revidert for detaljprosjekt
01	Godkjent for implementering i AD-møte 12.01.2018

Innholdsfortegnelse

0	Midlertidig prosedyre koronaberedskap	3
1	Formål.....	3
2	Definisjoner	4
3	Ansvar og organisering.....	4
4	Prosjektorganisasjon – ansvar, roller og medvirkning.....	9
4.1	Prosjektering	9
4.2	Bygg og teknikk (EL, VVS og bygnær-IKT).....	9
4.3	IKT	10
4.4	Utstyr	11
5	Programendringer	12
6	Referanser	12
7	Vedlegg.....	12

0 Midlertidig prosedyre koronaberedskap

Midlertidig løsning for samhandling og medvirkning med Vestre Viken HF(VVHF) i pågående situasjon der VVHF og samfunnet for øvrig er påvirket av koronaberedskapssituasjon:

Samhandling og medvirkning skal planlegges og gjennomføres i struktur som tillater at møter gjennomføres som videomøter. VVHF har ansvar for å avklare internt deltakelse til møtene. VVHF er ansvarlig for å sikre intern struktur og forankring som kan etableres for å bidra med tilbakemeldinger, diskusjoner, råd og innspill til pågående møter og aktiviteter. Prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF (PNSD) sikrer tidlig og tett dialog om fremdrift og aktiviteter som fortløpende trenger avklaringer. Det må tilrettelegges for utvidet tid for tilbakemeldinger fra VVHF i nåværende situasjon. Dette pågår fra mars 2020 og frem til VVHF er ute av beredskapssituasjon i forbindelse med koronasituasjon.

1 Formål

Samarbeidet mellom driftsorganisasjonen Vestre Viken HF (VVHF) og prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF (PNSD) for planlegging og bygging av nytt sykehus i Drammen (NSD) er basert på forutsetninger gitt av prosjekteier og har som formål å oppnå:

- at pasientens helsetjeneste og de ansattes arbeidsplass blir ivaretatt med funksjonsdyktige, pasientvennlige og driftsøkonomiske løsninger i sykehuset
- engasjement, forankring og eierskapsfølelse hos Vestre Viken HF som grunnlag for god og vellykket organisasjonsutvikling og drift
- et godt arbeidsmiljø for sykehusets ansatte

Dette skal skje ved planlagt og god samhandling mellom VVHF med sin interne prosjektorganisasjon VV-NSD og PNSD, samt strukturerte prosesser for medvirkning. Til grunn for arbeidet ligger forprosjektrapporten, konseptrapport og styresaker i Helse Sør-Øst RHF om planer for nytt sykehus i Drammen.

Samhandlingen skal ivareta medvirkning, koordinering og helhetstenkning på en slik måte at utvikling og muligheter mellom sykehus, klinikker og andre samarbeidsparter Sykehusapotekene HF (SAHF), Sykehuspartner HF (SPHF), med flere) blir belyst og ivaretatt. Medvirkning fra brukerorganisasjonene, ansatte, ansattes organisasjoner og vernetjeneste i utforming av konsept og løsninger gjennomføres med fokusgrupper og særmøter. Medvirkning knyttet til øvrige beslutninger, organisasjonsutvikling og gevinstrealiseringsplaner ivaretas i den ordinære strukturen i VVHF. Medvirkningen tilrettelegges og gjennomføres slik at de overordnede økonomiske og fremdriftsmessige rammer som er gitt for prosjektet kan overholdes.

Formålet med samhandlingsprosedyren er å tydeliggjøre roller, ansvar og samhandlingsstruktur mellom driftsorganisasjonen VVHF og prosjektorganisasjonen PNSD i arbeidet med nytt sykehus i Drammen (NSD). Foretaket VVHF med samarbeidsparter tilfører kunnskap og erfaring til prosjektorganisasjonen PNSD gjennom deltagelse i detalj-, kontraherings- og slutfase for prosjektet.

2 Definisjoner

NSD	Nytt sykehus i Drammen er betegnelsen som benyttes for å omtale prosjektet
HSØ RHF	Helse Sør-Øst regionalt helseforetak, som er prosjekteier og byggherre
PNSD	Helse Sør-Øst RHF sin prosjektorganisasjon utøver rollen som byggherre og har ansvar for å gjennomføre prosjekt NSD
VVHF	Vestre Viken helseforetak som er ansvarlig for drift, virksomhetsinnhold, medvirkning og som skal overta det nye sykehusbygget
VV-NSD	VVHF sin interne prosjektorganisasjon for å ivareta oppgaver med etablering av nytt sykehus i Drammen
SAHF	Sykehusapoteket helseforetak er ansvarlig for drift og virksomhetsinnhold innenfor de arealer og med de driftsavtaler som er inngått med VVHF
SPHF	Sykehuspartner er tjenesteleverandør til VVHF og PNSD
Ansatte	Betegnelse på alle ansatte i VVHF inkludert vernetjenesten og tillitsvalgte.
Brukere	Betegnelse på brukere av sykehusets tjenester (pasienter, pårørende eller pasientorganisasjoner).

3 Ansvar og organisering

PNSD har ansvaret for utvikling, planlegging og bygging av nytt sykehus i Drammen. Det skal som del av dette etableres en effektiv og god struktur for samhandling og medvirkning med VVHF på alle nivå.

VVHF har ansvar for å bidra til avklaringer og beslutninger som understøtter fremdrift, rammebetingelser for prosjektet, samt sikre funksjonsdyktige, helhetlige og driftseffektive løsninger som ivaretar trygge pasientforløp og godt arbeidsmiljø for de ansatte.

VVHF har ansvar for å sikre involvering av brukere og medarbeidere i egen og samarbeidende organisasjon. Dette omfatter forankring av tiltak og løsninger, samt å sikre god overgang fra prosjekt til drift. VVHF har ansvar for å utvikle og etablere driftskonsepter, inklusive bemanningsplaner som basis for de driftsøkonomiske beregningene.

For å oppnå målene for prosjektet, etableres følgende møttestruktur for samhandlingen mellom prosjektorganisasjon og driftsorganisasjon:

Møtetype	Hovedformål / tema	Deltakere (Møteeier er markert med uthevet tekst.)
Beslutningsmøte (hver måned)	Beslutningsarena mellom VVHF og PNSD. <ul style="list-style-type: none">• Fremdrift og status for prosjektet• Identifisere de aktiviteter og prosesser som må gjennomføres i samarbeid for å nå felles mål• Avvik og risikohåndtering• Avklare eventuelle uavklarte saker fra kontaktmøte	VVHF: <ul style="list-style-type: none">- Adm. direktør- Prosjektdirektør VV-NSD- Direktør medisin- Direktør fag PNSD: <ul style="list-style-type: none">- Prosjektdirektør- Områdeleder prosjektering (U2)

	<ul style="list-style-type: none"> Andre samarbeidsaktører (for eksempel SA HF) kan inviteres til møte for behandling i spesifikke saker 	<ul style="list-style-type: none"> Områdeleder prosjektstøtte (S1) SA-HF, ved behov: -Adm. direktør
<p>Beslutningsmøte IKT</p> <p>(hvert kvartal)</p>	<p>Beslutningsarena for IKT-saker mellom teknologi og e-helse HSØ RHF, VVHF, SPHF og PNSD.</p> <ul style="list-style-type: none"> Fremdrift og status for prosjektet Identifisere IKT aktiviteter og prosesser som må gjennomføres i samarbeid for å nå felles mål Avvik og risikohåndtering Avklare eventuelle uavklarte IKT-saker fra kontaktmøte Andre samarbeidsaktører kan inviteres til møte for behandling i spesifikke IKT-saker 	<p>VVHF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adm. direktør - Prosjektdirektør VV-NSD - Direktør medisin - Direktør fag - Direktør teknologi <p>HSØ RHF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direktør for teknologi og e-helse <p>SPHF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adm. direktør <p>PNSD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosjektdirektør - Prosjektsjef IKT - Områdeleder prosjektstøtte (S1) SA-HF, ved behov: -Adm. direktør
<p>Kontaktmøte</p> <p>(hver måned)</p>	<p>Beslutningsarena som skal følge opp definerte aktiviteter og oppgaver, samt sikre at arbeidet gjennomføres som forutsatt.</p> <ul style="list-style-type: none"> Gjensidig informasjon og implementering av beslutninger for prosjektet Gjennomgå avvik og risiko, samt sette aksjoner Sikre helhetlige løsninger for prosjektet Behandle programendringer Avklare eventuelle saker fra kontaktfora på lavere nivå Diskutere, koordinere og forberede saker for Beslutningsmøte Opprette kontaktfora eller arbeidsgrupper for definerte tema ved behov Andre samarbeidsaktører (for eksempel SA-HF) kan inviteres til møte for spesifikke saker 	<p>VVHF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosjektdirektør VV-NSD - Klinikkdirektør Drammen sykehus - Klinikkdirektør intern service - Klinikkdirektør medisinsk diagnostikk - Klinikkdirektør psykisk helse og rus - Direktør teknologi - Prosjektleder VV-NSD <p>PNSD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Områdeleder samhandling - Områdeleder IKT - Områdeleder utstyr - Områdeleder prosjektering (SA-HF, ved behov: -Prosjektdirektør)

For å ivareta koordinering og medvirkning i prosjektet etableres følgende møtестruktur mellom driftsorganisasjon og prosjektorganisasjon:

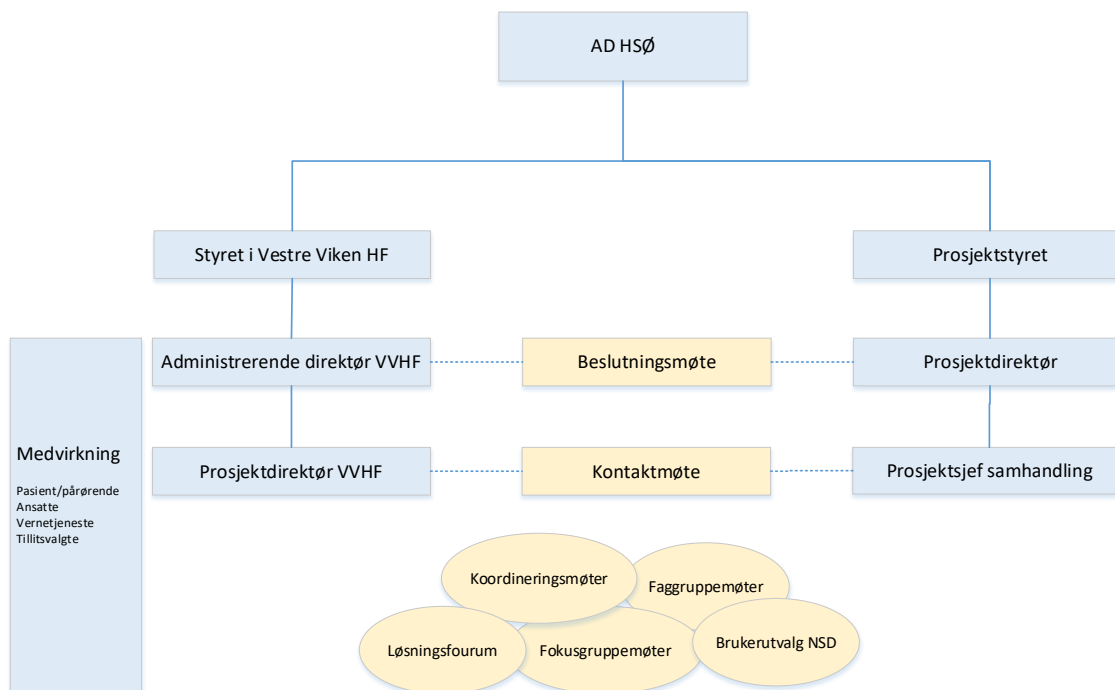
Fokusgruppe møter	<p>Ansatte skal medvirke i prosjektet. Fokusgrupper (evt. særsmøter) er rådgivende og etableres for å ivareta medvirkning for spesifikke tema.</p>	<p>VVHF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brukere - TV
-------------------	--	--

(egen møteplan)	<ul style="list-style-type: none"> • Bidra til at det etableres funksjonsdyktig og pasientvennlige løsninger som understøtter god/godt pasientbehandling, arbeidsmiljø og driftsøkonomi • Ivareta tverrfaglighet og innhente innspill fra de berørte fagområder/klinikker • Sikre informasjon og forankring i egen organisasjon/enhet • Identifisere arbeidsprosesser, funksjon, system og utstyr som danner grunnlag for integrasjoner, tilpasninger, test og idriftsettelse • Løfte opp viktige avklaringer som krever beslutning 	<ul style="list-style-type: none"> - VO - Ansatte - VV-NSD <p>SAHF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosjektleder - Ansatte <p>PNSD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tilpasses møtene, kan inkludere ARK og rådgivere
IKT koordinering smøte (hver måned)	<p>Samordne IKT-aktiviteter frem mot nytt sykehus ved å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikre samspill mellom regionale IKT-leveranser og prosjektleveranser, tilsvarende for SP leveranser til eksisterende sykehus. • Identifisere IKT-løsninger og kartlegge viktige avhengigheter i disse, del av videreutvikling av IKT-plan NSD • Sikre tekniske IKT-krav som skal gjelde i ulike prosjekter eller anskaffelser (arkitektur, design og ROS, test og idriftsettelse) • Koordinere og samordne gjennomføring av disse IKT-aktivitetene og sikre deltakelse fra respektive organisasjoner • Løfte opp viktige avklaringer som krever beslutning 	<p>VVHF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direktør teknologi - Prosjektleder VV-NSD - Prosjektleder IKT VV-NSD - Avdelingsleder UIP - VVHF IKT porteføljeansvarlig <p>HSØ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spesialrådgiver IKT-koordinering - Spesialrådgiver IKT <p>Prosjektportefølje</p> <p>SPHF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direktør for prosjekttenester - Prosjektleder teknologi og e-helse <p>PNSD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Områdeleder IKT - Prosjektleder IKT <p>SAHF ved behov:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosjektleder og eventuelt andre
Koordinering smøte utstyr (hver måned)	<p>Samordne utstysaktiviteter frem mot nytt sykehus ved å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordinere, planlegge og avklare overordnede føringer og for utstyr • Sikre nødvendig medvirkning fra VVHF i planlegging og anskaffelser av utstyr • Utarbeide overordnet strategi for prioritering av utstyr • Sikre samspill mellom VVHF og PNSD sine leveranser og anskaffelser innenfor utstysområdet 	<p>VVHF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosjektleder utstyr VV-NSD - Direktør medisin - Avdelingsleder MTA DS/KS - Prosjektleder MTU investeringer - Avd. leder UIP - Representant innkjøp - Teknisk sjef NSD/Avd. sjef ED <p>PNSD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Områdeleder utstyr - Prosjektledere utstyr innkalles ut fra agenda og behov

	<ul style="list-style-type: none"> Løfte opp viktige avklaringer som krever beslutning 	
Koordinering smøte sykehusapotek (hver måned)	<p>Skal samordne og følge opp aktiviteter og leveranser frem mot nytt sykehus. Møteserien skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sikre en vellykket ferdigstillelse og ibruktakelse av SAHF sine arealer og dermed legge til rette for en god legemiddelhåndtering og -forsyning ved ibruktakelse av nytt sykehus Sikre samspill mellom Sykehusapotekene HF, Vestre Viken HF og PNSD i saker som påvirker gjennomføringen av prosjektet, i alle faser frem til ibruktakelse Identifisere alle aktørenes leveranser og samle disse i en felles leveranseplan Etablere nødvendige tiltak for validering og testing av Sykehusapotekenes produksjonsområde <p>Løfte opp viktige avklaringer som krever beslutning</p>	<p><i>SAHF:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Prosjektleder Sykehusapoteker <p><i>VVHF:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> VV-NSD Direktør medisin <p><i>PNSD:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Prosjektleder samhandling Fremdriftsplanlegger
Faggruppe-møter (egen møteplan)	<p>Skal samordne, koordinere og gi råd for aktiviteter innen prosjektering som underlag for god planlegging og gjennomføring innen fagområdene EL, VVS, bygnær-IKT og utstyr.</p> <ul style="list-style-type: none"> Koordinere og avklare overordnede strategiske føringer innen de ulike fagområdene nevnt over. Koordinere at grensesnitt ivaretas mot andre fag og delområder Bidra i arbeidet med gjennomgang og utarbeidelse av beskrivelser før tilbudsutsendelse til entreprenører <p>Løfte opp viktige avklaringer som krever beslutning</p>	<p><i>VVHF:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Teknisk sjef VV-NSD Prosjektleder utstyr VV-NSD Rådgivere utstyr VV-NSD <p><i>Deltakere fra VV inviteres ved behov iht. fagområde</i></p> <p><i>PNSD:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Områdeleder VVS Områdeleder EL Områdeleder bygnær-IKT Områdeleder utstyr Rådgivere
Løsnings-forum (hver måned)	<p>Skal være felles arena der PNSDs behov for arbeidsprosesser kan meldes inn og prioriteres. Dette arbeidet skal</p> <ul style="list-style-type: none"> sikre at prosjektorganisasjonens behov for avklaringer blir koordinert med VVHF arbeid med å beskrive arbeidsprosesser i nytt sykehus bidra til en effektiv ibruktakelse slik at VVHF kan ta ut gevinster gjennom ny teknologi og ny bygningsmasse. Dette skal gjøres innenfor vedtatte planer og økonomiske 	<p><i>VVHF:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Prosjektleder IKT VV-NSD Prosjektleder utstyr VV-NSD Direktør medisin Prosjektleder VV-NSD <p>evt. andre deltakere ved behov</p> <p><i>PNSD:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Områdeleder samhandling (S2) Områdeleder ikke-bygnær IKT Områdeleder utstyr Virksomhetsarkitekt fra SPHF <p>evt. andre deltakere ved behov</p>

	rammer og med basis i VVHFs plan for gevinstrealisering.	SA-HF, ved behov
Brukerutvalg NSD (hvert kvartal)	<p>Pasient og pårørendes representanter skal medvirke i prosjektet. Det er oppnevnt eget Brukerutvalg for prosjektet. Brukerutvalget NSD er et rådgivende organ som skal gi råd om utforming og valg av løsninger gjennom å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bidra aktivt med brukerkompetanse i utforming av løsninger • Bidra til å sikre universell utforming • Understøtte pasient- og pårørendeperspektivet • Være forum for tilbakemelding fra brukerorganisasjoner, pasienter og pårørende <p>Løfte opp viktige avklaringer som krever beslutning</p>	<p><i>Brukerutvalget for prosjektet (leder av BU er møteleder)</i></p> <p><i>PNSD:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Områdeleder samhandling (sekretariat) <p><i>VVHF:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosjektleder VV-NSD (observatør)

Figuren nedenfor viser styringsnivå og samspillet mellom organisasjonene på de forskjellige organisasjonsnivåene.



Figur 1: Samhandlingsstruktur

Informasjon, medvirkning og forankring skal sikres gjennom aktiv deltakelse i prosjektutviklingen. VV-NSD har ansvar for informasjonsgivning og drøfting i etablert fora i VVHF sin ordinære styringslinje.

4 Prosjektorganisasjon – ansvar, roller og medvirkning

Prosjektorganisasjonen PNSD er etablert for å ivareta ansvaret for å planlegge og styre prosjektet i alle faser frem til sykehuset er klart for overlevering til driftsorganisasjonen. For å sikre utvikling av prosjekteringsgrunnlaget er prosjektorganisasjonen etablert med en organisasjonsstruktur som ivaretar ulike ansvarsområder. Prosjektet ledes av prosjektdirektør med ansvar for flere sykehusbyggprosjekter i HSØ RHF. Prosjektet NSD ledes av prosjektsjef i linje under prosjektdirektøren.

Formålet med deltakelse fra VVHF er å sikre forankring og eierskap til de løsninger sykehuset skal overta driftsansvaret for. VV-NSD sine representanter har et spesielt ansvar for å bidra med råd ved valg av løsninger basert på driftserfaring. De skal også delta i aktuelle ROS-analyser.

VVHF skal rigge et nødvendig mottaksprosjekt for å ta imot leveranser til nytt sykehus i Drammen (bygg, teknikk, IKT og utstyr), herunder:

- opplæring
- forberedelse til drift
- organisasjonstilpasninger
- utvikle og etablere nye arbeidsprosesser for å sikre en vellykket ibruktakelse av leveransene i nytt sykehus
- være delaktige i utarbeidelse av drift- og vedlikeholdsavtaler og har ansvaret for å sikre godkjenning av disse i helseforetaket

4.1 Prosjektering

PNSD er ansvarlig for all prosjektering. Prosjektering og rådgivning skal resultere i en dokumentasjon som er tilstrekkelig som underlag for byggherrens beslutninger, offentlige myndigheters behandling, bygging og FDVU-dokumentasjon. Dokumentasjonen skal være i henhold til krav stilt av byggherre og offentlige myndigheter.

VV-NSD deltar i prosjekteringsmøter.

4.2 Bygg og teknikk (EL, VVS og bygnær-IKT)

PNSD ivaretar områdene bygg og teknikk og er tillagt ansvaret for å styre den totale gjennomføringen av bygningsmessige arbeider (inkludert utomhus og infrastrukturprosjekter) og alle tekniske installasjoner. Det skal sikres at grensesnitt ivaretas mot andre fag og delområder, slik at produktet utvikles i henhold til vedtatte rammer for kostnad, tid og kvalitet. Videre skal det sørges for en god og koordinert fremdrift av arbeidene.

Representanter fra VV-NSD inviteres til gjennomgang og utarbeidelse av beskrivelser før tilbudsutsendelse til entreprenører. Medvirkning og deltakelse i møter koordineres av PNSD entreprisableansvarlig med deltagelse fra prosjekteringsgruppen for den enkelte kontrakt.

PNSD entrepriseansvarlig er bindeleddet mot VV-NSD på entreprisenivå. VV-NSD skal gis tilstrekkelig tid til å følge opp arbeidet slik at de overordnede fremdriftsplanene kan følges og forankres i VVHF. VV-NSD skal følge arbeidet for bygg- og teknikkentreprisene frem til idriftsettelse.

Det er PNSD som håndterer dialogen med tilbydere og beslutter valg av løsning/utstyr ut fra avtalte tildelingskriterier og inngår kontrakt om kjøp av løsning/utstyr.

4.3 IKT

PNSD skal ivareta et helhetlig styrings- og gjennomføringsansvar for byggnære IKT entrepriser/leveranser, prosjekter i SP, og for angitte regionale og nasjonale prosjekter. Herunder inngår også å ivareta systemintegrasjon mellom de ulike løsningene i prosjektene og leveransene inn mot nytt sykehus.

Med bakgrunn i vedtatt styringsmodell for IKT i byggeprosjekter i Helse Sør-Øst, er det etablert et IKT program for NSD hvor leveranser til eksisterende sykehus skal koordineres med leveranser til nytt sykehus. Prinsippene for dette er beskrevet i en egen IKT-plan som skal videreutvikles og som beskriver IKT-leveranser inn mot nytt sykehus i Drammen.

IKT programmet er delt i tre faser:

- Fase 1 – Innføring av IKT system og infrastruktur i eksisterende sykehus
- Fase 2 – Bygging av nytt sykehus
- Fase 3 – Videre utvikling av IKT etter innflytting og ibruktakelse

VVHF

VVHF sitt ansvar i de forskjellige fasene er beskrevet i IKT-programmet. I hovedtrekk skal

VVHF som del av fase 1 gjennomføre prosjekter og etablere løsninger i eksisterende sykehus, før innflytting i nytt sykehus. Som del av fase 2 skal VVHF være overordnet ansvarlig for:

- stille nødvendige ressurser til videre utvikling av IKT-arkitektur og IKT-design av leveranser for fase 2
- stille nødvendige ressurser i håndtering av sikkerhet i løsninger/leveranser (deltakelse i ROS-arbeid)
- gjennomføre mottakskontroll som del av mottaksprosjektet
- fortløpende innføring av løsningene i ulike avdelinger i eksisterende sykehus
- opplæring og brukerstøtte av IKT-systemer og løsninger

VVHF er ansvarlig for å sikre informasjon og forankring i fagmiljøer og linjeledelse.

VV-NSD skal:

- ha tilstrekkelig myndighet til å ta avgjørelser på vegne av VVHF
- gis tilstrekkelig tid til å følge opp arbeidet slik at fremdriftsplanene i programmet kan følges
- delta i fagmøter og i månedlig koordineringsmøte for å sikre felles planlegging, rapportering og avvikshåndtering

IKT koordineringsmøte anbefaler tiltak og formaliserer eventuelle endringer.

Sykehuspartner (SPHF)

SP vil ha flere roller i prosjektene i form av tjenesteleverandør av driftstjenester til VVHF, prosjektleveranser byggeprosjektet, prosjektleveranser til regionale og lokale prosjekter i HSØ og VVHF, samt premissgiver på IKT infrastruktur (kabling, nettverk, sikkerhet) og IKT plattform innenfor systemets avtalte rammer. SP skal avsette ressurser til gjennomføring av alle prosjekter der SP skal overta drift av løsninger i etterkant.

PNSD

PNSD er ansvarlig for utarbeidelse av underlag for kontrahering av IKT-tekniske entrepriser og skal ivareta forankring av løsninger mot VVHF. Medvirkning og deltakelse i møter koordineres av PNSD entrepriseansvarlig med deltagelse fra prosjekteringsgruppen for den enkelte kontrakt.

Det er PNSD som håndterer dialogen med tilbydere og beslutter valg av løsning/utstyr/leveranser ut fra avtalte tildelingskriterier og inngår kontrakt om kjøp.

4.4 Utstyr

Hovedandelen av utstyr anskaffes av PNSD. VVHF har ansvar for anskaffelse og eller gjenbruk av utstyr/inventar tilsvarende 29 % av brutto utstyrsalkyle, definert i hovedprogram utstyr (HPU).

Det vil bli opprettet anskaffelsespakker for ulike typer utstyr. For hver pakke etableres det en budsjettamme og en fremdriftsplan. Gjennomføringen vil bli koordinert med anskaffelsesplaner internt i VVHF, regionalt og nasjonalt. VV-NSD skal delta i alle utstyrsanskaffelser som PNSD gjennomfører. Anskaffelsene vil bli gjennomført med tverrfaglige team bestående av representanter fra PNSD og VVHF. Arbeidet ledes av områdeleder utstyr PNSD og koordineres med prosjektleder utstyr VV-NSD. Antall deltagere vil variere etter anskaffelsens størrelse og kompleksitet.

Prosjektleder utstyr VV-NSD har ansvar for koordinering internt i VVHF og mot PNSD vedrørende alt utstyr, både MTU og annet utstyr. Dette gjelder både nytt utstyr som skal anskaffes og eksisterende utstyr som skal overflyttes. Prosjektleder utstyr VV-NSD skal også delta og sørge for øvrig deltagelse/medvirkning i anskaffelse, leveranse og installasjon av utstyr – inkl. overlevering av kontrakter.

VV-NSD sine representanter i anskaffelsesteamene er ansvarlige for å sikre informasjon og forankring tilbake til fagmiljøer og linjeledelse, og skal ha tilstrekkelig myndighet til å ta avgjørelser på vegne av VVHF. VV-NSD skal gis tilstrekkelig tid til å følge opp arbeidet slik at de overordnede fremdriftsplanene kan følges.

VV-NSD sine representanters hovedansvar er å bidra til å utarbeide og kvalitetssikre funksjonskrav før anbudsutsendelse og delta i evaluering av tilbud.

Ved alle anskaffelser skal de totale levetidskostnadene (LCC) legges til grunn for evalueringen sammen med funksjon. For anskaffelser PNSD har ansvar for, er det prosjektorganisasjonen

PNSD som håndterer dialogen med tilbydere og beslutter valg av utstyr ut fra avtalte tildelingskriterier og inngår kontrakt om kjøp av utstyr.

5 Programendringer

Forslag som medfører endring i vedtatt program, skal meldes og behandles i kontaktmøte i henhold til prosedyre for prosjektendringer.

Endringer i vedtatte programforutsetninger og endringer som påvirker prosjektets styringsramme (premissendringer) skal til behandling og godkjenning hos prosjekteier.

6 Referanser

- Mandat for Prosjektstyret for nytt sykehus i Drammen
- Prosedyre for prosjektendringer for nytt sykehus i Drammen

7 Vedlegg

Prosedyre for mediehåndtering NSD-0000-Z-PR-0006

Prosjekt:

Nytt sykehus i Drammen

Tittel:

Prosedyre for prosjektendringer

02	Godkjent for implementering i kontaktmøte og beslutningsmøte	12.03.21	TEK	FRL/RAA	ARH/LIS
01	Godkjent kontaktmøte, for implementering	09.10.20	TEK/NIK	ARN/RAA	DAB
Rev.	Beskrivelse	Rev. Dato	Utarbeidet	Kontroll	Godkjent
Kontraktor/leverandørs logo:		Bygg nr:	Etasje nr.:	Systemgr.:	Antall sider:
					Side 1 av 6
Prosjekt:	Utgivernr:	Fag:	Dok.type:	Løpenr:	Status:
NSD	0000	Z	PR	0025	02
				02	G

Revisjonsendringer

Rev.:	Beskrivelse av endring
01	Til info: Høring internt PNSD og Høring VV-NSD i september 2020
02	Gjennomgang og godkjenning i kontaktmøte og beslutningsmøte. Prosedyren er endret fra å være for programendring til prosjektendring, jfr. styringsdokumentets betegnelse om endringer. Prosedyren er også endret for å være tilpasset ny organisering i PNSD. Figur 1 er justert for å tydelig illustrere arbeidsflyt i endringsprosess.

Innholdsfortegnelse

1	Formål.....	3
1.1	Begrepsavklaring	3
2	Rammeverk.....	3
3	Ansvar	4
3.1	Prosjektorganisasjonen for nytt sykehus i Drammen (PNSD)	4
3.2	Vestre Viken HF (VVHF)	4
3.3	Andre	4
4	Arbeidsflyt for prosjektendring.....	5
4.1	Prosjektorganisasjonen i VVHF for nytt sykehus (VV-NSD)	5
4.2	PNSD.....	5
4.3	Godkjenning	6
5	Oppgavebeskrivelse for prosjektendringer	6

1 Formål

Formålet med denne prosedyren er å sikre strukturert og enhetlig behandling av endringsforslag i prosjektet nytt sykehus i Drammen (NSD).

Endringer fremmes enten av Vestre Viken HF (VVHF), av prosjektorganisasjonen for nytt sykehus i Drammen (PNSD) eller fra eier (HSØ-RHF).

Prosedyren beskriver prosessen for prosjektendringer som kan håndteres innenfor prosjektets budsjett og styringsramme og skal sikre at konsekvenser av endringene blir vurdert og beskrevet i beslutningsgrunnlaget, og at sakene kommer raskt opp til behandling og beslutning.

1.1 Begrepsavklaring

- **Premissendring:** Forslag til endringer som innebærer et avvik i forhold til prosjektet slik det er definert i de styrende dokumenter (eks. endring i kapasiteter, funksjon eller areal), er en premissendring utover prosjektets rammer, og skal behandles av prosjektstyret før den oversendes prosjekteier for behandling og beslutning.
- **Prosjektendring:** En prosjektendring (eks. endring av løsning, materialbruk eller teknologi) som følger prosjektets utvikling og ikke går ut over premisene for prosjektet, skal kunne gjennomføres forutsatt at de er innenfor vedtatt ramme for tid og økonomisk styringsramme. PNSD skal sørge for å ha løpende kontroll med konsekvenser av endringer. Prosjektet skal aktivt gjennomføre endringer dersom dette er nødvendig for å sikre at gjennomføringstid og/eller prosjektkostnader holder seg innenfor vedtatte rammer.
- **Kontraktsendring:** Kontraktsendringer og rutiner for slike endringsbehandlinger ivaretas av de administrative kontraktsbestemmelser hos PNSD.

2 Rammeverk

Prosjektets styringsbasis

Prosjektets styrende dokumenter angir mål, forutsetninger og rammer som ligger til grunn for gjennomføring av prosjektet. Dette gjelder bl.a. følgende dokumenter:

- Sak 017-2019 hvor styret i Helse Sør-Øst godkjente forprosjektet og vedtok bygging av nytt sykehus
- Sentralt styringsdokument for prosjekt nytt sykehus i Drammen
- Prosjektnedbrytningsstruktur (PNS)
- Hovedstyringsplan
- Entreprenørplan og entreprisbudsjett (Budsjettposter nivå 1-3)

Forslagsstiller

Vestre Viken HF (VVHF) og/eller Prosjekt nytt sykehus i Drammen (PNSD). PNSD har ansvar for å ivareta eventuelle nye rammebetingelser fra eier/myndigheter.

Prosjektendringslogg

Logg over aksjoner med endringsforslagene som er fremmet og status på disse.

Saksbehandler

Den person, utnevnt av prosjektdirektør PNSD, som har ansvaret for at sak med forslag om prosjektendring blir utredet tilstrekkelig, og ført frem til beslutning innen satt frist.

3 Ansvar

Under er det beskrevet hvilket ansvar som ligger til de ulike partene som kan fremme forslag om programendring.

3.1 Prosjektorganisasjonen for nytt sykehus i Drammen (PNSD)

PNSD er ansvarlig for samordning av endringsforslag i prosjektorganisasjonen.

PNSD er ansvarlig for å administrere, sørge for nødvendige utredninger og gi innstilling på endringsforslag. PNSD er ansvarlig for å involvere og gi formell melding til parter som er berørt av endringen internt i PNSD og i prosjektorganisasjonen til VV (VV-NSD) og eventuelt til berørte parter.

PNSD er ansvarlig for at det etableres prosjektendringslogg for alle endringsforslag som er fremmet i prosjektets dokumenthåndteringsverktøy Pims 365.

3.2 Vestre Viken HF (VVHF)

VVHF, ved deres prosjektorganisasjon VV-NSD, er ansvarlig for samordning av endringsforslag fra egen organisasjon og sine leietakere.

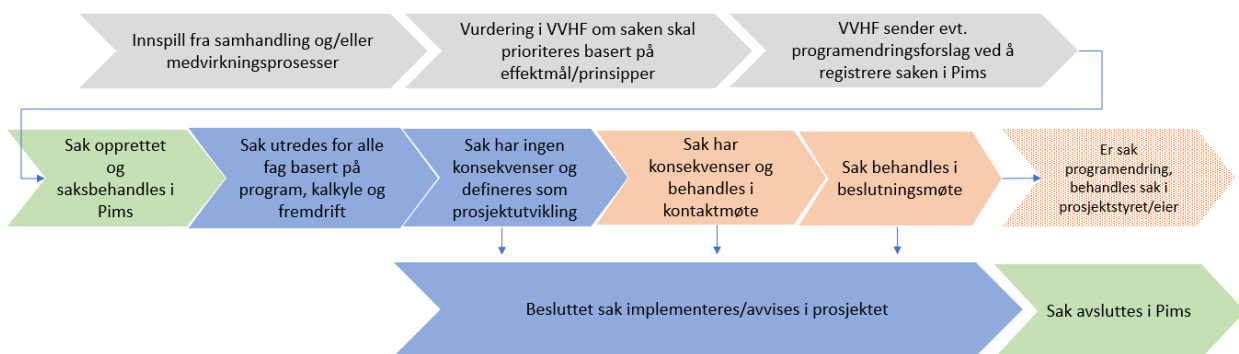
VV-NSD er ansvarlig for å utføre en konsekvensutredning for de initierte endringsforslagene og oversende disse til PNSD ved å registrere sak (Prosjektendringer) i Pims 365.

3.3 Andre

Helse Sør-Øst RHF ved prosjekteier eller prosjektstyret ber om at endringsforslag utredes av PNSD som sørger for videre behandling i henhold til denne prosedyre.

4 Arbeidsflyt for prosjektendring

Endringsforslag initieres ved at forslagsstiller etablerer sak i Pims 365. Følgende arbeidsflyt gjelder for behandling av forslag fra VVHF:



Figur 1. Eksempel på arbeidsflyt for prosjektendring når forslagsstiller er VVHF

Endringsforslag fra PNSD, andre eller eier/myndigheter vil prinsipielt følge samme flyt fra og med registrering i Pims 365.

4.1 Prosjektorganisasjonen i VVHF for nytt sykehus (VV-NSD)

VV-NSD skal vurdere forslag til endring som fremmes fra samhandlings- og medvirkningsprosesser eller linjeorganisasjonen basert på effektmål og fag/virksomhetsføring.

Forslag skal belyse i hvilken grad det understøtter gevinstrealiseringsplan og hvilken påvirkning det har for effektmålene. Det skal fremkomme hvordan det påvirker programforutsetninger, løsninger, systemer, økonomi og fremdrift.

4.2 PNSD

Forslag som utredes som prosjektendring sendes til prosjektdirektør for nytt sykehus i Drammen for videre utredning. Berørte områdeledere skal involveres for å vurdere konsekvenser for program, prosjektering, teknikk, bygg, utstyr, IKT og logistikk, samt kostnader, grensesnitt og tidskonsekvenser. Vurderingen av forslaget skal omfatte økonomiske konsekvenser for alle kontrakter og områder som påvirkes av endringen. Eventuelt om forslaget medfører besparelser for framdrift, kostnader eller funksjonalitet.

Dersom det er behov for å drøfte omprioritering innenfor rammen, gjøres dette som en del av behandlingen i kontaktmøtet.

Dersom det ikke oppnås enighet, skal saken behandles i Beslutningsmøtet.

4.3 Godkjenning

Prosjektdirektør PNSD fatter beslutning i saker som kan dekkes innenfor godkjent styringsramme og gjeldende fullmaktsstruktur. Endringer som går utover prosjektets styringsramme skal fremmes som sak til prosjektstyret og behandles av prosjekteier.

5 Oppgavebeskrivelse for prosjektendringer

Forslag til prosjektendringer gjennomgås internt i organisasjonen der forslaget blir fremmet. Forslagsstiller gjør en intern vurdering om saken skal prioriteres og meldes som prosjektendringsforslag. Dette gjøres ved å registrere saken som prosjektendring i PIMS og melde saken til kontaktmøte. PNSD får eventuelt forslaget til utredning. PNSD avklarer om forslaget til prosjektendring defineres som prosjektutvikling eller er en premissendring som skal til behandling i kontaktmøte/beslutningsmøte eller om saken ikke kan besluttes innenfor godkjent styringsramme og må sendes til prosjektstyret/eier.

Nedenfor vises eksempel på oppgavebeskrivelse for prosjektendringsforslag når forslagsstiller er VVHF. Samme metode for oppgavebeskrivelse vil gjeldende når prosjektendringsforslag kommer fra PNSD eller eier/myndigheter.

Aktivitet beskrivelse	Ansvar	Oppgavebeskrivelse
Innspill fra samhandling og medvirkningsprosesser	VV-NSD	<ul style="list-style-type: none">Forslag til endring fra samhandling og medvirkningsprosesser, programstyre eller medarbeidere i VV skal sendes til VV-NSD. (Ingen forslag skal sendes direkte til PNSD)
Intern vurdering hos VV om saken skal prioriteres	VV-NSD	<ul style="list-style-type: none">Vurdere forslaget basert på effektmål og fag/virksomhetsføringerBelyse om forslaget understøtter gevinstrealiseringsplanPåvirkning av driftsorganisering og helhet for foretaketOmfang av endringen - alle lokasjoner eller en lokasjonPåvirker det program, utstyr, løsning, system
VV sender forslag til prosjektendring til kontaktmøte	VV-NSD	<ul style="list-style-type: none">Registrer forslag til programendring i PIMS og drøftes i påfølgende kontaktmøte
Utredning av forslaget for alle relevante fag basert på program, kalkyle, fremdrift	PNSD	<ul style="list-style-type: none">Forslaget sendes til berørte områdeledere for konsekvensvurdering, saksgang skjer i PIMS<ul style="list-style-type: none">Program, projektering, teknikk, bygg, utstyr, IKT og logistikkPåvirkning på projekteringsløpet og eventuelle inngåtte kontrakterBeskrivelse av konsekvenser for framdrift, kalkyle og løsningerVurdere om forslaget har besparelse på framdrift, kalkyle eller kvalitetVurdering om forslaget er innenfor omfanget av prosjektet eller om det er premissendring
Forslaget defineres som prosjektutvikling	PNSD	<ul style="list-style-type: none">Dersom forslaget ikke påvirker kalkyle eller framdrift, anses forslaget som prosjektutvikling og implementeresVedtaket registreres som prosjektutvikling og avsluttes i PIMS med beskjed til VV
Forslaget defineres ikke som prosjektutvikling og behandles i kontaktmøte	PNSD	<ul style="list-style-type: none">Medfører forslaget behov for omprioritering innenfor rammen behandles saken i kontaktmøteDet må i fellesskap etableres tiltak for omprioritering innenfor rammenVedtaket registreres i PIMS med beskjed til VV og andre involverte parter
Godkjenning i beslutningsmøte	PNSD	<ul style="list-style-type: none">Dersom det ikke oppnås enighet skal saken behandles i beslutningsmøteEvt. vedtak registreres i PIMS med beskjed til VV og andre involverte parter

Tabell 1. Eksempel på oppgavebeskrivelse for prosjektendringsforslag fra VVHF og saksbehandling i dokumentstyringsverktøyet Pims 365

Utstyrsanskaffelser

Aktiviteter innen området følger oppsatt plan for utstyrsanskaffelser, som omfatter 11 anskaffelser i 2021. Per i dag er det pågående 4 anskaffelsesprosesser, Maskinell sengevask, Fastmontert utstyr operasjon/intensiv, Obduksjonsutstyr og Kjøkkenutstyr – matproduksjon.

Videre er det utarbeidet underlag for området i Økonomisk langtidsplan for Vestre Viken HF.

IKT Fase 1/2

VV-NSD samarbeid tett med Stab Teknologi og for detaljert informasjon om status og fremdrift innen området, det vises til etablert tertialrapportering og øvrig IKT rapportering til styret.

Ut over dette har VV-NSD egne prosjekter innen styringssystem sterilsentral og sporing og lokalisering. For å sikre planer og krav til adgangskontroll i nytt sykehus, deltar VV-NSD, i samarbeide med prosjektorganisasjonen PNSD og Vestre Viken HF, i prosjektet Adgangskontrollsystem. Pilotering er planlagt på Kongsberg sykehus.

Organisasjonsutvikling

I nytt sykehus er det lagt til grunn endrede fag- og funksjonsplasseringer og samlet somatikk og psykisk helse og rus, noe som vil kreve endrede driftskonsepter og arbeidsprosesser.

Linjeorganisasjonene etablerer delprosjekter iht. dette og de enkelte delprosjekter rapporterer inn i respektive linjeorganisasjoner, men koordineres gjennom Mottaksprosjektet.

Per i dag er følgende delprosjekter under arbeid:

- Øyeseksjonen
- Arbeidsgruppe Stråleterapi
- Matforsyning sentralkjøkken
- Pasientovervåkning og telemetri

Delprosjektene omfatter utarbeidelse av driftskonsept og arbeidsprosessbeskrivelser for å sikre effektiv drift og eventuelt underlag for utstyrsanskaffelser innen området.

Det er etablert møtearenaer mellom VV-NSD og de enkelte klinikkene og detaljerte planer for oppstart av ytterligere delprosjekter er under utarbeidelse.

For å sikre fremdrift og høy kvalitet i prosjektgjennomføringen, utarbeides det nå en plan for å etablere et dedikert team i sentral stab i Vestre Viken HF, som gjennom Mottaksprosjektet skal støtte klinikkene i OU-arbeidet inn mot nytt sykehus. Teamet skal omfatte prosjekt-, logistikk og prosesskompetanse, forbedringskunnskap, samt økt controller bistand. Det planlegges for noen ressurser fra kvartal 2 og fullverdig etablering i løpet av 2021.

Samlet plan

Arbeidet med Samlet plan er påbegynt og oppstartsmøte ble gjennomført 24.02.2021.

Første utkast til plandokument fra PNSD, for interne kommentarer i Vestre Viken HF, er planlagt overlevert i uke 15, med etterfølgende work-shop 30.04.2021.

Første utkast av samlet plan er planlagt ferdigstilt i uke 23.

Høsten 2021 vil planen bearbeides videre og fremlegges for behandling i styret i Vestre Viken HF og Prosjektstyre i november/desember 2021.

Parkering

Prosjektet utreder fremtidig parkeringskonsept for nytt sykehus på Brakerøya og omfatter parkering for hovedgruppene ansatte, pasienter, pårørende og besøkende.

Vestre Viken eller VV-NSD har ikke nødvendige ressurser eller kompetanse til å gjennomføre prosjektet med egne ansatte og Metier Oec er engasjert av VV-NSD til å gjennomføre utredningen.

Prosjektet gjennomføres i henhold til plan og prosjektrapport legges frem for prosjektdirektør i slutten av april 2021.

Prosjekt og porteføljestyring

Mottaksprosjektet vil være et kontinuerlig arbeid frem til innflytting og idriftsettelse av nytt sykehus og 12 til 18 måneder etter for å sikre implementering av utarbeidede løsninger for drift og organisering. For å sikre oppfølging av de enkelte delprosjekter og øvrige aktiviteter, arbeides det nå med en plan for registrering i prosjektstyringsverktøy – Clarity PPM. Det er manglende kompetanse innen dette verktøyet i både Vestre Viken og i VV-NSD, VV-NSD har derfor rekruttert en ressurs fra 1. juni 2021 som vil få dette som hovedoppgave og legge grunnlag for egen porteføljestyring i Mottaksprosjektet.

Videre vil VV-NSD kartlegge alle pågående prosjekter/aktiviteter som påvirker fremtidig drift og organisering i nytt sykehus. Eget registreringsskjema er under utarbeidelse og kartleggingen i den enkelte klinikk vil skje innen 1. juni 2021.

Innovasjonsprosjekt kontortjenesten

Gjennom prosjektet nytt sykehus i Drammen har Vestre Viken sendt søknad til Stimulab om midler til støtte for gjennomføring av innovasjonsprosjektet *Fremtidens kontortjeneste for bedre pasientflyt*. Formål med prosjektet er å etablere konsept for en velfungerende kontortjeneste, designet etter pasientens behov, som vil støtte opp under pasientens flyt gjennom sykehusoppholdet, fra dagens situasjon med gjentatte besøk, venting og mye reising, til en mer sømløs flyt.

Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF har de samme utfordringene innen kontortjenesten og er samarbeidspartnere i søknaden.

Det er mottatt positiv tilbakemelding på søknaden fra Stimulab og de ønsker et avklaringsmøte for å få mer informasjon og nærmere svar på noen tema i uke 12. Etter dette vil det gjøres en ny vurdering av hvilke søknader som går videre til neste fase.

Samarbeid andre byggeprosjekter

Det er etablert ny samarbeids- og samhandlingsarena med Nye Oslo universitetssykehus. Første møte ble gjennomført 5. mars 2021 og videre oppfølging er planlagt 9. april.

Dette vil omfatte blant annet områdene organisering av prosjektene, innovasjon, teknologi, organisasjonsutvikling, arbeidsprosesser og forberedelse til ibruktakelse.



Årsmelding 2020

Pasient- og brukerombudet i Buskerud

PASIENT- OG BRUKEROMBUDSORDNINGEN

Pasient- og brukerombudene gir råd og veiledning om ulike pasient- og brukerrettigheter, og hjelper med å formulere og videreformidle spørsmål og klager. Vi løfter saker på eget initiativ og stiller spørsmål ved systemer i tillegg til å arbeide med enkeltsaker. Ombudene kan bidra som konfliktløser og hjelpe til i dialog med helsetjenesten. Vi har taushetsplikt og ordningen er gratis. De som henvender seg til ombudet har rett til å være anonyme.

Ombudets arbeidsområde er offentlige spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester og fylkeskommunale tannhelsetjenester.

Ordningen med pasient- og brukerombud er statlig, administrert av HelseDirektoratet og lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 8. Statens alminnelige instruksjonsmyndighet er begrenset ved at pasient- og brukerrettighetsloven § 8-2 slår fast at ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og faglig uavhengig.

FORORD

Pasient- og brukerombudet i Buskerud mottok 1136 henvendelser i 2020.

Ombudet har daglig kontakt med pasienter, brukere og pårørende. Deres tilbakemeldinger, opplevelser og erfaringer skal alltid være en sentral del av helsetjenestens arbeid for bedre kvalitet og tryggere helsehjelp. Dette er en kort beskrivelse av de områdene ombudet mener helsetjenesten må ta inn i sitt kvalitets- og endringsarbeid.

Vår årsmelding kan suppleres av den nasjonale årsmeldingen som er utarbeidet av alle ombudene i Norge. Den gir et godt innblikk i hva som er felles erfaringer og problemområder for hele landet, mens årsmeldingen fra Buskerud har fokus på lokale forhold.

Selv om vi i hovedsak får henvendelser om det som ikke fungerer, så vet vi at vi har et godt og robust helsevesen med faglig dyktige og omsorgsfulle ansatte. Å rette fokus på det som har gått galt er imidlertid essensielt for å unngå gjentakelser og for å gjøre helsevesenet stadig bedre.

God lesing!

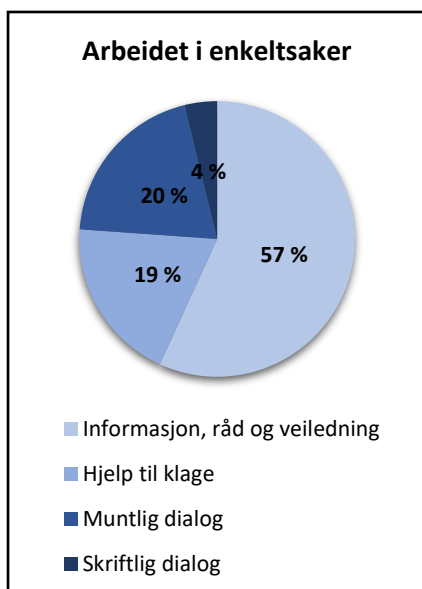
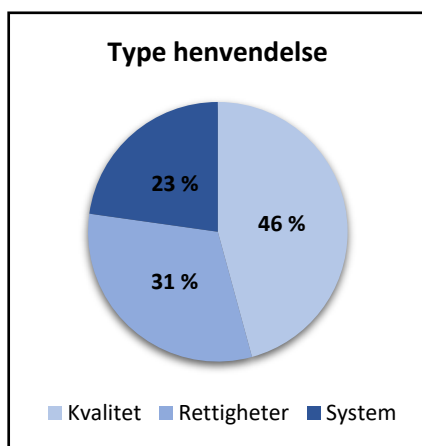
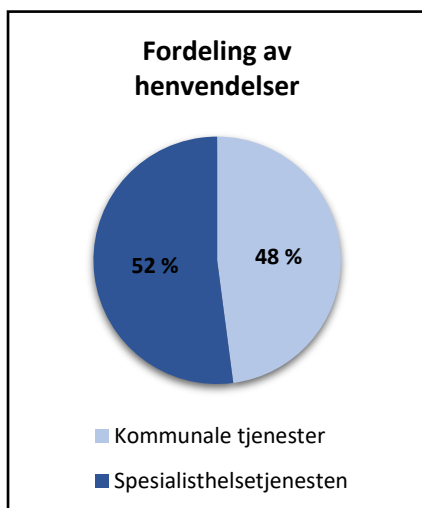
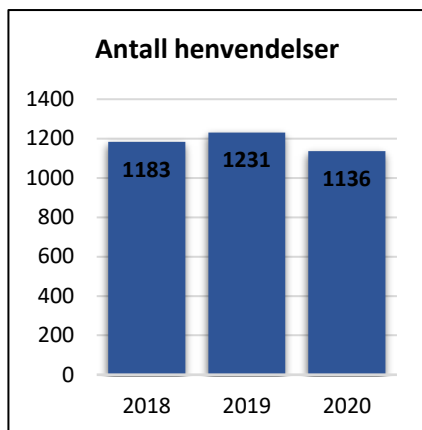


Marianne Thorrud

Fungerende Pasient- og brukerombud i Buskerud

(Fra 01.02.2021 – Pasient- og brukerombudet i Viken, kontor Drammen)

ÅRET 2020 HOS PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I BUSKERUD



Året 2020 ble et annerledes år med ansatte på hjemmekontor mer eller mindre gjennom hele året etter nedstengningen 13. mars. Befolkningen ble møtt med stengte dører på vårt kontor og med beskjed om å ta kontakt pr telefon i stedet. Vi fikk et krasjkurs i digital kompetanse slik at det meste av møter gjennom året ble gjennomført, men da på Skype, Join eller Teams. Som så mange andre fikk vi en liten vekker med tanke på hvor greit det gikk, og både møter og undervisning ble gjennomført som planlagt digitalt. Vi ser at dette åpner muligheter fremover med tanke på mere effektive arbeidsmetoder. Gjennomføring av møter med lang reisevei har tidligere krevd mye tid, og vi ser at vi i større grad kan delta på disse i fremtiden ved hjelp av digitale verktøy. Digitale møter kan også være gunstig for innbyggere som av ulike årsaker ikke kan møte på vårt kontor eller som har lang reisevei.

På tross av digitale verktøy ble en del planlagte aktiviteter utsatt eller avlyst. Besøk i kommuner, "stands" på sykehus og møte/undervisning i diverse forbund, foreninger og pårørendeskoler måtte utgå.

Vi tok tidlig kontakt med Vestre Viken for å sikre at vi ikke la ekstra sten til byrden i deres utfordrende situasjon. Vi ble enige om at vi avventet klager som ikke var strengt tatt nødvendige, og sykehuset fikk utsatt frist til å svare på allerede innsendte klager. Viktige henvendelser som ikke kunne vente, ble tatt opp muntlig med sykehuset, og vi opplevde et svært godt samarbeid der vi tok kontakt.

Vi forberedte oss på en storm av henvendelser med tanke på den spesielle situasjonen med mange avlyste operasjoner og konsultasjoner. Imidlertid skjedde det motsatte. I ukene som fulgte etter nedstengningen fikk vi få henvendelser. Det var en tid hvor store deler av befolkningen var opptatt av å applaudere helsevesenet, og kanskje ble det ikke så lett å klage. Året sett under ett, har vi likevel mottatt nesten like mange henvendelser som tidligere år og kun fått en liten nedgang i antall saker.

Kontoret i Drammen har i 2020 fortsatt arbeidet med å gå fra skriftlig saksbehandling til mer muntlig avklaring i saker. Dette gir ofte raskere svar og vi unngår tidkrevende klageprosesser der hvor det ikke er nødvendig.

Året 2020 var første år med den offentlige tannhelsetjenesten i vårt mandat, men vi registrerte ikke mer enn 5 henvendelser vedrørende dette i løpet av året.

Nasjonalt koordinerende ombud

Fra og med 1.1.2020 fikk ett av pasient- og brukerombudene i Norge en koordinerende rolle for alle ombudene. Bakgrunnen var et ønske om å etablere en tydeligere felles retning, prioritering og koordinering av arbeidet slik at pasienters og brukeres tilgang til råd, veiledning og annen bistand fra pasient- og brukerombudet blir uavhengig av hvilket fylke de bor i. Koordinerende funksjon er lagt til kontoret i Bergen, og stillingen ble besatt 01.09.2020.



Covid-19

97 henvendelser kan knyttes direkte opp mot covid-19. I hovedsak dreier det seg om besøksrestriksjoner (i sykehus, på sykehjem og i omsorgsboliger) og pasienter som fikk behandling/utredning utsatt i spesialisthelsetjenesten. Vi så at spesielt pasienter med smerteproblematikk ble fortvilet over at timen de allerede hadde ventet lenge på, ble ytterligere utsatt på grunn av covid-19.

Våren 2020 fikk vi noen henvendelser som gjaldt bekymringer i forhold til smittevern der man var kritiske til at ansatte i hjemmetjenesten og i sykehjem ikke benyttet munnbind.

Vi mottok også noen bekymringer knyttet til pasienter i psykiatriske institusjoner som fikk utsatt eller avsluttet behandlingen tidligere enn det som var planlagt. Noen ble utskrevet til hjemmet med videre oppfølging i kommunen, - samtidig som mange kommunale tilbud ble stengt ned. Enkelte pårørende ble dermed sittende igjen med ansvaret for alvorlig syke pasienter.

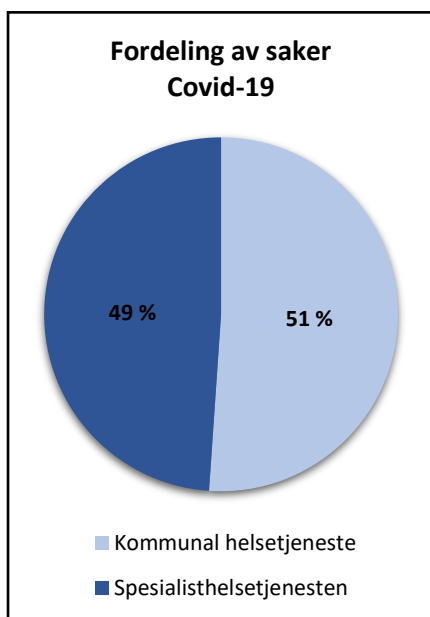
Mange fikk omgjort døgntil behandling til digital oppfølging, noe som ikke var tilstrekkelig eller fungerte like godt for alle.

Flere rehabiliteringsinstitusjoner stengte eller reduserte sine tilbud, og private og kommunale fysioterapeuter ble avsluttet og stengt. For mange er dette helt nødvendige tilbud for tilfriskning eller forebygging av funksjonsfall.

Pasienter i helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten og beboere i sykehjem har rett til å motta besøk. I forbindelse med Covid-19 ble det innført strenge restriksjoner på dette, og ved noen sykehjem ble det innført totalt forbud mot besøk. Dette var selvsagt et stort tap for pasientene, men også en stor belastning for de pårørende som ble bekymret for om beboere fikk tilstrekkelig pleie og omsorg når de selv ikke kunne være til stede og følge dette opp. Aktiviteter falt bort, de ansatte hadde ikke tid til å gå tur med beboerne, og de pårørende fikk ikke lov. Ved mange sykehjem var man kreative og sørget for digitale møter, vinking fra altaner og vinduer og møter utendørs, men det var nok mange som kjente på stor ensomhet i denne perioden. Særlig krevende var det for de med kognitiv svikt som vanskelig kunne forstå hvorfor de ikke lenger fikk besøk.

Enkelte opplevde samme type restriksjoner i omsorgsboliger.

Omsorgsbolig regnes som privat bolig, og besøk kan ikke lovlig begrenses av andre enn beboere.



SPESIALISTHELSETJENESTEN



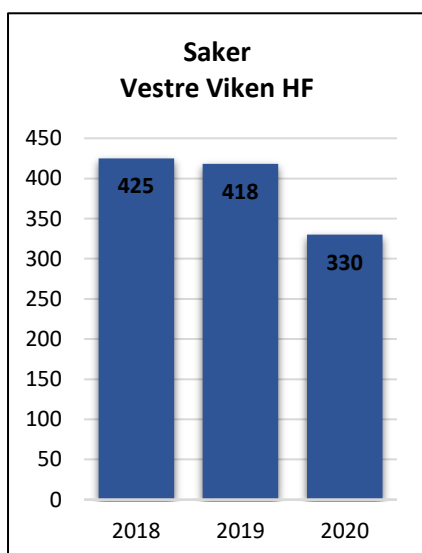
Vi mottok i fjor 429 henvendelser som omhandlet spesialisthelsetjenesten. 330 av disse dreide seg om Vestre Viken HF. Ikke alle henvendelsene har et element av klage, mange ringer vårt kontor med spørsmål knyttet til konsultasjon, opphold eller rettigheter.

Tjenestested	Saker 2018	Saker 2019	Saker 2020
Drammen sykehus	239	228	165
Ringerike sykehus	47	36	36
Kongsberg sykehus	23	29	15
Bærum sykehus	6	11	7

(Tabellen viser tall for utvalgte klinikker i Vestre Viken HF)

Ombudet opplever et godt samarbeid med Vestre Viken HF og erfarer at våre henvendelser tas på alvor enten de fremsettes skriftlig eller muntlig. Ombudet ser en klar vilje i foretaket til å tenke både pasientsikkerhet, kvalitet og pasientens beste. Det satses på både kvalitet, læring og forskning, og ombudet har nylig fått presentert "Helseatlasen" hvor Vestre Viken ligger øverst i sammenstillingen av en rekke kvalitetsindikatorer.

Antall klager rettet mot Vestre Viken HF gikk vesentlig ned i 2020. Likevel mottar vi altså et betydelig antall henvendelser og klager rettet mot helsehjelp mottatt ved sykehusene. Vi vil særlig peke på følgende:



Kontaktlege

Pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt kontaktlege. Kontaktlegen skal være pasientens medisinskfaglige kontakt gjennom pasientforløpet og være tilgjengelig og holde pasient (pårørende) informert. Vi erfarer at den lovfestede retten til kontaktlege i liten grad blir respektert, og det gis heller ikke informasjon om denne retten.

Kvaliteten i pleie og omsorg

Som påpekt sist år så hjelper det lite at utredning, undersøkelser og behandling har høy faglig standard, når det svikter i pleie og omsorg. Det er særlig de store medisinske avdelingene som utpeker seg i negativ retning. Vi hører om pasienter som ikke får nødvendig hjelp og bistand til det aller mest nødvendige som å gå på toalett og hente mat. Det tar for lang tid å oppnå kontakt og pasienter har måttet ringe til pårørende for bistand. Det oppleves surr og rot med medisiner og legers instruksjoner følges ikke opp av pleiepersonellet. Også i år har vi hatt sak hvor stort arbeidspress fører til at informasjon blir gitt til feil pasient, og vi får tilbakemeldinger om at pasienter ikke tør å ringe etter hjelp fordi de synes synd på de ansatte etter å ha hørt de klager over stort arbeidspress.

De vanligste årsakene til kontakt med ombudet – spesialisthelsetjenesten

Feil ved behandling	88
Ventetid	56
Informasjon	50
Diagnostisering	41
Utskriving	34
Avslag	32
Omsorgsfull hjelp	32
Oppførsel	30
Medisinering	26
Oppfølging	23
Omfang av tjenester	22
Rutiner	22
Journalføring	17
Journal	16
Egenandeler/ finansierings spørsmål	13

Dette er de fagområdene vi har fått flest henvendelser på (én sak kan inneholde flere fagområder)

Psykisk helsevern	109
Kirurgi	96
Indremedisin	58
Generelle tjenester	29
Nevrologi	25
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	22
Anestesiologi	20
Onkologi	19
Klinisk/medisinsk service	15
Rus	14
Øyesykdommer	11
Barnesykdommer	9
Øre-nese-halssykdommer	8

Mangler ved pleie og omsorg er en fare for pasientsikkerheten og fører til utrygghet og frustrasjon for pasienter i en allerede vanskelig situasjon.

Sårbarhet og risiko i akuttmottakene

Det kan synes som om kompetanse og tverrfaglighet i akuttmottaket må sikres ytterligere. Mye avhenger av at pasienten blir tilsett av rett spesialitet for at videre diagnostisering og helsehjelp blir korrekt og havner i rett fagsøyle. Vi synes å se en bedring etter innføring av akuttmedisin som egen spesialitet, men fremdeles synes systemet sårbart.

Videre får vi tilbakemelding fra pasienter som venter lenge og frykter de blir glemt. De formidler også vansker med å få informasjon og smertelindring i ventetiden.

Pasienter har også opplevd at briller, tannproteser og lignende blir borte i akuttmottaket. Dette kan være av stor betydning for pasienten og det er heller ikke enkelt å raskt fremskaffe nye.

Medvirkning

Ved fristbrudd henvises pasienten videre til annet sykehus uten at pasienten har samtykket til dette eller fått anledning til å uttale seg eller medvirke ved valg av sykehus. Det er forvirrende å bli kontaktet av et nytt sykehus som de ikke har noe kjennskap til. Mange stiller også spørsmål ved om personvernet er ivaretatt når de ikke har samtykket til slik informasjonsflyt mellom ulike sykehus.

Rus og psykiatri

For første gang får vi flere henvendelser knyttet til psykisk helse enn til kirurgi. Vi antar at årsaken til dette skyldes at ombudet de siste årene har prioritert å gjøre ordningen kjent innenfor denne pasientgruppen, blant annet ved tidligere år å ha dette som fokusområde.

- Flere kontakter oss fordi det er lange ventetider på døgnbehandling, noe som blir bekreftet i vår kontakt med tjenesten. Særlig uheldig er det der hvor pasientløpet blir oppstykket fordi de må vente på videre behandling.
- Noen pasienter kontakter oss fordi de mener de har havnet i feil ROP-løp.
- Som vi påpekte sist år så er det viktig at spesialisthelsetjenesten har beredskap til å bistå og veilede legevaksleger som møter pasienter med mulig suicidfare. Det bør vurderes å utarbeide standardskjema og sjekklister som brukes ved henvendelser fra kommune og fastleger.
- Vi sa det i fjor og må dessverre gjenta det i år: Alvorlige tilstander hos barn og unge krever samtaler med kvalifisert helsepersonell. For de sykeste ungdommene er det ikke tilstrekkelig og forsvarlig med samtaler hos sosionom ansatt ved BUP.

KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

Antall henvendelser knyttet til de kommunale helsetjenestene har ikke gått ned i 2020 slik vi ser i spesialisthelsetjenesten.

Året 2020 har vært preget av økende bekymring knyttet til praksis og holdning ved enkelte kommunale tildelingskontor/vedtakskontor. Mange forteller at de blir møtt på en dårlig måte og med en liten vilje til å hjelpe. Ombudet har selv opplevd dette i møte med enkelte saksbehandlere og ledere i kommunen.

Enkelte kommuner synes å trenere videre saksbehandling selv etter at pasienten har fått medhold i klage hos Statsforvalteren. Vi har også møtt saksbehandlere som åpenbart ikke forstår hva det vil si når et vedtak er opphevet.

Videre så ser vi en detaljstyring i vedtak som fører til at det faglige skjønnnet hos den som utfører pleie og stell settes til side.

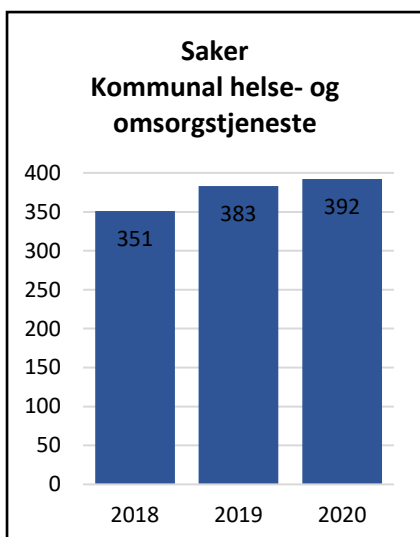
Spesialisthelsetjenestens vurderinger av pasientens helsetilstand og funksjonsnivå settes til side av kommunens saksbehandlere uten videre undersøkelse. Virkelig bekymret blir vi når pasienter og pårørende tar kontakt med vårt kontor etter oppfordring fra andre kommunale tjenester, f. eks hjemmetjenesten, fordi tjenesten opplever det nytteløst selv å ta opp saken med tildelingskontor/vedtakskontor. At de som er nærmest pasienten og kjenner pasienten ikke blir hørt i egen kommune er et alvorlig signal som må tas på alvor.

Flere pårørende tar kontakt fordi de er bekymret for om den tjenesten som tilbys pasienten er tilstrekkelig. Når ombudet tar kontakt med tildelingskontor/vedtakskontor anfører de at pasienten har et annet ønske enn det pårørende sier. Direkte kontakt med pasienten viser at denne i liten grad har forstått at de har et valg og at de bare har blitt presentert for en løsning fra kommunens side. I de aller fleste sakene er det samsvar mellom det pårørende hevder og det pasienten selv ønsker.

Pårørendes ansvar

Fremdeles er det mange pårørende som opplever at de må ta stort ansvar og utføre privat omsorgsarbeid fordi kommunene ikke gir forsvarlige omsorgstjenester. Noen opplever tjenestene så minimale at de føler seg nødt til å bistå pasienten. Dette gjelder særlig de som bor hjemme, men også de som bor på sykehjem. Vi får henvendelser fra ektefeller som hver dag reiser til sykehjemmet for å bistå under måltider til sin ektefelle.

Kommunen gir stadig pårørende informasjon om at det er deres ansvar å transportere og ledsage sine familiemedlemmer til lege, legevakt eller sykehus, til tross for at dette ikke er riktig. Det samme gjelder også merking av klær, følge til frisør, kjøp av diverse produkter til beboere på sykehjem. Kommunen har ingen hjemmel for å pålegge pårørende dette ansvaret, og dette er et kommunalt ansvar.



En pasient hadde vedtak på at hun trengte hjelp til å ta på sokkene etter dusj. Da pasienten spurte den ansatte i hjemmesykepleien om de kunne hjelpe henne med å tørke foten før de tok på sokken, ble dette avvist fordi det ikke stod i vedtaket. Dette ble tatt opp flere ganger, men sokken ble alltid tatt på den våte foten da det ikke stod i vedtaket at den skulle tørkes.



De vanligste årsakene til kontakt med ombudet – kommunale helse- og omsorgstjenester

Feil ved behandling	44
Omfang av tjenester	44
Medisinering	41
Manglende iverksetting av vedtak	30
Informasjon	27
Egenandeler/ finansieringsspørsmål	25
Henvisning	24
Omsorgsfull hjelp	24
Bortfall/reduksjon av tjenester	22
Medvirkning	22
Diagnostisering	20
Oppførsel	16
Avvisning	15
Rutiner	15
Type tjeneste/hjelp	15
Saksbehandling (generell)	14
Verdighet i tjenestetilbud	13
Journal	12
Tilgjengelighet	12
Ventetid	11



Hvis pårørende ønsker å ta på seg omsorgsarbeidet og dette blir regnet som særlig tyngende, så kan man søke om omsorgsstønning for det arbeidet man faktisk utfører for kommunen. Ombudet erfarer at mange ikke får denne informasjonen selv om kommunene har både veilednings- og opplysningsplikt.

Utskrivning fra sykehus

Noen kommuner praktiserer nærmest en obligatorisk "prøveperiode" til hjemmet ved utskrivning fra sykehus før man overbevises om at pasienten må ha korttidsplass/langtidsplass i sykehjem. Ombudet er kritiske til en slik praksis og har sett eksempler på pasienter som gjennomgår flere dager med uforsvarlig tjenestetilbud før man innser at pasienten faktisk må ha institusjonsplass. Det rette med tanke på pasientsikkerhet burde være det motsatte; der hvor man er usikker bør pasienten kartlegges i institusjon først med tanke på om det er forsvarlig å skrive pasienten ut til eget hjem.

En praksis hvor pasienter med omfattende behov skrives ut til eget hjem krever høy kompetanse i hjemmetjenesten. Bruk av ufaglærte, særlig i ferier og høytider, blir derfor en særlig risiko og fare for pasientsikkerheten.

Barn - særskilte utfordringer

Når det gjelder barn så vil vi peke på uklare ansvarsforhold når barn trenger helsehjelp både hjemme, på skolen og i SFO. Dette gir liten sammenheng i tjenestene og fortvilelse hos foreldre som må kjempe de samme kampene på flere arenaer i kommunen.

Vi får også henvendelser fra foreldre til barn med diagnose som fører til utfordrende adferd. Når foreldrene blir slitne og trenger avlastning, sender helsetjenesten saken til barnevernet på tross av at det er diagnosen som gjør barnets adferd utfordrende, og det ikke er noe i veien med foreldrenes omsorgsevne. Foreldrene blir dermed kasteballer mellom to kommunale instanser som begge fraskriver seg ansvar. Vi har fått tilbakemelding fra barnevern som ser det urimelige i situasjonen og innvilger avlastning til slitne foreldre til tross for at det ikke skyldes sviktende omsorgsevne og således ikke er deres ansvarsområde. Det er slått fast at om foreldrene trenger avlastning grunnet barnets diagnose så er helsetjenesten, og ikke barnevernet, rett ansvarsområde.

Ombudet får flere henvendelser fra foreldre som kjemper en urimelig lang kamp for å få hjelp med omsorgen til svært syke og pleietrengende barn. Igjen så opplever mange dårlige holdninger i møte med tildelingskontorene og en trenering av saken. Vi ser også at ikke alle kommuner har forståelse for at barn og unge med komplekse helsetilstander og utfordrende adferd trenger stabil og kompetent bemanning. Det er også viktig at tjenesten blir individuelt tilpasset barnet. For ofte ser vi at kompleks problematikk svares ut med ordinær tjeneste rettet mot voksne uten den fleksibiliteten og spesielle tilrettelegging som et barn krever.

FASTLEGER



Fastleger er en del av den kommunale helsetjenesten og erfaringsmessig den tjenesten i kommunen vi mottar flest klager på. Sett ut i fra mengden med helsetjenester som leveres så er dette en naturlig forklaring. Antall klager rettet mot fastlegene holder seg relativt stabilt sammenlignet med 2019.

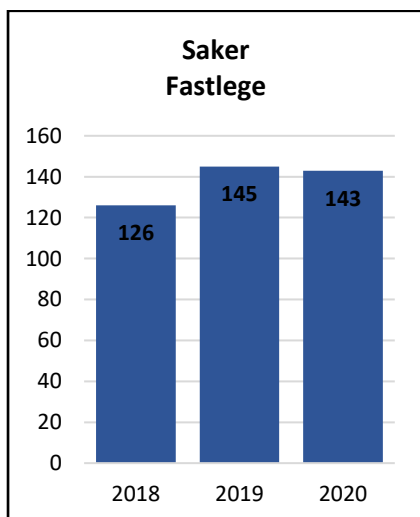
Vi ser at i enkelte kommuner i Buskerud finnes det svært få ledige plasser om man som innbygger skulle ønske å bytte fastlege. Mange leger har fulle lister, og man mister dermed muligheten til å bytte fastlege om man ikke er fornøyd.

Mange klager på tilgjengeligheten hos fastlegen, både når det gjelder ventetid på konsultasjon og svar på telefon. Andelen eldre i befolkningen øker, noe som øker behovet for helsetjenester, inklusive fastlegetjenester. Manglende kontinuitet og vanskelig tilgjengelig time hos fastlege vil spesielt i den eldre befolkningsgruppen kunne øke risiko for uoppdaget sykdomsutvikling og for tidlig død.

Pasienter tar ofte kontakt med vårt kontor grunnet uenighet knyttet til medisinerings. Ombudet er restriktive med å bistå pasienter i sitt ønske om økt medisinerings med smertelindring, beroligende eller søvnmedikamenter da dette er medisinsk faglige vurderinger vi ikke kan overprøve.

Det er fortsatt for store variasjoner i fastlegenes kunnskap om ombudet, mandat og arbeidsform. Vårt inntrykk er at når fastleger først får kunnskap om hva ombudet kan bistå med, så oppfordrer de flere pasienter til å ta kontakt med vårt kontor. Ombudet får ofte tilbakemelding fra fastlegene på at de føler seg opprødde og lite hørt av kommunen når de anfører at pasienter må ha mer bistand/hjelp.

I forbindelse med pandemien ble det innført nye retningslinjer som åpnet for digitale konsultasjoner med påfølgende nye takster. Videre så ble det av smittevern hensyn vanskeligere å få betalt etter endt konsultasjon. Ombudet opplevde mange henvendelser grunnet dette.



SYSTEMSAKER

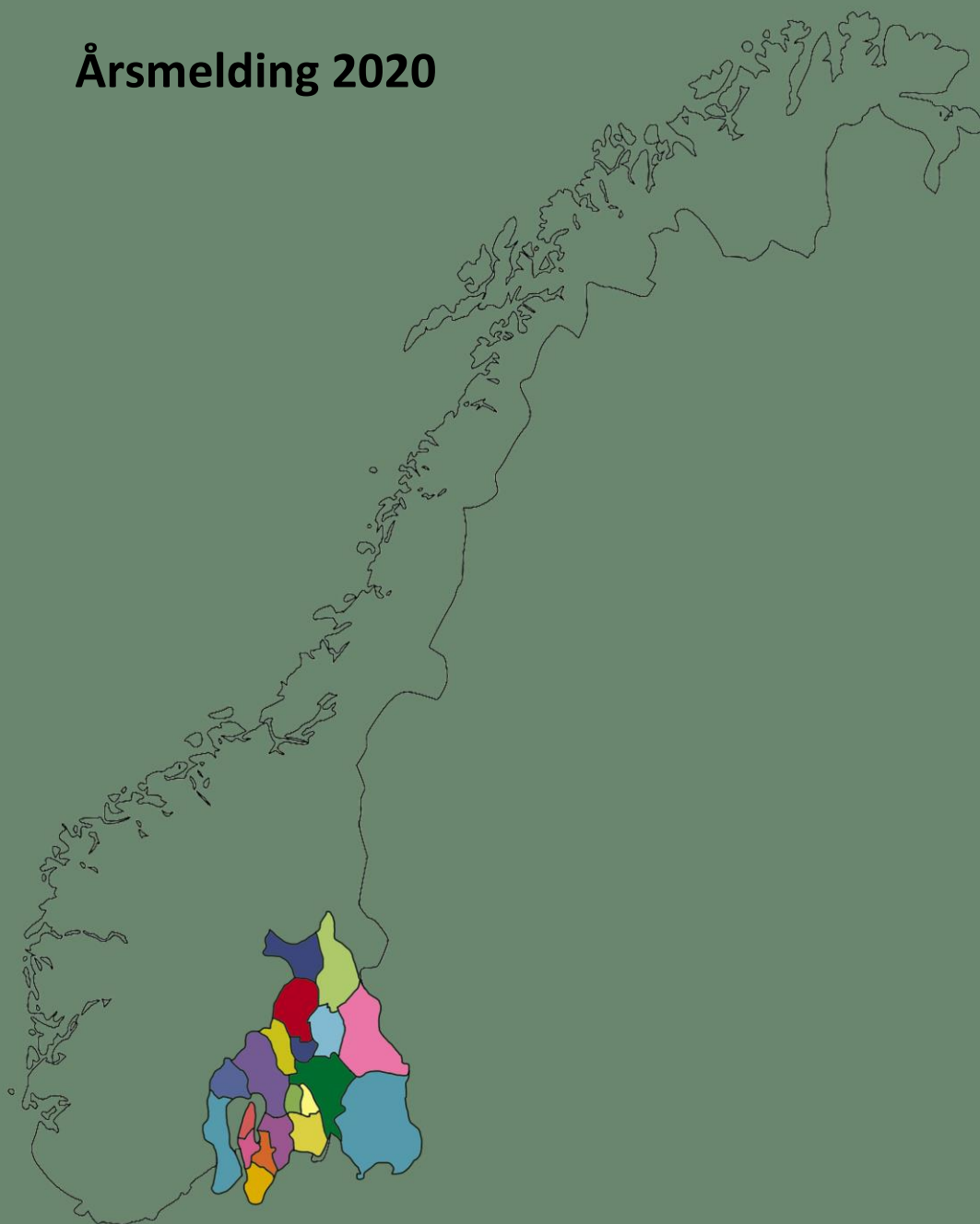
Dette er noen av de systemsakene vi har engasjert oss i:

- Håndtering av pasientklager hos Distriktpspsykiatrisk senter.
- Besøksnekt i omsorgsbolig.
- Adgang til å stoppe omsorgstønning ved reise til utlandet.
- Henvissingspraksis til rehabilitering fra sykehus.
- Fakturagebyr ved betaling av influensavaksine.
- Barneverntjenestens rett til å samtykke til helsehjelp.
- Gebyr for timebestilling på SMS og app.
- Egenbetaling medisinutbringning.
- Spørsmål om det tas pandemi- og smittevernhensyn ved bygging av nytt sykehus.
- Endring av behandlingsform i forbindelse med covid-19.
- Bekymring for beskyttelse av innlagte pasienter med lungesykdom.
- Renhold på sykehjem.
- Spørsmål til kommune om hvilke tjenester de mener er omfattet av egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon.
- Tilgjengelighet ved fastlegekontor.
- Bekymring for økning i antall henvendelser rettet mot Klinikk medisinsk diagnostikk (KMD) - økt ventetid på tolking av CT og MR.
- Ventetid på behandling av Hidradenitis suppurativa.
- Omgjøring av avlastning til korttidsopphold med betaling.
- Informasjon til fastlege på grunn av manglende kunnskap om ombudsordningen.

Takk til alle som har kontaktet oss gjennom året med smått og stort.

Alle henvendelsene er viktige for å kunne gi en tilbakemelding inn i kvalitetsarbeidet til helsetjenestene.

Årsmelding 2020



Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus,
Sosial- og eldreombudet i Oslo



Forord

2020 ble alt annet enn forventet. Et virus snudde opp ned på de fleste planer og nasjonen som helhet måtte samle seg om ett mål; å bekjempe viruset.

Det klarte vi ikke. Vi tar det med oss inn i 2021. Men ikke fordi vi ikke samlet oss.

Mye godt arbeid er gjort fra innbyggerne selv, fra ansatte i helse- og sosialtjenestene og fra helsemyndighetene.

Det er lett å være etterpåklok, men det må vi likevel tillate oss. Hver stein må snus – hva kunne vi gjort bedre? For det er ikke slutt og det vil skje igjen. Dugnaden må ikke målbinde oss. I vårt demokrati må det være rom for de ulike stemmene, også under en pandemi.

Som pasient- og brukerombud har jeg – som ellers - vært særlig bekymret for de som i liten grad taler sin egen sak. For barn og unge, rusavhengige, for psykisk syke, for eldre med store hjelpebehov på sykehjem eller i eget hjem og for pårørende med store omsorgsoppgaver.

Nå må alle stemmer høres og dører til informasjon åpnes slik at vi sammen står sterkere om vi, eller når vi, neste gang rammes.

Årsmeldingen for 2020 er naturlig nok preget av konsekvensene av Covid-19, men det er også satt av plass til andre erfaringer.


Den enkelte kommune eller bydel, helseforetak eller klinikk, divisjon er velkommen til å ta kontakt for en dialog der vi ser nærmere på konkrete henvendelser knyttet til det aktuelle tjenestestedet.

God lesning og ta gjerne kontakt med synspunkter på det du leser - om du er bruker, pasient eller pårørende, ansatt, leder eller politiker. Vi deler og diskuterer gjerne våre erfaringer.



Anne-Lise Kristensen

Pasient- og brukerombud i Oslo og Akershus

Sosial- og eldreombud i Oslo 

Innhold

Forord.....	2
Anbefalinger	5
COVID-19 Forbedringsområder	5
Om Ombudet.....	6
COVID-19 Forbedringsområder.....	9
Informasjon. En kanal ut!.....	9
Beslutninger må begrunnes bedre, også de som retter seg mot enkeltpersoner	9
Retten til å ha med seg noen i møte med helsetjenesten.....	10
Flytting av helsepersonell til nye oppgaver under pandemien har hatt store konsekvenser. Hvilke risikovurderinger ble gjort og hva ble konsekvensene - dette må evalueres.....	10
Begrensningene som ble gjort i pasient- og brukerrettighetene må evalueres – var de godt begrunnet?	10
Samhandlingen med private helseaktører – ble den totale kapasiteten utnyttet godt nok?	11
Behandlingsalternativer som videokonsultasjon må ikke medføre økte utgifter for pasientene.	11
Manglende kapasitet hos Statsforvalteren	12
i Oslo og Viken truer pasientsikkerheten	12
Helsehjelp til personer uten lovlig opphold i Norge – regelverket bør evalueres	14
Ombudet med flere er bekymret for helsehjelpen til internerte på Trandum	16
Samhandling er helsetjenestens største utfordring.....	17
Uten pårørende stopper Norge.....	18
Tjenester til barn og unge må styrkes	20
.....	19
Barnefamilier i NAV	20
Barne- og ungdomspsykiatrien	21
Egenandel for 16-åringer	21
Barnevern	21
Høring om innføring av Barnekoordinator i kommunene	22
NAV sosialtjenesten i Oslo.....	24
Klagesaksbehandling og klager som tas til følge ved tjenestested.....	25
Tilgjengelighet til skriftlig og muntlig informasjon	25
Kommunens normer for økonomisk sosialhjelp er godt gjemt.....	25
Kommunale boliger - noen må flytte ut hvis andre skal flytte inn – krav til BOPLAN bør styrkes	26
Tilbud til rusavhengige	28
Møte med pasienter og ansatte i TSB på OUS om reduksjoner i tilbudet.....	28
Gir brudd på husordensregler i enhver situasjon grunnlag for å skrive ut en pasient?	28

Pasient- og brukerombudenes høringsuttalelse til «Oppfølging etter rusmiddeloverdose», som er et kapittel i «Pakkeforløp TSB».....	29
Kommunale helse- og omsorgstjenester.....	30
Fastlegeordningen – ytre og indre utfordringer.....	31
Hvor langt strekker kommunens ansvar for fastlegeordningen seg?.....	31
Eldre på sykehjem har fått mye rettmessig oppmerksomhet, men hva med de eldre som bor hjemme?.....	32
Hvor ble det av tillitsreformen i hjemmetjenesten Oslo?.....	32
Brukerstyrt personlig assistanse.....	33
Helsehus i Oslo kommune.....	34
Hva skjer når pasienter med vedtak på helsehjelp ikke åpner døra?.....	35
Mangelfullt tilbud om rehabilitering.....	35
Spesialisthelsetjenesten.....	36
Psykisk helse.....	36
Fødselshjelp.....	37
Sykehusodontologi - et tilbud ved blant annet Lovisenberg Diakonale Sykehus.....	37
Helseatlasenes betydning i pasientsikkerhetsarbeidet.....	38
Spesialisthelsetjenestens "trygdeskandale".....	39
Ombudet etterspør psykebil.....	40
Avtalespesialister i psykisk helsevern.....	40

Anbefalinger



COVID-19 Forbedringsområder

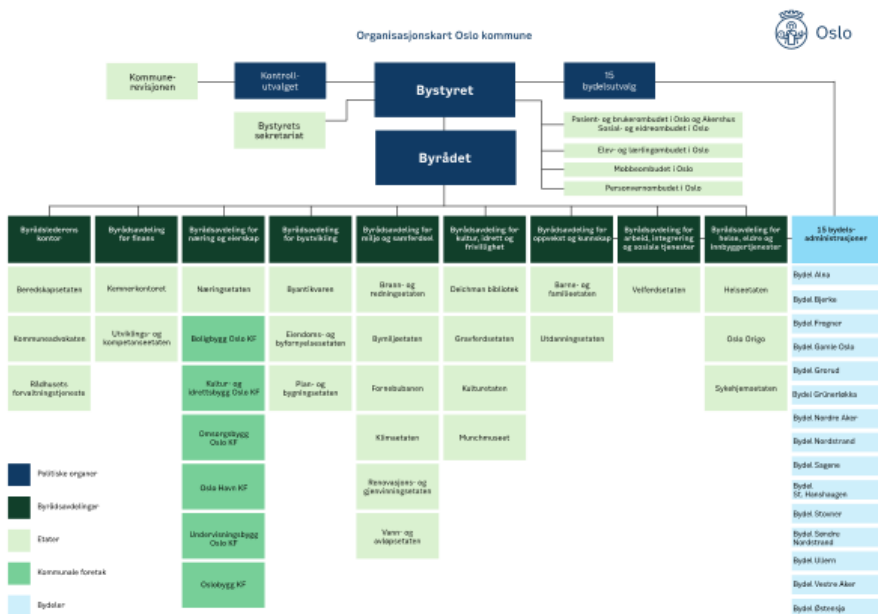
- Informasjon. En kanal ut!
 - Beslutninger må begrunnes bedre, også de som retter seg mot enkeltpersoner
 - Retten til å ha med seg noen ved fødsel, for pasienter med kognitiv svikt og pasienter som skal få alvorlige diagnoser må ikke begrenses med mindre strengt nødvendig
 - Flytting av helsepersonell til nye oppgaver under pandemien har hatt store konsekvensene. Hvilke risikovurderinger ble gjort og hva ble konsekvensene. Dette må evalueres
 - Begrensningene som ble gjort i pasient- og brukerrettighetene må evalueres – var de godt begrunnet?
 - Samhandlingen med private helseaktører – ble den totale kapasiteten utnyttet godt nok i en krisesituasjon?
 - Behandlingsalternativer som videokonsultasjon må ikke medføre økte utgifter for pasientene
-
- Manglende kapasitet hos Statsforvalteren i Oslo og Viken truer pasientsikkerheten
 - Helsehjelp til personer uten lovlig opphold i Norge – regelverket bør evalueres
 - Ombudet med flere er bekymret for helsehjelpen på Trandum
 - Tjenester til barn og unge må styrkes – i NAV, i barnevernet, i Barne- og ungdomspsykiatrien
 - Ombudet foreslår at utarbeidelse av boplan gjøres obligatorisk for nye leietakere av kommunal bolig
 - Fastlegeordningen må styrkes
 - Ombudet etterspør Psykebil
 - Hjemmetjenestene må styrkes
 - Tilgang bruk av kompetente tolker er fortsatt et rettssikkerhetsproblem

Om Ombudet

Ombudets arbeidsområde omfatter statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse-, omsorg-, barnevern- og sosialtjenester, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten samt andre private helse- og omsorgsinstitusjoner hvor det offentlige dekker driftsutgifter eller kjøper tjenester.

Ombudet i Oslo og Akershus er underlagt bystyret i Oslo. Landets øvrige pasient- og brukerombud er administrativt tilknyttet HelseDirektoratet. Dette skyldes at Ombudet i Oslo ble etablert allerede i 1987 med et mandat som er videre enn de andre pasient- og brukerombudene, som ikke er ombud for NAV sosialtjenesten eller barnevernet. HelseDirektoratet finansierer som følge av dette stillinger til pasient- og brukerombudsordningen i Oslo og Akershus gjennom en avtale med Oslo kommune.

Faglig uavhengighet



Faglig uavhengighet er grunnstenen for en velfungerende ombudsordning. Oslo kommune har valgt å plassere sine fire ombudsordninger; Personvernombudet, Elev- og lærlingombudet, Mobbeombudet og Pasient- og brukerombudet, Sosial- og eldreombudet direkte under bystyret for å sikre denne uavhengigheten.

Ombudet har 22 tverrfaglige ansatte som er organisert i fire team, og en elderrådgiver som arbeider mer systematisk med utfordringer eldre har i møte med helse- og omsorgstjenestene i Oslo kommune.

Alle kan henvende seg til ombudet. Vi kontaktes av pasienter, brukere, pårørende, ansatte og organisasjoner. Det er mulig å ta kontakt anonymt, og tjenesten er gratis. Vi arbeider for å være et

tilgjengelig tilbud for alle som har spørsmål, tilbakemeldinger eller klager. Arbeidet kjennetegnes ved tett og direkte kontakt med brukere, pasienter, pårørende og tjenestestedene. Ofte løses saken gjennom råd og veiledning over telefon, andre ganger bidrar en telefon til tjenestestedet til en avklaring av misforståelser og reetablering av kontakt mellom bruker og tjenestested. Slik bidras det til oppklaringer som hindrer at det blir fattet uriktige vedtak og lange formelle klageprosesser unngås.

Ombudet deltar også i møter mellom tjenestested og bruker, pasient og/eller pårørende for å bidra til avklaringer og bedre samarbeid. Å løse saker på lavest mulig nivå gir større sannsynlighet for at tillit kan gjenopprettes mellom pasienter, brukere, pårørende og tjenestested. Andre saker krever en mer formell saksbehandling. Det skjer ved skriftlig korrespondanse med blant annet tjenestestedene, kommunenes klagenemnder og Fylkesmannen (Statsforvalteren fra 2021). I søknader til Norsk pasientskadeerstatning bidrar vi som hovedregel med råd og veiledning.

Ombudet i Oslo og Akershus får årlig 6000 henvendelser. Tallene gir et bilde av hvor mange som henvender seg og om hva, men det er innholdet i henvendelsene vi formidler i møte med ansatte, ledere og politikere. Det er det som etterspørres når vi er ute og holder foredrag. Det er de erfaringene som må tas på alvor dersom uønskede hendelser ikke skal gjenta seg, rettigheter skal innfris og pasienter, brukere og pårørendes møte med tjenestene skal bedres.

Henvendelser totalt til Ombudet 2018 - 2020

	2018	2019	2020
Spesialisthelsetjenesten	1603	1768	1708
Kommunale helsetjenester	1423	1556	1619
Kommunale omsorgstjenester	395	339	348
NAV sosialtjenesten	1446	1340	907
Boligkontor/Boligbygg	107	104	86
Barnevern	27	36	31
Utenfor mandat*	524	490	418
Forespørsler**	696	630	629
Sum	6209	6263	5746

*Mange om NAV stat, private uten avtale, vergemål m. fl, **Forespørsler er henvendelser som ikke er knyttet til et konkret tjenestested.

Utadrettet virksomhet

Mesteparten av tiden til de ansatte hos Ombudet går daglig med til å hjelpe enkeltpersoner i klagesaker, det være seg der innbyggere mener de ikke har fått innfridd sin rett til hjelp eller hjelpen har vært av en dårligere kvalitet enn man må kunne forvente. Samtidig er det viktig at vi deler den kompetansen vi opparbeider oss i arbeidet med enkeltsakene, slik at tjenesten kan bli bedre. Vi er derfor opptatt av å jobbe utadrettet, møte politikere og administrasjon, og være i dialog med ansatte i tjenestene. Mange av våre erfaringer samler vi i årsrapporter som den du sitter med nå, en rapport vi ønsker å legge frem og fylle ut for de gruppene som er nevnt over. Ønsker du og din kommune, ditt sykehus eller din organisasjon at vi skal komme og legge frem årsmeldingen vår kan du gjerne sende oss en forespørsel.

Ombudet gir også innspill i høringer og vi blir spurt til råds i forbindelse med utformingen av lokale og nasjonale retningslinjer for de ulike tjenestene.

Like viktig for oss er det å bidra til å øke bevisstheten i befolkningen om hvordan vi alle kan søke om de tjenestene vi har krav på og hvordan den enkelte selv kan gi tilbakemelding til tjenestestedene for at de skal kunne se på muligheten for å hente ut et kvalitetsforbedringspotensiale. Det er også viktig å spre kunnskap om hvordan klageorgan og tilsynsmyndigheter arbeider og fungerer. Regelverk og ordninger er mange og omfattende, noe vi også tar opp i andre deler av denne rapporten. Kompetanseheving i befolkningen er derfor nødvendig.

Vi ser at de erfaringene vi som ombudskontor har opparbeidet oss gjør at vi blir invitert til å delta i debatter og holde innlegg på konferanser og kurs både på lokalt og nasjonalt nivå. I 2020 ble en del ting avlyst, alt fra lokale medlemsmøter til Arendalsuka i Arendal, men etter hvert som pandemien vedvarte ble stadig flere møtepunkter gjenopprettet på digitale plattformer. Ansatte hos oss holdt flere titalls innlegg på pårørendeskoler, på flere kurs i regi av Aldring og helse, i pensjonistforeninger, pasient- og brukerorganisasjoner, fagdager for ansatte i kommunen og spesialisthelsetjenesten, samt for studenter innen helse- og sosialfag.

Ombudet deltok på flere webinarer blant annet "Humanas hage" der hun deltok i en samtale knyttet til hvorvidt norske barn og ungdom med psykiske lidelser får den riktige hjelpen og et digitalt frokostmøte med lansering av rapporten "Pasientstemmen 2020 – Hvor er den og høres den" arrangert av Roche.

For første gang arrangerte også vårt kontor i 2020 en egen digital konferanse. Vi ønsket å rette søkelyset på botilbudet i Oslo til eldre ruspasienter med adferdsutfordringer. Vi inviterte ansatte, fagfolk og brukerorganisasjon til å holde innlegg og politikere til å debattere. Konferansen ble streamet og fulgt av et større antall deltakere.

I media har tema vært smittevern generelt, besøksrestriksjoner på sykehus og sykehjem, nedskalering av tilbud, endring av tilbudet til rusavhengige, endring av tilbudet til fødende mm.

Arbeidet utføres i tråd med den instruks som er gitt om Ombudets virksomhet av Oslo bystyre 23.9.2015 og pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 8.

Hos Ombudet har i tett samarbeid med verneombud, tillitsvalgt og alle ansatte om gode smittevernrutiner klart å holde kontoret åpent for henvendelser på telefon og via post/e-post i hele 2020, mens vi måtte lukke for oppmøte et par måneder på våren og igjen noen uker fra slutten av november.

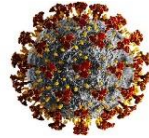
Eldrerådgiver har i deler av 2020 bistått Oslo kommune på Koronatelefonen.



Vi har kontorer i Lille Grensen 7

Innenfor gode smittevernregler- og med gode rutiner er dere velkommen innom!

Covid-19 Forbedringsområder



2020 ble alt annet enn forventet. Et virus snudde opp ned på de fleste planer. Som Ombud har vi, som ellers, vært særlig bekymret for de som i liten grad taler sin egen sak. For barn og unge, rusavhengige, for psykisk syke, for innbyggere med store hjelpebehov på institusjon og ikke minst i eget hjem og for pårørende med store omsorgsoppgaver.

Du kan lese mer om våre erfaringer under de enkelte fagområdene i meldingen. Her følger noen synspunkter på hva vi mener kunne vært gjort annerledes av mer generell karakter.

- Informasjon. En kanal ut!
- Beslutninger må begrunnes bedre, også de som retter seg mot enkeltpersoner
- Retten til å ha med seg noen ved fødsel, for pasienter med kognitiv svikt og pasienter som skal få alvorlige diagnoser må ikke begrenses med mindre strengt nødvendig
- Flytting av helsepersonell til nye oppgaver under pandemien har hatt store konsekvensene. Hvilke risikovurderinger ble gjort og hva ble konsekvensene. Dette må evalueres
- Begrensningene som ble gjort i pasient- og brukerrettighetene må evalueres – var de godt begrunnet?
- Samhandlingen med private helseaktører – ble den totale kapasiteten utnyttet godt nok i en krisesituasjon?
- Behandlingsalternativer som videokonsultasjon må ikke medføre økte utgifter for pasientene

Informasjon. En kanal ut!

All informasjon fra Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Helse- og omsorgsdepartementet og andre aktuelle aktører bør samles under en fane. I tillegg er det viktig at all oppdatert og ny informasjon blir datert.

Beslutninger må begrunnes bedre, også de som retter seg mot enkeltpersoner
Besøksrestriksjoner på sykehus og på kommunale institusjoner for heldøgns omsorg har vært preget av variasjon og til dels mangelfulle begrunnelser av rent smittevernfaglig art. Når informasjon og tiltakene ikke er entydige, reduseres etterlevelse og tillit.

Pårørende etterlyser begrunnelser for restriksjoner når disse er strengere enn helsemyndighetenes anbefalinger selv når smittetrykket ikke er spesielt høyt eller økende. Mange erfarer også at det i for liten grad gjøres individuelle vurderinger.

I en del av sakene kan det se ut som vurderingene av besøksrestriksjonene på det enkelte tjenestested i for liten grad er beslutninger som drøftes i et tverrfaglig fellesskap, noe som gir enkeltpersoner stor makt. Ikke minst savner vi at pasienter, brukere og pårørende i tilstrekkelig grad blir tatt med i diskusjonen.

Retten til å ha med seg noen i møte med helsetjenesten

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter og brukere rett til som hovedregel å ha med seg noen når helse- og omsorgstjenester gis. Unntak kan gjøres, som relevant under en pandemi, av smittevern hensyn. Unntakene må begrunnes, de må ikke være uforholdsmessige og være tilpasset den enkelte

Ombudet har vært skeptisk til at det ikke har vært bedre tilrettelagt for å ha med seg noen ved fødsel. At smittefaren øker hvis partner er til stede i samme rom med de samme personene time for time har vært vanskelig å forstå. Det samme der en bistår den fødende som om hun ikke er smittet, hvorfor ikke behandle hennes partner som stort sett bor og sover sammen med henne, på samme måte. Til slutt at testing i tiden før fødsel og hurtigtesting ved ankomst sykehuset ikke har vært benyttet for å sikre at denne unike hendelsen i en families liv er noe de får dele. Slagordet fra ansatte om at *Du føder ikke alene*, treffer ikke helt. Dette handler ikke om den fødendes redsel for at det skal skje, men deres ønske å få dele fødselen med sin partner.

Vi er kjent med tilfeller der pasienter med kognitiv svikt ikke har fått ha med seg noen. Dette vil i mange tilfeller innebære at informasjonen som gis om pasienten blir utilstrekkelig og at oppfølgingen som gis til pasientene likeså.

Vi har også hørt om pasienter som i møte med helsetjenesten skal motta informasjon om alvorlige diagnoser, og kanskje gjøre valg mellom ulike behandlingsalternativer, unntaksvis ikke har fått anledning til å ha med seg noen.

Flytting av helsepersonell til nye oppgaver under pandemien har hatt store konsekvenser. Hvilke risikovurderinger ble gjort og hva ble konsekvensene - dette må evalueres

Spesialisthelsetjenesten ryddet plass til de sykeste pasientene, og mange oppgaver ble overført til kommunene. Hvilken sikkerhet var det for at ressurser og kompetanse var tilstrekkelig i kommunene? Mange har mistet viktige tjenester under deler av pandemien som avlastning, støttekontakt, dagtilbud, helsestasjon, brukerrømmet i Oslo ble stengt, eldre med demenssykdom ble tatt fra dagsenterplassen, elever mistet skolehelsesøster, tilbudet på helsestasjonene redusert, og pasienter skrevet ut fra psykisk helsevern. Dette er bare noen eksempler. Nye pandemier vil komme, og da må vi ha lært av denne.

Begrensningene som ble gjort i pasient- og brukerrettighetene må evalueres – var de godt begrunnet?

Regjeringen innførte i slutten av mars begrensninger i pasient- og brukerrettighetene. Fristen for å vurdere henvisninger til spesialisthelsetjenesten, ble utvidet fra ti til tretti dager. Retten til å få satt en frist for oppstart av behandling og med den pasientens rett til alternativt tilbud ved fristbrudd opphørte. Det samme skjedde med retten til fritt behandlingsvalg, retten til kontaktlege, retten til fornyet vurdering og retten til individuell plan.

Ombudet kan ikke se at behovet for å vurdere en henvisning til helsehjelp skal være annerledes under en pandemi. At prioriteringene om *hva* om *når* kan være annerledes er forståelig, men ikke tidspunktet for prioriteringen.

At ordninger som skal sikre samhandling og gode effektive behandlingsforløp reduseres mangler også en god begrunnelse. En kunne tenke seg at behovet var motsatt, jo større pågang av arbeidsoppgaver jo viktigere å sikre effektivitet.

De fleste av disse midlertidige endringene opphørte 27.mai. Men ikke pasientenes rett til et alternativt tilbud ved brudd på behandlingsfristen.

Fra dette tidspunktet skulle spesialisthelsetjenesten sette en frist for når helsehjelpen skulle være påbegynt for at den skulle være forsvarlig, men tjenesten hadde ikke plikt til å varsle Helfo dersom det var i ferd med å oppstå et fristbrudd, slik de hadde før covid-19. Fristen mister da mye av sin verdi for pasienten. Et av svarene var at pasienten fortsatt kunne benytte seg av fritt behandlingsvalg.

Ombudet har tidligere uttrykt bekymring for at for mye av ansvaret for å følge opp helsehjelpen, legges over på pasientene, og at de med størst helsehjelps kompetanse får de beste tjenestene.

I forbindelse med omorganiseringer i spesialisthelsetjenesten for å møte utfordringer tilknyttet covid-19, ble så mye som 300.000 behandlinger utsatt, mange av disse venter fortsatt på ny time.

Det bør ikke være slik at de pasientene som får raskest hjelp er de som finner frem til ventetider for den aktuelle helsehjelpen ved ulike helseforetak. Ombudet mener dette har utfordret helse- og omsorgstjenestens plikt til å sørge for likeverdige tjenester.

Samhandlingen med private helseaktører – ble den totale kapasiteten utnyttet godt nok?

Et annet spørsmål er hva myndighetene har gjort for å sikre best mulig utnyttning av den totale kapasiteten i den offentlige og private helsetjenesten til det beste for innbyggerne under pandemien. Vi ser at kommuner sliter med å innfri kravet til testing, samtidig som private aktører forteller om god kapasitet. Så lenge det nå er en uttrykt målsetting at alle som har symptomer, blir testet, hvorfor kjøper ikke det offentlige disse tjenestene der de ikke har mulighet til å utføre et tilstrekkelig antall tester selv? For å sikre likeverdige tjenester uavhengig av hvem du er eller hvor du bor, må myndighetene se på mulighetene for å utnytte kapasiteten i helsetjenesten totalt sett. Ombudet har etterlyst økt samarbeid mellom sykehus, kommuner og private helsetjenester til beste for innbyggerne i en vanskelig tid.

Behandlingsalternativer som videokonsultasjon må ikke medføre økte utgifter for pasientene

Pandemien har økt bruken av telefon- og videokonsultasjoner. En arbeidsform som har vært en villet utvikling, men med mange motstandere. Ikke minst blant helsepersonell. Den erstatter selvfølgelig ikke direkte kontakt, men kan være et nyttig supplement. Utgiftene må helsetjenesten bære. At det ved en videokonsultasjon for mange pasienter ikke er mulig å betale der og da, må ikke medføre gebyrer for tilsendt faktura.

Manglende kapasitet hos Statsforvalteren i Oslo og Viken truer pasientsikkerheten

Saksbehandlingstiden hos Statsforvalteren i Oslo og Viken er i mange saker svært lang. Det har vært kjent over år at ressursituasjonen i dette embetet er dårligere enn i resten av landet. I tillegg fører de tilsyn med noen av de største og mest kompetansekrevende helseinstitusjonene i landet.

Som Ombud for innbyggere i Oslo og gamle Akershus sender vi hvert år mange saker dit. Klager på kvalitet i tilbudet og klager på at tjenester ikke er gitt, eller er gitt i et for lite omfang. Vi forsøker å avklare saker i direkte kontakt med tjenestene, men en del saker hører hjemme på tilsynets bord.

Hvis noen som leser dette også leste fjorårets årsmelding, vil den observante leser se at noe av teksten er *copy-paste*. Det er fordi at om situasjonen har endret seg, så er det til det verre. Her må jeg skyte inn – gjennomgående opplever vi kvaliteten på de avgjørelser som fattes som gode. Det er ikke den vi i hovedsak er bekymret for, det er tidsbruken i sakene.

Rettighetsklager

Rettighetsklager skal ifølge tilsynsmyndighetenes saksbehandlingsveileder behandles senest innen tre måneder. Svært ofte kan vi registrere mer enn dobbelt så lang saksbehandlingstid. Dette er rettigheter det kan vise seg at innbyggerne allerede har hatt rett på i svært lang tid. Det kan ha gått ett år fra de opprinnelig søkte om en sykehjemsplass til saken er ferdigbehandlet hos tilsynsmyndighetene.

Det faktum at Fylkesmannens egen statistikk viser at omgjøringsprosenten er stor i saker knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester øker Ombudets bekymring ytterligere. Det betyr at det er flere som over tid må avfinne seg med tjenester i et mindre omfang enn hva som er forsvarlig og verdig, tjenester de har rett til.

Her noen eksempler fra vår portefølje:

En bruker klaget til bydelen i mars 2020. Bydelen sendte saken til Fylkesmannen i april. Først i desember sendte Fylkesmannen saken tilbake til bydelen for ny vurdering, da de mente den ikke var tilstrekkelig opplyst. På nyåret 2021 fikk klager medhold i bydelen og tjenesteomfanget ble økt. Det gikk med andre ord nesten ett år uten at bruker fikk de tjenestene det viste seg at han hadde krav på.

En pasient fikk avslag på behandling på DPS. Hun klaget, sykehuset opprettholdt i begynnelsen av juni sitt avslag og saken ble sendt til Fylkesmannen. Etter fem måneder ble avslaget opphevet og saken sendt tilbake til sykehuset for ny vurdering, ettersom Fylkesmannen mente begrunnelsen inneholdt selvmotsigelser. Etter å ha vurdert saken på nytt ble han innvilget rett til nødvendig helsehjelp.

Sakene illustrer godt den trussel mot pasientsikkerheten en slik saksbehandlingstid er. Det bør legges til at også saksbehandlingstiden i kommunene er lang, for lang.

Tilsynsklager

I tilsynssaker erfarer vi at det kan gå langt over 1 år, i noen tilfeller opp til 2 år eller mer før endelig avgjørelse faller. I saksbehandlingsveilederen er fristen seks måneder. Saksbehandlingstiden gir dårligere grunnlag for læring i tjenesten. Den bidrar til stor usikkerhet hos de som klager og bidrar ikke til å gjenopprette tillit verken til tjenesten eller de som skal vurdere om den behandling de har

fått har vært forsvarlig. I tilsynssaker etter uventede dødsfall bidrar den lange saksbehandlingstiden til at de etterlatte må vente lenge på endelig svar på sine spørsmål knyttet til forsvarligheten. Vi har bistått i flere saker der de etterlatte etter en stund har gitt uttrykk for at de skulle ønske at de ikke hadde klaget, da det har bidratt til å forlenge sorgprosessen.

Følgende saker fra vår portefølje illustrerer problemet:

En ung mann tok livet av seg høsten 2019. Fylkesmannen opprettet tilsyn i februar/mars 2020. Til tross for flere påminnelser har vi fortsatt ikke mottatt hverken kopi av en eventuell uttalelse fra tjenestestedet eller noen konklusjon i saken.

En svært alvorlig fødselssak kom til Fylkesmannen på forsommeren 2019. Først i begynnelsen av mars 2021 konkluderte Statsforvalteren i saken.

En pasient døde under innleggelse i psykiatrisk institusjon våren 2019. Saken kom raskt til Fylkesmannen. Først på nyåret 2021 ble saken sendt over til sakkyndig hos Statsforvalteren for vurdering.

Ombudet mener dette er et alvorlig rettssikkerhetsproblem. Etter Ombudets erfaring har både Statens helsetilsyn, Fylkesmannen (Statsforvalteren) og departementet vært kjent med at slik har situasjonen vært i flere år. Skal statsforvalteren være den rettssikkerhetsinstansen Stortinget har bestemt, må politikere nå ta et større ansvar for dagens situasjon.

Helsehjelp til personer uten lovlig opphold i Norge – regelverket bør evalueres

Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus har gjennom sitt arbeid sett flere eksempler på utfordringer knyttet til helsehjelp til personer uten lovlig opphold i landet. Selv om egenfinansiering er utgangspunktet, må ikke manglende evne til å betale for seg sette en stopper for at helsehjelp blir gitt.

Utgangspunktet for å motta helse- og omsorgstjenester her i landet er at man enten har rettigheter som medlemmer av Folketrygden, at man har rett til tjenester som følge av internasjonale avtaler, for eksempel som innbygger i EU/EØS eller at man betaler for helsehjelpen selv.

Ikke alle som oppholder seg i Norge faller innunder ovennevnte kategorier. Noen er her uten ønske om eller uten mulighet til å få oppholdstillatelse, uten at de er i stand til å betale for helsetjenester. Disse har likevel rett på noe hjelp. Denne retten følger av *Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket* og gjelder også der pasienten ikke har betalingssevne. Denne forskriften sier at alle som oppholder seg i Norge har rett til tjenester dersom det er snakk om helsehjelp som ikke kan vente uten at det er stor fare for død eller alvorlig helseskade hos pasienten. Det samme gjelder der vedkommende er psykisk ustabil og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. De har også rett til helsehjelp smittevernhjelp, helsetjenester under svangerskap og fødsel eller dersom pasienten har store smerter. Barn under 18 år uten lovlig opphold har en utvidet rett til helse- og omsorgstjenester.

Det å ikke kunne hjelpe alle som har behov for hjelp setter til tider helsepersonell i en vanskelig situasjon, der de må avvise pasienter de ellers ville ha hjulpet. Noen av disse får hjelp ved Helsesenteret for papirløse som holder til i Oslo og Bergen. De tilbyr tverrfaglige primærhelsetjenester og psykisk helsehjelp. For spesialisthelsetjenester må de henvise pasienten til sykehus. Mange opplever å få avslag på henvisningene sine. Helsesenteret hjelper dem da med å klage, mens Ombudet bidrar med videre oppfølging av klagen.

I et avslag på henvisning på vegne av en hjertesyk pasient sto det:

Når det gjelder elektiv henvisning av personer uten lovlig opphold i landet har pasienten blitt diskutert med Utenlandskontoret ved X sykehus om videre håndtering.

Det anføres at pasienter uten medlemskap i folketrygden kun har rett til øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente. Begrepet «helt nødvendig og som ikke kan vente» skal forstås som helsehjelp som ikke kan utsettes uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter.

Dersom pasienten blir innlagt eget sykehus grunnet akutt lungeødem eller andre symptomer relatert til kjent klaffeleksasje kan hun overflyttes hit som ø-hjelps pasient.

Det var ikke uenighet om at pasienten var syk og ville kunne ha nytte av helsehjelp, de måtte bare vente til han ble enda sykere. Ombudet har forståelse for at det vil være vanskelig å ubetinget tilby helsehjelp til alle som oppholdt seg i Norge, samtidig er dette et eksempel på at regelverket påfører enkeltmennesker unødvendig mye lidelse. I tillegg vil den helsehjelpen som til slutt må gis sannsynligvis bli mer omfattende og kostbar.

Ombudet har tidligere sett eksempler på at pasienter har vært hos lege og fått resept på akutt nødvendige medisiner, det kan for eksempel være antibiotika eller medisiner for hjertesykdom eller diabetes, uten at de har hatt penger til å hente ut medisinene på apotek. Dette mener vi er bekymringsfullt og ba i 2020 om en tilbakemelding fra Helsedirektoratet om ikke pasienter uten betalingssevne i slike tilfeller burde få utlevert noe medisiner uten egenandel som en del av den nødvendige helsehjelpen. Helsedirektoratet har i sitt svar vist til gjeldende regelverk og sagt at det må gjøres vurderinger i hver enkelt sak hvor nødvendig dette er eller ikke.

Vi har også løftet en annen problemstilling inn i direktoratet i begynnelsen av 2020, retten til pasientreiser for denne gruppen. Dette er aktuelt i de tilfellene der det er fastslått at pasienten har rett til helsehjelp, men er avhengig av transport til å komme seg til og fra behandlingstedet. Direktoratet viste til at ovennevnte forskrift kun viser til enkelte av bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven og at retten til pasientreiser ikke var en av disse. Samtidig så vi at deler av regelverket rundt pasientreiser var utarbeidet før forskriften om helsehjelp til personer uten lovlig opphold, noe som kunne ha medført en manglende samstemming av disse. Retten til transport til helsehjelp er for enkelte en forutsetning for å kunne ta imot hjelpen. Ombudet fulgte derfor i oktober 2020 opp svaret fra Helsedirektoratet med et brev til Helse- og omsorgsdepartementet der vi ba om departementets vurdering av om ikke også dekning av transport til behandling burde være en del av den totale helsehjelpen disse pasientene har krav på fra det offentlige. I brev datert 05.01.21 skriver departementet:

Stortinget har pålagt regjeringen å foreta en evaluering av regelverket for pasientreiser. Helsedirektoratet fikk i oppdrag å foreta evalueringen av regelverket og avga rapport i oktober 2020. Departementet arbeider nå med oppfølgingen av rapporten og vil ta med seg spørsmålene fra Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus i det videre arbeidet.

Ombudet er ellers kjent med at fire politikere på Stortinget har fremmet et forslag om utvidede rettigheter til helsehjelp for alle som oppholder seg i landet, fordi, som de skriver:

Uten god helsehjelp kan helseproblemer utvikle seg til store fysiske og psykiske lidelser, og også føre til større risiko for smitte. Det er derfor i alles interesse at ingen grupper over tid mangler tilgang til nødvendig helsehjelp. Dessverre er det et lite mindretall som i dag ikke får helsehjelp.

Ombudet med flere er bekymret for helsehjelpen til internerte på Trandum

Trandum er en fengselslignende institusjon på Trandum, rett ved siden av flystripa på Gardermoen. Dette er siste stopp på veien for mange som av en eller annen grunn blir utvist av Norge. De er hentet av politiet og blir holdt innestengt bak høye gjerder frem til de blir plassert på et fly til hjemlandet. De aller fleste er her bare noen få dager, mens noen blir værende i flere måneder. Noen av de som kommer hit har store helseutfordringer, både fysiske og psykiske. Helsetilbudet disse



menneskene mottar er organisert under Politiets utlendingsenhet (PU), som kjøper tjenester av et privat selskap. Både leger og sykepleiere er ansatt, men mange har uttrykt bekymring for om tjenestetilbudet er godt nok og om det burde vært organisert utenfor politiet. De siste par årene har Ombudet

hatt flere saker knyttet til helsehjelpen enkeltpersoner har mottatt, i tillegg til at vi har stilt spørsmål ved selve organiseringen. Sivilombudsmannen har også uttrykt sin bekymring for helsetjenesten på Trandum, blant annet i en tilsynsrapport fra 2017, uten at dette har ført til endringer.

Ombudet har det siste året hjulpet flere av de internerte i klagesaker. To av sakene har vi sendt over til Fylkesmannen i Oslo og Viken (nå Statsforvalteren). I begge sakene konkluderte Fylkesmannen med at det hadde vært svikt i tjenesten.

I det ene tilfellet døde en av de internerte inne på Trandum. Fylkesmannen kom til at både helsepersonellet og PU, som ansvarlig for helsetjenesten, hadde brutt kravet til forsvarlighet.

I den andre saken, som omhandlet helsehjelp til en kvinne som var internert i flere måneder, kom også Fylkesmannen til at helsehjelpen hadde vært uforsvarlig, blant annet fordi helseavdelingen ikke hadde hentet inn tilstrekkelig informasjon om tidligere utredninger og helsehjelp. I sin konklusjon skrev de blant annet at:

Uten god helsehjelp kan helseproblemer utvikle seg til store fysiske og psykiske lidelser, og også føre til større risiko for smitte. Det er derfor i alles interesse at ingen grupper over tid mangler tilgang til nødvendig helsehjelp. Dessverre er det et lite mindretall som i dag ikke får helsehjelp.

Helsetjenesten på Trandum ble bedt om å komme med tilbakemelding på hvilke tiltak de ville iverksette for å bedre kvaliteten i tjenesten i tilsvarende saker i fremtiden.

I januar 2020 sendte vi et brev til Helsedirektoratet der vi ba om en vurdering av om helsetjenesten på Trandum burde vært organisert på en annen måte. Både for å sikre uavhengighet fra politiet og gi en større mulighet for helsefaglig kvalitetssikring og oppfølging, slik for eksempel en kommuneoverlege ville gjort om tjenesten var lagt inn under kommunehelsetjenesten, etter samme modell som i fengslene. Vi har sendt flere påminnelser og venter fortsatt på en avklaring på spørsmålet. I svar fra 11. februar i år skriver direktoratet at de holder på å ferdigstille et svar som deretter skal sendes over til Helse- og omsorgsdepartementet. Ombudet ser frem til en avklaring i saken.

Samhandling er helsetjenestens største utfordring

Samhandlingsreformen fra 2012 skulle bidra til nettopp det – samhandling. Fortsatt er samhandling helsetjenestens største utfordring, til tross for reformer, piloter og et utall rettsregler som skal sikre pasienter og brukere mer helhetlig og god oppfølging i helse- og omsorgstjenestene. Virkemidlene er mange – resultatet ikke bra nok. Stadig nye regler kommer til, svært sjelden tas noen bort. Ordningen med pasientansvarlig lege er en sjelden fugl i den sammenheng. Den fungerte nemlig ikke til det beste for pasientene og ble tatt bort i 2011. Dog gjenoppstått i ny drakt som kontaktlege. Det er viktig at reglers reelle betydning for den hjelpen som tilbys, og at de er i omfang og språkdrakt i en form som forstås og følges både av tjeneste, pasienter og brukere.



Sykehusene skriver ut pasienter stadig tidligere – og kommunene må ta imot enten de er forberedt eller ikke. Pasientene blir eldre, sykdomsbildet til den enkelte mer sammensatt, og ambisjonene om at hver og en av oss skal få best mulig behandling, omsorg og pleie i eget hjem blir stadig mer krevende å innfri. Samhandlingsreformen fra 2012 har ikke ført oss til mål. Nå skal 19 helsefelleskap, 19 helseforetak med tilhørende kommuner, representanter fra sykehus, kommuner, fastleger, pasienter og brukere møtes jevnlig for å planlegge og utvikle tjenestene sammen for å finne gode lokale løsninger. Fire pasientgrupper skal prioriteres: Barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.

Flere er bekymret for økt byråkrati. En bekymring som reises også i forhold til annen organisering av helsetjenesten.

Politisk- og administrativ ledelse av helse- og omsorgstjenestene i Norge bør i større grad enn i dag være opptatt av om virkemidlene som settes inn, faktisk gir ønsket resultat. Hvordan de ulike helsefelleskapene utvikler seg, bør følges tett opp, kanskje med følgeevaluering. Skaper det endring, ivaretas pasient- og brukermedvirkning og unngås ytterligere byråkrati er viktige spørsmål. I tillegg bør det ses på variasjon i utforming, tiltak og resultat mellom helsefelleskapene. Målet må være bedre og mer likeverdige helsetjenester.

En annen og ikke mindre relevant utfordring knyttet til samhandling er mangelen på felles IKT-løsninger. For pasienter og brukere er det uforståelig at dette arbeidet ikke er kommet lenger. Vi spør oss også om rasjonale bak at Helse-Midt har en annen løsning enn resten av landet, en felles løsning for kommunene og spesialisthelsetjenesten. For resten av landet jobbes det fortsatt med en løsning som i første omgang skal bringe ulike deler i og mellom kommunene sammen.

Arbeid med pasientsikkerhet krever åpenhet og ledelse

Arbeid med pasientsikkerhet forutsetter åpenhet om hendelser i pasientbehandlingen som er uønsket. Og det forutsetter ansatte og ledere som ønsker å gjøre noe med dette. Ombudets erfaring er at åpenhet rundt uønskede hendelser mange steder fortsatt er en mangelvare.

Den forsinkede oppfølgingen av en lege med stor komplikasjonsrate på sykehuset i Flekkefjord og mottagelsen fagdirektøren på Helgelandssykehuset fikk da hun påpekte det som fremsto som mangel på likeverdige tjenester for pasientene, er eksempler på dette. Mål om likeverdige helsetjenester må følges opp av rutiner for å undersøke og følge opp ulikheter i komplikasjonsrate – også i saker som betegnes som påregnelige. Alle tilgjengelige ressurser må tas i bruk; tilsynssaker, saker fra Norsk pasienterstatning, fra pasienter og pårørende og fra pasient- og brukerombud, oversikter fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, og selvfølgelig egne statistikker.

Ledelsen er pålagt å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Det følger av forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. I veilederen står det blant annet at "(k)valitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer."

Hvordan det arbeides med dette bør stå høyt på styrenes agenda.

Uten pårørende stopper Norge

Ombudet vil berømme alle pårørende som gjør en uvurderlig jobb for at personer med behov for hjelp får en så god hverdag som mulig i eget hjem. Som vi har skrevet i avsnittet om Covid-19 ble enda flere oppgaver lagt over på pårørendegruppen når mange tjenester ble borte. For å anerkjenne dette arbeidet samlet politikerne for noen år siden bestemmelsene om pårørendestøtte i én bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven. Det omfatter *plikten kommunene har til å tilby pårørende veiledning og praktisk bistand, omsorgsstønad og avlastning*. Dessverre er det slik at mange pårørende ikke kjenner til disse rettighetene, samtidig som kommunene ikke alltid er like flinke til å tilby dem.

Ofte er henvendelsene til pasient- og brukerombudene fra pårørende til pasienter og brukere. Enkelte har kun spørsmål rundt sin egen rolle og sine selvstendige rettigheter som pårørende.

I de senere år har pårørendes rettigheter blitt styrket, og de generelle reglene er inntatt i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette gjelder også rettigheter til barn som pårørende. Mange av rettighetene er relativt sammenfallende med pasientens og brukerens rettigheter i helsetjenesten, med mindre pasienten eller brukeren ikke ønsker at pårørende skal involveres. Kunnskapen og etterlevelsen av disse reglene er varierende.

Kommunene har ansvar for å tilby opplæring og veiledning, avlastning og omsorgsstønad til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. Ombudene erfarer at pårørende har manglende kunnskap om dette, og dermed ikke får den informasjon og hjelp de har krav på og trenger.

I oversikten over omgjøringer ved de ulike fylkesmannsembetene har vi gjennom flere år sett at omgjøringsprosenten både for omsorgsstønad og avlastning har vært svært høy. I 2019 ble vedtak nasjonalt endret i så mye som 46 % av klagesakene knyttet til omsorgsstønad og 55 % av sakene

knyttet til avlastning. I tillegg kommer de sakene som ble omgjort i kommunen etter klage. Her har vi ikke tatt med de sakene fylkesmennene har sendt tilbake til fornyet vurdering fordi saken ikke har vært godt nok opplyst.

Døgnhjul for å avklare hjelpebehovet kan brukes oftere

Når noen tar kontakt med oss med spørsmål om pårørendestøtte anbefaler vi alltid å sette opp et døgnhjul for hele uken, der de time for time beskriver hvilken hjelp de gir, hvor lang tid det tar og hva som skjer om de ikke utfører disse. Dette er opplysninger vi mener kommunen burde ha hentet inn allerede i forbindelse med at søknad ble levert, eller enda bedre, på det tidspunkt kommunen blir gjort kjent med at en av innbyggerne har en funksjonsnedsettelse som medfører at de har behov for hjelp i det daglige. Vi tror god pårørendestøtte og aksept for den viktige jobben pårørende gjør hver eneste dag er et viktig bidrag til å innfri målsetningen om at så mange som mulig av oss kan bo hjemme så lenge som mulig.

Pårørende har ofte svært nyttig informasjon som kan være et gode for pasienten og som kan forebygge uønskede hendelser.

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal faglig veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenestene, <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>. Denne veilederen bør bli bedre kjent for helsepersonell og følges.

Tjenester til barn og unge må styrkes



Barnefamilier i Nav

Personer som søker økonomisk stønad, er i en vanskelig økonomisk situasjon. Har søkeren forsørgeransvar for barn, er situasjonen ekstra utfordrende – ikke minst for barna. Forskning har gitt kunnskap om barns sårbarhet i økonomisk vanskeligstilte familier, og har ført til økt faglig og politisk bevissthet rundt barnas behov. Lov om sosiale tjenester i Nav skal sikre at alle som har behov for hjelp skal ha mulighet for en trygg og god livssituasjon, jf. lov om sosiale tjenester i Nav § 1 første og andre ledd og §§ 18 og 19. Loven har også som formål å sikre at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Barn og unge skal sikres en trygg oppvekst og gode boforhold. De skal ikke oppleve at familiens økonomi er så dårlig at det er usikkert om de har penger til å betale husleien eller ikke har penger nok til å ha det godt og varmt der de bor. Det skal heller ikke være usikkert om barna får nok mat og har varme klær og sko. De skal kunne delta i de skole- og fritidsaktivitetene som er vanlige blant jevnaldrende der barnet vokser opp, selv om familien har vanskelig økonomi. Det stiller krav til møte mellom familien og ansatte i Nav der det gis rom til å fortelle om det som er vanskelig, der det gis råd og veiledning og der det gis konkrete begrunnelser for den økonomiske stønaden familien innvilges for å nå formålet med hjelpen.

I flere saker erfarer vi at barnas situasjon ikke er tilstrekkelig kartlagt og heller ikke vurdert. I flere saker fremkommer ikke hvilke negative konsekvenser for barna ved vurderingene sosialtjenesten gjør. En annen ting med barnefamilier er at det synes som det automatisk vurderes støtte med tanke på stordriftsfordeler, her vises det ofte til at barna kan arve fra hverandre, og at sosialtjenesten heller ikke her har kartlagt barnas faktiske behov.

Det forekommer i flere at saker at barnetillegg innvilges til færre enn faktisk antall barn i familien. Noen ganger kommer dette tydelig frem i vedtakene. Ofte er det ikke særskilt begrunnet. Andre ganger står det ikke spesifisert i økonomisk oversikt hvor mange barn det innvilges barnetillegg for. Det skjer at klienter selv ikke har reagert på summen, og at forskjellen mellom innvilget sum og norm oppdages av Ombudet. Sosialtjenesten har ikke nok kjennskap til familiene de vurderer. I saker hvor sosialtjenesten har gått inn og kartlagt barnas og familienes behov, gjøres det også individuelle vurderinger i større grad.

I sakene vi har fulgt som har vært behandlet av Fylkesmannen, har Fylkesmannen lagt vekt på at barnekonvensjonen er tatt inn i norsk lov, og at dette stiller krav til sosialtjenestens kartlegging og vurdering. Å innvilge barnetillegg til færre barn enn faktisk antall er ikke lovmessig med mindre det foreligger en konkret begrunnelse, ifølge Fylkesmannens vurdering. En generell henvisning til stordriftsfordeler er ikke tilstrekkelig, ei heller at barna er tett i alder.

En familie med 7 barn fikk sosialhjelp etter norm for livsopphold for familie med fire barn. Ombudet påklaget vedtaket og argumenterte for at barnas situasjon ikke var kartlagt og vurdert. Klagen ble tatt delvis til følge ved at Nav sosialtjenesten innvilget et ekstra barnetillegg, Nav sosialtjenesten foretok fortsatt ingen konkret og individuell vurdering, men skrev at de vurderte at familien hadde stordriftsfordeler og at innvilget beløp var tilstrekkelig for familiens livsopphold. Fylkesmannen omgjorde vedtaket. "Dersom Nav-kontoret reduserer livsoppholdet fordi det er tale om stordrift av

familie må det foreligge en konkret og reell vurdering. I denne saken foreligger det ingen vurdering av reduserte livsoppholdssatser. Fylkesmannen vurderer at det ikke foreligger en forsvarlig begrunnelse for utmåling av stønad og har kommet frem til at reduksjon av livsoppholdet er uforsvarlig".

I saker hvor det søkes om dekning av utgifter til klær, fritidsaktiviteter, AKS og lignende viser sosialtjenesten i flere saker til at utgiftene kan dekkes av barnetrygden dersom det ikke kan dekkes av livsoppholdsnormen.

I to saker har NAV bedt familien om at barna bytter fotballag for å spare treningsavgift, eller finne bedre ordninger for utgiftsdekning. Barna i disse sakene hadde spilt på laget i lang tid, og hadde stort nettverk her.

En henvisning til barnetrygden gjør at sosialtjenesten i liten grad trenger å gjøre individuelle vurderinger, i noen av sakene vi har får dette urimelige utfall, hvor hele barnetrygden bindes opp til flere formål som ikke nødvendigvis svarer til størrelsen på barnetrygden.

Barne- og ungdomspsykiatrien

Ansatte i Barne- og ungdomspsykiatrien er bekymret for tilbudet til sine pasienter. Få klager. Ombudet oppfordrer ansatte til å informere både de unge selv, når det er riktig, og deres pårørende om deres klageadgang. Og deres mulighet til å få bistand fra Ombudet hvis de ønsker det. Regjeringen forteller om reduserte ventetider. Hva betyr det egentlig? Kortere behandlingstid? Flere avslag på henvisning og anvisning til kommunens tilbud. En kommune som i mange av tilbudene erkjenner mangel på egen kompetanse, ønsker å hjelpe og kaster kortene og henviser til spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet må styrkes. Barn og unge må ikke tape på spillet mellom de ulike forvaltningsnivåene.

Rapportene

- Jeg skulle hatt BUP i en koffert fra Barneombudet
- Ungdom med uavklart tilstand fra Statens undersøkelseskomisjon for helse og omsorgstjenesten
- Flere tilsyn med BUP og barnevernet

uttrykker samme bekymring og etterlyser økt fleksibilitet i metodevalg på de unges vegne.

Egenandel for 16-åringer

Unge mellom 16 og 18 må få fritak for egenandel i møte med helsetjenesten. De er helserettslige myndige, og for å kunne ivareta denne autonomien kan de ikke være avhengig av å be foresatte om penger til å oppsøke helsetjenesten.

Barnevern

Barnets beste er ledestjernen for barnevernet, og for Ombudets arbeid i saker som handler om bydelsbarnevernet, om fosterhjem, om barneverninstitusjoner og andre hjelpetiltak.

Hva som er barnets beste er ikke vår oppgave å avklare, men vi kan bistå der ungdom, foreldre og andre nærstående ønsker hjelp i sin kontakt med barnevernet. Vi tar også imot henvendelser fra

ansatte som ønsker å opprette kontakt for en ungdom eller som ønsker å drøfte ulike problemstillinger knyttet til barn, unge og deres foreldres rettigheter.

Under pandemien har vi vært ekstra bekymret for barn og unge i utsatte livssituasjoner vegne. Tilgangen på *andre voksne* har vært liten og enkelte barneverntjenester har meldt om stor pågang da barna kom tilbake i barnehagen og på skolen.

Skolehelsesykepleiere, helsestasjoner og andre lavterskeltilbud der barn og unge kan henvende seg, må ikke stenge ned i den grad den har vært i deler av 2020. Ombudet har forståelse for at pandemien har utløst nye oppgaver som koronatelefonen, test- og vaksineoppgaver, men disse ressursene må ikke hentes fra tilbudene til barn og unge.

Barn og unges selvfølkelig rett til medvirkning

Når barnevernet foreslår tiltak er det viktig at barn og unge ikke bare høres, men at deres ønsker vurderes grundig. I en sak der ombudet bistod i en klage på mangelfull medvirkning skrev FM følgende:

Fylkesmannen understreker at medvirkning etter bestemmelsene i barnevernloven handler om at barnet skal få tilstrekkelig og tilpasset informasjon fra barneverntjenesten. Barnet har rett til fritt å gi sine synspunkter, barnet skal bli lyttet til, og barnets synspunkter skal vektlegges i samsvar med barnets alder og modenhet. Etter forskrift om medvirkning og tillitsperson skal barneverntjenesten sørge for at barnet så tidlig som tilrådelig blir informert på en måte som barnet forstår om situasjoner der barnet kan uttrykke sine synspunkter, om saken og egen situasjon, om tjenestetilbud og om rettigheter.

Rett til innsyn i sakens dokumenter

Foreldrene en barnesak henvendte seg til Ombudet for å få hjelp til innsyn i innhentet informasjon om familien fra manglende de instanser som ble kontaktet i forbindelse med en undersøkelsessak.

De ble ikke vist disse opplysningene og fikk ikke mulighet til å kommentere disse. Klagen ble sendt Statsforvalteren som ba barneverntjenesten følge opp saken. Først etter purring fra Statsforvalteren fikk familien innsyn. Barneverntjenesten oppga på direkte spørsmål fra familien om hvorfor innsyn ikke var gitt tidligere, at det var fordi familien ble oppfattet som kranglete.

Tillit er viktig i møte mellom barnevernet og familier. Da er informasjon og full åpenhet der det er mulig helt avgjørende.

Høring om innføring av Barnekoordinator i kommunene

Ombudet støttet at det skal lovfestes et tydelig ansvar for kommunen til å sørge for at det enkelte barn og ungdom får et samordnet tjenestetilbud og at dette skal gjelde frem til de unge fyller 25 år.

Ombudet støttet en lovfesting av rett til koordinator i pasient- og brukerrettsloven, slik at dette tilbudet korresponderer med pliktene i annen helse- og omsorgslovgivning. En rettighetsfesting vil i større grad kunne være med å klargjøre for tjenestemottakerne hva en koordinator kan bidra med. Dette vil bidra til at den enkelte innbygger lettere kan be om en vurdering fra tilsynsmyndighetene dersom de ikke får tildelt koordinator når de har søkt om det.

Når det gjelder en innføring av en egen barnekoordinatorrolle har vi vært noe i tvil om det er nødvendig med en særregel for barn, all den tid barnet/foreldrene vil kunne ha rett til koordinator etter forslag om ny bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 b. Slik vi leser forslaget er det lagt opp til at barnekoordinatorerne skal ha flere omfattende oppgaver og muligheter, så som å kunne pålegge andre instanser og organer å samarbeide, sørge for oppdatering av individuell plan og holde familien orientert om tilbud og tjenester. Vi mener det er positivt, og at den oversikten og koordineringen kan bidra til en kompetanseheving for tjenesteyterne i kommunene. Vi støtter derfor at det innføres en slik rettighet for barn som i enkelte situasjoner har behov for det.

Beskrivelsen av rollen som barnekoordinator er mer omfattende og ressurskrevende enn dagens koordinatorrolle. Det er en forutsetning at det settes av ressurser til innføringen og god opplæring for dem skal inneha en slik rolle. Dersom forslaget blir vedtatt og tilbudet rettighetsfestes, tror vi også at tilbudet vil føre til at flere innbyggere får koordinator, noe som igjen vil kunne føre til behov for økte ressurser. Det er tatt forbehold om at forslagene først kan bli aktuelle når det er budsjettmessig dekning for det. Vi mener at dette ikke er tilstrekkelig. En god koordinering er nødvendig for å sikre forsvarlige tjenester.

Det står i lovforslaget at barnekoordinatoren blant annet skal sørge for at familiene får nødvendig informasjon om «andre velferdstjenester og relevante pasient- og brukerorganisasjoner», og eventuelt får hjelp til å komme i kontakt med disse. Slik dette er formulert vil ikke informasjon om pasient- og brukerombudsordningen falle innunder informasjonsplikten. Pasient- og brukerombudene landet rundt er offentlige aktører, hjemlet i samme lov, som kan være en viktig støttespiller og veileder i slike saker. Vår erfaring er at det er uklart for mange tjenesteytere hva ombudene gjør, hva vi kan hjelpe til med, og hvilken rolle vi kan ha i denne sammenhengen. Vi oppfordrer derfor departementet til å utvide informasjonsplikten til også å omfatte pasient- og brukerombudsordningen.

Ombudet støttet forslaget om slå sammen de to eksisterende forskriftene om individuell plan. At organiseringen og retningslinjene samles på et sted gjør informasjon mer tilgjengelig, og vil kunne bidra til målet om et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud til den enkelte.

Ombudet støtter forslaget om å ta inn et punkt om barn og unge i samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, de nye helsefelleskapene.



Nav sosialtjenesten i Oslo

Ombudet har hatt en betydelig nedgang i antall henvendelser som gjelder Nav sosialtjenestene i Oslo i 2020. Nedgangen kom samtidig med at pandemien kom til Norge i mars 2020. En stor andel av våre henvendelser som gjelder Nav sosialtjenesten kommer ved personlig oppmøte fra brukerne. Av disse er det mange som behersker norsk muntlig og skriftlig i begrenset grad. Noen synes offentlige brev og vedtak er vanskelig tilgjengelig, også blant de som behersker norsk godt. Mange ønsker et fysisk møte for å få lagt frem sin sak.

Vi stengte kontoret for oppmøte samtidig som resten av Norge stengte ned. Men vi åpnet opp så raskt som dette ble mulig i mai. Nedgangen har trolig flere forklaringer. Det kan skyldes at brukerne har unngått å oppsøke oss av hensyn til smittevern.

Samtidig vet vi at da pandemien kom fikk Nav sosialtjenestene føringer på å fatte lengre vedtak, begrense krav til dokumentasjon, ikke stille vilkår og unngå nødhjelp. Kan dette har bidratt til at brukerne har vært mer fornøyde med Nav sosialtjenesten? At de ikke har hatt behov for kontakt med vårt kontor for klage? Dette bør Nav og politikerne være opptatt av. Kan en slik innretning på tjenestene gir bedre samhandling og mer ro til å følge opp den enkelte behov med mer enn økonomi?

Henvendelser fra brukere av Nav sosialtjenesten i perioden 2018-2020,

Sosialtjenester i Oslo	2018	2019	2020	2020
Nav Stovner	143	134	109	9%
Nav Gamle Oslo	308	270	160	6%
Nav Alna	189	127	83	6%
Nav Ullern	20	45	21	4%
Nav Frogner	72	112	65	5%
Nav Vestre Aker	22	50	29	4%
Nav Sagene	87	93	58	3%
Nav Søndre Nordstrand	111	82	62	4%
Nav Østensjø	81	64	34	3%
Nav Bjerke	65	54	44	4%
Nav Grünerløkka	116	92	78	3%
Nav Nordstrand	39	82	18	2%
Nav St. Hanshaugen	76	51	49	3%
Nav Grorud	53	47	49	4%
Nav Nordre Aker	21	23	24	3%
Ubestemt sosialtjeneste	41	65	30	
Sum	1446	1340	914	

Prosenttallet angir hvor stor andel av det totale antallet bruker på det enkelte kontor, det er som benytter seg av Ombudets tjenester. Variasjonen er stor. Ombudet har oppfordret Byrådsavdeling for arbeid, sosiale tjenester og mangfold til å se nærmere på hva som er ulikt mellom kontorer med

få og med mange henvendelser. Kan det skyldes bedre rutiner, mer tilgjengelighet, ressursituasjonen eller er det andre årsaker, økt kunnskap om dette vil kunne medføre mer likeverdige tjenester til byens innbyggere.

Statistikken gir ingen konkret tilbakemelding på innholdet i enkelthenvendelser til det enkelte tjenestested. Samtidig kan henvendelser som omhandler andre ha verdi for den enkelte. På langt nær alle brukere melder fra selv om de opplever at tjenesten ikke leverer som forventet.

Klagesaksbehandling og klager som tas til følge ved tjenestested

Ombudet undersøkte i 2019 antall klagesaker som var tatt til følge samt saksbehandlingstiden på disse ved Nav sosialtjenestene i Oslo. Svarene viste at det var stor variasjon i antall klagesaker som var blitt tatt følge ved tjenestene. Også klagesaksbehandlingstiden varierte mye mellom bydelene.

Fra Nav mottar klagesaken og frem til oversendelse til FM var gjennomsnittstiden for bydelen i 2020 3,4 måned, flere kontorer har en saksbehandlingstid på 5 måneder.

Vi informerte byrådsavdeling for arbeid, integrering og sosiale tjenester om vår bekymring som i brev ba NAV-kontorene gjennomgå egne rutiner for klagesaksbehandling, innskjerpe saksbehandlingstiden og vurdere om det er forhold ved saksbehandlingen som kunne forbedres, og som påvirket antall klager som omgjøres i første instans.

Ombudet er usikker på om dette er tilstrekkelig med mindre det følges opp om forholdene endrer seg. Erfaringer vi har fra undersøkelsen, viser at det er utfordringer med rettssikkerheten for en del av befolkningen i Oslo. Mange av disse er barnefamilier og sakene handler om grunnleggende livsopphold.

Tilgjengelighet til skriftlig og muntlig informasjon

Vedtak kan fremstå som en byråkratisk øvelse der behovet for at det formelle er i orden, er viktigere enn at mottakeren forstår det som står der. Ikke sjelden tar personer kontakt med Ombudet for å få forklart innholdet i et vedtak. Dette er selvfølgelig et enda større problem for personer med mangelfulle norskkunnskaper. Det er derfor svært positivt at det nå jobbes med klart språk i malene.

Vi minner igjen om plikten for ansatte til å bruke tolk dersom det er grunn til å tro at dette er nødvendig for at partene i en samtale skal forstå hverandre.

Kommunens normer for økonomisk sosialhjelp er godt gjemt

Ombudet får med jevne mellomrom henvendelser fra personer som lurer på hvordan økonomisk sosialhjelp beregnes. De fleste som spør har ingen eller lav inntekt, og lurer på om de har rett til sosialhjelp. Andre har fått innvilget støtte, men lurer på om beløpet er riktig.

Informasjon om satsene er ikke tilgjengelig på kommunens nettsider.

Vi har tidligere henvendt oss til byrådsavdeling for arbeid, integrering og sosiale tjenester og bedt om at satsene publiseres på Oslo kommunes nettsider om sosialhjelp. Så langt har ikke byrådsavdelingen vist vilje til å gjøre dette. De har heller ikke gitt oss en tilfredsstillende begrunnelse på hvorfor.

Kommunens satser for sosialtønad er veiledende, og NAV-kontorene skal alltid gjøre individuelle vurderinger. I praksis fungerer satsene som en standard for hvorvidt man har rett på støtte, og hva man får innvilget.

Kommunikasjonsstrategien for Oslo kommune sier at innbyggernes behov skal ligge til grunn for utvikling av informasjon og etablering av kommunikasjonstiltak. Videre at innbyggerne enkelt skal kunne finne relevant informasjon. Hvordan stemmer manglende publisering på nettsiden overens med byrådets ambisjon om åpenhet?

Normene for økonomisk sosialhjelp er i dag å finne på Ombudets nettsider. De bør også være å finne på hjemmesidene til Oslo kommune.

Kommunale boliger - noen må flytte ut hvis andre skal flytte inn – krav til BOPLAN bør styrkes



Boligmarkedet i Oslo er krevende. Etterspørselen etter kommunale boliger er større enn tilbudet. Når det er flere søkere til kommunal bolig enn antall boliger, bør regelverket sikre de mest hjelpetrengende. I dag er det viktigste inngangsvilkåret at søkeren "ikke selv greier å skaffe egnet bolig". Dette er et vilkår som er vanskelig å avgrense. Hvordan det skal forstås er heller ikke nærmere bestemt i instruks fra byrådet. Det er derfor i stor grad opp til bydelen å avgjøre hvem som er i målgruppen. Dette er et rettsikkerhetsproblem.

Et vedtak om bolig er imidlertid ikke nok. Ofte må søkeren vente i lenge før en kommunal bolig tildeles. Ventetiden kan være opp mot et halvt år. Hvis ventetiden er for lang kan man risikere å få avslag selv om vilkårene er oppfylt – det blir foretatt en prioritering mellom kvalifiserte søkere. Hvis man ikke når opp i prioriteringen, settes man inn i en kø for de uprioriterte. På det kommunale boligfeltet betyr det å ha rett, ikke nødvendigvis å få rett.

Dersom nye søkere som oppfyller grunnvilkårene skal få tildelt en bolig, forutsetter dette en viss gjennomstrømning av leietakere. En ny vurdering av grunnvilkårene skjer derfor hver gang det søkes om å få forlenget en leiekontrakt av kommunal bolig. Å få avslag på forlengelse kan være dramatisk for den enkelte. Dette gjelder særlig hvis leieforholdet har vart lenge, og et nytt boalternativ ikke har blitt etablert.

I forskriften står det at alle som får vedtak om kommunal bolig skal få tilbud om en boplan. Dette erfarer vi brukes i liten grad. En boplan skal definere langsiktige mål for leietakerens bosituasjon. Målet kan være at leietakeren skal bli i stand til å kjøpe eller leie bolig på det private markedet. En vei mot målet skal også utarbeides. Ofte blir informasjon om boplan kun gitt som et tilbud i tildelingsvedtaket. Det er ingen plikt å takke ja til slik plan, og bydelen har ingen plikt til å utarbeide en. En mer aktiv bruk av dette virkemiddelet vil øke bevisstheten om at kommunale boliger ikke er en endelig løsning på bosituasjonen for den enkelte.

En omtalt enkeltsak på begynnelsen av 2021 skapte engasjement. Det er bra. Dette gjelder særlig hvis engasjementet benyttes til å gjennomgå og forbedre det regelverket som danner grunnlaget for beslutninger og vedtak. At leietakere av kommunale boliger må flytte mot sin vilje, er ingen ny problemstilling. Ombudet oppfordrer byens politikere til å nå se nærmere på dagens regelverk for tildeling av kommunale boliger. **Ombudet foreslår at utarbeidelse av boplan gjøres obligatorisk for nye leietakere av kommunal bolig.**

Tilbud til rusavhengige

Tilbudet til rusavhengige ble sterkt preget av Covid-19. Tilbud ble stengt ned, innholdet i tilbud ble begrenset og begrunnelsen bak de ulike beslutningene vakte ikke alltid forståelse.

Brukerrommet – sprøyterommet i Oslo stengt store deler av 2020

Oslo kommune stengte sprøyterommet. Et tilbud til rusbrukere med tung avhengighet, svært dårlig helse og med stor risiko ved smitte av korona. Kommunen mente driften ikke kunne opprettholdes i tråd med nasjonale smittevernregler. Samtidig har Helsedirektoratet anbefalt at lavterskeltilbud som kan hindre smitte blant rusavhengige ikke bør stenges.

Sprøyterommet har vanligvis flere hundre brukere i uka, og det er ingen grunn til å tro at behovet er mindre nå enn før koronautbruddet, heller tvert imot. Det er uheldig at oppgavene som vanligvis ivaretas av sprøyterommet nå kun delvis er dekket opp av andre tjenester. Ansatte ved sprøyterommet har en unik kompetanse, og den må brukes til brukernes beste.

Ombudet er kritisk til at Oslo kommune ikke fant andre alternativer enn stenging.

Møte med pasienter og ansatte i TSB på OUS om reduksjoner i tilbudet

Ombudet ble kontaktet av både pasienter og ledelse ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, seksjon voksen, om vanskelige forhold for pasienter og ansatte som følge av tiltak i forbindelse med Covid-19. Vi deltok i møter med avdelingen, pasientrepresentanter og brukerrådsrepresentanter hvor pasientene fortalte at de ikke fikk permisjoner og at aktiviteter var stoppet opp som følge av smitteverntiltak, samtidig som de hadde felles oppholdsrom og toalett. Pasientene følte seg innesperret og opplevde at de ikke fikk rasjonelle forklaringer på tiltakene. Avdelingens ledelse opplyste at de måtte følge smitteregimet til sykehuset og at de opplevde dette som krevende. Samtidig innrømmet ledelsen at de kunne vært bedre på informasjon. Ombudet opplevde møtene som svært gode og at de bidro til bedre dialog og forståelse mellom pasientene og ansatte. Her fikk både pasientene og de ansatte anledning til å beskrive hvordan de opplevde situasjonen og dette ga både pasientene og de ansatte bedre mulighet til å forstå hverandres situasjon. I ettertid fikk vi tilbakemeldinger fra både pasientene og avdelingens ledelse på at møtene hadde vært nyttige.

Gir brudd på husordensregler i enhver situasjon grunnlag for å skrive ut en pasient?

Pasienter ved en helsetjeneste for pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser ble bedt om å skrive under på en advarsel om utskrivning, etter brudd på husordensregler. I advarselen sto det at pasienten kunne bli skrevet ut ved nytt brudd på husordensreglene.

Ombudet stilte spørsmål ved praksisen – er dette en praksis i samsvar med pasienters rett til nødvendige og forsvarlige helsetjenester? Er praksisen egentlig til å skape forvirring rundt pasientrettigheter, slik som klageadgang på utskrivning? Hvordan blir pasientens interesser ivaretatt når vedkommende blir bedt om å signere en advarsel, særlig når pasienten er uenig i de faktiske forholdene som ligger til grunn for advarselen?

I en enkelt sak ble dette berørt av Fylkesmannen som uttalte: **"Fylkesmannen understreker at en pasients rett til helse- og omsorgstjenester ikke faller bort selv om vedkommende bryter**

husholdningsregler, boavtaler og lignende." Og videre: "... brudd på husholdningsregler gir ikke i seg selv gir institusjonen adgang til å skrive en pasient ut fra en institusjon."

At pasienten har skrevet under på en advarsel om utskrivelse, var ikke tema i FM sin endelige avgjørelse. Det prinsipielle rundt dette spørsmålet må derfor utledes av den midlertidige avgjørelsen. Det sentrale er, etter Ombudets mening, at brudd på husholdningsregler ikke i seg selv gir institusjonen adgang til å skrive ut pasienten. Dette må også gjelde selv om pasienten har skrevet under på en advarsel. Både avgjørelsen om utskrivelse og det pasienten skrives ut til må være forsvarlig, og forsvarligheten må bygge på helse- og omsorgsfaglige vurderinger.

Pasient- og brukerombudenes høringsuttalelse til «Oppfølging etter rusmiddeloverdose», som er et kapittel i «Pakkeforløp TSB».

Personer med rusavhengighet har ofte en vanskelig økonomisk situasjon og flere helseutfordringer. Ombudene erfarer at noen personer med rusavhengighet har vanskeligheter med å få helsetjenester grunnet ubetalt egenandel fra tidligere kontakt med helsetjenesten. Vi erfarer også at pasienter i legemiddellassistert rehabilitering (LAR) får krav om oppmøte på poliklinikken og at de må betale egenandel for dette. Noen får store inkassokrav grunn av manglende betaling av egenandeler og dette kan medføre at man kvier seg for å be om helsehjelp. Ombudene har over tid vært opptatt av denne problemstillingen. Ombudene i Rogaland, Hedmark og Oppland samt Oslo og Akershus mener at det bør organiseres et system som gjør at personer med alvorlig rusavhengighet skal fritas for betaling av egenandel ved helsetjenester. Alle ombudene støtter forslaget om at det ikke skal betales for egenandel når man mottar helsehjelp i forbindelse med rusmiddeloverdose.

Koordinerende enhet i kommunen skal få melding fra spesialisthelsetjenesten om gjennomgått rusmiddeloverdose. Dette bør medføre oppfølging fra kommunen og tilbud om IP. Ombudene erfarer at svært få av pasientene med rusavhengighet har IP. Tall fra Oslo kommune viser at det kun er 11% av rusavhengige i Oslo som har dette. Vi erfarer at det i liten grad tas initiativ til IP. Vi har fått tilbakemelding om at manglende kompetanse, uenighet i om hvem som har ansvar, manglende elektroniske systemer og manglende motivasjon fra pasientene er årsaken. Vi mener at dette arbeidet i kommunene må styrkes.

Flertallet av overdoser i Norge i dag skyldes andre opioider enn heroin, blant annet sterke smertestillende medisiner som er forskrevet av lege. Antallet personer som fikk forskrevet oksykodon minst en gang økte fra 15.000 i 2008 til 53.000 personer i 2018. Det har vært mye bra arbeid med forebygging av overdose i Norge og vi har en overdosestrategi som har bidratt til dette. Ombudene mener at det nå bør fokuseres mer på legene både i kommunen og spesialisthelsetjenesten og hvordan de arbeider med pasientgruppen. Vi erfarer at en del pasienter med komplisert smerteproblematikk kan få utskrevet store doser av sterke smertestillende over lang tid og at det kan være vanskelig å trappe ned pasientene eller gi dem annet tilbud.

Personer med minoritetsbakgrunn benytter seg i mindre grad av hjelpeapparatet. Undersøkelser viser at dette skyldes tabu og skam. Det må tas hensyn til dette i oppfølgingen av denne pasientgruppen, og tolk må benyttes ved behov.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Vi blir stadig flere eldre, vi lever lengre med flere sykdommer, vi skal være kortere tid på sykehus og vi skal motta mer hjelp i kommunen. Målet er at vi alle skal bo hjemme så lenge som mulig. Det forutsetter gode, trygge tjenester når helsa svikter, som igjen forutsetter tilstrekkelig ansatte med rett kompetanse.

Omsorgstrappen er et begrep som ble innført for å visualisere kommunens ansvar for å tilby tjenester på individuelt tilpasset nivå. Henvendelser til Ombudet synliggjør uenighet mellom legen på sykehus, i helsehusene, fastlegen og ansatte i kommuner og bydeler om hva som er rett nivå. Innbyggere med hjelpebehov får spørsmålet: *Hva er viktig for deg*, men det er ikke nødvendigvis slik at svaret ses igjen i det tilbudet de får.

Statsforvalteren, tidligere Fylkesmannen, skal representere en rettesnor - et utenfrablikk, i saker med uenighet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker.

Ombudet har innhentet statistikk for perioden 1.1.2020 – 23.2.2021 hos Statsforvalteren i Oslo og Viken for å se nærmere på hvordan dette tilsynsblikket vurderer praksis.

Av 135 rettighetsaker innen helse og omsorg fra bydelene i Oslo ble 31% stadfestet, 13 % endret helt eller delvis og 56 % opphevet og sendt tilbake for ny behandling.

Av 67 saker fra kommunene i tidligere Akershus, bortsett fra Asker og Bærum, ble 77 % stadfestet, 3 % endret helt eller delvis og 20 % opphevet og sendt tilbake til ny behandling.

Tallene forsterker en bekymring Ombudet også i tidligere år har rapport til Bystyret i Oslo. Det er grunn til å tro at nivåene i omsorgstrappen ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn individuelle hensyn.

Det er viktig å være oppmerksom på at når saker senes tilbake til ny vurdering, resulterer dette i svært lang saksbehandlingstid, noe følgende saker hos Ombudet illustrerer:

Henvendelser om kommunale helse- og omsorgstjenester i Oslo og Akershus i 2018 - 2020

	2018	2019	2020	Oslo	Akershus
Fastlegene	571	608	706	432	243
Heldøgns boform	449	425	428	301	127
Hjemmesykepleie	179	174	199	136	61
Praktisk bistand	77	40	43	37	33
Barnebolig/omsorgsbolig	82	70	78	2	1
Avlastning/støttekontakt	67	69	63	33	30
Legevakt	65	54	72	34	31
Brukerstyrt personlig assistent	54	37	66	35	31
Omsorgsstønad	27	32	34	18	16
Fengselshelsetjeneste	6	33	12	4	3
Tannhelse			11	6	5
Andre helse- og omsorgstjenester	395	339		301	47
Sum	1879	1895	2052	1339	628

Fastlegeordningen – ytre og indre utfordringer

Ombudet mottok i året som gikk 706 henvendelser knyttet til fastlegeordningen. Som tidligere omhandlet de fleste henvendelsene kvalitet, kontinuitet og tilgjengelighet. De fleste er enige om at vi trenger flere fastleger, men ordningen har også andre utfordringer. Resultatene av pilotene med primærhelseteam, med sykepleier eller annet helsepersonell tilknyttet fastlegekontoret, å være av stor interesse. Ansatte med administrativt ansvar frigjøre tid til mer pasientrettet arbeid. Finansieringsordninger må understøtte en slik utvikling.

For å sikre mer effektive og kvalitativt bedre behandlingsforløp må samhandlingen mellom fastlegene, sykehusene og hjemmetjenesten styrkes.

Videokonsultasjoner i direkte pasientkontakt har økt under pandemien, men vi vet mindre om bruken i trekantsamtaler med andre deler av kommunen eller med spesialisthelsetjenesten.

I tillegg må arbeidet med økt kvalitet på henvisninger videreføres. Kommunene må ta et større ansvar for å følge opp arbeidet som skjer i fastlegeordningen. Ikke overfor den enkelte pasient, men i oppfølgingen av fastlegeforskriften og annet kvalitetsarbeid.

Ombudet blir fortsatt jevnlig kontaktet av pasienter som reagerer på at de må betale et gebyr på seks kroner per melding når de skal kommunisere med legekontoret via SMS, som oftest når de bestiller time til konsultasjon. Dette er har Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Helfo flere ganger slått fast at ikke er lov.

Ombudet ønsker å vise til et eksempel på hvordan en bydel følger opp saken med fastleger som benytter SMS gebyr. Bydelen har sendt brev til aktuelle fastlegekontorer i bydelen og påpekt at praksisen med at pasientene betaler for disse SMS er ulovlig. De informerer samtidig om at det finnes andre løsninger som ikke belaster pasientene økonomisk.

Bydelen har bedt om en redegjørelse for planer for å gå over til et alternativt system uten oppkreving av gebyr, samtidig som de opprettholder kravet om tilgjengelighet. Bydelen har videre orientert om at det kan bli aktuelt med bruk av de sanksjonsmuligheter som forskrift og rammeavtale hjemler dersom det ikke legges frem tilfredsstillende planer og fremdrift. Ombudet mener bydelen på en god måte har tatt et ansvar for pasientens rettigheter og viser til at de kan bruke sanksjonsmuligheter hvis fastlegekontorene ikke følger rett praksis.

Når det gjelder egenbetaling for timebestilling for SMS, sender vi jevnlig henvendelser til legekontor om dette, og da med kopi til bydels- eller kommuneoverlege. Også her har vi fått tilbakemelding om at legen mener det er urettferdig at de skal dekke denne utgiften. Vi viser i våre henvendelser til Helsedirektoratets uttalelse der det blant annet står at: «Helsedirektoratet har vurdert fastlegers og avtalespesialisters praksis med å ta gebyr for tilleggstjenester utover den finansieringen de får fra det offentlige. Dette gjelder for eksempel gebyr for timebestilling per SMS eller via internett, og pasientbetaling for andre typer tjenester som ikke er regulert i avtale med det offentlige. Helsedirektoratets vurdering er at det ikke er lov å kreve inn denne typen ekstra egenbetaling fra pasientene.»

Hvor langt strekker kommunens ansvar for fastlegeordningen seg?

I 2020 hadde vi en sak der en fastlege brått sluttet å besvare henvendelser fra sine pasienter. Heller ikke bydelsoverlegen kom i kontakt med legen. Pasientene fikk hverken innfridd sin rett til vurdering, konsultasjon eller behandling hos denne legen. Bydelen iverksatte tiltak slik at pasientene fikk tilgang til allmennlege, men problemet var ikke løst med det. Ingen fikk tilgang til pasientenes journaler. Legen besvarte ikke henvendelser fra noen. Ombudet fikk informasjon fra bydelen om at de ville

kunne få tilgang til journalene, men de måtte da betale selskapet som var ansvarlig for datasystemet til legen rundt 80.000 kroner. Det var ikke bydelen villig til, uten at de var sikret å få dette beløpet refundert fra fastlegen, som de mente var ansvarlige for å frivillig og uten kostnad å gi fra seg journalene. Det tok flere måneder før saken løste seg og bydelen fikk tilgang til journalene. De skadelidende her ble pasientene. Pasientjournalene inneholdt informasjon av stor viktighet både for oppfølging av sykdommer og avklaringer hos NAV. Også Statsforvalteren og Statens helsetilsyn var involvert i saken, uten å finne virkemidler som kunne løse saken.

Ombudet mener kommunen bør ha et ansvar for å få på plass en løsning der de etter kort tid får tilgang til pasientjournalene der en lege av en eller annen grunn ikke lengre er tilgjengelig eller uten grunn nekter å innfri pasientens rett til å få utlevert en utskrift av sin journal.

Eldre på sykehjem har fått mye rettmessig oppmerksomhet, men hva med de eldre som bor hjemme?

Det er et uttalt politisk mål av vi skal bo hjemme så lenge som mulig. For mange hjemmeboende eldre har dagtilbudene vært redusert og selvfølkelig omgangen med venner og familie som følge av smittevernanbefalingene. For hjemmeboende som bor alene har vi mottatt henvendelser som tyder på at funksjonsfallet har vært til dels stort. Årsakene kan være flere, det kan være manglende aktivisering, manglende oppfølging av ernæring eller ensomhet.

Hvor ble det av tillitsreformen i hjemmetjenesten Oslo?

Etter kommunevalget i 2015 tok Arbeiderpartiet, Miljøpartiet de Grønne og Sosialistisk venstreparti over byrådet i Oslo kommune. I byrådsrklæringen skriver de om organisering av kommunen. *Tillit ligger til grunn for byrådets styring av Oslo kommune.* For byrådet handler økt tillit om overføring av faglig myndighet og ansvar, tilstrekkelig bemanning, åpenhet, dialog kompetansehevingstiltak og forankring".

Hjemmetjenesten skulle også endres. Den skulle i økende grad baseres på tillit og medvirkning. *Situasjonen i hjemmetjenesten i Oslo krever endringer. Faglige vurderinger og samarbeid mellom ansatte og de som mottar tjenester har kommet i bakgrunnen, byråkrati, stoppeklokker og for lite helhetlig omsorg er blitt normen. Stoppeklokkene skal fjernes og erstattes av en tillitsreform med behovsprøvede omsorgsplaner, der den som trenger tjenesten og de ansatte utformer tilbudet sammen.*

Et pilotprosjekt i fire bydeler ble gjennomført fra 2017-2018. Flere bydeler startet sin tillitsreform parallelt med prosjektet med bakgrunn i Byråds sak 1055/17. For å høre om tillit er et bærende prinsipp i styring og ledelse gjorde Ombudet nylig en muntlig henvendelse til syv bydeler for å høre status (Frogner, Grorud, Ullern, Vestre Aker, Gamle Oslo, Stovner og Sagene). Vi kontaktet 21802180, og ønsket å bli satt over til utøvende sykepleiere i hjemmetjenesten. De som arbeidet nærmest den hjemmeboende hadde i liten grad hørt om Tillitsmodellen. Ved direkte spørsmål som *Har du hørt om Tillitsmodellen?* fikk vi svar som *Nei, den har ikke vi, og Ja, har hørt om den, men er ikke kjent med den og Tør ikke svare ja eller nei.* Flere ønsket ikke å svare på Ombudets spørsmål. I en bydel hvor utøvende sykepleier svarte *er ikke kjent med den* svarte lederen Ombudet ble satt over til at Tillitsmodellen var iverksatt.

Med tillitsmodellen er det et mål at brukerne skal få mer innflytelse på hva de vil ha hjelp til og når. Spørsmålet **Hva er viktig for deg** skal være styrende. Tillitsmodellen har i liten grad medført økte økonomiske rammer til hjemmetjenesten.

En av våre saker illustrerer dette: *Pasient ringer oss fortvilet og forteller at hjemmesykepleie egentlig skulle hjelpe til med vask av håret i går, men de ville ikke gjøre det. Ergoterapeut mener de hjemmesykepleien ikke kan vaske håret i seng slik de tidligere har gjort på grunn av arbeidsstilling. Dette fikk ikke den hjemmeboende vite, hun fikk vite det var innskrenking i tjenestetilbudet. Hun har tidligere søkt om omsorgsbolig, men har fått avslag på dette.*

Overordnet standard for tjenester i hjemmet har som mål å skape et mer likeverdig tilbud uavhengig av hvor du bor i byen. I eksempel på vedtak hjemmesykepleie står det: "Du vil få oppfølging og bistand til medisinhåndtering, personlig pleie og ernæring med besøk hver morgen og kveld. Hjemmesykepleien vil sammen med deg avtale nærmere om tjenestens innhold og tidspunkt". Vi har eksempler på at personer som har ernæringsvedtak får maten plassert utenfor døren til sitt hjem. Om maten blir spist er ikke dokumentert.

I et intervju i XXX setter Eric Brugman, avdelingsdirektør i Østensjø bydel ord på det vi har hørt flere si.– Vi ønsker at de som kjenner pasientene best, skal bruke sin faglige kompetanse til på å prioritere. Men det finnes så mange gode grunner til å gi mer, ikke mindre, og det er den største utfordringen. Det som ikke kom så tydelig fram i politikernes taler om tillitsreformen, er at alt må skje innenfor økonomiske rammer. – Hvis en sykepleier spiller inn at «fru Hansen» må få mer tid fordi hun har det vanskelig nå, da må vi kutte ned på tilbudet til en annen bruker.

Det ansvaret ligger nå i langt større grad på den enkelte i hjemmetjenesten. Det kan være et stort ansvar og en belastning for den enkelte når behovet er større enn tilbudet, det kan også gi seg utslag i redusert likebehandling som følge av mindre objektivitet.

I den gamle organiseringen var det færre som fattet vedtak. De hadde mer avstand til den enkelte mottaker. Det hadde to sider; det kunne gi mindre kjennskap til den enkelte, det kunne også gjøre avgjørelsene mer objektive. Når vedtakskompetansen flyttes nærmere brukene og til flere ansatte, er det et spørsmål om saksbehandlingskompetansen er sikret.

Brukerstyrt personlig assistanse

Det er fortsatt mange som tar kontakt med oss med problemstillinger knyttet til tildeling og organisering av BPA. En av de største utfordringene slik vi ser det, er de store ulikhetene i tildeling og utmåling av antall timer avhengig av hvilken kommune eller bydel søker bor i. Selv om den kommunale selvråderetten står sterkt, burde det ikke være slik at det ved søknad om BPA er avgjørende hvilken side av kommune- eller bydelsgrensen du bor på. Vi ser at det kan være utfordrende å samkjøre regelverk knyttet til omsorgstjenester og regelverk knyttet til likestilling i et og samme vedtak, men her tenker vi en god, samkjørt opplæring av de som fatter disse vedtakene vil være viktig. Det er nedsatt et BPA-utvalg som skal se på hvordan BPA-ordningen fungerer i dag og hvordan den burde fungere og vi ser frem til at de kommer med sin rapport.

Det er likevel flere ting kommuner og bydeler kan bli bedre på, ikke minst selve kartleggingsbiten. Også her har vi sett mange saker der kommunen ikke har hjulpet søker med å sette opp gode døgnehjul, der hjelpebehov kommer frem. Blant de sakene som har blitt sendt over til Fylkesmannen har vi sett alt for mange saker som blir sendt tilbake fordi vedtaket er ugyldig, ettersom saksbehandler ikke har sørget for å innhente nok informasjon før vedtaket ble fattet.

Ombudet vil også anbefale at kommunene setter av tid til å gå gjennom omgjørings sakene fra tilsynsmyndighetene. På lik linje med saker knyttet til pårørendestøtte, er omgjøringsprosenten stor, i 2019 var den på 39 %. Det gjelder både det å få hjelpen organisert som BPA og omfanget av tjenesten. For å fatte mer korrekte og like vedtak bør omgjøringsvedtak i klageorganet fungere som en rettesnor, både i og utenfor den aktuelle kommunen/bydelen.

Mange håpet og noen trodde at rettighetsfestingen av ordningen med brukerstyrt personlig assistanse skulle styrke denne delen av befolkningen sine rettigheter. Svaret er nei.

BPA og ulik tildeling innenfor Oslo kommune – endringer fra BPA i 42 timer pr uke til 13 timer praktisk bistand, hjemmesykepleie og støttekontakt

BPA-utvalget: 20/1657

Helsehus i Oslo kommune

Ombudet har i 2020 hatt møter med de fire helsehusene, og en av to trygghetsavdelinger i Oslo kommune. Ombudet ønsket å bli bedre kjent med de ulike helsehus- og trygghetsavdelinger i Oslo kommune, og utfordringer de ser for sitt tilbud til innbyggerne i Oslo. Informere kommunens ledelse og politikere om våre erfaringer og øke tjenesteapparatets kunnskap om Pasient- og brukerombudet, Sosial- og eldreombudet. Du kan lese rapporten her, eller kontakte oss så kan du få den tilsendt.

LENKE MARGIT

Ombudets forslag til forbedringer etter samtaler med ansatte på helsehusene og erfaringer fra brukere og pårørende som har erfaring fra helsehus

Samhandlingen mellom helseforetakene, bydelene og helsehusene må styrkes. Ombudet mener det bør vurderes om helsehusene bør ha en plass i de nye Helsefelleskapene for å sikre bedre samhandling og bedre behandlingsforløp for pasientene.

Kravet til kompetanse er stort og økende. Kommunen må sikre planer for nødvendig kompetanseheving i helsehusene i tråd med nye arbeidsoppgaver.

Kommunen må sikre at pasienter med behov for spesialplasser får dette. Kompetanse og pasientens behov må avgjøre behandlingssted, ikke bydelens økonomi.

Også rusavhengige blir stadig eldre. Det må lages en forpliktende avtale mellom Sykehjemsetaten og Velferdsetaten som omhandler hvor eldre syke pasienter som tidvis bruker illegale stoffer skal bo når de får behov for heltids omsorg og pleie.

Det er viktig at brukerundersøkelser gir reell merverdi. Ombudet etterlyser en evaluering av hva de gir av informasjon i dag, og om det finnes andre supplerende eller alternative arbeidsformer for å avdekke forhold som kan bli bedre. Dette gjelder ikke bare brukerundersøkelser i helsehusene.

Sykehjemsetaten har et felles kvalitetsutvalg for både helsehus og langtidshjem. Ombudet mener det bør vurderes om det kan opprettes et eget kvalitetsutvalg for helsehusene, som har helt andre arbeidsoppgaver enn langtidshjemmene.

Tilbakemeldingene fra helsehusene er at dagens ordning for bydelens kjøp ikke er den beste. For å sikre forutsigbar og forsvarlig drift bør ordningen evalueres. Erfaringer fra henvendelser til Ombudet støtter dette, som denne saken er et eksempel på:

Ved ankomst til avdeling lindrende enhet, blir datter informert først av ansvarlig sykepleier, og deretter av ansvarlig lege, om at det er sendt melding om alvorlig avvik rettet mot Bydel. Det refereres til at avdeling for rehabilitering har fått oppgitt av Bydel X at lindrende enhet har vært full,

og at ingen ledige plasser tilgjengelig. Dette medfører ikke riktighet. Ved pasientens ankomst er 9 plasser ledige. Både sykepleier og lege oppfordrer datteren til å ta kontakt med Pasient- og brukerombudet. Saken er nå sendt Statsforvalteren.

Eksempelet kan være et resultat av finansieringsordningene i Oslo. Det kan også være en illustrasjon på ulikheter i faglig kompetanse og skjønn. Ingen av delene til pasientens fordel.

Avlastningsopphold må flyttes til langtidshjem, hvor det er tilrettelagt for aktivitet og omsorg, ikke rehabilitering.

Helsehusene må ikke brukes til langvarige opphold for pasienter som skal på langtidshjem.

Hva skjer når pasienter med vedtak på helsehjelp ikke åpner døra?

Spørsmål om samtykkekompetanse er krevende. At noen ikke ønsker å ta i mot hjelp som kan bedre deres helse- og livssituasjon kan være vanskelig å akseptere. Det kan også aksepteres for lett:

En flerårig LAR pasient med vedtak på utdeling av metadon fra hjemmetjenesten hver morgen sluttet etter mange år gradvis å åpne døra når de kom. Etter et kortvarig opphold på Gatehospitalet og hjemme hos familie, opplevde hjemmetjenesten over tre dager ikke kontakt. Etter 4 dager ble pårørende kontaktet, og bydelen gikk inn i leiligheten. Der fant de mannen død.

Ombudet hjalp etterlatte med en klage. Bydelen svarte kort at prosedyren i slike tilfeller var å forsøke og oppnå kontakt ved å ringe og undersøke i journalen om det er nevnt noe som kan begrunne at vedkommende ikke ville åpne. De skulle også kontakte vaktansvarlig og avklare hva man skulle gjøre videre. I mannens journal er det kun skrevet at de ikke oppnådde kontakt med han de aktuelle dagene. Det kom heller ikke frem om de andre prosedyrene ble fulgt i svaret til Ombudet.

Statsforvalteren kom til at det var brudd på helselovgivningen, herunder manglende oppfølging av pasienten ved at rutineene for oppfølging ikke ble fulgt da de ikke oppnådde kontakt med han. Videre at det var mangelfull journalføring. Det er pekt på at det er et ledelsesansvar å følge opp at de ansatte har rutiner, systemer og mulighet til å overholde sin journalføringsplikt, men at denne saken antyder at dette ikke har blitt fulgt godt nok opp.

Mangelfullt tilbud om rehabilitering

Allerede før Covid-19 hørte ombudene om store forskjeller i tilbudet i kommunene - lang ventetid og for få fysioterapeuter og ergoterapeuter. Pasienter fortalte at de har gått glipp av sitt potensiale fordi ventetiden var for lang. Når vi nå også vet at fysioterapeuter og ergoterapeuter i enkelte kommuner ble omdisponert til andre stillinger, er det urovekkende. For de pasientene som har vært smittet og blitt alvorlig syke, er det behov for å komme raskt i gang med rehabilitering.

Det er ikke nytt at rehabilitering er mangelvare og at mulighetene er ukjente for mange. At rehabiliteringstilbudet i kommunene varierer skrev Pasient- og brukerombudene i felles årsmelding 2019, "Rehabilitering – av mange beskrevet som de hemmelige tjenestene". Pasienter som var innvilget rehabilitering fortalte at dette er noe de selv hadde etterspurt. Det kom ikke som et tilbud.

Helsedirektoratet har nedsatt et utvalg som skal se på oppfølging av de som sliter med senvirkninger etter Covid-19. Det skulle være ferdig til nyttår. For mange er det for sent. Det er heller ikke slik at retningslinjer i seg selv gir nødvendig helsehjelp.

Spesialisthelsetjenesten

Henvendelser om spesialisthelsetjenesten i 2018-2020

	2018	2019	2020
Oslo universitetssykehus	622	680	714
Lovisenberg Diakonale sykehus	89	100	89
Diakonhjemmet sykehus	78	92	72
Akershus universitetssykehus	432	445	409
Vestre Viken	120	165	128
Sunnaas sykehus	6	18	7
Privat helsetjenesten med avtale	245	268	101
Andre helseforetak			195
Sum	1603	1768	1708

Henvendelsene fordeler seg på følgende spesialiteter:

	2018	2019	2020
Psykisk helse			458
Kirurgi			287
Indremedisin			178
TSB			131
Fødsel/kvinne			128
Nevrologi			110
Onkologi			52
Annet			
SUM			1708

TSB = tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kommenteres under overskriften Tilbud til rusavhengige
Fødsel/kvinne = fødselshjelp og kvinnesykdommer
Onkologi – flere saker som omhandler kreft sorteres under andre spesialiteter, så antallet gir ikke et godt bilde.

Psykisk helse

I 2020 var mange av henvendelsene om psykisk helse knyttet til endringer i behandlingstilbudet som følge av Covid-19.

Og fortsatt er avslag på behandlingstilbud et gjennomgående tema. Pasientene fortviler. Kommunen sier de ikke har flere tilbud å komme med, fastlegen henviser til spesialisthelsetjenesten som viser tilbake til kommunen. Dette er et viktig område for de nye Helsefelleskapene.

Også tvang går igjen i henvendelsene – både for mye og for lite bruk. Kravet for bruk av tvang innen psykisk helsevern ble ytterligere innstrammet fra 1. september 2017. Manglende samtykkekompetanse ble et av hovedkriteriene for at tvang kan utøves overfor pasienter. Hvis

pasienten ikke er vurdert til å være samtykkekompetent og motsetter seg behandling, kan behandling bare gis med bakgrunn i tvang.

Ikke sjelden hører vi at pasienten blir utskrevet dagen etterpå etter å ha fått akutt medisinsk behandling og blitt vurdert til å være samtykkekompetent og ikke grunnlag for bruk av tvang. Påførende fortviler over at pasienter med behandlingsbehov blir utskrevet for raskt. Spørsmålet er hvordan kan man komme i posisjon til å hjelpe alvorlig syke pasienter med samtykkekompetanse og som motsetter seg hjelp? Problematikken er vanskelig og har ingen enkle løsninger.

Fødselshjelp

Tilbudet til fødende har vært et tema både i media og i henvendelsene til Ombudets kontor. Så mange tok kontakt at vi møtte ledelsen, kvalitetsrådgivere og en brukerrepresentant på Kvinneklubben på Oslo universitetssykehus. Der ble det uttrykt forståelse for de forhold Ombudet tok opp; fravær av partner, lite amnehjelp og generelt for liten bistand fra ansatte.

Klinikkleder forteller at de hadde møte med Oslo kommune i starten av pandemien for å etablere et samarbeid, men at kommunen ikke hadde kapasitet i tillegg til at mange jordmødre har blitt trukket ut til smittearbeid. Når jordmødrene fikk økte oppgaver og i tillegg mistet tilstedeværelsen og hjelpen fra fedrene, så hadde dette konsekvenser for fødekvinne. Mange kvinner hadde også fått mindre oppfølging i for- og etterkant av fødselen fra bydelen de bor i. Klinikkleder forteller at de har et pågående prosjekt om tidlig hjemreise fra sykehuset, og at det da er viktig at kvinnene blir fulgt opp hjemme.

Klinikkleder forteller at det nylig hadde vært gjort en gjennomgang av jordmøtjenesten, som viste at fødepopulasjonen har endret seg, ved at flere kvinner er eldre når de får sitt første barn og at det dermed også er mer komplikasjoner, noe som innebærer mer jobb med hver fødekvinn for jordmødrene, selv om fødetallene går ned. De må også planlegge for å dekke opp som følge av konsekvensene av endringene i bioteknologiloven.

I etterkant av møte har særlig partners tilstedeværelse vært et tema. Dette ser nå ut til å nærme seg en bedre løsning, blant annet ved bruk av hurtigtester. Noe som også har vært foreslått fra Ombudet, som i tillegg at dersom den fødende behandles som frisk, er det vel grunn til å gjøre det samme med partneren som i alle hovedsak deler hus og seng med den fødende.

Sykehusodontologi - et tilbud ved blant annet Lovisenberg Diakonale Sykehus
Ved Lovisenberg Diakonale sykehus i Oslo har man siden 2006 drevet en sykehustannklinik som gir et tilbud til pasienter med utfordringer knyttet til rus og psykisk sykdom. Fra 2014 har sykehuset vært del av ordningen «Forsøksordning med orale helsetjenester i sykehus», sammen med Oslo universitetssykehus. Denne ordningen har medført at sykehuset også kan gi et tilbud om tannhelsetjenester til somatisk syke pasienter som har behov for slike tjenester i sykehus

Tilbudet har vært svært godt mottatt av både pasienter og annet personell i sykehuset. En lege i medisinsk klinikk skriver i en tilbakemelding til sykehustannklinikken:

Kommentert [hino1]: et er flere sykehus, men de i andre regionale foretak (UNN, St. Olav, Haukeland)

«For oss er det nyttig å kunne henvise pasienter ved behov fra sengepost. Vi får inn mange med elendig tannstatus, med behov for rask vurdering og evt. sanering. Det er en grunn til at disse pasientene ikke har gått til tannlege på mange år, og det fungerer erfaringsmessig dårlig å be dem om å ta kontakt med den offentlige tannhelsetjenesten i kommunen.»

Følgende sak illustrerer dette:

En eldre pasient ble henvist til sykehustannklinikken fra en bolig for eldre med psykisk sykdom på grunn av svært redusert munnhelse, noe som medførte redusert matinntak og underernæring. Pasienten nektet å la seg behandle, og det var tvil om vedkommende var samtykkekompetent. Det ble innkalt til et tverrfaglig møte med pårørende, fastlege, psykiatrisk sykepleier og sykehustannlege og det ble fattet tvangsvedtak og avgjort at tannbehandling skulle utføres i narkose. Kort tid etter ble pasienten innlagt medisinsk post ved sykehuset, og hadde da fått lagt inn et perifert venekateter. Personell på post, som kjente situasjonen, så da muligheten for å bidra til tannbehandlingen ved å gi beroligende medikamenter gjennom venekateteret, og dermed unngå narkose. Alle tenner ble trukket. Behandlingen har ført til at pasienten tar til seg mer næring. Det er i ettertid laget en tannprotese. Dette hadde vært vanskelig å få gjennomført utenfor sykehus.

Forsøksordningen er under evaluering og HOD skal avgjøre om ordningen skal videreføres etter 2021.

Pasientenes økonomi skal ikke være grunnlag for henvisning til sykehustannklinikken, men tilbagemeldinger fra ansatte er at dette medfører flere dilemma

Ved alvorlig somatisk sykdom må ofte infeksjoner i munnhulen elimineres, noe som for eksempel kan innebære trekking av en rekke tenner. Dersom pasientene skal få bittet rehabilitert hos privat tannlege vil det, selv for de som har rett til refusjon av utgifter til tannbehandling fra Folketrygden, kunne bli svært dyrt. Det er flere eksempler på at pasienter må betale tresifrede beløp for rehabilitering av munnhelse etter et alvorlig sykdomsforløp. Ved sykehustannklinikken har de derfor også valgt å gjøre rehabilitering, selv om det er ikke er nok ressurser til å hjelpe alle. Dermed skapes ulikheter. Det er behov for en gjennomgang av regelverket på dette området, og at det tydeliggjøres hvor slik behandling skal skje og at det etableres finansieringsordninger som hindrer at enkeltpersoner får store utgifter.

Ombudet mener det er naturlig at rehabilitering av munnhelse som skyldes alvorlig sykdom inkluderes i en helhetlig behandling.

Helseatlasenes betydning i pasientsikkerhetsarbeidet

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) utarbeider rapporter som synliggjør variasjon i helsetilbudet til Norges innbyggere, både i omfang og kvalitet.

Det siste helseatlas fra januar 2021 gir mulighet til å se nærmere på variasjon i kvaliteten av helsetjenester ut fra pasientenes bosted. Det er kunnskap som er en viktig forutsetning for å kunne redusere ulikhet i helsetjenestetilbud, og som kan styrke kvaliteten på helsetilbudet til den enkelte.

Norge har generelt gode helsetjenester og tilliten - ikke minst til den enkelte helsearbeider - er høy. En forutsetning for å fortjene en slik tillit er at pasientene mottar nødvendig helsehjelp av god kvalitet, uavhengig av alder, bosted og helsekompetanse. I Norge har vi en egen pasient- og brukerrettighetslov som skal bidra nettopp til dette. Det er likevel viktig å understreke at det er helsetjenesten, og ikke den enkelte pasient, som har ansvaret for at dette skjer i praksis.

I Helseatlas kan vi lese at: "Selv om de nasjonale resultatene overordnet sett var gode, var det samtidig betydelig variasjon i måloppnåelse mellom opptaksrådene for flere av indikatorene."

Kommentert [hino2]: Er det noe dere kan skrive at dere anbefaler?

Kommentert [hino3]: Bare forslag, stryk eller endre hvis uenig :-)

Sammenstillingen av kvalitetsindikatorer viser variasjoner i kvalitet som vanskelig kan aksepteres uten nærmere forklaring. Jeg undrer meg for eksempel over at noen pasienter ser ut til å leve kortere med en kreftdiagnose, fordi de er bosatt på feil sted i landet.

Oppfølging av rapporten bør være en selvfølgelig del av kvalitetsarbeidet i de regionale helseforetakene som en del av deres "sørge-for-ansvar", i de enkelte helseforetakene og i deres styrer.

[Lenke?](#)

Spesialisthelsetjenestens "trygdeskandale"

Fra 1.1.2018 ble det gjort endringer i blåreseptordningen. Utgifter til legemiddelbehandling som tidligere ble betalt av HELFO etter søknad, skulle nå dekkes av helseforetakene. Det fikk imidlertid ikke behandlingsstedene med seg, og pasientene ble skadelidende. HELFO ga heller ikke ved avslag tilbakemelding til helseforetakene eller pasientene om at finansieringsansvaret nå var flyttet. Pasient- og brukerombudene ble først kjent med saken etter at Dagens Medisin satte den på dagsorden.

Flere av pasient- og brukerombudene henvendte seg til sine regionale helseforetak og etterspurte en oppfølging av de pasientene som urettmessig hadde betalt for medisin helseforetakene skulle betalt - og, ikke mindre viktig, de pasientene som unnlott å følge opp anbefalt behandling på grunn av egen økonomi. Saken ble deretter fulgt opp av Helse Sør-Øst RHF overfor de andre regionene og landets helseforetak med informasjon om problemstillingen, og hva som burde gjøres i juli 2020.

Saken viser endringer som trådte i kraft uten at ansvaret var avklart. Vi ser en helsetjeneste med stadig sterkere lovreguleringer, og der det ikke i tilstrekkelig grad er sikret at den enkelte aktør kjenner endringene. Og da mener vi ikke pasienten, som ikke må forutsettes å ha en slik inngående kjennskap til regelverket - i denne saken – endringer i finansieringsordningen for off-label legemiddelbehandling. Slik sett kan saken ha en viss likhet med trygdeskandalen. Vi må kunne forutsette at det er helsetjenesten, ikke pasientene, som har ansvar for å tolke regelverket og sørge for at pasienter får ivare tatt sine rettigheter.

Læringen må være at når nye regelverk etableres, må en forsikre seg om at tjenestene kan gjennomføre dem i tråd med formålet. Å få adekvate svar på disse spørsmålene, er maktpåliggende for at vi skal ha tillit til vår offentlige helsetjeneste.

Det er kritikkverdig at dette arbeidet ikke ble gjort før endringene i finansieringsansvaret trådte i kraft. Etter at Helse Sør-Øst RHF ba helseforetakene om å finne frem til alle pasienter som kan ha rett på tilbakebetaling av penger, er vi – igjen gjennom Dagens Medisin – kjent med at en etterforskningsgruppe jobber med å finne pasientene ved Oslo universitetssykehus (OUS) med rett til tilbakebetaling. Vi forutsetter at dette skjer også ved alle andre helseforetak i landet.

– Akkurat nå leter vi etter de pasientene som urettmessig har betalt sine egne legemidler, som vist i reportasjene i Dagens Medisin tidligere i år, sier spesialrådgiver Skule Ingeberg ved Seksjon for legemiddelkomite og sikkerhet på OUS til Dagens Medisin 20.11.2020.

Nå venter vi en oppfølging av de pasientene som har unnlatt å følge opp anbefalt behandling som følge av økonomiske utfordringer. Både med tanke på etablering av behandling og med informasjon om tilsynsmyndighetene, Norsk pasientskadeerstatning og pasient- og brukerombudsordningen. Alle stener må snus og saken må være en alvorlig vekker for etablering av rutiner i forkant av endringer som dette. Det er avgjørende for tilliten til helsetjenesten.

Ombudet etterspør psykebil

Syke mennesker bør i størst mulig grad møtes av helsepersonell, ikke uniformert politi skrev Beate Gangås, politimester i Oslo politidistrikt i Avisa Oslo 26.1.202. Ett tiltak Ombudet har vært opptatt av dette over år og har flere ganger etterspurt dette tilbudet. Gangås skriver:

Oslo politidistrikt har i flere år forsøkt å få helseforetaket til å iverksette en prøveordning med psykiatriambulanse, men blir ikke hørt. Vi mener helsemyndighetene må engasjere seg og få dette på plass. Oslo politidistrikt bistår helsevesenet i flere tusen psykiatrisaker årlig. Erfaringer fra Bergen tilsier at en stor andel av disse kunne og burde ha vært løst uten hjelp fra politiet. Forskjellen på Oslo og Bergen er at Bergen har såkalt psykiatriambulanse, det vil si tilpassede kjøretøy med særlig kvalifisert helsepersonell. Når de ikke er på psykiatrioppdrag, kjører de ordinær ambulansetjeneste. Tilbakemeldingene fra Bergens politi, helsevesen, pasienter og pårørende er svært positive. Ordningen er senere etablert flere steder, blant annet i Stavanger, Stockholm, København og Amsterdam. Men i Oslo har ikke innbyggerne dette tilbudet. Selv om politiet gjør en god jobb i møte med sårbare mennesker, er likevel kompetansen til spesielt utdannet helsepersonell mer pasientrettet. Det kan også av noen oppleves som uverdigg og provoserende å bli hentet av politiet, når han eller hun er syk og ikke nødvendigvis er til fare for seg selv eller andre. Videre kan politiets oppmøte og tilstedeværelse medføre unødvendig stigmatisering av den syke, for eksempel blant naboer. I ytterste konsekvens kan dette medføre utagering og ytterligere belastning på den syke. Vi har forståelse for at en psykiatriambulanse ikke vil være like resurseffektiv i alle deler av landet, men i og rundt store byer som Oslo, hvor helseforetaket har ansvaret for 1,5 millioner innbyggere og avstandene er korte, burde det være en hensiktsmessig løsning. Pasientbehandling er primært et ansvar for helsevesenet. Ombudet støtter dette.

Avtalespesialister i psykisk helsevern

Ombudet er kritisk til hvordan avtalespesialister er organisert i spesialisthelsetjenesten.

Avtalespesialister bør inngå i det samme systemet som den øvrige spesialisthelsetjenesten når det skal vurderes hvem som skal gis rett til nødvendig helsehjelp.

Ombudet har vært i dialog med Helse Sør-Øst om problemstillingen. Vi er kjent med at Helse Sør-Øst RHF i 2019 planla å gjennomføre en pilot for å se om det var gjennomførbart for avtalespesialister å rettighetsvurdere pasienter i avtalepraksis med tanke på et fremtidig felles henvisningsmottak. I brev til Ombudet informerte de om at det ble en utfordring å rekruttere avtalespesialister i psykisk helsevern inn i dette prosjektet, og at piloten strandet i november 2019.

Foreløpig protokoll brukerutvalget 17. februar 2021

Møte:	Brukerutvalget Vestre Viken HF
Møtedato:	17. februar 2021
Tidspunkt:	Kl. 15:00 - 18:00
Sted:	Digitalt møte på Skype
Møteleder:	Rune Kløvtveit
Deltakere:	<p>Fra Brukerutvalget:</p> <p>Rune Kløvtveit (leder), Heidi Hansen (nestleder), Gudrun Breistøl, Cecilie Braathen, David C. Hemmingsen, Grethe Synnøve Karlsen, Mark Miller, Elisabeth Schwencke. Fraværende: Lillian Nagel,</p> <p>Fra Administrasjonen:</p> <p>Elisabeth Kaasa og Janne Hjelm-Gabrielsen (koordinator) </p> <p>nnledere:</p> <p>Lisbeth Sommervoll, Ulrich Spreng,</p>

SAKSLISTE

Sak nr.	Sak/merknad	Vedlegg
15/21	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Status Nytt sykehus Drammen er egen sak noe som ikke går fram av innkalling.</p> <p>Vedtak Opprettes som egen sak 23 i protokollen Godkjennes</p>	
16/21	<p>Godkjenning av foreløpig protokoll fra møtet 20. januar</p> <p>Vedtak Godkjennes</p>	
17/21	<p>Referat arbeidsutvalgets møte 3. februar 2021</p> <p>Vedtak Tas til orientering.</p>	
18/21	<p>Pasient- og brukerombudet Ikke avtale om møte 17. februar</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>	

19/21	<p>Dialog/orienteringer fra adm.direktør og fagdirektør Årlig melding for 2020 styrebehandles og legges fram for HSØ.</p> <p>-Aktuelle styresaker Vestre Viken får oppdrags og bestillerdokument (OBD) i foretaksmøtet 19. februar. Får tallfestet mål for konsultasjoner uten oppmøte på 15 prosent av polikliniske konsultasjoner. I nasjonalt helseatlas kommer Vestre Viken godt ut av det med høyest score. Vestre Viken har startet planleggingsarbeidet for revidering av Utviklingsplan 2035. Helsefellesskapet Vest-Viken har partnerskapsmøte i mars.</p> <p>Vedtak Tas til orientering med følgende kommentar: Løpende kontinuerlig tilbakemeldinger viktig ift tallet 15 % polikliniske konsultasjoner og sikring av god kvalitet. Brukerutvalget er opptatt av opplevd kvalitet i konsultasjonene og at god dialog ivaretas.</p> <p>-Status coronasituasjonen: VV har flest innlagt i Norge pt men normal drift. Andel positive tester går ned ift antall utførte tester.</p> <p>Vedtak Tas til orientering med følgende kommentar: tBrukerutvalget ønsker viktige saker fremhevet på intranettforsiden.</p> <p>-</p>	
20/21	<p>Erfaringsutveksling Diskusjon med orientering om aktiviteter siden siste møte</p> <ul style="list-style-type: none"> -Delprosjekt om miljøbehandling Blakstad Sykehus. -Ressursgruppe PHR ifbm flytting til Drammen. - Samhandling og pasientflyt psykisk helsevern. -Fokusgruppe plassering av rom NSD ift kiosk og kantine. - KKV Drammen sykehus. Lav svarprosent på brukerundersøkelser. -Ortopedisk sengepost om håndtering av covid 19 utbrudd. -Arbeidsgruppe veileder pasientforløp klart medio mars. - Fokusgruppe 4 Vestibyle. Bekymring for at kursrommet til LMS er borte og ønske om å kunne booke møterom på NSD. Brukerutvalget følger dette opp. - Strategisk utvalg for ledere og Covid 19 -Orientering om BU i møte med Ungdomsrådet. -Styremøtet og styringsgruppe NSD. -Digital hjemmeoppfølging. -Styringsgruppe helelogistikk. -Strategisk samarbeidsutvalg. -Digitalt allmøte for ansatte BS. -Møter i rådet for digital hjemmeoppfølging -KKU Kongsberg -Digital tjenstedesign. -Møte med PHT m info base for flyambulansse på Ål 	

	<ul style="list-style-type: none"> -Behandlingshjelpemidler akkurat startet. - Matforsyning kantine. Fokusgruppe tre -Brukerrådet DPS Drammen. Utviklingsprosjekt ift DPSene <p>Avsluttende kommentarer: Bra med aktivitet. BU inviterer til dialog om brukerundersøkelse. Bekymring over kursrom og brukerkontor i nytt sykehus.</p>	
21/21	<p>Filming ambulanse Saken er trukket</p>	
22/21	<p>Saker til orientering, innkommet post</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foreløpig protokoll brukerutvalget HSØ. - Leder har hatt møte med ungdomsrådet. - Redegjørelse for godtgjøring <p>Vedtak Sakene tas til orientering med følgende kommentarer: Det er bekymringer ift reduksjon av døgnplasser ift psykisk helse. Ungdomsrådet og Brukerutvalget holder hverandre orientert ved gjensidig utveksling referater fra møtene.</p>	
23/21	<p>Status prosjektet Nytt Sykehus Drammen, NSD Orientering ved Rune Abrahamsen.</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>	
24/21	<p>Endringer i Brukerutvalgets involvering i prosjektet Nytt Sykehus Drammen</p> <p>Leder informerte: Det gjøres store endringer NSD, både ift ledelse og brukermedvirkning, Sykehusbygg har hatt eget brukerutvalg som nå sannsynligvis erstattes med Brukerutvalget i Vestre Viken. Brukerutvalget vil bli involvert i flere ulike delprosjekter framover. Innflytting mai 2025.</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>	
25/21	<p>Konferanser, invitasjoner og oppnevninger</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressursgruppe for FACT-arbeidet. Gudrun Breistøl oppnevnes som Brukerutvalgets representant. - Arbeidsgruppe program for kontinuerlig forbedring David C. Hemmingsen oppnevnes som brukerrepresentant i - Arbeidsgruppe utkast for strategiplan for Brukerutvalget etableres. Gudrun Breistøl leder gruppen med David C. Hemmingsen og Cecilie Bråthen. Det tas utgangspunkt i HSØ sin plan. Legges fram for utvalget innen 10. mars. - LSU på Kongsberg Grete S. Karlsen oppnevnes som Brukerutvalgets representant. 	

26/21	<p>Årlig melding Arbeidsutvalget har sendt innspill til årlig melding i samsvar med fullmakt fra forrige møte. Saken tas til orientering</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>	
27/21	<p>Årsrapport Medlemmene bidrar med hvilke saker har vi hatt mest fokus på.</p> <p>Vedtak: Utkast til årsrapport legges fram og følges opp på neste møte</p>	
28/21	<p>Kommende møter</p> <p>Oversikt er sendt ut</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>	
29/21	<p>Hva er helselogistikk</p> <p>Orientering ved Jan Terje Henriksen</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>	
30/21	<p>Eventuelt</p> <p>- Oppfølging av brukerundersøkelsen</p> <p>Vedtak: Følges opp i neste møte som egen sak.</p> <p>- Endoskopivakt Orientering i møtet</p> <p>Vedtak: Tas til orientering</p>	
31/21	<p>Evaluering av møtet</p> <p>Bra møtet forutsetningene tatt i betraktning. Dialogen er det interessante.</p>	

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede: Lisbeth Sommervoll, Eli Årmot, Ulrich Spreng, Trine Olsen, Kirsten Hørthe, Narve Furnes, Joan Nygard, John Egil Kvamsøe, Tom Frost, Gry L Christoffersen, Toril Morken, Anita H Gommæs, Roald Brekkhus (Synergi Helse), Tove Svensli, Sine Kari Braanaas, Hanne Juritzen.
Møtedato:	9.mars 2021	
Tidspunkt:	0900 - 1050	
Sted:	Skype	
Møteleder:	Tom Frost	
Referent:	Cecilie Søfting Monsen	Forfall: Ingen

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Godkjenning av innkalling og agenda Godkjent uten kommentar.
	Godkjenning av referat fra 9.februar 2021 Godkjent uten kommentar.
TEMA	<p>Miljødelmål 2021 for Vestre Viken v/Kristi Skinnes, KIS Presentasjon (vedlagt). Hovedmål: Å fremme god helse gjennom miljøvennlig drift.</p> <p><u>Innspill i møtet:</u> Et viktig tema, både for helse, miljø og økonomi. Ønskelig med en status i HAMU årlig. Ledere må oppfordre sine ansatte til å gjennomføre e-læringskurset «Grønt sykehus i HSØ» og ta opp tema i egen avdeling. Ad NSD er det gjort et stort arbeid i forhold til miljøavtrykk. KIS er godt involvert i arbeidet. Ønskelig med detaljerte styringsdata – slik det ble presentert i møtet med konkrete eksempler på tall/data. Viktig for å motivere og få til endringer.</p> <p>HAMU takker for et interessant og godt innlegg.</p>
09/2021	<p>Oppfølging handlingsplanreduksjon av AML-brudd v/Sine Kari Braanaas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Et arbeid som har pågått over lang tid. • Handlingsplanen skal være aktiv og etterleves i alle klinikkene til enhver tid, men på grunn av den pågående pandemien har arbeidet med å redusere AML-brudd blitt forsinket. • Obligatorisk kurs for ledere/adm.konsulenter etc. vil ikke bli gjennomført digitalt; det utsettes til man kan gjennomføre kurset som klasseromsundervisning. • En regional arbeidsgruppe i HSØ er etablert for å utarbeide og iverksette tiltak som kan styrke etterlevelsen av arbeidsmiljøloven. Vestre Viken er med i dette arbeidet. <p><u>Innspill FHVO:</u> 10 på topp listen –det pågår et godt stykke arbeid ute i klinikkene bistått av vernetjenesten for å ta ned listen.</p> <p><u>Vedtak:</u></p>

	<p>HAMU tar saken om oppfølging av handlingsplan til etterretning. Det gis tilslutning til de fremlagte tiltak og reviderte tidsfrister for å redusere AML-brudd.</p> <p>HAMU ønsker at det videre arbeidet med oppfølging av de lokale handlingsplanene følges opp i klinikkenes AMU, med samlet rapportering til HAMU 16. november 2021.</p>
10/2021	<p>Positive erfaringer i forbindelse med pandemien v/<i>Anita H Gornæs</i></p> <p>Pandemien har vært utfordrende for hele foretaket og alle ansatte. Det er samtidig gjort erfaringer som er positive og ønskelig å videreføre.</p> <p>Vedtak: HAMU ber klinikkene ta positive erfaringer i forbindelse med koronapandemien opp som tema i egne AMU og deretter formidle det de har erfart til HAMU innen utgangen av mai-21. Erfaringene vil bli fremlagt i HAMU møtet 8.juni-21.</p>
11/2021	<p>Ny prosedyre for arbeidsmiljøutvalgene i VVHF v/<i>Tove Svensli</i></p> <p>Oppfølging av sak 06/2021.</p> <p>Noen språklige oppdateringer siden sist, samt at prosedyren har vært på høring hos tillitsvalgte/vernetjeneste.</p> <p>Innspill: Arbeidstakersiden stilte spørsmål om et felles AMU for KIS/KMD er hensiktsmessig. Arbeidsgiversiden svarte ut at beslutningen er historisk betinget, klinikkene har vært enige om at felles AMU er nyttig for både KIS og KMD for å fremme det gode samarbeidet.</p> <p>FHVO påpekte at opplæring pr i dag bør bedres, det bør spesielt ses på opplæring av AMU/HAMU medlemmer. Det bør også iverksettes egen opplæringsplan samt rollebeskrivelse for sekretariatsfunksjonen i AMU/HAMU.</p> <p>Vedtak: HAMU godkjenner ny prosedyre for Arbeidsmiljøutvalgene i Vestre Viken. Innspill fra møtet følges opp av AU HAMU.</p>
INFO	<p>Status korona v/<i>Ulrich J Spreng</i></p> <p>Det vises til vedlagte presentasjon med faktaopplysninger om dagens situasjon.</p> <p>Vestre Viken er forberedt på å ev avhjelpe de andre HF (spesielt AHus) med intensivkapasitet. Pr i dag ikke behov.</p> <p>HAMU takker for god orientering.</p>
INFO	<p>Orientering fra FHVO</p> <p>1. NSD og kontorkonseptet – ledelsen må ta eierskap til det vedtaket som er gjort i konseptet. Vedtaket utfordrer taushetsplikten. Uenighetene foregår ute i fokusgrupper som ikke har myndighet til endring.</p>

	<p>FHVO ber alle ledere løfte vedtaket og diskutere i egen avdeling/klinikk for forankring.</p> <p>2. Noen lokale verneområder har i dag fått for stort spenn, enkelte verneombud må forholde seg til flere ledere; bør være kun en leder.</p>
INFO	<p>Orientering fra bedriftshelsetjenesten v/Roald Brekkhus Yrkeshygieniske oppdrag har økt – ofte spørsmål rundt blant annet inneklime og usikkerhet i forhold til smitte og ventilasjon. BHT sikrer tett samarbeid med KIS for avklaringer rundt hva som er utført og hva som er planlagt av utbedringer før kartlegginger iverksettes. Kartlegging utført i VVHF gir stort sett de samme resultatene som FHI presenterer i sine kartlegginger.</p> <p>FHVO påpeker viktigheten av å ha inneklime på dagsorden. Gjelder ikke bare ventilasjon men også andre faktorer som rot, søppel etc. Foreslår en «Rusken aksjon».</p>
12/2021	<p>Faste skriftlige orienteringer Det påpekes at sakspapirer og referater fra lokale AMU mangler på intranettet. Sekretariatene oppfordres til å legge ut fortløpende.</p> <p>Vedtak: HAMU tar de fremlagte orienteringene til etterretning.</p>

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Digitalt møte
Dato: Torsdag 11. mars 2021
Tidspunkt: Kl 0915 – 1600

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Olaf Qvale Dobloug	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	Forfall
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Lasse Sølvsberg	
Sigrun E. Vågeng	

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stendal

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Eierdirektør Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø og konserndirektør Atle Brynestad

Saker som ble behandlet:

015-2021	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 11. mars 2021.

016-2021	Godkjenning av protokoll fra styremøte 4. februar 2021 og ekstraordinært styremøte 11. februar 2021
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 4. februar og ekstraordinært styremøte 11. februar 2021 godkjennes.

017-2021	Virksomhetsrapport per januar 2021
-----------------	---

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for januar 2021.

Rapporteringen per januar er i likhet med januar-rapporteringer tidligere år beheftet med noe usikkerhet. Dette skyldes i hovedsak:

- Konsekvenser av nye regelsett for klassifisering av pasientbehandling («grupper») og endringer i ISF-vektorer for 2021 er ikke ferdig analysert i alle helseforetak
- Det arbeides parallelt med rapportering for januar 2021 og kvalitetssikring av tall for 2020 i forbindelse med avleggelse av årsregnskapet. Dette kan medføre noe redusert kvalitetssikring av tallene for januar

Kommentarer i møtet

Styret tok virksomhetsrapporten til etterretning. Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret med forslag til fordeling av resterende tilskudd øremerket beredskap ved Covid-19 pandemien relativt raskt.

Styret viste til vedvarende god drift i Sykehuspartner HF og fremhevet dette som positivt.

Styret er fortsatt bekymret for utviklingen innen psykisk helsevern barn og unge, og ba om å bli holdt orientert om dette.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per januar 2021 til etterretning.

018-2021	Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje per tredje tertial 2020
----------	--

Oppsummering

Denne saken omfatter de styrevedtatte prosjektene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Det rapporteres på fremdrift, økonomi, kvalitet og risiko for hvert prosjekt. Rapporteringen per prosjekt avsluttes når den aktuelle IKT-løsningen er innført ved de helseforetakene som omfattes av prosjektet.

Selve tertialrapporten rapporterer status per 31. desember 2021. Viktige hendelser som har skjedd i porteføljen etter denne datoen er beskrevet i dette saksfremlegget.

Kommentarer i møtet

Styret tok status for regional IKT-prosjektportefølje til orientering. Styret ønsker at rapport fra ekstern kvalitetssikrer fremlegges for styret sammen med tertialrapportene. Styret ba om en nærmere orientering om arbeidet med arkitekturstyring.

Styret understreket at det er viktig med klinisk deltagelse i prosjektene, at det er tilstrekkelig bredde i deltakelsen og at de som er faktiske brukere av de ulike systemene er med i arbeidet. Det er i tillegg viktig med bred deltagelse i arbeidet med prioritering av nye prosjekter. Styret understreket også at det må være god involvering av de tillitsvalgte gjennom arbeidsutvalget til porteføljestyret.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per tredje tertial 2020 for de styregodkjente prosjektene i regional IKT-prosjektportefølje til orientering.

019-2021	Status og rapportering tredje tertial 2020 for programmet STIM og prosjektet Windows 10, Sykehuspartner HF
-----------------	---

Oppsummering

Saken omhandler status og rapport per tredje tertial 2020 for programmet STIM (standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering) og prosjektet *Windows 10* som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF. Rapporten ble behandlet i styret i Sykehuspartner HF den 3. februar 2021, jf. styresak 006-2021 i Sykehuspartner HF. Tertialrapporten omfatter status for programmene per 31. desember 2020, inkludert status for oppnådde milepæler, planer, økonomi og risiko.

Denne styresaken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å holde styret orientert om status og fremdrift i programmet STIM og prosjektet *Windows 10*.

Kommentarer i møtet

Styret tok status for programmet STIM og prosjektet *Windows 10* til orientering og støttet at det er tett oppfølging av Sykehuspartner HF's dialog med Datatilsynet om arbeidet med kryptering av datatrafikken i regionens nettverk.

Styret merket seg at administrerende direktør vil komme tilbake til styret med en vurdering av varigheten av STIM-programmet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status og rapportering per tredje tertial 2020 for programmet STIM og prosjektet *Windows 10* som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, til orientering.

020-2021	Rapport fra følgerevisjon av program STIM per 3. mars 2021
-----------------	---

Oppsummering

Konsernrevisjonen gjennomfører en følgerevisjon av programmet STIM i regi av Sykehuspartner HF etter oppdrag fra styret i Helse Sør-Øst RHF. Revisjonen gjennomføres med tertialvise rapporter. Denne saken informerer om aktiviteter i følgerevisjonen for perioden august 2020 til mars 2021, og om resultatene fra utført revisjon av kvalitetssikring av programmets rapporteringsprosess.

Kommentarer i møtet

Styret tok rapporten fra følgerevisjonen til orientering.

Styret fremhevet at det har vært en positiv utvikling i rapporteringen for STIM-programmet gjennom perioden følgerevisjonen har pågått. Styret påpekte at det er viktig med en kultur for riktig rapportering i sanntid.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar rapport fra følgerevisjon av program STIM per 3. mars 2021 til orientering.

021-2021	Sykehuspartner HF – finansieringsfullmakt for delfase 3.2.2 i prosjekt regional telekomplattform
----------	--

Oppsummering

Sykehuspartner HF gjennomfører program for standardisering og IKT-infrastruktur-modernisering (STIM) hvor prosjektet *regional telekomplattform* inngår. Gjennom prosjektet skal dagens lokale og utdaterte telefonsentraler erstattes med en regional og moderne telekomplattform. Prosjekt *regional telekomplattform* er delt i flere delfaser. Styret godkjente gjennomføring av fase 1 av prosjektet ved behandling av sak 087-2019.

Styresaken omhandler investeringsfullmakt til Sykehuspartner HF for gjennomføring av fase 2 (delfase 3.2.2) av prosjektet regional telekomplattform. Denne delfasen omfatter resterende innføring ved Oslo universitetssykehus HF og en pilotering av telekomplattformen ved Vestre Viken HF.

Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til det fremlagte forslaget til vedtak. Styret understreket at det må være god dialog med leverandøren i den videre gjennomføringen. Det ble også vist til at det må være god dialog med de som vil være brukere av telefonisystemene.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner gjennomføring av fase 2 (delfase 3.2.2) i prosjekt *regional telekomplattform* i Sykehuspartner HF innenfor en kostnadsramme på 57,5 millioner kroner (P85-estimat; 2021-kroner). Fase 2 av prosjektet omfatter resterende overgang til ny telekomplattform for Oslo universitetssykehus HF og gjennomføring av en pilot ved Vestre Viken HF.
2. Styret ber om at prosjektet legges fram for ny behandling før det videreføres ut over aktivitetene beskrevet i vedtaks punkt 1.

022-2021	Tertialrapport 3. tertial 2020 for regionale byggeprosjekter
----------	--

Oppsummering

Styresaken har som formål å redegjøre for status per 3. tertial 2020 for de regionale byggeprosjektene i Helse Sør-Øst.

I saken inngår en kort beskrivelse av prosjektene og en vurdering av situasjonen med særlig oppmerksomhet på risikoområder og eventuelle avvik.

Kommentarer i møtet

Styret tok tertialrapporten for regionale byggeprosjekter til etterretning. Styret er fornøyd med utformingen av rapporten. Styret har oppmerksomhet på hvordan pandemien kan påvirke fremdrift og kostnad i byggeprosjektene.

Styret viste til at det var positivt at reguleringsrisikoen for ny regional sikkerhetsavdeling (RSA) nå er betydelig redusert etter vedtak om statlig regulering.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per tredje tertial 2020 for regionale byggeprosjekter til etterretning.

023-2021	Årlig melding 2020 for Helse Sør-Øst RHF
----------	--

Oppsummering

Helseforetaksloven § 34 *Årlig melding om virksomheten mv. i regionalt helseforetak*, pålegger regionale helseforetak å utarbeide en melding om foretaket og foretakets virksomhet som forelegges departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier.

Vedtekter for Helse Sør-Øst RHF § 15 *Melding til departementet* fastslår at styret innen den 15. mars hvert år skal sende en melding til departementet som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år.

Saken omhandler *Årlig melding 2020 for Helse Sør-Øst RHF*. Meldingen behandles av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøte innen utgangen av juni 2021.

Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til forslag til vedtak.

Styret fremhevet den betydelige innsatsen de ansatte i sykehusene og administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF har lagt ned i den svært krevende situasjonen som har vært gjennom pandemien.

Styret påpekte at det er mange og detaljerte krav fra eier og at styringen fra eier bør være på et overordnet nivå.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. På grunnlag av samlet rapportering for 2020 anser styret for Helse Sør-Øst RHF at:
 - Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har vært ivaretatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller.
 - Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2020 er søkt fulgt opp. Styret er tilfreds med dette, men påpeker samtidig at måloppnåelsen innen enkelte områder ikke er god nok og at det må arbeides aktivt for en bedring.
2. Det meste av 2020 har vært sterkt preget av pandemien. Alle ansatte i helseforetak og sykehus har blitt stilt overfor ekstraordinære utfordringer, krav og forventninger. Styret berømmer innsatsen som er lagt ned for å yte gode helsetjenester også i denne svært krevende situasjonen.
3. Administrerende direktør gis fullmakt til å slutføre Årlig melding 2020 for Helse Sør-Øst RHF, på grunnlag av styrets innspill i møtet.
4. Årlig melding 2020 for Helse Sør-Øst RHF oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen den 15. mars 2021.

024-2021	Økonomisk langtidsplan 2022–2025 – planforutsetninger
----------	---

Oppsummering

Styret inviteres med denne saken til å legge føringer for helseforetakenes arbeid med økonomisk langtidsplan for årene 2022–2025. I saken gis det forslag til føringer for aktivitetsutvikling og prioriteringer innen det medisinsk- og helsefaglige området, utvikling av bemanning og kompetanse, satsing innen informasjonsteknologi, krav til medisinsk-teknisk utstyr og vedlikehold av bygningsmassen, samt økonomiske planleggingsrammer.

På grunnlag av føringene skal helseforetakene utarbeide innspill til regionens økonomiske langtidsplan for årene 2022–2025. Det er et krav at innspillene styrebehandles i helseforetakene. Videre er det lagt opp til at økonomiplanen i størst mulig grad skal være førende for planperioden, med størst binding mot utarbeidelse av årsbudsjett 2022. Økonomisk langtidsplan 2022–2025 for Helse Sør-Øst vil bli forelagt styret 17. juni 2021.

Saken bygger på styresak 060-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024* og styresak 126-2020 *Budsjett 2021 – fordeling av midler til drift og investeringer*. I tillegg legger *Regional utviklingsplan 2035*, jf. styresak 114-2018, viktige premisser for de planforutsetningene som omtales i denne saken.

Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til det fremlagte forslag til planforutsetninger.

Styret kommenterte at det er usikkerhet og risiko både innen planlagte investeringer og i den ordinære driften av sykehusene. Styret er opptatt av at planforutsetningene bygger på realistiske inntektsforutsetninger, men også på realistiske forutsetninger om behov for spesialisthelsetjenester.

Styret understreket at arbeidet med utdanning og kompetanse må gis prioritet i planperioden. Videre understreket styret at prioriteringsregelen er viktig og skal overholdes.

Styret vil komme tilbake til en egen diskusjon om produktivitet, både hvordan dette måles og utvikling.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Helseforetakene skal i sine økonomiske langtidsplaner for perioden 2022–2025 legge til grunn følgende planforutsetninger:
 - De fem prioriterte satsingsområdene i regional utviklingsplan er førende for økonomisk langtidsplan
 - Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
 - Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
 - Redusere uønsket variasjon
 - Mer tid til pasientrettet arbeid
 - Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste
 - Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være minst 2,1 prosent i 2022 og 1,5 prosent årlig fra 2023 til 2025. Veksten i ISF-finansiert pasientbehandling skal være minimum 5,7 prosent i planperioden. Veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal hver for seg være høyere enn for somatikk i hele planperioden. For 2022 skal veksten være minst 2,1 prosent innen somatikk, 2,2 prosent innen psykisk helsevern, og 2,3 prosent innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det gis spesifikke aktivitetskrav for helseforetakene for 2022.
 - Tilgjengelighet til tjenesten skal bedres, og målsetninger om utvikling i ventetider per tjenesteområde og forløpstider for pakkeforløpene skal nås.
 - Bedring i kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres, herunder skal uønsket variasjon reduseres ved bruk av data fra helseatlas og kvalitetsregistre.
 - Helseforetakene skal legge til rette for flere kliniske behandlingsstudier og økt pasientdeltakelse i slike studier, jf. mål i *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier*.
 - Det skal gjennomføres analyser av fremtidig bemanningsbehov. Analysene skal følges opp av tiltak som sørger for at kompetanse er i samsvar med helseforetakenes behov. Utdanningskapasiteten i tjenesten skal økes.

- Helseforetakene skal benytte egne kartlegginger av status og behov for medisinsk-teknisk utstyr til å foreta prioriteringer og innarbeide anskaffelsesplaner for medisinsk-teknisk utstyr.
 - Helseforetakene skal sette av midler til både ordinært og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det ordinære vedlikeholdet over tid utgjøre cirka 250 kr/kvm per år for hele bygningsmassen.
2. Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner skal baseres på realistiske forutsetninger om kostnads- og inntektsutvikling, og tiltak for å oppnå det planlagte resultatet skal i størst mulig grad beskrives og tallfestes. Dette arbeidet skal skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner. Helseforetakene skal legge inntektsrammene i denne saken til grunn for sin planlegging. Det skal planlegges for å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid.
 3. Som en planforutsetning legger styret til grunn at allerede prioriterte investeringsprosjekter videreføres. Ved store nybyggprosjekter påpeker styret viktigheten av grundig, involverende og forpliktende arbeid med gevinstrealiseringsplaner og konkretisering av tiltak for tilpasning av kostnadsnivået i forkant av innflytting.
 4. Styret slutter seg til at det planlegges et økende investeringsnivå for IKT i planperioden og forutsetter at det gjøres prioriteringer i den samlede porteføljen som sørger for akseptabelt risikonivå, samtidig som helseforetakene får tid til gradvis tilpasning til kostnadsnivået.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Grimsgaard og Sølvberg:

Når RHFet tilbakeholder midler som er bevilget til vekst i pasientbehandlingen og avsetter betydelige beløp til ulike typer buffere, skjer dette på bekostning av tildeling til sykehusene og pasientbehandlingen. Sykehusenes forutsetninger for å kunne håndtere oppdraget kan derved svekkes. Sykehusene i regionen drives effektivt, og i mange enheter er økonomien allerede særdeles anstrengt. Etter disse medlemmenes syn bør bufferavsetningene reduseres og vekstmidlene brukes til pasientbehandling, og ikke i det regionale helseforetaket. Disse medlemmene mener at regionen planlegger med et for høyt investeringsnivå de kommende årene, og at det er høy risiko for at investeringsplanene ikke vil kunne gjennomføres som planlagt.

025-2021	Mållretting av regionale forskningsmidler i Helse Sør-Øst
-----------------	--

Oppsummering

De regionale forskningsmidlene i Helse Sør-Øst består av midler fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD-midler) som er øremerket til forskning og en avsetning til forskning fra det regionale helseforetakets eget budsjett (RHF-midler). For 2021 utgjør midlene til sammen 632 millioner kroner til forskning og innovasjon, hvorav 314 millioner kroner er HOD-midler, jf. styresak 126-2020. I tillegg kommer tilskudd til nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten som i 2021 utgjør 146,8 millioner kroner. Disse midlene tildeles gjennom et eget nasjonalt program, KLINBEFORSK, og går til kliniske prosjekter hvor det er samarbeidspartnere fra alle helseregionene.

I denne saken foreslås det målretting av en andel av RHF-midler til forskning for 2022 til utvalgte forskningstema og en løsning for hvordan vurderings- og tildelingsprosessen kan gjennomføres. Målrettingen vil sørge for at særskilte tema og områder som er viktige vil oppnå støtte, herunder oppfølging av deler av *Regional utviklingsplan 2035*. Forslaget innebærer at en mindre andel av avsetningen til forskning fra det regionale helseforetakets eget budsjett blir gjenstand for målretting og at dette organiseres innen rammen av den regulære åpne utlysningen av regionale forskningsmidler.

Kommentarer i møtet

Styret ønsket et tillegg til vedtakets punkt 3 med en presisering av at arbeidet med å utvikle og fremme gode søknader også må omfatte alle yrkesgrupper.

Styret er opptatt av at det må være gode dekning av forskning innen psykisk helsevern.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret vedtar at en andel av det regionale helseforetakets midler til forskning fra eget budsjett skal målrettes, med prioritering av følgende tematiske områder:
 - Selvmord, selvskading og selvmordsforebygging
 - Rehabilitering
 - Sosial og etnisk ulikhet i helse
 - Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
2. Styret slutter seg til at påbegynt økning i midler til ikke-universitetssykehus videreføres som en strategisk rettet utlysning. Videre slutter styret seg til at det settes av midler til en støtteordning for utenlandsopphold for forskere med finansiering fra Helse Sør-Øst RHF.
3. Styret ber administrerende direktør sørge for at helseforetakene arbeider med å utvikle og fremme gode søknader med kvinnelige prosjektledere og at alle yrkesgrupper får tilgang til opplæring, veiledning og støtte til å drive selvstendig forskning.

026-2021	Informasjonssikkerhetspolicy for Helse Sør-Øst
----------	--

Oppsummering

Informasjonssikkerhetspolicy for Helse Sør-Øst inneholder mål og strategi for informasjonssikkerhet. Policyen inneholder overordnede føringer om at informasjonssikkerhet skal være integrert i helseforetakenes helhetlige styringssystem og at beslutninger om risiko innen informasjonssikkerhet tas i linjen på riktig ledelsesnivå.

Saken legges frem for styret med forslag om at policyen skal være det øverste styrende dokumentet for informasjonssikkerhet i foretaksgruppen.

Kommentarer i møtet

Styret ba om at administrerende direktør kommer tilbake til styret med et oppdatert forslag til øverste styrende dokument for informasjonssikkerhet basert på de innspill og merknader som kom frem i styremøtet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret med et oppdatert forslag til policy for informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst basert på de innspill som ble gitt i møtet.

027-2021	Årsrapport 2020 for styrets revisjonsutvalg og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
-----------------	---

Oppsummering

Årsrapporten gir styret i Helse Sør-Øst RHF en beskrivelse av revisjonsutvalgets og konsernrevisjonens arbeid i 2020 sett opp mot henholdsvis instruks for revisjonsutvalget, instruks for konsernrevisjonen og styregodkjent revisjonsplan for 2020.

Kommentarer i møtet

Styret tok årsrapport 2020 til orientering.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar årsrapport 2020 for revisjonsutvalget og konsernrevisjonen til orientering.

028-2021	Akershus universitetssykehus HF – fullmakt til leieavtale med Norske Kvinners Sanitetsforening
-----------------	---

Saken er unntatt offentlighet, jf. Offl. §23, 1. ledd og ble behandlet i lukket møte, jfr. Helseforetakslovens § 26a.

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

029-2021	Akershus universitetssykehus HF – konseptfase for nytt administrativt bygg på Nordbyhagen
-----------------	--

Saken er unntatt offentlighet, jf. Offl. §23, 1. ledd og ble behandlet i lukket møte, jfr. Helseforetakslovens § 26a.

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll.

030-2021	Sykehuset Østfold HF – leie av lokaler til ambulansestasjon i Sarpsborg
-----------------	--

Saken er unntatt offentlighet, jf. Offl. §23, 1. ledd og ble behandlet i lukket møte, jfr. Helseforetakslovens § 26a.

Styrets vedtak fremgår i B-protokoll

031-2021	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

032-2021	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Administrerende direktør presenterte i møtet følgende tillegg til de utsendte orienteringer:

- **Datainnbruddet på Stortinget**

Tirsdag 2. mars ble det annonsert en kritisk sårbarhet i Microsoft Exchange, som er et av verdens vanligste systemer for e-post. En sikkerhetsoppdatering ble gjort globalt tilgjengelig onsdag 3. mars.

Stortinget er nå rammet av et Exchange-angrep og skadepotensialet ved slike angrep har vist seg å være svært store.

Sykehuspartner HF oppdaterte regionens Exchange-servere onsdag 3. mars, altså samme dag som sikkerhetsoppdatering ble gjort tilgjengelig fra Microsoft. Sykehuspartner HF har

mottatt en rekke indikatorer fra Nasjonal Sikkerhetsmyndighet med flere som kan brukes for å avdekke om systemet likevel ble kompromittert før sikkerhetsoppdateringen ble installert. Regionens systemer er sjekket, og det er ikke tegn til kompromittering.

En vesentlig risikoreduserende faktor er at Sykehuspartner HF har innført Enterprise Mobility Management (EMM) med Secure Mail. Dette, sammen med tiltak som ble innført etter både angrepet mot Sykehuset Innlandet HF og angrepet mot Stortinget i fjor, har fjernet direkte-eksponeringen av regionens Exchange-miljø ut mot internett. Webmail (Outlook Web Access) er også begrenset av nettopp samme årsak.

Trusselbildet er i stadig endring. Angripere er internasjonale, ressurssterke aktører og kan angripe hvem som helst, og alle aktører som har et digitalt fotavtrykk på internett er potensielle ofre. Det er således viktig med et kontinuerlig fokus på arbeidet med informasjonssikkerhet, herunder sikkerhetsoppdateringer og prosesser for å håndtere sårbarheter. Helse Sør-Øst RHF følger opp dette arbeidet i Sykehuspartner HF og i helseforetakene i regionen.

- **Framskyndet oppstart av Windows 10 – fase 2**

Det vises til punkt to og tre i vedtak i styresak 115-2020 i Helse Sør-Øst RHF hvor det er bedt om at Sykehuspartner HF kommer tilbake med en plan for gjennomføring og finansiering av fase 2 og fase 3 for prosjektet Windows 10.

Sykehuspartner HF har søkt om godkjenning av framskyndet oppstart av Windows 10 - fase 2, da prosjektet har mulighet til å overta applikasjonstilretteleggere fra fase 1 av prosjektet. Videre kan prosjektet Windows 10 - fase 2, overta ressurser som kan applikasjonstilrettelegging fra prosjektet regional Citrixplattform som avsluttes i løpet av 1. kvartal 2021. Applikasjonstilretteleggere er en kritisk ressurs i Windows 10-prosjektet og det er få som har denne kompetansen i markedet. Framskyndelsen det søkes om vil ifølge Sykehuspartner HF bidra til å nå målet om ferdigstillelse av oppgraderingen av Windows 10 i foretaksgruppen innen januar 2023 og er således risikoreduserende.

Samtidig arbeider Sykehuspartner med plan og tilhørende budsjett for Windows fase 2 og 3, og Sykehuspartner HF planlegger å behandle saken om Windows 10 fase 2 og 3 i sitt styremøte 21. april 2021.

Kostnaden ved framskyndet oppstart er estimert til 15,5 millioner kroner (inkl. merverdiavgift) for perioden mars til og med juni 2021, hvorav 10 millioner kroner foreslås finansiert ved omdisponering av budsjettmidler fra Windows 10 fase 1 og de resterende 5,5 millionene kroner foreslås omdisponert innenfor det totale STIM-budsjettet. Sykehuspartner HF oppgir at fase 1 ser ut til å bli ca. 10 millioner kroner billigere enn tidligere estimert. De øvrige 5,5 millioner kronene er tilgjengelig innenfor det totale STIM-budsjettet grunnet noe lavere fremdrift i enkelte av de andre prosjektene i STIM.

Administrerende direktør er innstilt på å godkjenne fremskyndet oppstart av fase 2 innenfor en ramme på 15,5 millioner kroner (inkludert merverdiavgift) og har forsikret seg om at arbeidet med applikasjonstilrettelegging i fase 2 vil omfatte applikasjoner som det alt er kartlagt at skal oppdateres. Administrerende direktør konstaterer for øvrig at Helse Sør-Øst RHF vil motta styrebehandlet plan for Windows fase 2 og 3 fra Sykehuspartner HF i slutten av april og planlegger å legge frem sak om dette for behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF i møtet 17. juni 2021, eventuelt i et ekstraordinært styremøte i mai.

Kommentar i møtet

Styret støtter at framskyndet oppstart av Windows 10 – fase 2 iverksettes slik det ble gitt orientering om fra administrerende direktør i styremøtet.

Styret takket for god orientering om dataangrepet på Stortinget og tiltak som Sykehuspartner HF har iverksatt i den forbindelse.

Styret viste også til orienteringen i punkt 17. *Deltakelse fra tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere i prosjektstyrer* og vedtak i styresak 124-2020 *Oslo universitetssykehus HF – oppstart forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet*. Styret støtter administrerende direktørs forslag om at antall deltakere fra tillitsvalgte/vernetjeneste utvides i prosjektstyret for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Tidligere styrevedtak om dette endres følgelig. Videre uttrykte styret støtte til de vurderinger administrerende direktør har gjort om deltagelse fra tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere i prosjektstyrer generelt.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.
2. Styret tar til etterretning at Sykehuspartner HF fremskynder oppstart av fase 2 i prosjekt Windows 10 innenfor en ramme på 15,5 millioner kroner for perioden ut juni 2021.
3. Styret endrer tidligere vedtak i sak 124-2020 angående antall medlemmer utpekt av de ansattes organisasjoner i prosjektstyret for Nye Aker og Nye Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus HF. Administrerende direktør gis fullmakt til å utpeke medlemmer i prosjektstyret fra de ansattes organisasjoner/vernetjenesten ved Oslo universitetssykehus HF.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 2. og 3. februar 2021
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget
4. Brev fra kommunal- og moderniseringsministeren til HOD - Tilslutning til bruk av statlig plan for Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst
5. Uttalelser om sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF
6. Protokoll fra drøftingsmøte 10. mars 2021

Temasak

- Orientering om rentebetingelser på lån v/styreleder

Møtet hevet kl 16:00

Hamar, 11. mars 2021

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Kirsten Brubakk

Olaf Qvale Dobloug

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær

VALGPROTOKOLL FOR VALG AV ANSATTES REPRESENTANTER TIL STYRET FOR VESTRE VIKEN 2021 – 2023

Valgstyre for gjennomføring av valg av ansattvalgte styremedlemmer ble oppnevnt av styret for Vestre Viken i møte 14. desember 2020, sak 83/2020. Det har vært avholdt 3 møter i valgstyret, og valget er gjennomført i samsvar med gjeldende valgforskrift hjemlet i Helseforetaksloven.

Det var levert inn og godkjent en valgliste. Listen tilfredsstilte valgforskriftens bestemmelser for listeforslag og bestemmelser for fastsetting av valgresultat.

Valglisten ble fremmet av Norsk Sykepleierforbund (NSF), Fagforbundet, Den norske legeforening (DNLF), Delta, Fellesorganisasjonen (FO), NITO og Den norske jordmorforening (DNJ)

Etter krav fra NSF, DNLF og Fagforbundet, jfr. valgforskriftens § 5, sisteledd, ble valget holdt som forholdstallsvalg, jfr. valgforskriftens § 10.

For perioden fra og med 16. mars 2021 til og med 15. mars 2023 er de ansattvalgte medlemmer i styret for Vestre Viken HF slik:

a) Styremedlemmer:

1. Tom Frost
Foretakstillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund, psykiatrisk sykepleier, Klinikk Psykisk helse og rus
2. Toril Morken
Foretakstillitsvalgt Den norske legeforening, overlege, Klinikk Bærum sykehus
3. John Egil Kvamsøe
Foretakstillitsvalgt Fagforbundet, spesialhjelpepleier ved Klinikk Kongsberg sykehus
4. Gry Lilleås Christoffersen
Foretakstillitsvalgt Delta, helsesekretær ved Klinikk Drammen sykehus

b) Varamedlemmer:

5. Heidi E. N. Haugen
Hovedtillitsvalgt NSF, anestesisykepleier ved klinikk Ringerike Sykehus
6. Emma U. N. Klev
Klinikktiltitsvalgt Den norske legeforening, Seksjonsoverlege ved klinikk for Medisinsk diagnostikk
7. Nina Bjerke
Foretakstillitsvalgt NITO, fagbioingeniør ved klinikk for Medisinsk diagnostikk, Bærum sykehus
8. Harald Baardseth
Foretakstillitsvalgt FO, barnevernspedagog ved klinikk Psykisk helse og rus, Kongsberg BUP
9. Joan S. Nygard
Foretakstillitsvalgt NPF, psykologspesialist ved klinikk Psykisk helse og rus, Bærum DPS
10. Ida Burvang
Foretakstillitsvalgt DNJ, Jordmor ved Klinikk Drammen sykehus



Vararepresentanter skal innkalles i den rekkefølge de er valgt, jfr. valgforskriftens § 13, 2. ledd.
Alle har sagt seg villig til å påta seg vervet, og alle har undertegnet villighetserklæring.

Valget gjelder for to år fra og med 15. mars 2021.

Valgstyret har i dag godkjent valget.

Valgstyret Vestre Viken

26. februar 2021


Eli Armot
Leder (fra foretakets ledelse)


Geir Bye Gundersen
Nestleder (fra de ansatte)


Eva-Britt Farbu
(fra de ansatte)


Mette Lise Lindblad
(fra foretakets ledelse)


Sine Kari Braanaas
(fra foretakets ledelse)


Einar Tranøy
(fra de ansatte)

Årsplan for styret 2020 -2021
Ajourført pr 15. mars 2020/EO

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 25. januar 2021 Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> • Styringsdokumenter PNSD • Foretaksprotokoll 17. desember 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Foreløpig årsresultat 2020 Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 17. desember • SKU 15. desember • Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ 15. januar • Brukerutvalg 20. januar • Styrets årsplan pr januar 	
19. februar – foretaksmøte i regi av HSØ Seminar for styrene i HSØ utgår			OBD 2021
Mandag 22. februar 2021 Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> • Årlig melding 2020 • Foretaksprotokoller 19. februar 2021 – inkl. OBD 2021 • Revisjon utviklingsplan 2035 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. januar 2021 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Bærum sykehus • Nytt sykehus Drammen Referatsaker	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 4. februar • SKU 2. februar • HAMU 9. februar • Brukerutvalg 17. februar • Styrets årsplan 	
Mandag 22. mars 2021 Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> • Årsberetning/årsregnskap 2020 • Virksomhetsrapportering pr 3. tertial 2020 • Risikovurdering av virksomheten VVHF • Ledelsens gjennomgang VVHF 2020 • Styrende dokumenter for Vestre Viken • Instruks for styret i Vestre Viken • Instruks for AD i Vestre Viken • Reviderte styringsdokumenter PNSD • Ethiske retningslinjer 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 28. februar 2021 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • ØLP 2022 -2025 • Pasientombudenes årsmelding 2020 • Helsefelleskap <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 11. mars • HAMU 9. mars • Brukerutvalg 17. februar • Valgprotokoll ansattes representanter til styret • Styrets årsplan • Program partnerskapsmøte med kommunene 26. mars (ettersendes) 	Eget møte mellom styret og revisor.
26. mars Partnerskapsmøte med kommunene			Helsefelleskap Utviklingsplan
Mandag 26. april 2021	<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2022 -2025 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. mars 2021 	Informasjonssikkerhet og personvern

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Sted: Ringerike eller digitalt møte?	<ul style="list-style-type: none"> • Revisjonsrapport 8/2020 – varslingsystemet. Status på oppfølgingstiltak. 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ringerike sykehus • Nytt sykehus Drammen <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • SKU 6. april • HAMU 13. april • Brukerutvalg 21. april • Styrets årsplan 	
<p>Mandag 31. mai 2021 Sted: Drammen eller digitalt møte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tertialrapport 1. tertial 2021 • Risikovurdering pr. 1. tertial 2021 • Styrets møteplan 2022 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. april <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Klinikk for medisinsk diagnostikk • Drammen sykehus - status på prosjektet i akuttinntak og helseløstikk • Presentasjon av oppdaterte beredskapsplaner pandemi • Beredskapsorganisasjonen i VVHF <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 21.-22. april • SKU 11. mai • Brukerutvalg 26. mai • Styrets årsplan 	Styreseminar Styreevaluering
<p>Mandag 21. juni 2021 Dagsseminar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nasjonale kvalitetsindikatorer • Revisjon utviklingsplan 2035 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2021 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prehospitaler tjenester 	Forskning

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Sted: Drammen eller digitalt møte?		<ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 17. juni • HAMU 8. juni • SKU 15. juni • Brukerutvalg 16. juni • Styrets årsplan 	
Mandag 30. august 2021 Sted:		<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. juli Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Klinikk for psykisk helse og rus • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • 2021 Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 19. august • Brukerutvalg 25. august • Styrets årsplan 	
Mandag 27. september 2021 Styreseminar 27.-28. september Sted:	<ul style="list-style-type: none"> • Tertialrapport 2. tertial 2021 • Risikovurdering pr. 2. tertial 2021 • Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2022 	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Drammen sykehus • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 23. september • HAMU 7. september • SKU 14. september • Brukerutvalg 22. september • Styrets årsplan 	Styreseminar
Mandag 25. oktober 2021		<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. september 2021 Andre orienteringer:	Dialogmøte med Brukerutvalget

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Sted: Kongsberg		<ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Budsjett 2022 • Kongsberg sykehus Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra HSØ 21. oktober • SKU 12. oktober • Brukerutvalg 20. oktober • Styrets årsplan 	
Mandag 29. november 2021 Sted:	<ul style="list-style-type: none"> • Nasjonale kvalitetsindikatorer • Lønnsvilkår for ledende ansatte 2021 • Styrets årsplan 2022 • Utviklingsplan 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2021 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Budsjett 2022 Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 24.-25. november • HAMU • SKU • Brukerutvalg 24. november • Styrets årsplan 	Styreevaluering 2021 Heltidskultur i foretaket
Mandag 20. desember 2021 Sted:	<ul style="list-style-type: none"> • Budsjett og mål 2022 • Oppnevning av representanter og leder av Brukerutvalget • Reevaluering NSD- erfaringer fra nytt sykehus i Østfold • Reevalueringer NSD -erfaringer etter korona 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 30. november 2021 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 16. desember • HAMU • SKU • Brukerutvalg 15. desember 	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> Styrets årsplan 	

Kjente saker som kommer til behandling hvor møtetidspunkt ikke er fastsatt:

- Virksomhetsstyring (oppfølging av sak i styret for HSØ 22. oktober 2020) – settes opp til behandling når en får saken i foretaksmøte
- Revisjonsrapport – tilsyn høst 2020 bruk av tvang i PHR – behandles når rapport foreligger
- Eiendomsplan Prehospitale tjenester
- Parkering nytt sykehus Drammen.

2022:

- Rapportering 3. tertial 2021 – behandles i styremøte i februar 2022
- Utviklingsplan – behandles i styremøte i april 2022