

Til: Styret ved Vestre Viken

Dato utsendt: 14. juni

Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 21. juni 2021
Møtetid: kl. 10.00 -13.30
Møtested: Drammen, Habiliteringsavdelingens konferansesal
Konggata 51. Hovedinngangen har adkomst bak Wergelandsgate 10.

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Styreseminar i etterkant av styremøtet kl.13.45 – 21.00

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
54/2021	10.00 5 min	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling til styremøte 21. juni
55/2021	10.05 5 min	Godkjenning av møteprotokoll 31. mai 2021 Vedlegg: Foreløpig protokoll 31. mai 2021
56/2021	10.10 10 min	Driftsorientering fra administrerende direktør
57/2021	10.20 10 min	Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 31. mai Presentasjon Vedlegg: 1. Virksomhetsrapportering pr. 31. mai 2021
58/2021	10.30 45 min	Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i VVHF Presentasjon
59/2021	11.15 30 min	Revisjon av bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Vestre Viken – Konsernrevisjonens rapport 12/2020 Konsernrevisjonen vil være til stede i møte: spesialrådgiver Torun Mehus Vedal og direktør Espen Andersen. PHR presenterer handlingsplanen Vedlegg: 1. Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern – del 2 – Konsernrevisjonen rapport 12/2020 2. Bruk av tvang i psykisk helsevern (delrapport 1) – Konsernrevisjonen rapport 1/2020 3. Handlingsplan for oppfølging av konsernrevisjonenes rapport
	11.45 30 min	Pause
60/2021	12.15 5 min	Endringer i sammensetningen av Brukerutvalget i Vestre Viken HF
61/2021	12. 20 5 min	Foretaksprotokoll VVHF 3. juni 2021 Vedlegg: Foretaksprotokoll VVHF 3. juni 2021
62/2021	12.25 20min 12.45 45 min	Andre orienteringer: • Beredskap i VVHF • Klinikk for prehospitaltjenester (PHT)

63/2021		Eventuelt
64/2021		Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. HAMU 8. juni2. Brukerutvalg 16. juni (ettersendes)3. Foreløpig styreprotokoll fra styremøte i HSØ 17. juni (ettersendes)4. Styrets årsplan pr juni
	13.30	Møteslutt

Dato: 14. juni 2021
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	54/2021	21.06.2021

Forslag til vedtak

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Drammen, 14. juni 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 21. juni 2021

Dato: 14. juni 2021
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll 31. mai 2021

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	55/2021	21.06.2021

Forslag til vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 31. mai 2021 godkjennes.

Drammen, 14. juni 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: 1. Foreløpig protokoll 31. mai 2021

Dato: 31. mai 2021
Saksbehandler: Elin Onsøyen
Direkte telefon: 95812504

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Digitalt møte/Drammen, møterom Tyrifjord (DT)
Dato: 31. mai
Tidspunkt: Kl. 10 - 14.15

Følgende medlemmer deltok:

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

Brukerrepresentanter Rune Kløvtveit og Gudrun Breistøl 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 (DT)*
Cecilie B. Løken	Direktør teknologi (DT)*
Wesley Caple	Klinikkdirektør klinikk for medisinsk diagnostikk (KMD) (DT)*
Narve Furnes	Klinikkdirektør for intern service *
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 44/2021 Godkjenning av innkalling og saksliste**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Sak 45/2021 Godkjenning av styreprotokoll 26. april 2021

Kommentar til Sak 37:

Eventuell ytterligere satsning på intensivkapasitet og økt utdanning av helsepersonell vil bli vurdert i forbindelse med kommende års budsjett.

Endret til –Ytterligere satsning på intensivkapasitet og økt utdanning av helsepersonell vil bli vurdert i forbindelse med kommende års budsjett.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Møteprotokoll fra styremøtet 26. april 2021 godkjennes.

Sak 46/2021 Driftsorientering fra administrerende direktør**Oppsummering innhold:**

Under pandemien har det vært en betydelig økning i antall henvisninger innen barne- og ungdomspsykiatri i en rekke foretak. Vestre Viken har økt kapasiteten, men det er behov for ytterligere økning for å redusere ventetid og avslagsprosent. Foretaket har søkt og fått økte midler til BUPA. Situasjonen er et av temaene for oppfølgingsmøte med HSØ RHF 28. mai og står også på sakslisten til foretaksmøtet 3. juni.

Planlagt møte i helsefelleskapet. Et av temaene her vil også være tilbudet innen psykisk helsevern til barn og unge.

Foretaket har fått 26,8 MNOK i FACT midler fra statsforvalteren og 6,2 MNOK i innovasjonsmidler til to prosjekter fra Stimulab.

Kommentarer i møtet:

Det ble spurt om hvordan Vestre Viken forholder seg til nylig avgitt rapport fra Riksrevisjonen hvor det påpekes at VVHF har et lavt antall pasienter som deltar i behandlingsstudier innen klinisk forskning. Foretaket forsøker nå å øke antallet ved å inkludere flere pasienter fra Ringerike og Kongsberg i slike studier. Det arbeides også med å få et mer generelt samtykke fra pasienter om deltakelse i forskningsstudier. Rapporten fra Riksrevisjonen vil bli kommentertt nærmere i forbindelse med forskning som tema i styret.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

Driftsorienteringen tas til orientering.

Sak 47/2021 Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 1. tertial 2021

Innledende presentasjon til behandling av saken ved administrerende direktør, økonomidirektør og teknologidirektør.

Oppsummering innhold:

Koronapandemien har vesentlig innvirkning på aktivitet og økonomi. Tilskudd i 2021 øremerket koronapandemien, samt overførte midler fra 2020, er brukt opp. Pandemien forventes å ha negativ innvirkning på resultatet en god stund fremover. Ytterligere midler fra HSØ som skal fordeles, vil ikke være tilstrekkelig til å dekke forventede netto merkostnader i 2021. Videre utvikling av pandemien og tildelinger som følge av RNB er avgjørende for endelig resultat dette året. Det vil også kunne påvirke forutsetningene for ØLP. Det legges planer for oppbygging av aktivitet for å ta igjen etterslep i pasientbehandlingen, samtidig som det legges planer for tilpasning av bemanning til en mer normalisert situasjon på sikt.

Det gjøres mye godt arbeid innen HMS-området i foretaket. Verktøyet «Snakk om forbedring» setter pasientsikkerhet og HMS i sammenheng, og understøtter dermed en åpen og lærende kultur. Dette vil bli presentert nærmere for styret i junimøtet.

Kravene til måloppnåelse i planen for gevinstrealisering nytt sykehus i Drammen og økonomisk bærekraft for Vestre Viken er ikke endret, men effektene vil bli realisert senere enn forutsatt. Dette påvirker resultatutviklingen negativt i de nærmeste årene, og nye tiltak må derfor vurderes suksessivt.

Tertialrapporten for IKT NSD fase 1 viser IKT-prosjekter som er viktige for nytt sykehus i Drammen. Leveransekapasitet hos Sykehuspartner vurderes til å være den største risikoen og foretaket er i dialog med Sykehuspartner om konkrete planer for å øke kapasiteten både på kort og lang sikt.

Den tredje koronabølgen i Norge har flatet ut og pr. 30.5.21 er 10 pasienter innlagt i Vestre Viken HF Vestre Viken HF har gått fra gul til grønn beredskap 4.5.21. Aktiviteten trappes opp. Nesten 7000 ansatte i Vestre Viken har blitt vaksinert med minst en vaksinedose. De fleste av disse har fått sin andre dose i mai 2021.

Kommentarer i møtet:

Tertialrapporten gir en god beskrivelse av situasjonen. Det er et usikkert og krevende økonomisk bilde. Tilleggsbevilgningene for pandemikostnader/ tapte inntekter til foretaket vil tidligst bli fordelt i slutten av juni, og foretaket vet ennå ikke hvor mye Vestre Viken får av disse midlene. Foretaket må styre mot en normalisering av situasjonen og kan ikke tillate seg å avvike for mye i forhold til resultatmålet. Kostnader i forbindelse med pandemien er tatt opp med HSØ i oppfølgingsmøter og vil bli tatt opp igjen.

Styret er opptatt av budsjettutfordringen og ønsker en rask avklaring på tildeling av "koronamidler" fra HSØ. Styret mener det er viktig at fordelingen reflekterer at foretakene er ulikt belastet. Styret informeres umiddelbart om resultatet når HSØ har fattet vedtak om tilleggsbevilgningene.

Styret ser behov for å følge nøye med den økonomiske utviklingen. Styret ønsker å høre mer om hvordan klinikkene sikrer tilpasning av bemanning post korona, samt arbeidet med planlegging og implementeringen av ARP i de ulike klinikkene.

Styret ønsker en nærmere redegjørelse for hvordan den underliggende drift fremstår korrigert for de avvik som følger av pandemien både på resultat og bemanning.

Kostnadene som er lagt til grunn i forbindelse med innføring av nye IKT-systemer ser ut til å bli høyere enn opprinnelig forutsatt. Foretaket må vurdere nøye hvilke systemer en skal be om fra Sykehuspartner, og sikre god planlegging av gevinstuttak. Styreleder ba om at styreutvalget får en mer detaljert gjennomgang av temaet før styret får en orientering. Styreleder understreket at det er aktuelt å ha en dialog med HSØ om denne tematikken i oppfølgingsmøter.

Styret ber om å få tydeliggjort utfordringsbildet innen økonomi og IKT-området i forbindelse med styremøte og -seminar i juni.

Styrets enstemmige

Vedtak:

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

Sak 48/2021 Risikovurdering av virksomheten i Vestre Viken HF

Oppsummering innhold:

Vurdering av risikoområder som kan true oppfyllelsen av virksomhetens mål og krav, både på kort og lang sikt, gjennomgås tertialvis i styret. Risikovurderingen er også satt på agendaen i dialogmøter med tillitsvalgte og vernetjenesten, samt i foretaksledermøtene. Det ble gjennomgått ni risikoområder knyttet til løpende drift, hvorav risiko knyttet til informasjonssikkerhet og personvern er ny siden rapportering pr. 3. tertial 2020. I tillegg er det definert fem risikoområder som er mer knyttet til langsiktig utvikling og oppnåelse av økonomisk bærekraft frem mot overtakelse av nytt sykehus i Drammen i 2025.

Covid-19 påvirker flere av risikoområdene og har medført økt sannsynlighet for at risikoene inntreffer sammenholdt med vurderingen pr. 3. tertial 2020. Det er identifisert nye tiltak på flere av områdene som bidrar til redusert risiko.

Kommentarer i møtet:

Det er ønskelig at det jobbes videre med å forenkle framstillingen. Det er ønskelig at saksframstillingen i større grad begrunner vurderingene når risikobildet endres fra et punkt til et annet. Styret må følge med utviklingen av risikobildet på lang sikt. Tilgang på nødvendig relevant kapasitet og kompetanse og økonomisk bærekraft peker seg ut som de største risikoområdene..

Byggeprosjektet på Brakerøya og utfordringsbildet der vil bli redegjort for i styreseminaret i juni i forbindelse med planlagt befarings på byggeplassen.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

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

Sak 49/2021 Konsernrevisjonens revisjonsrapport 8/2020 – varslingssystemet. Status på oppfølgingstiltak.**Oppsummering innhold:**

Handlingsplan med tiltak ivaretar de konkrete anbefalinger etter Konsernrevisjonens revisjonsrapport. Oppdatert prosedyre for varsling av kritikkverdige forhold omfatter hele varslingsprosessen, og beskriver fremgangsmåtene ved varsling og arbeidsgivers håndtering av mottatte varsler. Informasjon om varslingsordningen gjøres lett tilgjengelig for alle ansatte, og det legges opp til systematisk og tilpasset opplæring. Varslingsordningen skal legge til rette for et godt yringsklima. Alle ansatte skal oppfordres til å si fra om kritikkverdige forhold så tidlig som mulig, slik at hensiktsmessige forbedringstiltak kan iverksettes. Varslingsordningen skal være gjenstand for læring, og skal sees i sammenheng med de etiske retningslinjene i foretaket

Kommentarer i møtet:

Styret påpekte at det er viktig at alle ansatte får lett tilgjengelig kunnskap om varsling. Styret ba administrasjonen følge opp dette spesielt, og ønsker at foretaket kan måle kunnskap om varsling og etiske retningslinjer i forbindelse med den årlige medarbeiderundersøkelsen ForBedring med et foretaksspesifikt spørsmål.

Styreleder legger til grunn at administrerende direktør legger vesentlighetsprinsippet til grunn for informasjon til styreleder i forbindelse med varslingssaker, og at administrerende direktør og styreleder sammen vurderer om styret/styreutvalget skal involveres.

Konsernrevisjonen følger opp revisjonene de gjør, og vil følge opp denne sannsynligvis i slutten av 2021.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

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

Sak 50/2021 Styrets møteplan 2022**Styrets enstemmige****Vedtak:**

Styret godkjenner møtekalender 2022 der følgende styremøter inngår:

Mandag 31. januar

Mandag 28. februar

Mandag 28. mars

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

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

Sak 51/2021 Andre orienteringer

- **Klinikk for medisinsk diagnostikk**

Oppsummering innhold:

Klinikkdirektør Wesley Caple presenterte Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD).

Pandemien har medført at KMD Lab har hatt et veldig travelt år med korona-analysering og har snudd seg raskt for å få til et veldig bra covid-19 analysetilbud til sykehusene og kommuner i Vestre Viken. Det har vært krevende å gå fra relativt små mikrobiologimiljøer til en stordrift PCR korona-analyselab. i tillegg til alle andre oppgaver. Avdelingen har bygget opp kompetanse og anskaffet instrumenter og reagenser i et marked hvor hele verden har vært på jakt etter det samme begrensede utstyret. Laboratoriemiljøet i Vestre Viken har fått dette til på en utmerket måte og oppnådd svartider som har vært blant de beste i landet under pandemien.

KMDs tjenester er en viktig støtte i de fleste pasientforløp. Innovasjon har betydd mye i forhold til utvikling av mer avansert diagnostikk enn tidligere for mange pasientgrupper. Det har medført at etterspørselen etter KMDs tjenester har økt betydelig de siste årene og vil fortsette å øke. For å håndtere dette og sikre et bærekraftig KMD arbeider KMD systematisk med forbedring og innovasjon som skal gi gevinster ifht kvalitet og effektivitet, og som sikrer at tjenester er tilgjengelige, selv om mer avansert diagnostikk er mer ressurskrevende.

Noen eksempler på dette er automatisert blodproduksjon, BILDE-nettverk, Kunstig Intelligens, Next Generation Sequencing, og PET-CT. Dette er aktiviteter som bidrar sterk til gevinster i form av bedre kvalitet og produktivitet, og et mer bærekraftig KMD de neste årene.

De ansatte i KMD har håndtert pandemien med høy kompetanse og innsats. Til tross for et krevende pandemiår har de også sikret at mye godt forbedrings- og utviklingsarbeid har blitt gjennomført, dette for å rigge oss bedre for fremtiden.

Kommentarer i møtet:

Det er spennende å høre om det fremtidsrettede arbeidet i klinikken, et systematisk arbeid med utvikling og innovasjon, nettverk og robuste fagmiljøer for å gi likeverdig pasienttilbud på alle sykehus.

- **Spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar årsrapport 2020**

Oppsummering innhold:

Klinikkdirektør Narve Furnes for intern service orienterte om samfunnsansvaret for helseforetakene med fokus på miljø og klima. Det ble informert om Vestre Viken sine mål og pågående tiltak innen området.

Kommentarer i møtet:

Grønn adkomst til sykehusene og samarbeid med kollektivtransporten og vertskommuner ble kommentert. Nye parkeringsløsninger utarbeides tilpasset samfunnsutviklingen. Klinikk for intern service har et utstrakt samarbeid med andre foretak for å utvikle og lære av andre for å effektivisere og miljørette driften. Arealbruken går ned i kontorbygninger, og hjemmekontorløsninger vil i framtiden kombineres med fysisk oppmøte på arbeidsplassen.

Styret takket for en god gjennomgang og ønsker jevnlige orienteringer om arbeidet som gjøres i VV. Styret understreket viktigheten av at man i NSD legger til rette for effektiv og miljøvennlig drift og ba administrasjonen ta dette med i videre dialog med prosjektet.

- **Prosjekt nytt sykehus i Drammen - notat**

Notatet tas til orientering.

Sak 52/2021 Eventuelt

Ingen saker ble tatt opp under dette punktet.

Sak 53/2021 Referatsaker

Ingen kommentarer i møtet.

Drammen 31. mai 2021

Siri Hatlen
styreleder

Margrethe Snekkerbakken
nestleder

Bovild Tjønn

Robert Bjerknes

Ane Rongen Breivega

Morten Stødle

Hans-Kristian Glesne

Tom R. H. Frost

Toril A. K. Morken

John Egil Kvamsøe

Gry Lillås Christoffersen

Dato: 14.06.2021
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering pr. 31. mai 2021

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	57/2021	21.06.2021

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. 31. mai 2021 til orientering.

Drammen 14. juni 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. 31. mai i tråd med styrets årshjul.

Saksutredning

De viktigste resultatene knyttet til økonomi, aktivitet, kvalitet og bemanning pr. 31. mai 2021 er oppsummert i måltavlen under:

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	-36 850		4 052		-62 148
		Mål	20 333		101 667		244 000
		Avvik	-57 183		-97 615		-306 148
		I fjor	-25 942		-109 999		272 939
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	9 096		44 916		108 514
		Mål	10 350		50 750		118 957
		Avvik	-1 253		-5 834		-10 443
		I fjor	8 678		43 192		105 223
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	14 602		76 695		174 453
		Mål	14 053		77 299		175 678
		Avvik	549		-604		-1 225
		I fjor	14 261		71 251		167 124
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	8 035		41 290		92 815
		Mål	7 196		38 777		87 150
		Avvik	839		2 513		5 665
		I fjor	7 618		36 589		84 324
5	KVALITET Telefon- og videokonsultasjoner ANDEL	Virkelig	13,1 %		15,2 %		15,0 %
		Mål	15,0 %		15,0 %		15,0 %
		Avvik	-1,9 %		0,2 %		0,0 %
		I fjor	0,0 %		0,0 %		13,6 %
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk DAGER	Virkelig	51		55		54
		Mål	54		54		54
		Avvik	-3		1		0
		I fjor	67		56		59
7	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	44		43		40
		Mål	38		38		38
		Avvik	6		4		2
		I fjor	41		42		40
8	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	74 %		65 %		70 %
		Mål	70 %		70 %		70 %
		Avvik	4 %		-5 %		0 %
		I fjor	72 %		69 %		72 %
9	HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 725		7 664		7 707
		Mål	7 633		7 654		7 705
		Avvik	92		10		2
		I fjor	7 530		7 503		7 637
10	HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	7,1 %		8,3 %		7,6 %
		Mål	6,7 %		7,5 %		7,0 %
		Avvik	0,4 %		0,8 %		-0,6 %
		I fjor	7,7 %		8,9 %		8,1 %
11	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	2,9 %		2,6 %		2,5 %
		Mål	0,0 %		0,0 %		0,0 %
		Avvik	2,9 %		2,6 %		2,5 %
		I fjor	1,7 %		2,2 %		2,4 %

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

Økonomi

Totalresultat pr. mai viser et underskudd på 34 MNOK. Dette er 135,7 MNOK lavere enn budsjett. Av avvik mot budsjett skyldes 38,1 MNOK økte pensjonskostnader som følge av ny aktuarberegning for 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 for ordinær drift i tråd med instruks fra Helse Sør-Øst. Det rapporteres følgelig et resultat korrigert for pensjon som er 97,6 MNOK lavere enn budsjett pr. mai.

Kostnader eksklusive økning i pensjon er 65,8 MNOK høyere enn budsjett pr. mai, herav 31,4 MNOK knyttet til lønnsområdet. Avviket på lønnsområdet har i stor grad oppstått i mai måned med et overforbruk på 26,2 MNOK, herav 39,8 MNOK kodet som koronarelatert. Lønn pr. mai inkluderer utbetaling av midlertidig koronatillegg for perioden mars-april på om lag 6 MNOK. Innleie er 9 MNOK høyere enn budsjett pr. mai. Overforbruket skyldes rekrutteringsutfordringer og personellmangel ved enkelte avdelinger. Det har også vært innleie av personell fra andre helseforetak utenfor regionen for å avhjelpe koronasituasjonen. Varekostnader er 15,5 MNOK høyere enn budsjett, og skyldes i stor grad økte medikamentkostnader, både H-resepter og medikamenter gitt i sykehus. ISF-refusjoner er på H-resepter er 6,3 MNOK foran budsjett, og må sees i sammenheng med kostnadsøkningen på H-resepter. Gjestepasientkostnader innen lab/røntgen er høyere enn budsjett som følge av pandemien, men lavere for annen aktivitet. Negativt avvik på andre driftskostnader skyldes først og fremst høyere kostnader til byggvedlikehold enn budsjettet, i tillegg til energipris som kan variere noe fra måned til måned.

Etter lukking av mai-regnskap er det avdekket en periodiseringsfeil i budsjett 2021 som gjelder ferietrekk av faste tillegg. Det ble i desember 2020 varslet en endring i praksis knyttet til ferietrekk som ikke ble fanget opp i budsjettet. Som følge av periodiseringsfeilen, er budsjett for faste tillegg for høyt, og budsjettavvik dermed for lavt. -Avvik mot budsjett på lønnsområdet er 10 MNOK for lavt akkumulert pr. mai. Dette vil korrigeres i juni-resultat, og i månedene fremover. Prognosen påvirkes ikke av periodiseringsfeilen, da årsbudsjettet for ferietrekk av faste tillegg er på riktig nivå.

Koronaeffekter

Den underliggende virksomheten har en betydelig inntektssvikt pr. mai som følge av koronasituasjonen, i tillegg til 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 143,5 MNOK pr. mai. Brutto koronaeffekter er beregnet til 328,3 MNOK hittil i år. Netto resultat av korona er således -184,8 MNOK.

Koronapandemien har gitt et beregnet fall i driftsinntekter på 31,8 MNOK i mai måned, og 160,1 MNOK akkumulert pr. mai. Aktivitet er redusert på grunn av gul beredskap, koronautbrudd ved flere av sykehusene, økt smitte i samfunnet og økt antall innleggelse av pasienter med covid-19. 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 54,5 MNOK i mai og 168,3 MNOK akkumulert pr. mai. Dette er i hovedsak lønn, varekostnader og andre driftskostnader.

Koronamidler

Budsjett 2021 inkluderer 82,7 MNOK i øremerkede midler til å dekke merkostnader knyttet til pandemien. I tillegg har foretaket overført midler av tilskuddet som ble mottatt i 2020 vedrørende pandemien på 58,2 MNOK. Disse beløpene er i sin helhet inntektsført for å utligne de negative effektene av pandemien i resultatet.

Midler avsatt pr 31.12.2020 til dekning av ekstraordinære koronainvesteringer fra 2020 inntektsføres i takt med avskrivningene. Dette omfatter 8 MNOK til etablering av storvolumlaboratorium og 36 MNOK til andre koronainvesteringer. Det er inntektsført 1,6 MNOK knyttet til koronainvesteringer hittil i år.

Vestre Viken er i mai bevilget ytterligere 10 MNOK knyttet til pandemien, herav 8,6 MNOK til barne- og ungdomspsykiatri, og 2,4 MNOK i kompensasjon for vaksinekostnader. Tilleggsbevilgning til psykisk helsevern for barn og unge har bakgrunnen i flere og mer alvorlig psykiske lidelser blant barn og unge som følge av smitteverntiltak. De ekstra midlene skal gå til økt bemanning i en periode, kompetansetiltak, forebyggende tiltak og samhandlingsløsninger med kommunene. Det er pr. mai inntektsført 1 MNOK for å utligne vaksine- og smittesporingskostnader i resultatet.

Ordinær drift

Foretakets resultat er i stor grad påvirket av koronapandemien. Hittil i år er det kartlagt koronaeffekter på 328,3 MNOK. Kartleggingen tar utgangspunkt både i faktiske kostnader som er ført med koronaprojekt, og estimerer. Pasientrelatert inntektstap som skyldes pandemien er definert av Helse Sør-Øst til å være totalt avvik mot budsjett, selv om også andre forhold påvirker inntektene. Lønnskostnader (og årsverk) som er kodet med koronaprojekt, kan inkludere både den sykemeldte og vikaren og kan således være angitt for høyt. Andre områder estimeres av klinikkene basert på egne vurderinger og tolkninger. Fordi koronarapporteringen er subjektiv og upresis, er det meget vanskelig å skille mellom koronaeffekter og underliggende drift i foretaket. Fokus er derfor på å sikre samsvar mellom ressursbruk og aktivitet, og avvikling av ekstraordinære årsverk og koronakostnader i takt med at pandemiens påvirkning på foretakets drift reduseres.

Budsjettprosessen for budsjett 2022 er under planlegging. Det legges opp til at budsjett 2022 skal ta utgangspunkt i et normalt driftsår, uten særlige koronaeffekter. Det betyr at aktivitetsnivået må økes i forhold til dagens nivå, og at både årsverk og driftskostnader må reduseres vesentlig. For å sikre riktig styringsfart inn i 2022, må foretaket allerede nå jobbe med målrettede tiltak for å øke aktiviteten og tilpasse bemanningen til forventet aktivitetsnivå fremover med betydelig mindre påvirkning av pandemien. Planene skal gjøre foretaket i stand til raske endringer når smittesituasjonen tilsier det.

Prognose

Årsprognosen, korrigert for økte pensjonskostnader, viser et underskudd på 62,1 MNOK, som er 306,1 MNOK lavere enn budsjett. Inkludert økte pensjonskostnader er prognosen et underskudd på 153,5 MNOK, som er 397,5 MNOK bak budsjett.

Prognosen er forverret som følge av forventede koronaeffekter ut over tilgjengelige koronamidler, overforbruk på byggvedlikehold over drift, og forventet effekt av årets lønnsoppgjør. Negative koronaeffekter ut over tilgjengelig koronamidler forventes å være om lag 330 MNOK, hovedsakelig som følge av reduksjon i pasientrelaterte inntekter og økte kostnader for arbeidskraft (lønn og innleie). Det er beregnet en negativ effekt mot budsjett som følge av høyere ramme for lønnsoppgjøret (2,7 %) enn forutsetningen for budsjettet (2,2%) på 26,1 MNOK. Det er nå signaler om at lønnsoppgjøret kan ende noe over dette. Prognose for byggvedlikehold over drift er anslått til 32 MNOK høyere enn budsjett. Investeringsrammen avkortes tilsvarende, slik at overforbruket ikke påvirker foretakets likviditet.

Det er holdt tilbake midler til pandemiens konsekvenser for foretakene i budsjett 2021 i Helse Sør-Øst. Disse midlene er foreløpig ikke fordelt på foretakene. I tillegg er det bevilget nye midler gjennom revidert nasjonalbudsjett. Dette innebærer at foretaket vil få ytterligere

kompensasjoner, men det kan foreløpig ikke angis beløp. Tildeling av midler vil forbedre prognosen tilsvarende. Om tildelingen ikke er tilstrekkelig til å kompensere for beregnede koronaeffekter og sikre et resultat i tråd med budsjett, vil det øke omstillingsbehovet i foretaket i år og i årene fremover.

Aktivitet

Somatikk

Samlet aktivitet pr. mai i antall "sørge-for" ISF-poeng er 5834 poeng lavere enn budsjett. Dette forklares av lavere aktivitet på grunn av koronapandemien, og et vedvarende fall i øyeblikkelig hjelp innleggelser. Det er reduksjon i døgnaktivitet som gir størst utslag i DRG-poeng, og utgjør den største utfordringen for foretaket. Antall døgnopphold er 4538 bak plan pr. mai. Dagbehandling og dagkirurgi er også bak plan. Antall polikliniske konsultasjoner var i perioden februar til april bedre enn budsjett, men ligger under budsjett i mai måned.

Som følge av aktivitetsreduksjon er det etterslep i pasientbehandlinger på flere områder. Klinikken er bedt om å identifisere områder der etterslep har økt, og skal legge frem sine planer for å ta igjen etterslepet i løpet av året før sommerferien.

Eventuelle merkostnader for å ta igjen etterslepet skal estimeres om klinikken legger opp til aktivitet utenfor normal arbeidstid (helg behandlinger, kveldspoliklinikk o.l.).

Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus

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

Telefon- og videokonsultasjoner

Andelen telefon- og videokonsultasjoner ligger på 15,2 % pr. mai. Målet i 2021 er 15 % og er således nådd så langt. Det er spesielt psykisk helsevern som bidrar til måloppnåelse.

Kvalitet

Ventetid somatikk

Ventetiden innen somatikk er 51 dager i mai og dermed redusert med åtte dager fra april. Alle somatiske klinikker har redusert avviket ventetid sammenliknet med april 2021, og ventetiden er nå nær målet for året.

Ventetid psykisk helse og rus

Innen PHR er ventetiden i mai samlet på 44 dager, som er en dag lavere enn i april. Ventetiden for både voksenpsykiatri og tverrfaglig rusbehandling er nært målet, mens ventetiden innenfor barne- og ungdomspsykiatri (BUP) fortsatt er lang. Behovet for tjenester innen BUP er en vesentlig årsak til at ventetiden er lang til tross for høy aktivitet. Samme situasjon fremkommer ved de fleste andre helseforetakene og det er særskilt oppmerksomhet mot utviklingen på dette området fra HSØ sin side. Det er iverksatt flere tiltak i klinikken og bemanningen styrkes.

Pakkeforløp for kreft

Vestre Viken ligger noe under målkravet på 70 % med 65 % pr. mai. Området følges tett opp på de ulike fagområdene.

HR

Brutto månedsverk

Brutto månedsverk pr. mai er 10 lavere enn budsjettet. Det er i samme periode registrert 193 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.

Etter flere måneder med lavere brutto månedsverk enn budsjett, viser utviklingen i mai og juni en økning i totalt antall årsverk og et overforbruk i forhold til budsjett. Økningen skyldes i stor grad ekstra personell og overtid som følge av pandemien i april, der utbetaling skjer i mai og juni, samt høyt sykefravær i foregående perioder. Økning i årsverk er bekymringsfull når det sees i sammenheng med aktivitetsreduksjon, og reduksjon i sykefravær i samme perioden. Klinikken skal før sommerferien legge frem planer for hvordan de skal tilpasse årsverk til dagens, og forventet, aktivitetsnivå, og sikre at koronaårsverk reduseres i takt med pandemiens utvikling.

Sykefravær

Sykefravær i april var 7,1 %, som var høyere enn målet på 6,7 %, men redusert fra 8,7% i mars. Sykefraværet er fortsatt noe påvirket av koronapandemien. I april er 0,47 prosentpoeng registrert som koronafravær, men de fleste medarbeidere som har fått senskader etter koronasykdom blir registrert som «vanlig» sykemeldt. Det er noe sykefravær som relateres til bivirkninger av vaksine hos ansatte.

AML-brudd

I mai var det 3015 AML-brudd. Dette tilsvarer brudd på 2,9 % av alle vakter i foretaket. 12% av AML-brudd er koronarelatert. Enkelte klinikker og avdelinger forklarer økningen i AML-brudd med høyt sykefravær. Det er mindre tilgang på vikarer, derfor må sykefravær og ledige vakter i større grad dekkes opp av eksisterende personell, noe som medfører økte AML-brudd. I mai er bruddtypene med høyest andel brudd AML timer pr uke (20%) og samlet tid per dag (18%).

Administrerende direktørs vurderinger

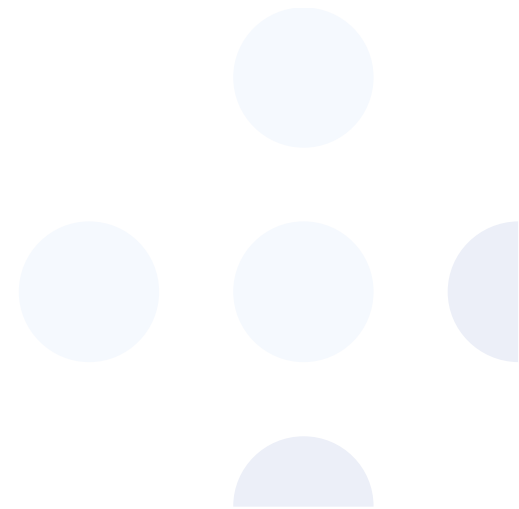
Periodens resultater er fortsatt sterkt preget av koronapandemien. Smitteutbruddene i mars/april får vesentlige effekter på lønnsutbetalinger og brutto månedsverk i mai og juni. Antall innlagte koronapasienter er nå vesentlig redusert, og foretaket vurderer å gå ut av beredskap. Klinikken planlegger med innhenting av etterslep i pasientbehandling og skal legge planer for tilpasning av bemanning til en mer normalisert situasjon. Pandemiens utvikling er fortsatt uavklart, men de fleste signaler går nå i retning av foretaket bør kunne se for seg en mer normal drift utover høsten. Det forventes bedre resultater på ventetider og andel pasienter behandlet i pakkeforløp utover høsten.

Prognosen for økonomisk resultat som er avgitt pr. 31. mai inkluderer ikke forventet økt tildeling av midler fra Helse Sør-Øst. Nye midler vil vesentlig påvirke årsprognosen, men det er fortsatt svært usikkert mht. hvor mye. Administrerende direktør vil redegjøre nærmere for situasjonen i styrets møte. Det forventes signaler fra Helse Sør-Øst før sommerferien.

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

Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr. 31. mai 2021

Sak 57/2021
Virksomhetsrapportering
pr mai 2021



Måltavle pr mai – Økonomi og aktivitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	-36 850	4 052	-62 148
		Mål	20 333	101 667	244 000
		Avvik	-57 183	-97 615	-306 148
		I fjor	-25 942	-109 999	272 939
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	9 096	44 916	108 445
		Mål	10 350	50 750	118 957
		Avvik	-1 253	-5 834	-10 512
		I fjor	8 678	43 192	105 223
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	14 602	76 695	174 453
		Mål	14 053	77 299	175 678
		Avvik	549	-604	-1 225
		I fjor	14 261	71 251	167 124
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	8 035	41 290	92 815
		Mål	7 196	38 777	87 150
		Avvik	839	2 513	5 665
		I fjor	7 618	36 589	84 324

Resultat eks. økning i pensjon, men inkl. inntektsførte covid-midler og forventet effekt av lønnsoppgjør

Måltavle pr mai – Kvalitet

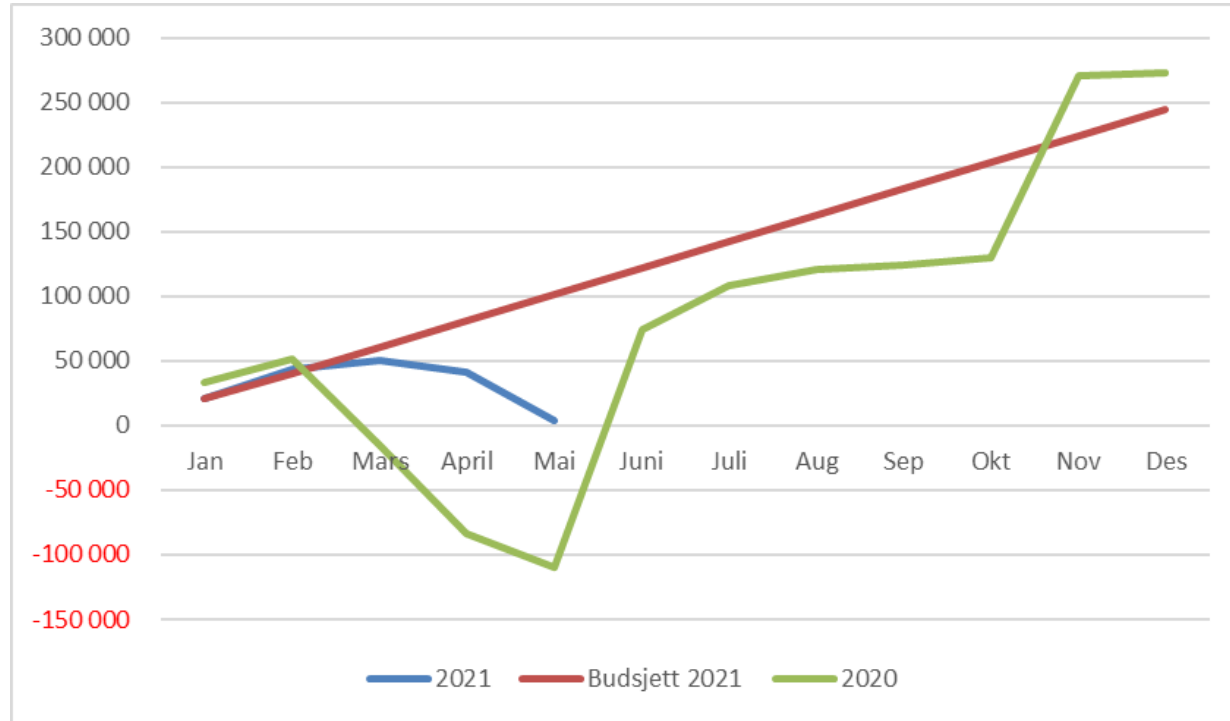
Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
5	KVALITET Telefon- og videokonsultasjoner ANDEL	Virkelig	13,1%	15,2%	15,0%	15,0%	15,0%
		Mål	15,0%				
		Avvik	-1,9%				
		I fjor	0,0%				
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk	Virkelig	51	55	54	54	54
		Mål	54				
		Avvik	-3				
		I fjor	67				
7	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	44	43	38	40	38
		Mål	38				
		Avvik	6				
		I fjor	41				
8	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	74 %	65 %	70 %	70 %	70 %
		Mål	70 %				
		Avvik	4 %				
		I fjor	72 %				

Måltavle pr mai – HR

Vestre Viken HF			Denne måned		Hittil i år		Prognose	
9	HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 725		7 664		7 707	
		Mål	7 633		7 654		7 705	
		Avvik	92		10		2	
		I fjor	7 530		7 503		7 637	
10	HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	7,1 %		8,3 %		7,6 %	
		Mål	6,7 %		7,5 %		7,0 %	
		Avvik	0,4 %		0,8 %		-0,6 %	
		I fjor	7,7 %		8,9 %		8,1 %	
11	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	2,9 %		2,6 %		2,5 %	
		Mål	0,0 %		0,0 %		0,0 %	
		Avvik	2,9 %		2,6 %		2,5 %	
		I fjor	1,7 %		2,2 %		2,4 %	

- Sykefravær rapporteres etterskuddsvis, mens brutto månedsverk viser neste måned.

Resultatutvikling – akkumulert



Resultatprognose

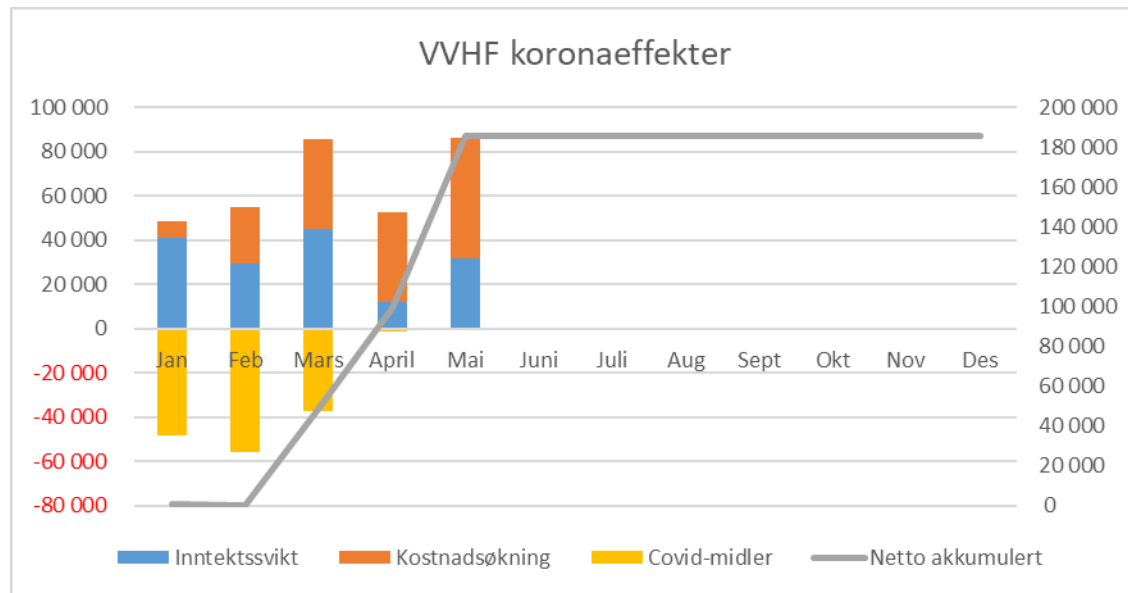
Prognosen er redusert i forhold til budsjett som følge av:

- Økte pensjonskostnader
- Forventede koronaeffekter ut over tilgjengelige covid-midler.
- Estimert merforbruk på årets lønnsoppgjør.

Prognosen inkluderer ikke forventede nye tildelinger vedrørende pandemien. Evt. ny bevilgning av covid-midler vil forbedre prognose tilsvarende bevilgningen.

pr mai 2021	Budsjett	Estimat	Avviks	
	i år	2021	Avvik	%
Basisramme inkl. KBF	6 359 160	6 359 160		0,0 %
ISF inntekter	3 127 710	2 892 928	- 234 782	-7,5 %
Gjestepasientinntekter	159 562	144 671	- 14 891	-9,3 %
Andre pasientrelaterte inntekter	524 386	515 386	- 9 000	-1,7 %
Øvrige driftsinntekter	465 644	553 831	88 187	18,9 %
Gevinst ved avgang av anleggsmidler				
SUM Inntekter	10 636 462	10 465 976	- 170 486	-1,6 %
Varekostnader	1 426 652	1 462 652	- 36 000	-2,5 %
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	855 956	880 956	- 25 000	-2,9 %
Innleid arbeidskraft	26 667	45 767	- 19 100	-71,6 %
Lønnskostnader	6 510 853	6 584 702	- 73 849	-1,1 %
Avskrivninger og nedskrivninger	311 191	308 191	3 000	1,0 %
Andre driftskostnader	1 254 593	1 240 808	13 785	1,1 %
Netto finanskostnader	6 549	5 049	1 500	22,9 %
SUM Driftskostnader inkl. finans	10 392 461	10 528 125	- 135 664	-1,3 %
Resultat eks. pensjonsøkning	244 000	- 62 149	306 149	-492,6 %
Pensjonsøkning januar 2021 aktuar		- 91 348	91 348	
Resultat totalt	244 000	- 153 497	- 397 497	259,0 %

Koronaeffekter hittil i år




















Hittil i år er det beregnet 328 MNOK i negative koronaeffekter (tapte inntekter + økte kostnader). Dette utlignes delvis av inntektsførte covid-midler på 142,5 MNOK. Netto resultatvirkning av koronapandemien pr. mai er følgelig -185,8 MNOK.



VESTRE VIKEN

Budsjettavvik per klinikk

Avvik mot budsjett pr mai	Inntekter		Kostnader		RESULTAT		
	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	Avvik som % av total budsjett	
Drammen sykehus	- 79 189	-8,8 %	- 36 843	-4,1 %	- 116 032	-12,9 %	
Bærum sykehus	- 43 097	-8,0 %	- 14 053	-2,6 %	- 57 149	-10,6 %	
Ringerike sykehus	- 14 786	-5,1 %	- 2 129	-0,7 %	- 16 914	-5,8 %	
Kongsberg sykehus	- 21 583	-13,9 %	- 809	-0,5 %	- 22 392	-14,4 %	
Intern Service	2 748	0,9 %	- 3 301	-1,1 %	- 553	-0,2 %	
Psykisk Helse og Rus	- 1 639	-0,2 %	- 16 456	-2,1 %	- 18 095	-2,3 %	
Prehospitale Tjenester	1 574	1,1 %	- 4 612	-3,1 %	- 3 038	-2,0 %	
Medisinsk Diagnostikk	4 438	1,3 %	- 8 146	-2,3 %	- 3 708	-1,1 %	
Stabene	5 232	1,1 %	845	0,0 %	6 077	2,4 %	
Byggvedlikehold	- 3 463		- 15 354	-93,6 %	- 18 816	-114,7 %	
Varekost BHM			2 626	5,0 %	2 626	5,0 %	
SP IKT			7 217	3,9 %	7 217	3,9 %	
Pasientreiser	4 341		- 3 328	6,9 %	1 013	2,7 %	
Overordnet VVHF	113 645	-22,1 %	28 504	6,9 %	142 150	25,3 %	
Avvik i forhold til budsjett	- 31 778	0,7 %	- 65 837	-1,5 %	- 97 615	-2,2 %	
Endret pensjonskostnader			- 38 062	-0,9 %	- 38 062	0,9 %	
Total budsjett avvik	- 31 778	0,7 %	- 103 898	-2,3 %	- 135 677	-3,1 %	

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

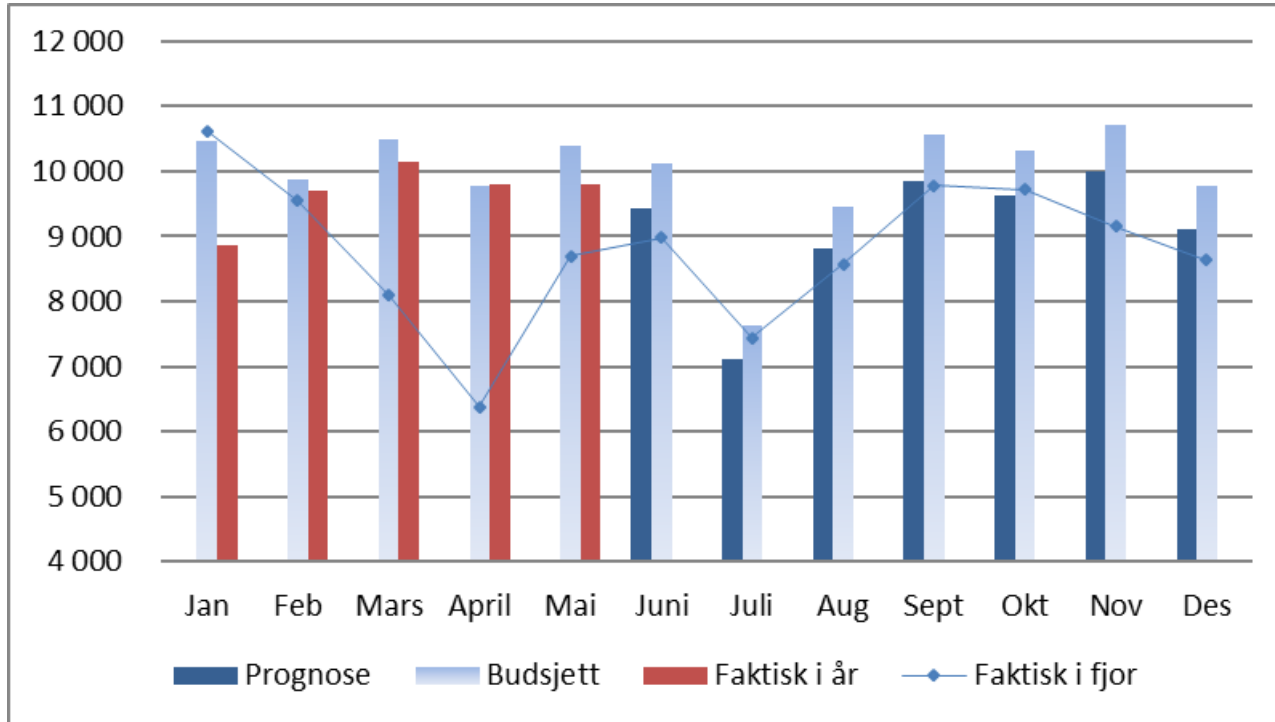
Korona vs. drift hittil i år

Koronaeffekter samsvarer med rapporteringen til HSØ. Normal drift i oppstillingen er beregnet som differansen mellom totalt budsjettavvik hittil i år og registrerte koronaeffekter. Dette vurderes ikke å gi et riktig bilde av underliggende drift.

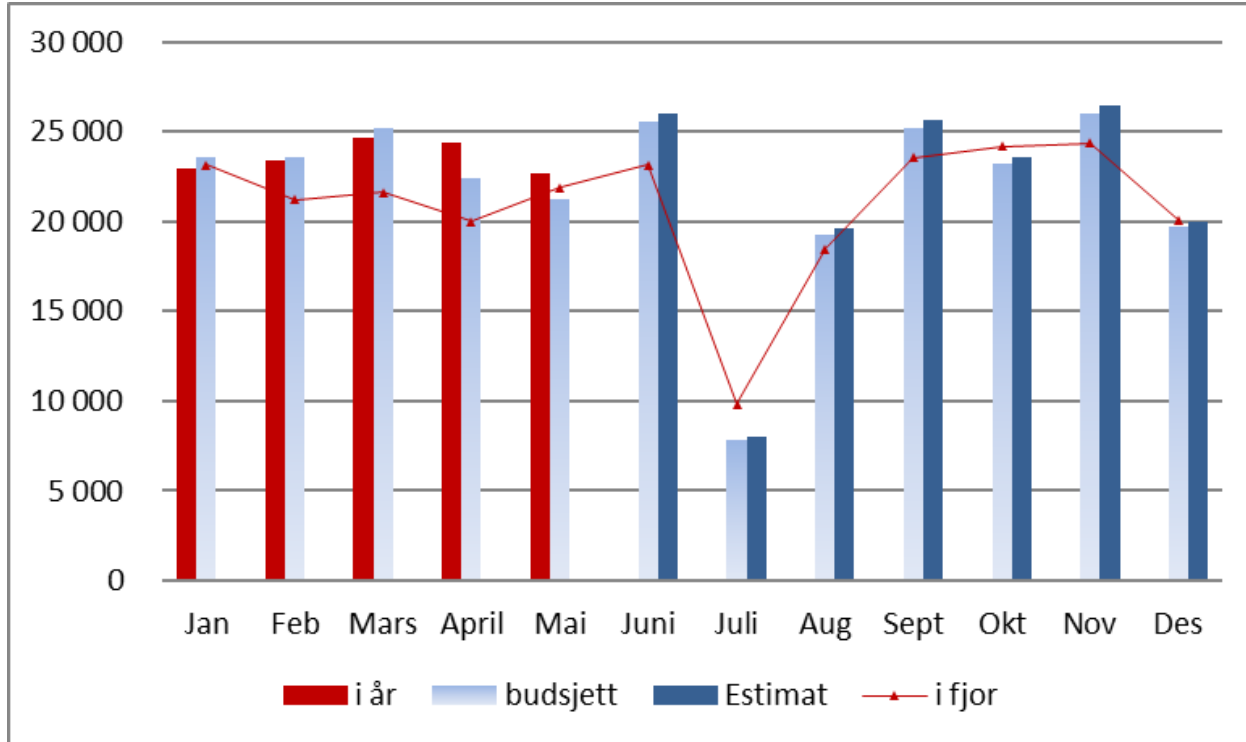
	Budsjett avvik hittil i år	Herav Korona	Herav normal drift
10 - Klinikk Drammen sykehus	-116 032	-113 709	-2 323
20 - Klinikk Bærum sykehus	-57 149	-72 217	15 068
30 - Klinikk Ringerike sykehus	-16 914	-27 696	10 781
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	-22 392	-23 029	637
50 - Klinikk for Intern service	-553	-27 266	26 713
51 - KIS - bygg vedlikehold	-18 816		-18 816
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	-18 095	-15 111	-2 984
70 - Klinikk for Prehospitale tjenester	-2 025	-11 246	9 221
80 - Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	-3 708	-17 583	13 875
90 - Administrerende direktør	81		81
91 - Direktør Fag	3 228	-412	3 640
92 - Direktør Kompetanse	-1 427	-661	-766
93 - Direktør Økonomi	664	0	664
94 - Direktør Teknologi	11 136	-279	11 415
95 - Administrasjon og kommunikasjon	1 118	-245	1 363
96 - Nytt sykehus Drammen	1 121		1 121
99 - Økonomisk overordnede	142 150	123 633	18 517
Totalsum budsjettavvik eks pensjon	-97 615	-185 821	88 206

VVHF totale antall DRG-poeng

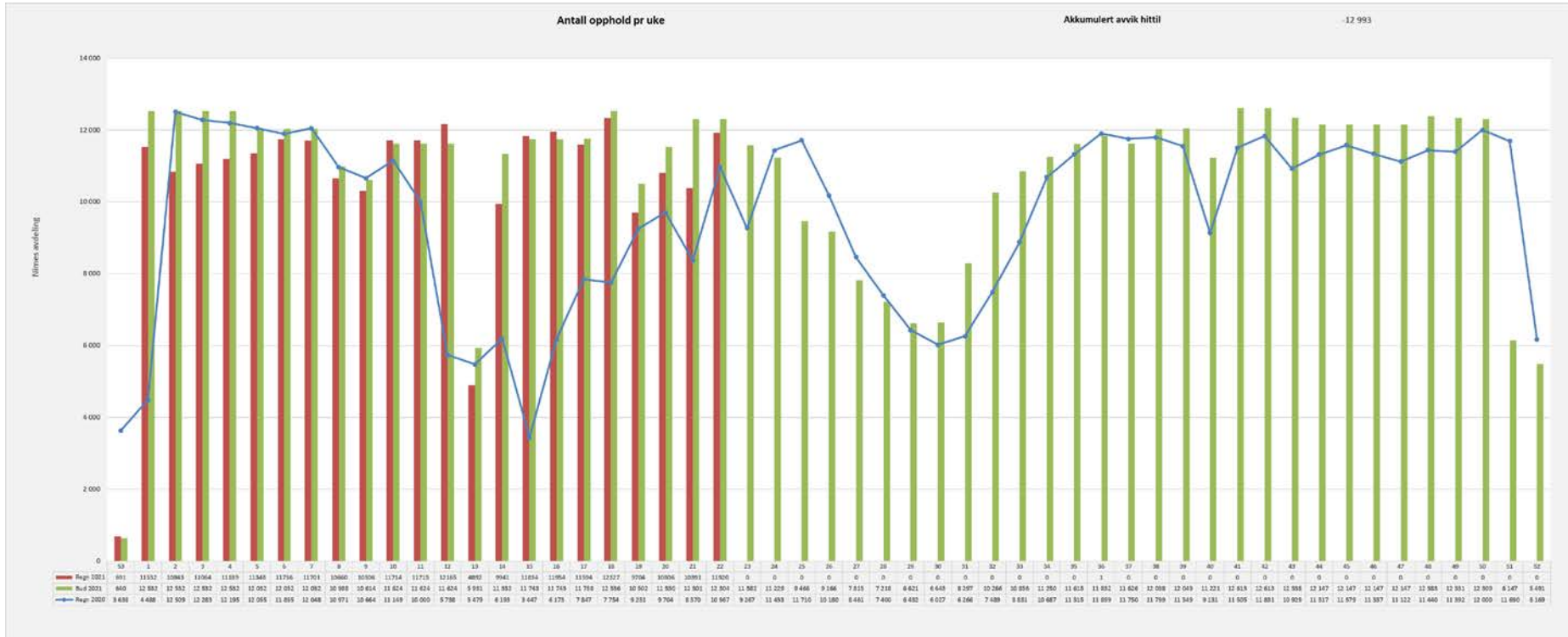
døgn, dag og poliklinikk, fra egen og andre regioner



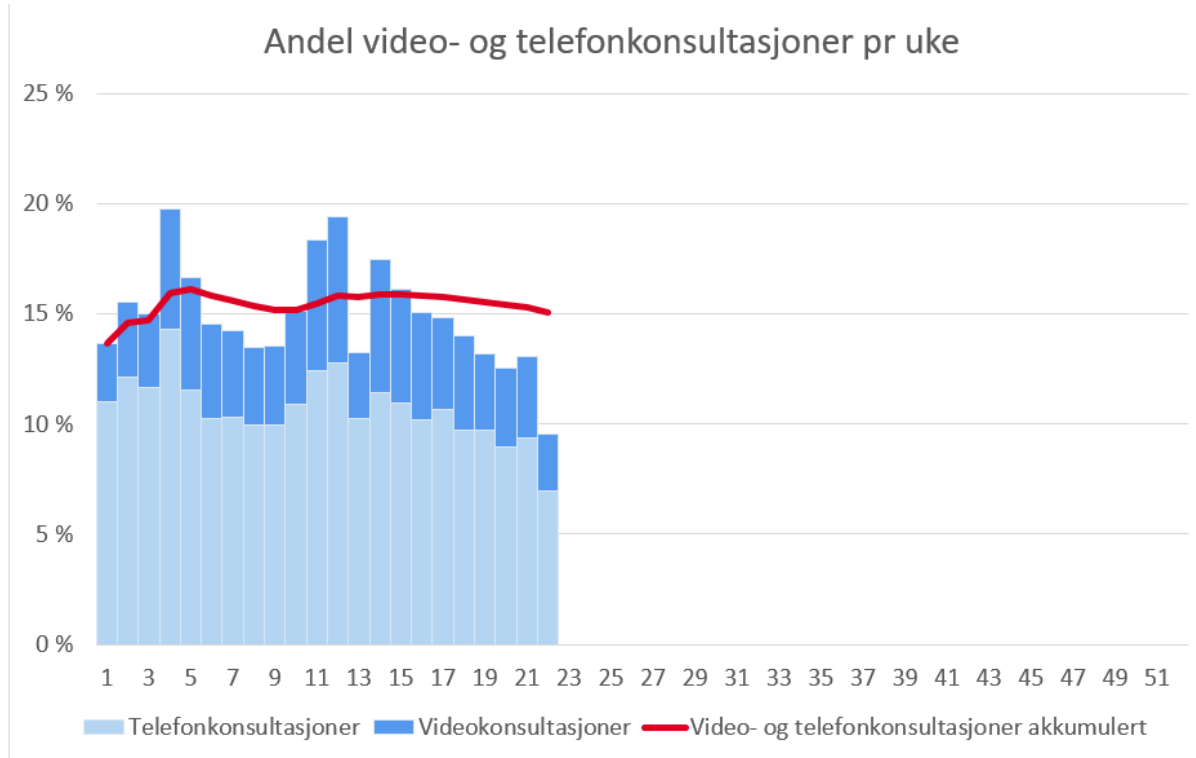
Poliklinikk PHR totalt



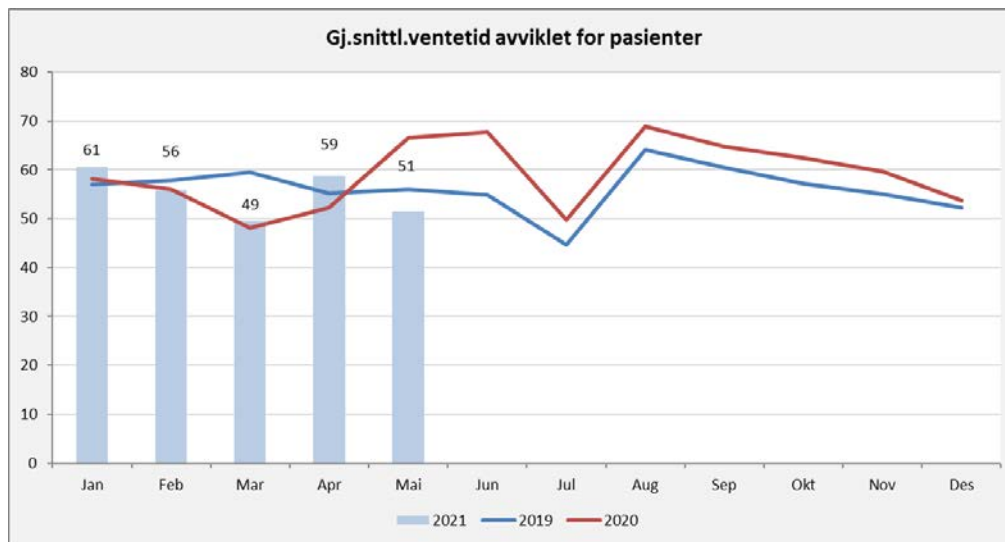
Utvikling pr uke somatikk- antall opphold totalt













Telefon- og videokonsultasjoner

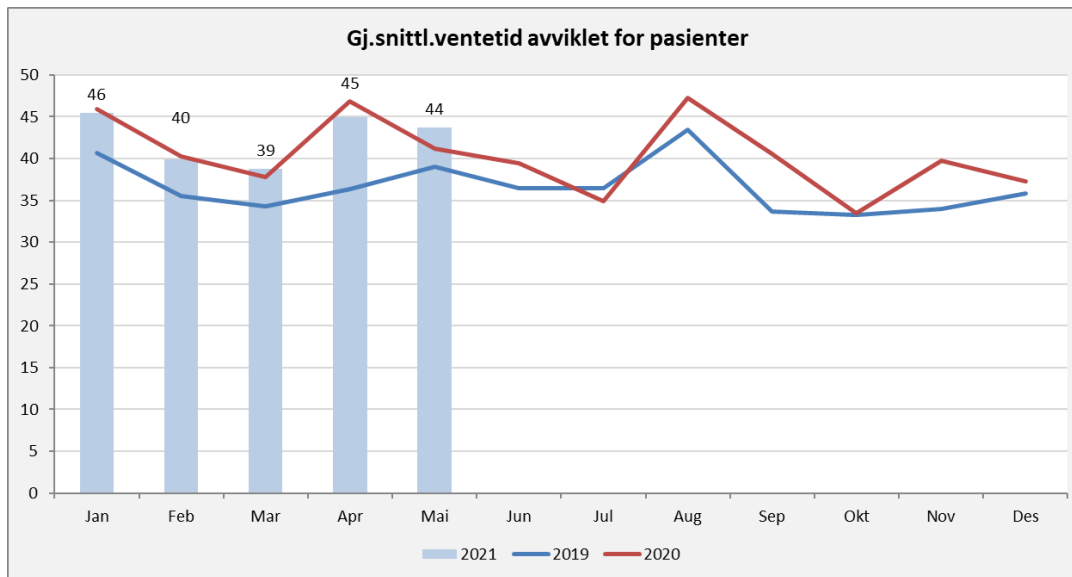










Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp somatikk



	Mai 2020	Jun 2020	Jul 2020	Aug 2020	Sep 2020	Okt 2020	Nov 2020	Des 2020	Jan 2021	Feb 2021	Mar 2021	Apr 2021	Mai 2021	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Gj.snittl.ventetid avviklet for pasienter	67	68	50	69	65	62	60	54	61	56	49	59	51		
10 - Klinikk Drammen sykehus	66	70	55	73	68	62	59	55	66	61	53	61	55		
20 - Klinikk Bærum sykehus	75	75	45	65	64	71	71	56	57	53	48	66	48		
30 - Klinikk Ringerike sykehus	67	63	59	70	67	64	56	57	57	53	50	49	49		
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	49	40	24	48	44	40	34	32	50	35	33	41	42		

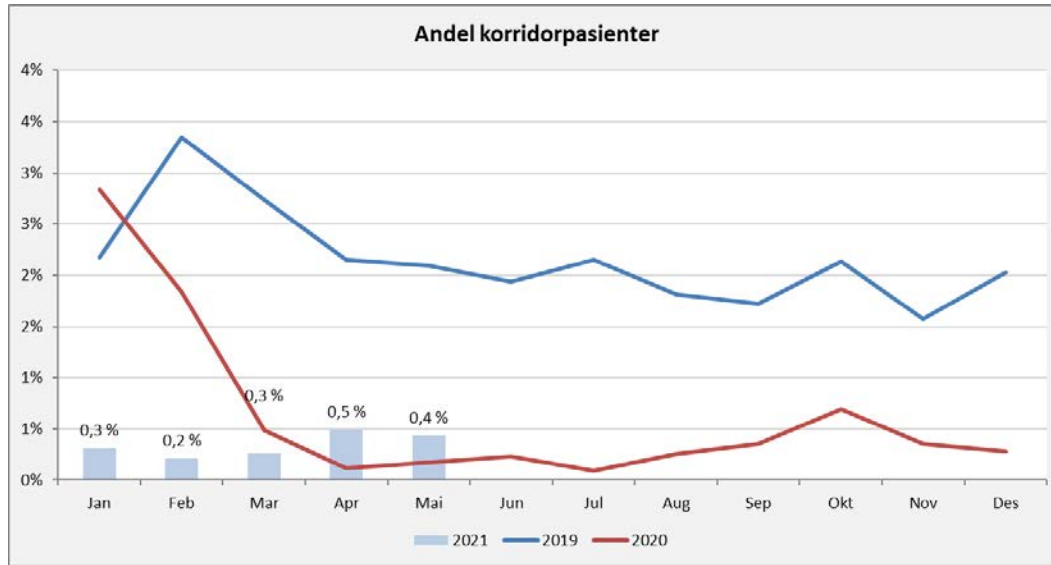
Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR



Gj.snittlig ventetid avviklet for pasienter	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Siste 12 mnd	Siste 3 år
	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021	2021		
60 - Psykisk helse og rus (PHR)	41	39	35	47	41	33	40	37	46	40	39	45	44		
Herav VOP	36	40	37	48	40	33	41	38	44	39	37	43	43		
Herav BUP	58	40	33	52	48	36	40	39	50	45	46	54	50		
Herav TSB	41	35	24	31	25	30	29	28	33	33	31	31	33		

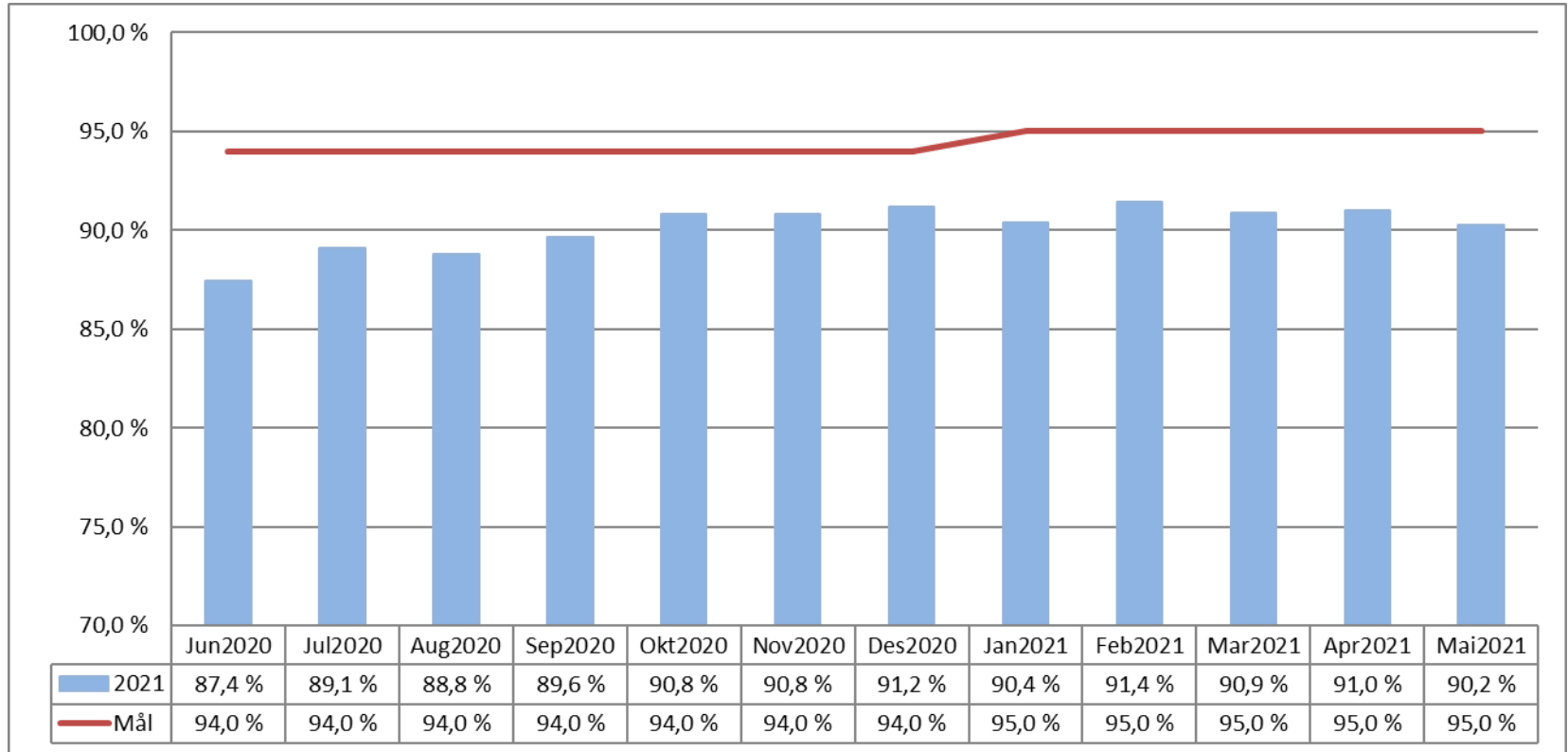
VESTRE VIKEN

Andel korridorpasienter somatikk



	Mai 2020	Jun 2020	Jul 2020	Aug 2020	Sep 2020	Okt 2020	Nov 2020	Des 2020	Jan 2021	Feb 2021	Mar 2021	Apr 2021	Mai 2021	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Andel korridorpasienter	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %		
10 - Klinikk Drammen sykehus	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,4 %	0,5 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %		
20 - Klinikk Bærum sykehus	0,5 %	0,3 %	0,0 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %		
30 - Klinikk Ringerike sykehus	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %	1,6 %	0,4 %	0,2 %	0,5 %	0,3 %	0,7 %	1,8 %	1,3 %		
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	0,1 %	0,3 %		0,2 %	0,3 %	0,7 %	1,0 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %			
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)													0,3 %		

Andel pasientavtaler overholdt



Prioriteringsregel

pr mai	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor	Estimat i år	Året i fjor	Årsestimat ift i fjor
Polikliniske konsultasjoner						
Somatikk	190 356	189 251	0,6 %	449 834	438 707	2,5 %
VOP	60 199	54 849	9,8 %	135 472	130 036	4,2 %
BUP	41 290	36 589	12,8 %	92 815	84 324	10,1 %
TSB	16 496	16 402	0,6 %	38 981	37 088	5,1 %
SUM PHR	117 985	107 840	9,4 %	267 268	251 448	6,3 %
Ventetid						
Somatikk	55	56	-2 %	54	59	-8,5 %
VOP	41	40	2 %	40	40	0,2 %
BUP	49	49	0 %	42	45	-5,6 %
TSB	32	36	-10 %	30	32	-5,3 %
SUM PHR	43	42	1 %	40	40	-0,8 %

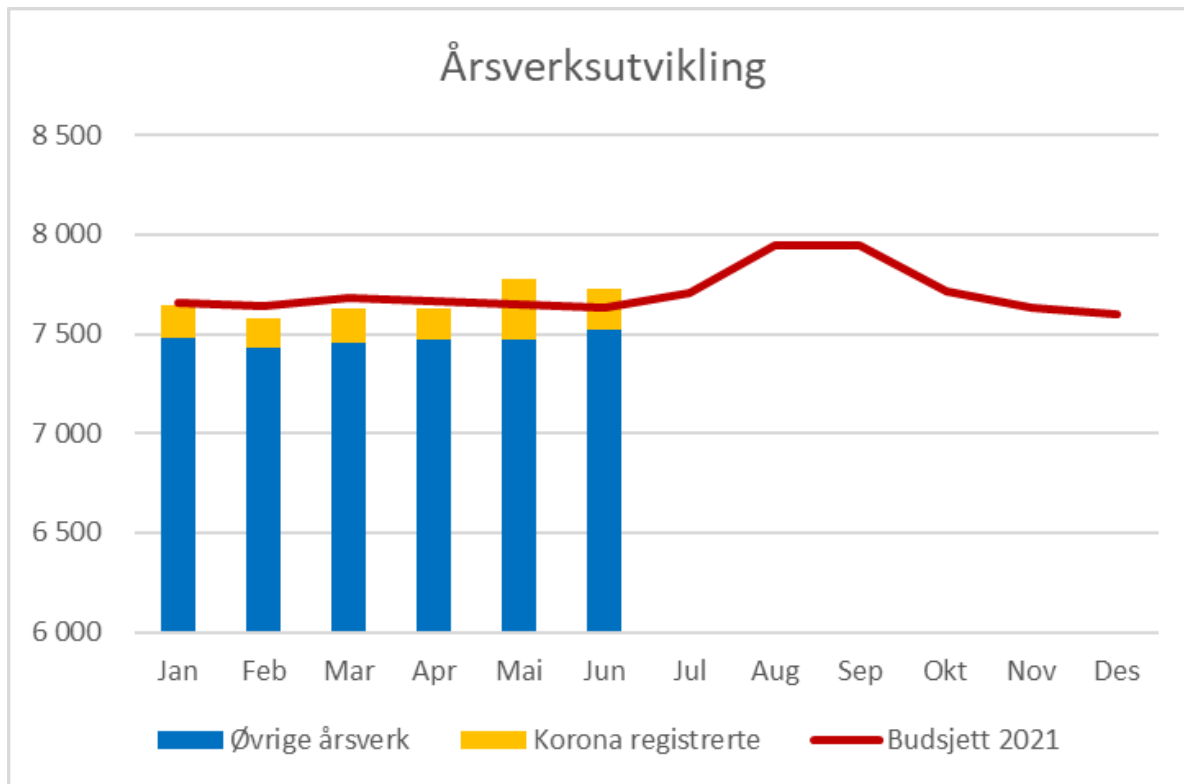
For somatikk sammenlignes poliklinisk aktivitet med budsjett 2020 pga. kraftig aktivitetsfall i 2020 i-fm pandemien.



Brutto månedsverk



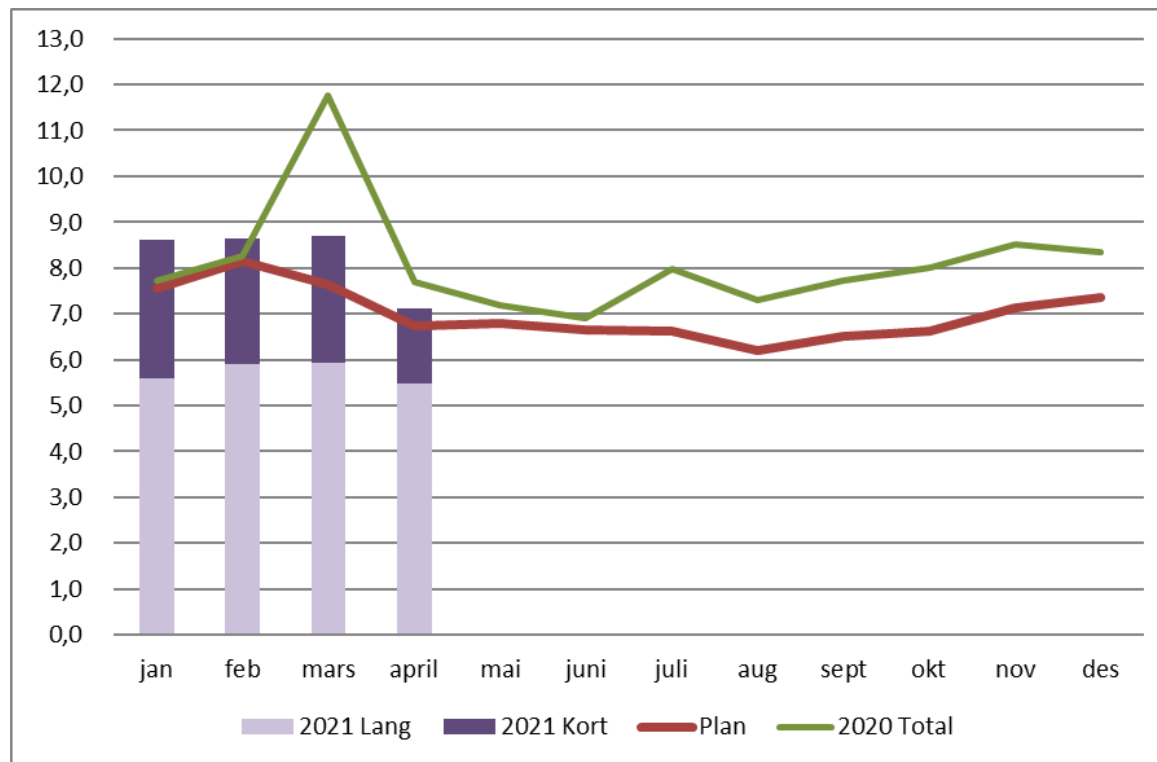
Brutto månedsverk fordelt



Brutto månedsverk projestført korona vises gult

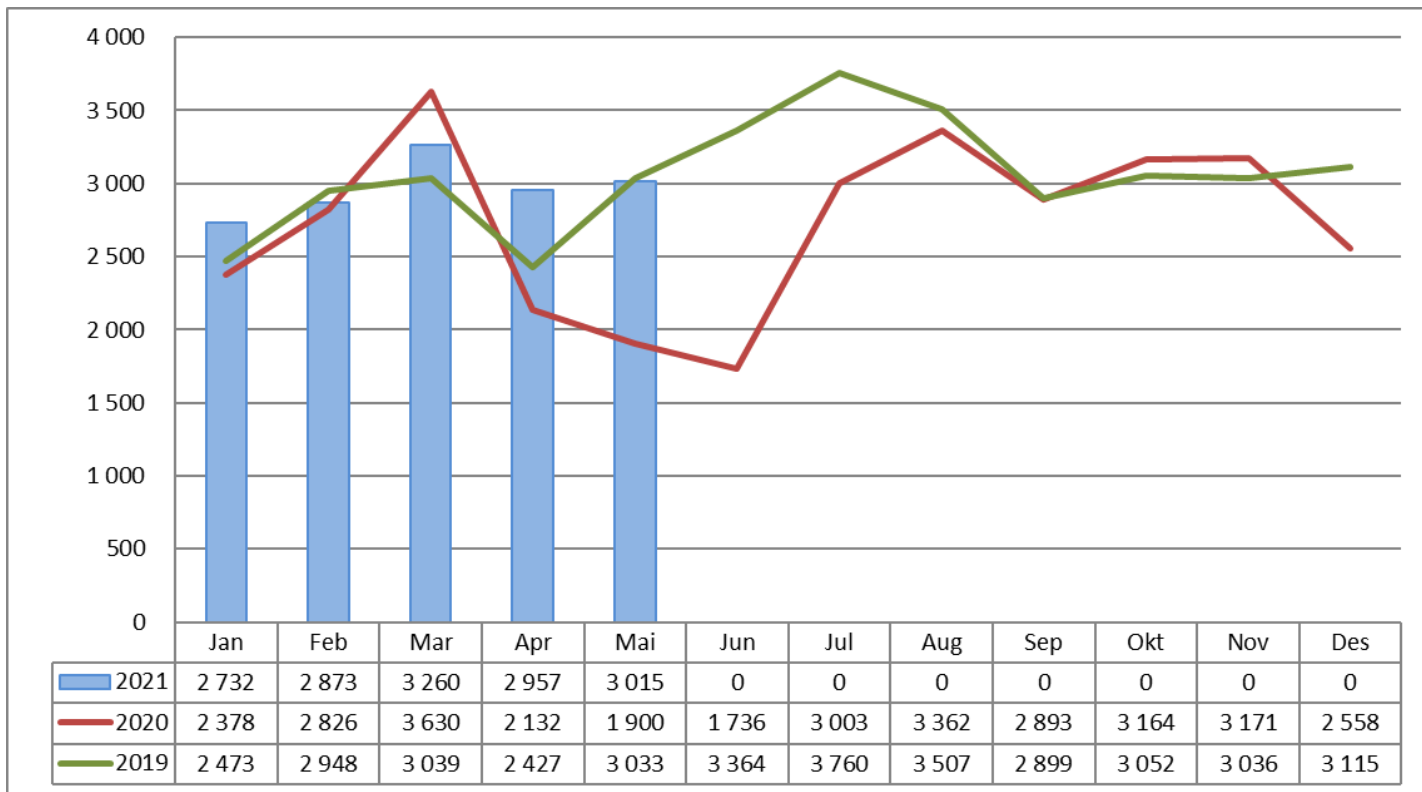
VESTRE VIKEN

Sykefravær 2021



* Sykefravær oppdateres etterskuddsvis

AML-brudd – antall



Dato: 12. juni 2021
Saksbehandler: Ulrich Spreng

Saksfremlegg

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Vestre Viken

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	58/2021	21.06.21

Forslag til vedtak

Styret tar gjennomgang av status for arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til orientering med de innspillene som er gitt i møtet.

Drammen, 14. juni 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgsektoren er førende for arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Forskriften er bygget opp rundt PDSA syklusen (plan – do – study – act) og skal gjennom tydeligere og mer tjenestetilpassede krav bidra til å gi helseforetaket et godt verktøy for systematisk styring og ledelse, samt kontinuerlig forbedring.

I kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Gjennomgangen skal identifisere de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Forskriften viser til at risikovurdering bør skje som en kontinuerlig prosess og det anbefales at den følger en kjent standard.

I Vestre Viken legges det vekt på risikobasert styring og ledelse. Det er etablert rutiner og et rammeverk som skal sørge for at risikostyring. Rammeverket er bygget på ISO 31000 (rammeverk for risikostyring).

Saksutredning

Det er etablert et system for å følge med på kvalitet og pasientsikkerhet som består av:

- Målinger, styringsdata og kvalitetsindikatorer
- Registrering og analyse av uønskede hendelser
- Revisjoner og tilsyn
- Tilbakemeldinger fra pasienter og brukere

Denne saken omhandler kvalitetsindikatorer og registrering og analyse av utilsiktede hendelser.

Kvalitetsindikatorer

Per mai 2021 finnes det totalt 185 nasjonale kvalitetsindikatorer, derav 36 innen psykisk helsevern og rus og 101 innen somatisk helse. Den 6.5.21 ble 99 nasjonale kvalitetsindikatorer publisert/aktualisert, derav 32 innen psykisk helsevern og rus og 63 innen somatisk helse. (<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>). Resultater som blir presentert er hovedsakelig for året 2020.

Innen psykisk helsevern og rus publiseres fremover ni nye indikatorer som omhandler pakkeforløp og forløpstider, og i hvilken grad pasienter og brukere er involvert i sin behandlingsplan (medvirkning i egen behandling).

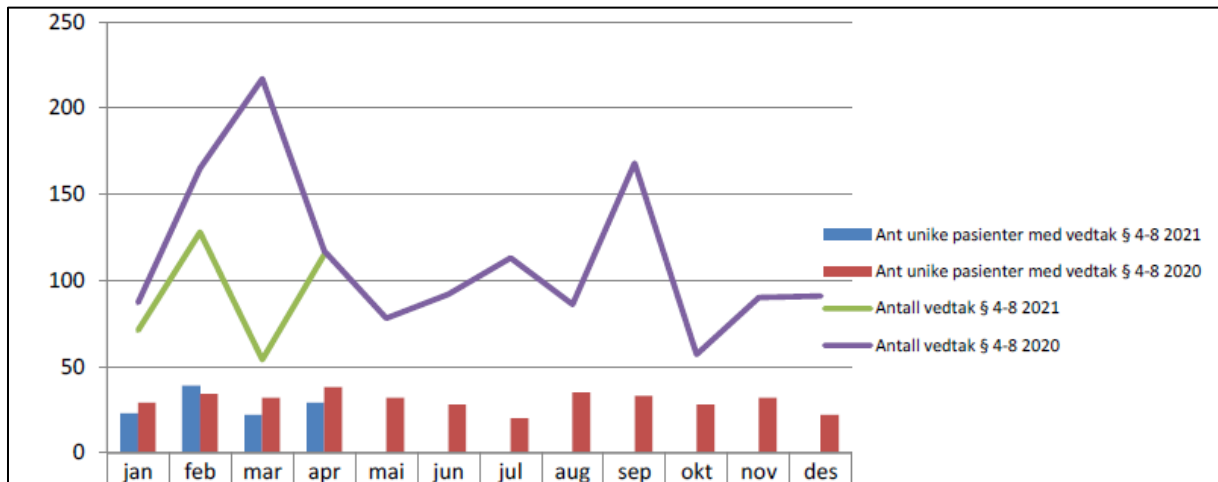
I Vestre Viken var i 2020 andelen av pasienter i pakkeforløp som er utredet innen anbefalt forløpstid 51 prosent for barn og unge, 72 prosent for voksne og 62 prosent for pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Når det gjelder medvirkning i egen behandling, har 48 prosent av pasientene innen psykisk helsevern for barn og unge vært involvert i utarbeidelse av behandlingsplan. Andelen for voksne er 59 prosent og 27 prosent for pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

I og med at disse kvalitetsindikatorerne er nye og krever konsekvent og riktig koding, ser vi at kodefrekvens- og kvalitet ikke er god nok, og det er igangsatt et forbedringsarbeid. Det er etablert et system med forløpskoordinatorer som har ansvar for oppfølging av pakkeforløpene, og hver seksjon har kodeansvarlige medarbeidere.

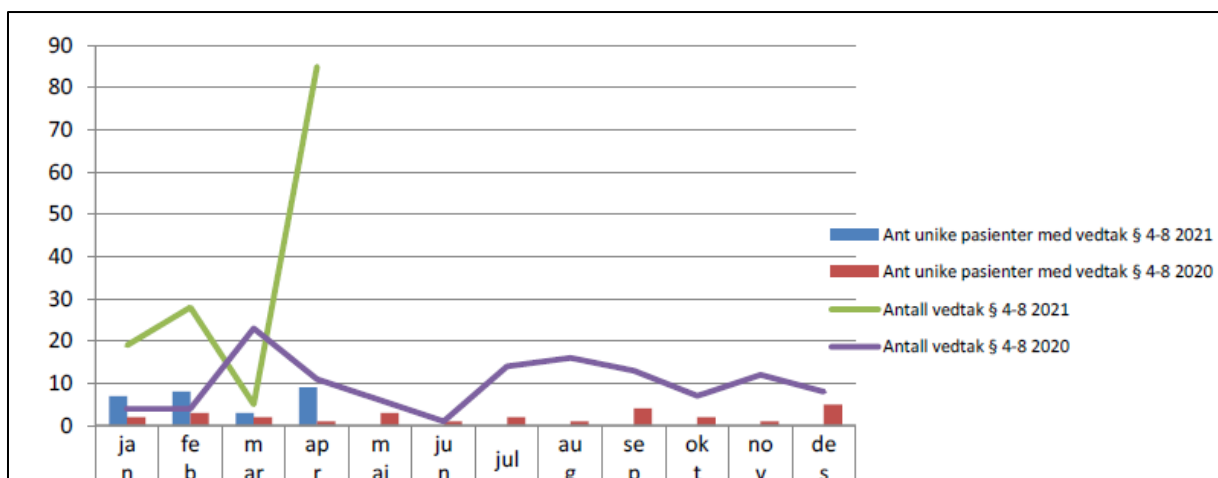
Antall tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne og for barn og unge registreres i Norsk Pasientregister (NPR). I de nasjonale kvalitetsindikatorerne tas det ikke hensyn til antall innleggelse totalt. Reduksjon av bruken av tvangsmidler (etter psykisk helsevernloven § 4-8) er et viktig forbedringsarbeid i klinikk for psykisk helse og rus, og det har blitt utarbeidet handlingsplaner for flere seksjoner (se også sak 59/2021).

Antall pasienter med minimum ett tvangsmiddelvedtak har blitt redusert fra 94 i 1. tertial 2020 til 67 i 1. tertial 2021 ved Blakstad sykehus. Reduksjonen i bruken av tvangsmidler er positiv og utviklingen fremover følges tett.



Figur 1: Utvikling av bruk av tvangsmidler (voksne) ved Blakstad fra 2020 til 2021 (1.tertial)

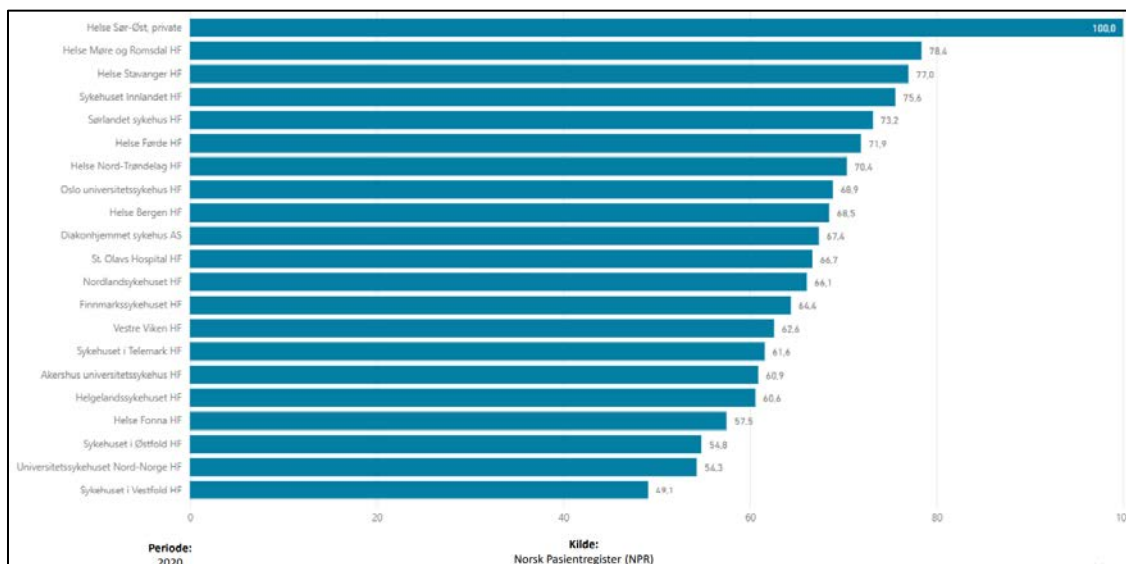
Innen psykisk helsevern for barn og unge har utviklingen gått motsatt vei med en økning fra 4 til 17 pasienter med minimum ett tvangsvedtak. Dette sees i sammenheng med en vesentlig økning i antall øyeblikkelig hjelpinnleggelser og innleggelser av pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, som antas å ha sammenheng med pandemien.



Figur 2: Utvikling av bruk av tvangsmidler (barn og unge) fra 2020 til 2021 (1.tertial). NB: Den bratte stigningen av den grønne kurven skyldes mange tvangsvedtak for en pasient.

Innen somatikken er det ingen nye kvalitetsindikatorer per mai 2021, men eksisterende kvalitetsindikatorer er oppdatert.

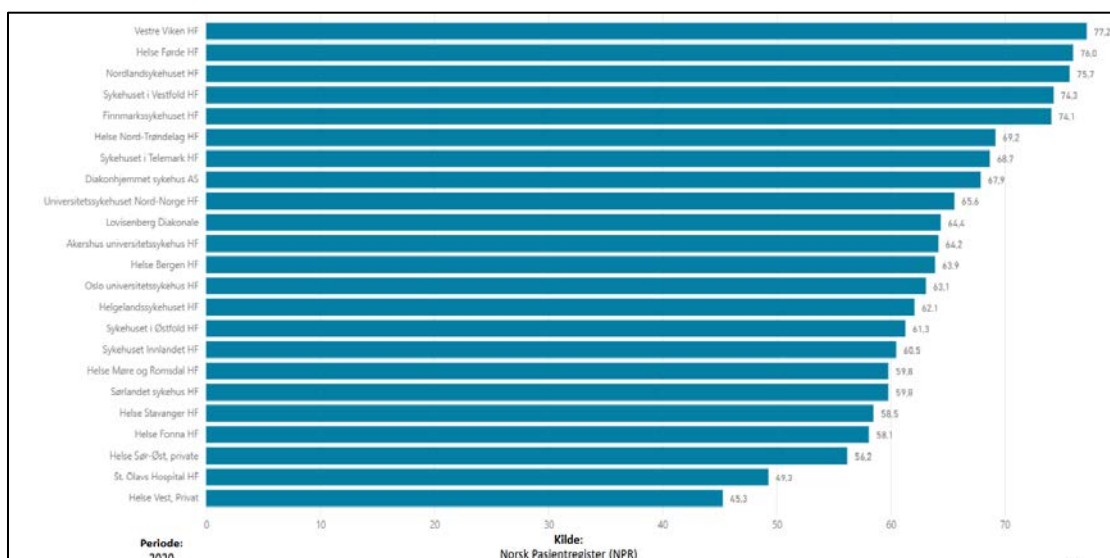
I 2020 er andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 24 timer på 63 prosent. Andelen burde være høyere og skyldes kapasitet for øyeblikkelig hjelp operasjoner og organisering av operasjonsprogrammet. De somatiske klinikkene vil følges opp på dette området.



Figur 3, Andel pasienter over 65 år med hoftebrudd som blir operert innen 24 timer etter innleggelse ved behov for øyeblikkelig hjelp

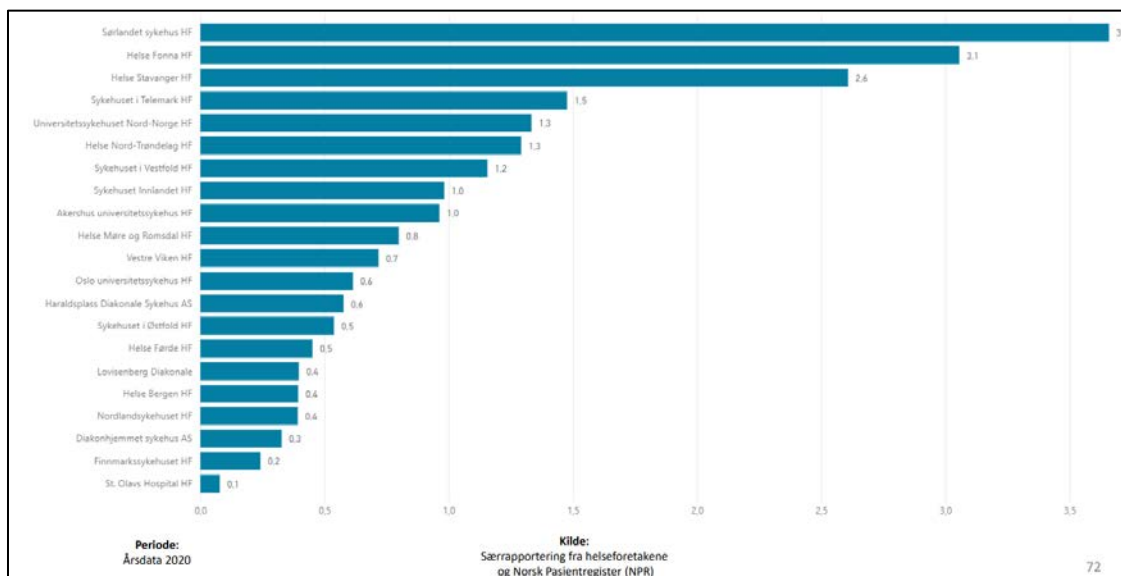
Generelt sett er organisering av operasjonsprogrammet bra i Vestre Viken som har en relativ lav andel pasienter (4,5 prosent) som ble strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet sammenlignet med andre helseforetak.

Når det gjelder andel epikriser som er skrevet og utsendt innen en dag etter utskrivningsdato fra somatisk helsetjeneste, ligger Vestre Viken godt an i sammenligning med andre helseforetak med en andel på 77 prosent. Dermed når Vestre Viken målet som er satt til 70 prosent.



Figur 4, Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 1 dag etter utskrivningsdato fra somatisk helsetjeneste

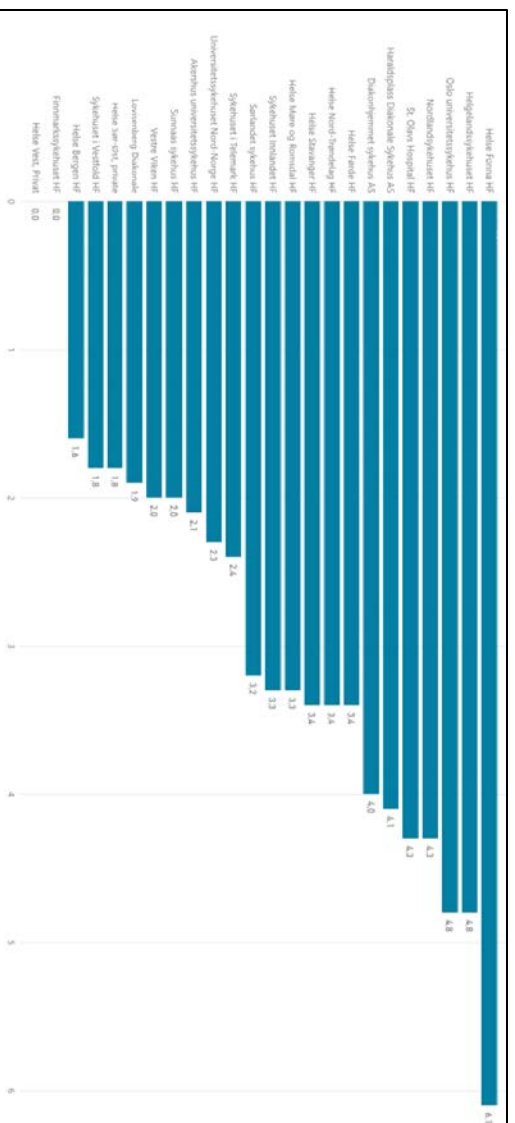
I tidligere år har Vestre Viken hatt en relativ høy andel med korridorpasienter. Andelen har blitt betydelig redusert og var 0,7 prosent i 2020. Dette skyldes både effekter av pandemien, og også et systematisk arbeid for å redusere andel korridorpasienter, spesielt på Ringerike sykehus og Drammen sykehus.



Figur 5, Andel pasienter som kl. 07 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.

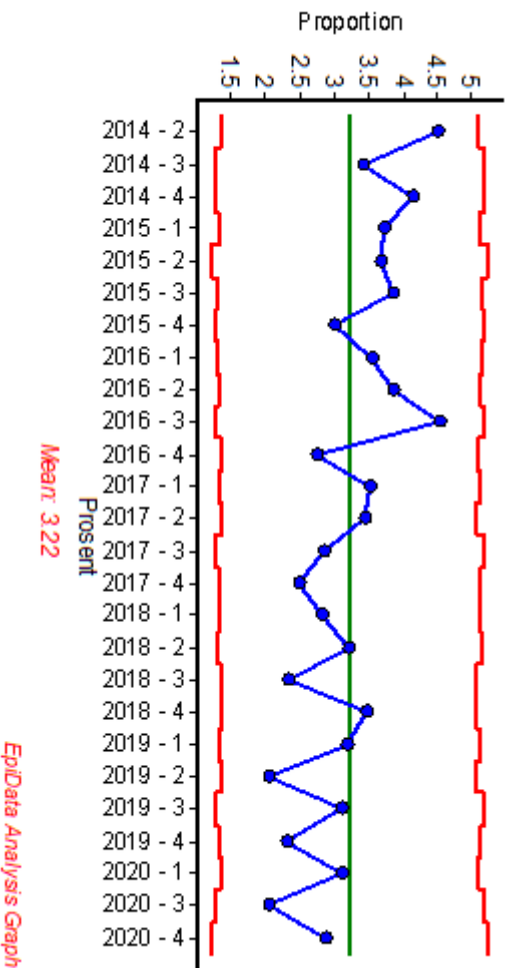
Når det gjelder behandling av pasienter med type 1 diabetes som har et velregulert blodsukker-nivå, ligger Vestre Viken blant de beste helseforetakene når det gjelder voksne pasienter.

Forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus (HAI) er samlet sett lav i Vestre Viken. To prosent av alle pasienter innlagt på sykehusene i Vestre Viken fikk en infeksjon, mens de var innlagt i Vestre Viken.



Figur 6, *Andel helsejenesesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus på målingstidspunktet (mai 2020). De 4 hyppigst forekommende typer helsejenesesteassosierte infeksjoner er inkludert og omfatter: urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, infeksjon i operasjonsområdet, og septicemi (blodforgiftning). Kun infeksjoner oppstått i eget sykehus er inkludert. Kilde: Norsk overvåknings-system for antibiotikabruk og helsejenesesteassosierte infeksjoner (NOIS), Folkehelseinstituttet.*

Tall fra avdelingen for smittevern omfatter både infeksjoner oppstått i Vestre Viken, men også infeksjoner hos pasienter som er innliggende i Vestre Viken, men hvor infeksjonen har oppstått utenfor Vestre Viken. Forekomsten (prevalensen) i Vestre Viken ligger relativt lavt (under 3 prosent) sammenlignet med Helse Sør-Øst (3,5 prosent i andre kvartal 2020) og nasjonalt nivå (3,5 prosent i andre kvartal 2020).

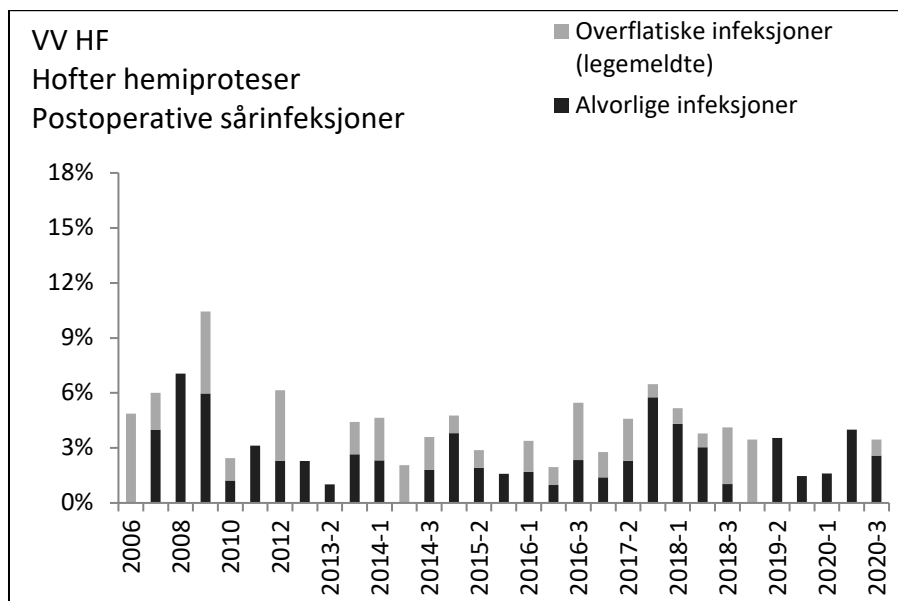


Figur 7, *Forekomst av sykehusinfeksjoner i Vestre Viken*

Innad i Vestre Viken viser registreringene fra avdelingen for smittevern at Ringerike sykehus har hatt en høyere forekomst av sykehusinfeksjoner i 2020, spesielt for urinveisinfeksjoner. Derfor skal det nå settes i gang et forbedringsarbeid på Ringerike sykehus.

Tall fra Helsedirektoratet (nasjonale kvalitetsindikatorer) viser at Vestre Viken i andre tertial 2020 har hatt en relativt høy forekomst av postoperative infeksjoner etter innsetning av hemiprotese (hoftebrudd) med en andel på fire prosent. Tallene fra avdeling for smittevern viser at andel postoperative operasjoner varierer over tid, men at forekomsten har vært noe høyere i

andre og tredje tertial 2020 sammenlignet med tidligere. Bærum sykehus har ligget noe høyere enn de andre tre sykehusene i Vestre Viken, og klinikkene følges opp på dette område.

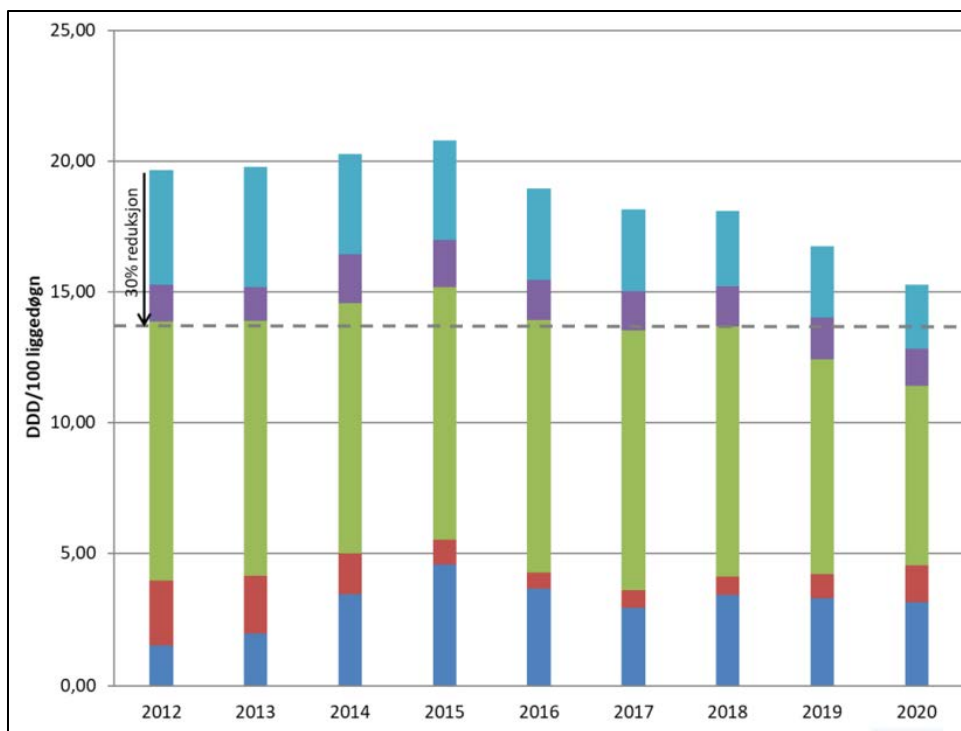


Figur 8, Andel postoperative sårinfeksjoner etter implementering av hemiprotese grunnet hoftebrudd.

I motsetning til forekomsten av infeksjoner etter innsetning hemiprotoser (deler av hoftedeled blir erstattet med protese grunnet hoftebrudd) er forekomsten av infeksjoner etter innsetning av totalprotoser (hele hoftedeled blir erstattet med protese grunnet slitasje) lav i Vestre Viken sammenlignet med mange andre helseforetak. Det er naturlig at infeksjonsraten for hemiprotoser er høyere, fordi disse operasjoner utføres som øyeblikkelig hjelp, mens totalprotoser opereres planlagt, og pasienten kan forberedes grundigere til operasjon.

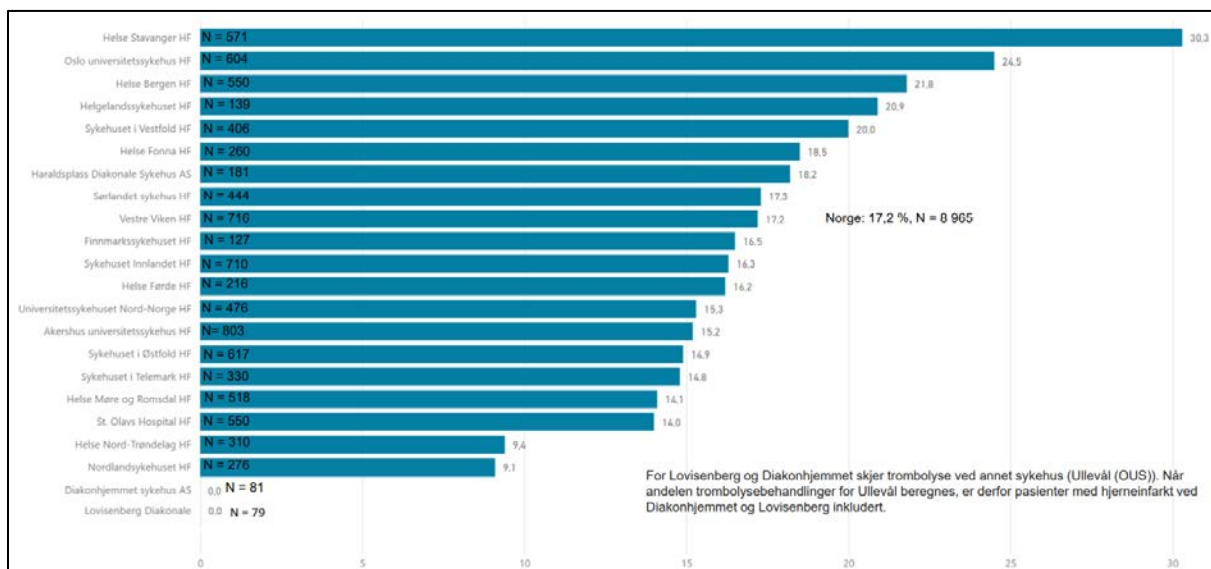
Forekomsten av alvorlige infeksjoner etter keisersnitt og etter fjerning av galleblære er forholdsvis lav i Vestre Viken sammenlignet med andre helseforetak. Det er et resultat av gjennomførte forbedringsarbeider.

Når det gjelder forbruket av bredspektrede antibiotika, har Vestre Viken redusert forbruket betydelig de siste årene. Det er satt et nasjonalt mål om å redusere forbruket av bredspektrede antibiotika med 30 prosent fra 2012-nivå. Vestre Viken har oppnådd en reduksjon på 22 prosent. Det er etablert et antibiotikastyringsprogram i Vestre Viken, og alle somatiske sykehus har antibiotikateam. Drammen sykehus og Ringerike sykehus har hatt en mindre reduksjon i forbruket av bredspektrede antibiotika og intensivere nå dette arbeidet.



Figur 9, Bruk av bredspektrede antibiotika i Vestre Viken. Kilde: Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk.

Pasienter med mistanke om blodpropp i hjernen fikk i 2020 i 17 prosent av alle tilfellene behandling med trombolyse (medikament som løser opp blodproppen). Dette er på nivå med snittet nasjonalt. Målet er 20 prosent, og det gjelder å velge de riktige pasienter til denne type behandling.



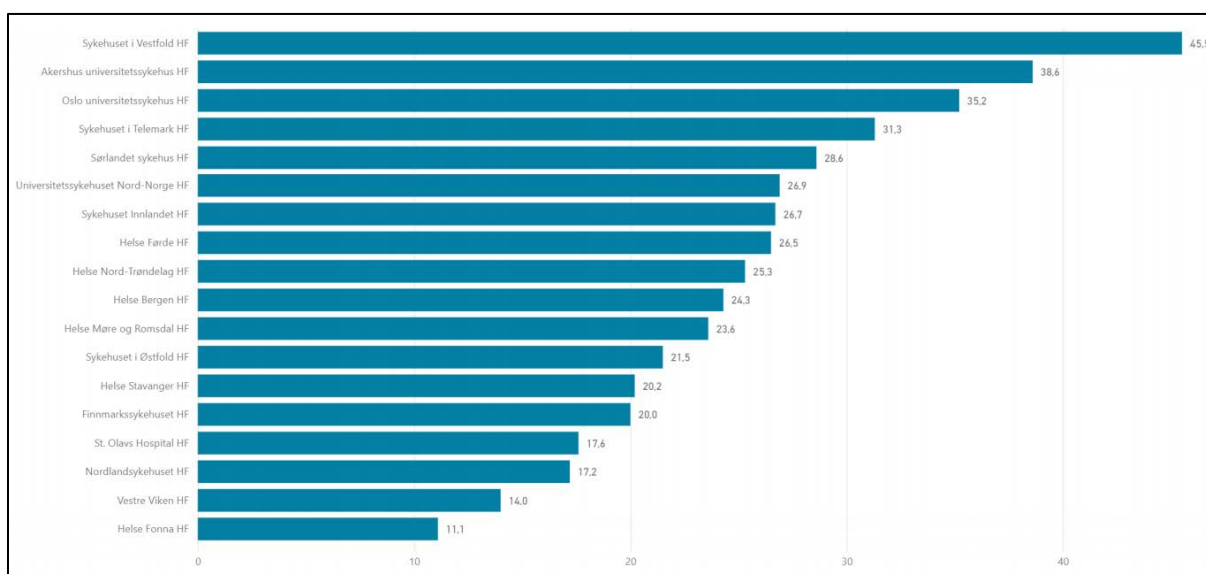
Figur 10: Andel pasienter (18 år og eldre) med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse. Periode 2020. Kilde Norsk Pasientregister (NPR).

Andel pasienter behandlet med trombolyse innen 40 min fra ankomst sykehus skal være over 60 prosent. Sykehusene i Vestre Viken ligger noe under dette målet. Det er startet forbedringsarbeid på dette området for å oppnå målet 1. januar 2021.



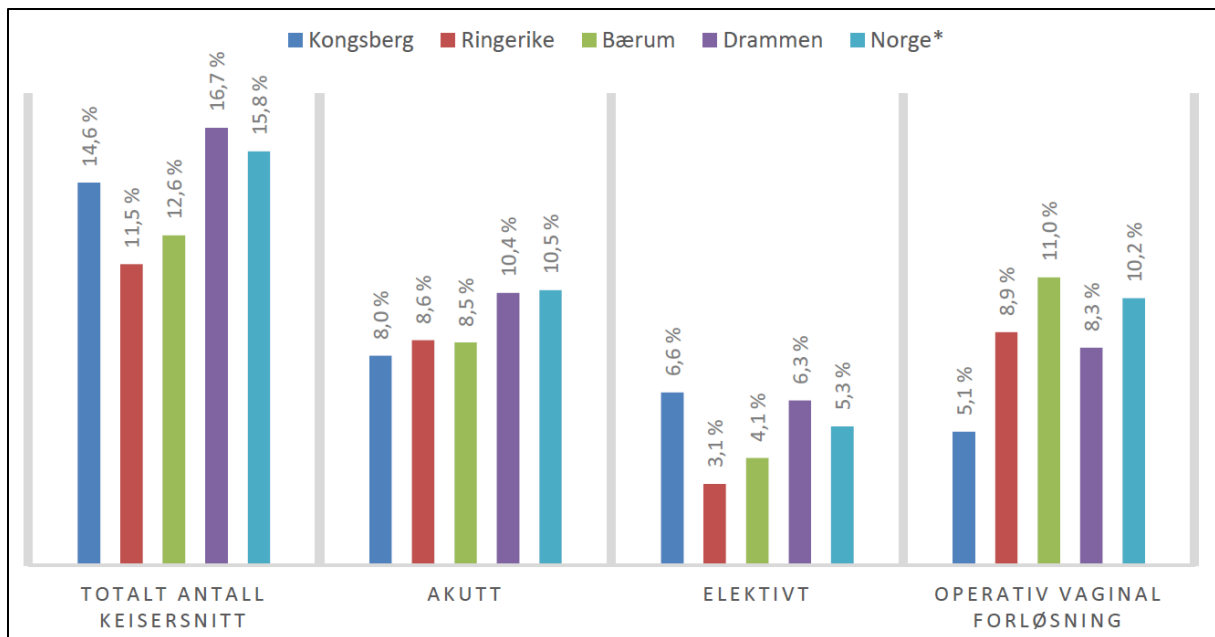
Figur 11, Andel pasienter som får trombolysebehandling innen 40 minutter fra ankomst sykehus (venstre Bærum sykehus, høyre Drammen sykehus). Det finnes ikke grafer for Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus, fordi antall pasienter som behandles med trombolyse totalt er gå grunnet mindre opptaksområde. Kilde: Hjerneslagregister.

Andel pasienter som behandles med hjemmedialyse (peritonealdialyse) skal være minst 30 prosent. Vestre Viken har i en lang periode ligget lavt på dette område. Derfor er det igangsatt ett prosjekt som skal øke andelen til 30 prosent innen juni 2022. Mens bare Drammen sykehus tidligere har hatt et tilbud innen hjemmedialyse, utvides dette tilbudet nå til alle somatiske sykehus. Flere pasienter som tilhører Ringerike sykehus har nå startet med hjemmedialyse, og utviklingen er positiv. Bærum sykehus starter med hjemmedialyse 1. januar 2021.



Figur 12, Andel pasienter som får hjemmedialyse. Periode 3. tertial 2020. Kilde: Norsk nyreregister.

Vestre Viken har en perinataalkomiteé som analyserer fødevirksomheten i Vestre Viken og som består av medlemmer fra alle somatiske klinikker (kvinneklinnikk Drammen sykehus og fødeavdelinger Bærum sykehus, Ringerike sykehus, Kongsberg sykehus). Rapporten fra 2020 viser at det totale antallet fødsler i Vestre Viken har vært stabilt rundt 4400 fødsler per år (4335 fødsler i 2020). Andel keisersnitt og operative vaginale forløsninger i forhold til antall fødsler totalt ligger lavere enn nasjonalt snitt på de tre fødeavdelingene. Kongsberg sykehus som i tidligere år har hatt en høyere andel keisersnitt og operative vaginale forløsninger, har hatt en positiv utvikling i 2020. Det er naturlig at andelen i kvinneklinikken er noe høyere, fordi risikosvangerskap og risikofødsler foregår i stor grad på kvinneklinikken på Drammen sykehus.

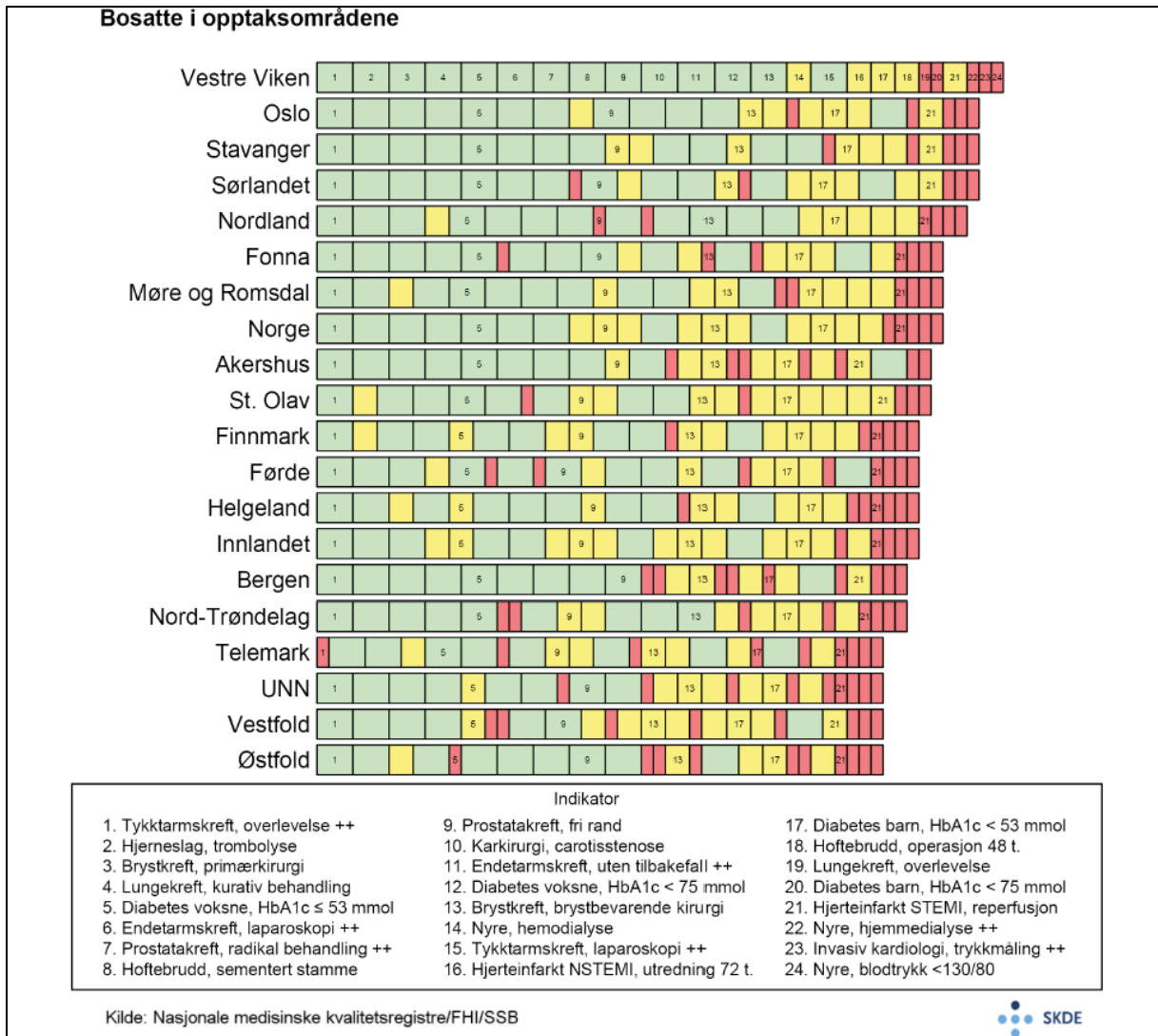


Figur 13: Andel keisersnitt og operativ vaginal forløsninger (i % av alle fødsler). Kilde: Medisinsk Fødselsregister. *Tall fra Norge er hentet fra SSB.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har nylig utgitt «Helseatlas for kvalitet». Helseatlasen er en beskrivelse av kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester for årene 2017-2019. Helseatlasen gir en oversikt over samlet kvalitet i helseforetakenes opptaksområder, og vurderer hvor stor andel av pasienter får anbefalt behandling eller får ønsket behandlingsresultat.

Sammenlignet med andre opptaksområder for helseforetak har Vestre Viken flest områder med høy måloppnåelse og færrest områder med lav måloppnåelse. Områder med lavmåloppnåelse er overlevelse ved lungekreft, andel barn med diabetes som har dårlig regulert blodsukker (her ligger Vestre Viken omtrent på landsgjennomsnittet, men lavere enn f.eks. Vestfold), andel pasienter i hjemmedialyse og andel nyretransplanterte pasienter med blodtrykk under 130/80 mmHg (her ligger Vestre Viken omtrent på landsgjennomsnittet, men lavere enn f.eks. Østfold).

Vi har ikke identifisert en klar årsak for lavere overlevelse av pasienter med lungekreft og følger opp her (blant annet med forbedringsarbeid innen pakkeforløp lungekreft). Tiltak for å øke andel pasienter med hjemmedialyse er beskrevet lengre opp i denne saken.



Figur 14: Samlet kvalitet i fagområdene som beskrives i Helseatlas. Kilde SKDE.

Alle klinikker har definert kvalitetsmål etter prinsippet «klinikken eier sin egen kvalitet». Kvalitetsmål følger SMART-metodikken (dvs. målene skal være spesifikke, målbare, ambisiøse, realistiske og tidfestet), er avtalt i driftsavtalene mellom administrerende direktør og klinikkdirektørene og følges regelmessig.

Registrering og analyse av utilsiktede hendelser

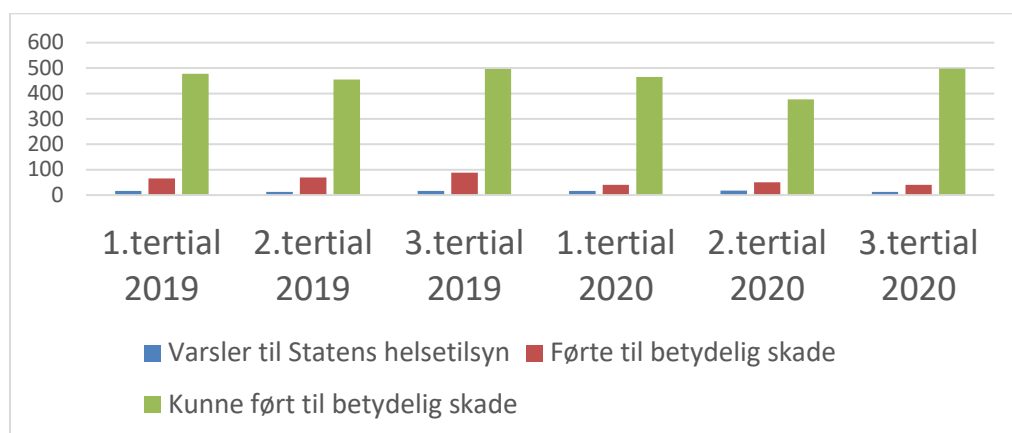
Ansatte registrerer utilsiktede hendelser i Vestre Vikens avvikssystem «Synergi». Antall utilsiktede hendelser som kunne ha ført til betydelig skade har ligget stabilt i rundt 400 hendelser per tertial, og antall utilsiktede hendelser som har ført til betydelig skade har ligget lavere i 2020 sammenlignet med 2019 (rundt 50 hendelser per tertial).

I 1. tertial 2021 er det meldt 58 hendelser som førte til betydelig skade og i 23 av disse hendelsene er det sendt varsler til Statens Helsetilsyn. Fem av disse hendelsene følges opp tilsynsmessig av Statsforvalteren.

Selv mord og hendelser hvor pasienten har dødd under uklare omstendigheter står for de fleste hendelser som er meldt til Statsforvalteren. Det er arbeidet systematisk med selvmordsforebygging gjennom flere år bl.a. som ledd i pasientsikkerhetsprogrammet, men selvmord innen psykisk helsevern er stadig en utfordring. Regjeringens har nylig lagt frem en handlingsplan for forebygging av selvmord for perioden 2021-2025, og klinikk for psykisk helsevern og rus følger denne handlingsplanen.

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.

Det er etablert et «team pasientsikkerhet» som består av medarbeidere innen stabsområdene medisin og helsefag og kompetanse (HMS). Oppgaven til «team pasientsikkerhet» er fremover å utvikle innsatsen til en proaktiv analyse, prediksjon og risikokartlegging, fremfor rapportering og opptelling av historiske data. Videre skal «team pasientsikkerhet» utforske og benytte flere datakilder for kvalitet og pasientsikkerhet som f.eks. kvalitetsindikatorer, tilsynssaker fra Statens Helsetilsyn og Statsforvalteren, funn fra internrevisjoner, saker fra Norsk Pasientskadeerstatning, rapporter fra UKOM, samt tilbakemeldinger fra pasienter og brukere. I enkelttilfeller utfører eller bistår «team pasientsikkerhet» ved hendelsesanalyser hvor en utilsiktet hendelse blir gjennomgått i detalj, og hvor involvert parter blir intervjuet. 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 om å bruke hendelsene til å lære på tvers av klinikker og fagområder. Helseforetaket har nå etablert en ny funksjon i avvikssystemet «Synergi» som heter læringsnotater. Ut fra en aktuell avviksmelding vil «team pasientsikkerhet» utarbeide anonymiserte læringsnotater som både distribueres internt, og som også kan deles utenfor Vestre Viken.

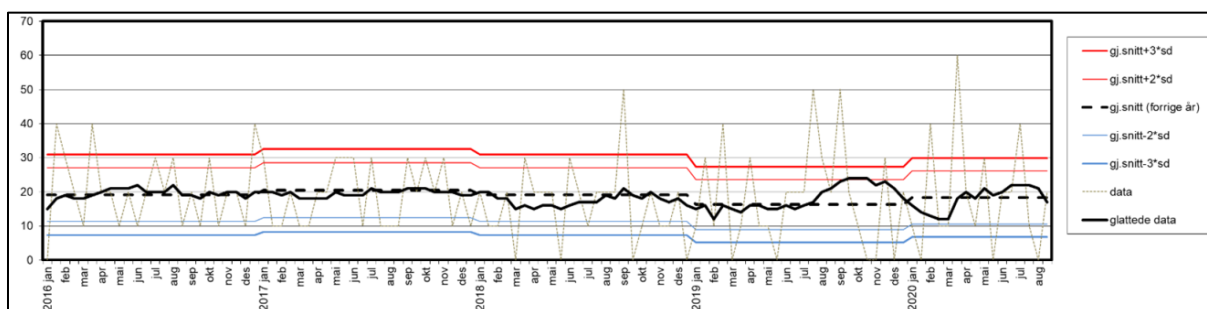


Figur 15: Utilsiktede hendelser registrert i Vestre Vikens avvikssystem Synergi

Vestre Viken gjennomfører regelmessig strukturerte journalundersøkelser ut fra et stikkprøveutvalg. Metoden som benyttes heter «Global trigger tool (GTT)» og er systematisk gjennomgang av journaldokumenter med identifisering av triggerord (som f.eks. infeksjon, komplikasjon, mm.) for å finne pasientskader.

Vestre Viken har ligget på et stabilt nivå og i underkant av 20 prosent av alle journaler som gjennomgått ble det funnet tegn til pasientskade. I 2020 var andelen med pasientskader på 17 prosent (41 pasienter, 240 journaler gransket). De fleste av disse skadene er i kategoriene «forbigående skade som kun fordret tiltak for å unngå plager for pasienten» (10 tilfeller) og «forbigående skade som medførte midlertidig mén eller forlenget sykehusopphold (29 tilfeller). GTT brukes som datakilde for «team pasientsikkerhet».

De hyppigste skader som ble identifisert er skader relatert til legemidler. «Team pasientsikkerhet» har igangsatt et samarbeid med Vestre Vikens legemiddelkomite for å finne tiltak.



Figur 16: Andel journaler hvor det er funnet pasientskade med metoden global trigger tools /GTT). Kilde: Helsedirektoratet.

«Team Pasientsikkerhet» skal gi råd og holde administrerende direktør og foretaksledelsen orientert om saker eller risikoområder som omhandler pasientsikkerhet og HMS. Formålet er å ha en systematisk gjennomgang av alvorlige utilsiktede hendelser, påse at læringseffekten forankres i helseforetaket og fører til nødvendig forbedring.

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere tiltak som viser seg å være effektive. Kvalitetsforbedring handler om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester.

Vestre Viken har etablert et program innen Kontinuerlig forbedring og «team kontinuerlig forbedring» som har to hovedmål;

- Kontinuerlig forbedring er en del av vår kultur og arbeidsform
- Vestre Viken skal bli et ledende helseforetak innen pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

«Team kontinuerlig forbedring» skal sørge for at foretaket bygger forbedringskompetanse og etablerer robuste strukturer for kontinuerlig forbedring. Forbedringsmodellen (System of Profound Knowledge) er valgt som metodikk i alt forbedringsarbeid. Den er tilpasset helsevesenet og kan brukes til å forbedre både tjenester, produkter, systemer og arbeidsprosesser i både små og store forbedringsarbeid/prosjekter.

Modellen benytter statistiske metoder og fremmer teamarbeid og læring. Kombinasjon av fagkunnskap med forbedringskunnskap hos de som er nærmest pasienten hjelper til å identifisere gode forbedringsideer og teste dem i praksis.

«Team kontinuerlig forbedring» er organisert i stabsområde medisin og helsefag.

En av hovedoppgavene til «team kontinuerlig forbedring» er å utdanne forbedringsagenter og forbedringsveiledere for å bygge opp en robust gruppe med ansatte som har kunnskap i forbedringsmodellen, og som bidrar til å spre og bygge forbedringskompetanse videre i organisasjonen. I tillegg etableres det et opplæringsprogram i forbedringskunnskap-/metodikk som er klart høst 2021. Det består av moduler med digital undervisning. På den måten spres kunnskapen raskere samt at det etableres en god struktur. Disse modulene er beregnet på leger i spesialisering, ledere, tillitsvalgte og verneombud.

Det er nå ca. 130 pågående forbedringsarbeider i regi av programmet. Det er utdannet 171 forbedringsagenter, 41 forbedringsveiledere og 6 forbedringseksperter. Nesten 2500 ansatte har tatt e-læringskurs i kontinuerlig forbedring.

Det er etablert flere arenaer for kontinuerlig forbedringsarbeid:

- Forbedringstavlemøter – Bruk av grønt kors
- Pasientsikkerhetsuke med pasientsikkerhetsvisitter, undervisningsopplegg og posterpris. Tema for pasientsikkerhetsuke i 2020 var «Verdien av møte mellom mennesker», og tema for pasientsikkerhetsuke 2021 er «Helhet og sammenheng» (samarbeid med primærhelsetjenesten)
- Forbedringspris
- «Snakk om forbedring» (verktøy som gir ledere og medarbeidere en felles forståelse og et bilde av pasientsikkerheten på arbeidsplassen)
- Etablering av forbedringspoliklinikk (planlagt)

Administrerende direktørs vurderinger

Gjennom driftsavtalene er kvalitetsindikatorne en del av virksomhetsstyringen i Vestre Viken, og disse skal brukes aktivt i forbedringsarbeidet. Rapporteringen på utvalgte kvalitetsindikatorer følger den ordinære resultatrapporteringen tertialvis. Hver klinikk har definert minst tre indikatorer som skal følges særskilt opp gjennom oppfølgingsmøter.

Kvalitetsindikatorne som er presentert her, viser at Vestre Viken HF innenfor de fleste områder ligger på gjennomsnittet eller bedre, men at det også er områder der det er behov for ekstra oppmerksomhet og målrettede tiltak. Pakkeforløpene innenfor kreft og innenfor psykisk helse og rus følges opp særskilt.

Vestre Viken HF har som ambisjon om å ligge blant de beste sykehusene i Norge, og har en nullvisjon for alvorlige utilsiktede hendelser og dødsfall. Team kontinuerlig forbedring og team pasientsikkerhet skal bidra til å forbedre kvaliteten i Vestre Viken og styrke pasientsikkerheten.

Administrerende direktør anbefaler at styret i Vestre Viken HF tar arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til orientering.

Dato: 14. juni 2021
Saksbehandler: Kirsten
Hørthe/Halvdan
Aass

Saksfremlegg

Revisjon av bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Vestre Viken – Konsernrevisjonens rapport 12/2020

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	59/2021	21.06.21

Forslag til vedtak

1. Styret tar revisjonsrapporten om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern og handlingsplan med forbedringstiltak etterretning.
2. Styret tar til etterretning at gjennomføring av handlingsplanen og utviklingen i bruk av tvangsmidler rapporteres i tertialrapporteringene.

Sted, 14. juni 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Det har gjennom en årrekke vært en målsetting å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern. Det har som ledd i dette vært gitt oppdrag om reduksjon i oppdragsdokumentet de siste årene. Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern inngår i tertialrapporteringen til styret. I 2019 utarbeidet Helse Sør-Øst rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern* som foretakene er gitt i oppdrag å følge opp.

Konsernrevisjonen har gjennomført revisjon av bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2 deler. Del 1 er en spørreundersøkelse til alle 118 enheter i helseforetakene i HSØ som er godkjent for bruk av tvang. Rapporten gir en oversikt over hvordan situasjonen er samlet i HSØ. I del 2 er tre helseforetak revidert høsten 2020, herunder Vestre Viken. Denne saken omhandler derfor revisjonen i foretaket. Begge rapportene er vedlagt.

Saksutredning

Bruk av tvang overfor pasienter i psykisk helsevern er et unntak fra grunnprinsippet om at undersøkelse og behandling skal være frivillig. Pasientenes medbestemmelse og autonomi er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven. Likevel er det i en del situasjoner nødvendig å bruke tvang. Målet er å benytte dette i så liten grad som mulig. Regelverket rundt bruk av tvang er omfattende, og vedtak blir fulgt opp av egne kontrollkommisjoner.

Konsernrevisjonens revisjon av bruk av tvang

Målet for revisjonen var å undersøke om bruk av tvangsmidler i Vestre Viken er i tråd med overordnede styringsinstruksjoner, og om anbefalte tiltak i HSØ sin rapport *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern* er innført. Det ble definert følgende problemstillinger:

- Har Vestre Viken etablert tilstrekkelig styring og kontroll for bruk av tvangsmidler?
- Har foretaket innført anbefalte tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler?

I Vestre Viken er 15 enheter i Klinikk for psykisk helse og rus godkjente for bruk av tvangsmidler, 12 ved psykiatrisk avdeling og 3 ved BUPA. Det er to kontrollkommisjoner for Blakstad.

Revisjonen omfattet tre seksjoner ved psykiatrisk avdeling, Blakstad.

I psykisk helsevernloven (§ 8-4) defineres tvangsmidler som:

- Mekaniske midler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt forebyggende spesialklær
- Kortvarig anbringelse bak låst dør uten personale til stede
- Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt
- Kortvarig fastholding

Funn ved revisjonen

Konsernrevisjonen konkluderer med at det er etablert et system for virksomhetsstyring som fremstår som godt forankret. Arbeidet med å redusere bruk 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 aggresjons- og voldsproblematikk, gitt økt grad av faglig bevissthet i tilnærming til situasjoner som kan utløse tvangsmiddelbruk.

Revisjonen viser samtidig at ikke alle tiltakene som er anbefalt er fullt ut implementert, og at arbeidet med å redusere bruk av tvang bør forsterkes. Dette begrunnes med følgende forhold:

- Oppfølging og rapportering i bruk av tvangsmidler er godt forankret gjennom styringslinjen
- Manglende involvering av pasientene i forebygging av utagerende og voldelig atferd
- Manglende aktiv bruk av behandlingsplan gjennom behandlingsforløpet
- Behov for en mer ensartet behandlingspraksis

Konsernrevisjonens anbefalinger for videre forbedringsarbeid er følgende:

- Øke pasientenes involvering og delaktighet i vurderingen av egen situasjon og aktuelt behandlingsbehov
- Innføre bedre oversikt over det helhetlige behandlingstilbudet ved aktiv bruk av behandlingsplan
- Legge til rette for en ensartet registrering av tvangsmiddelvedtak

Klinikk for psykisk helse og rus sin oppfølging av konsernrevisjonens rapport

Klinikk for psykisk helse og rus har arbeidet systematisk med å redusere bruk av tvang, slik konsernrevisjonen anfører. Det er imidlertid et utfordrende arbeid som må gis oppmerksomhet kontinuerlig. Rapporten er en god hjelp til videre forbedringsarbeid. Det er utarbeidet en handlingsplan på bakgrunn av rapporten. Følgende hovedtiltak er gjennomført eller under gjennomføring:

- GAP-analyse gjennomført ved alle seksjoner på Blakstad etter rapporten fra konsernrevisjonen.
- Seksjonene har iverksatt «ansvarshavende» - opplæring av sykepleiere/vernepleiere/ LIS i skriving av vedtak.
- Det har vært en betydelig økning i tilbud om ettersamtaler til pasient.

Et hovedtiltak er opplæring i møte med aggregasjonsproblematikk (MAP). Her er følgende tiltak gjennomført:

- Bruk av nasjonalt program for forebygging av vold og trusler (og tvang). Programmet er anbefalt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23
- MAP-metodikken er forankret, ca. 300 medarbeidere er kurset, Blakstad har utarbeidet flere verktøy som anbefales nasjonalt (bl.a. MAP-samarbeidsdialog, MAP-refleksjon)

Øvrige tiltak som skal gjennomføres:

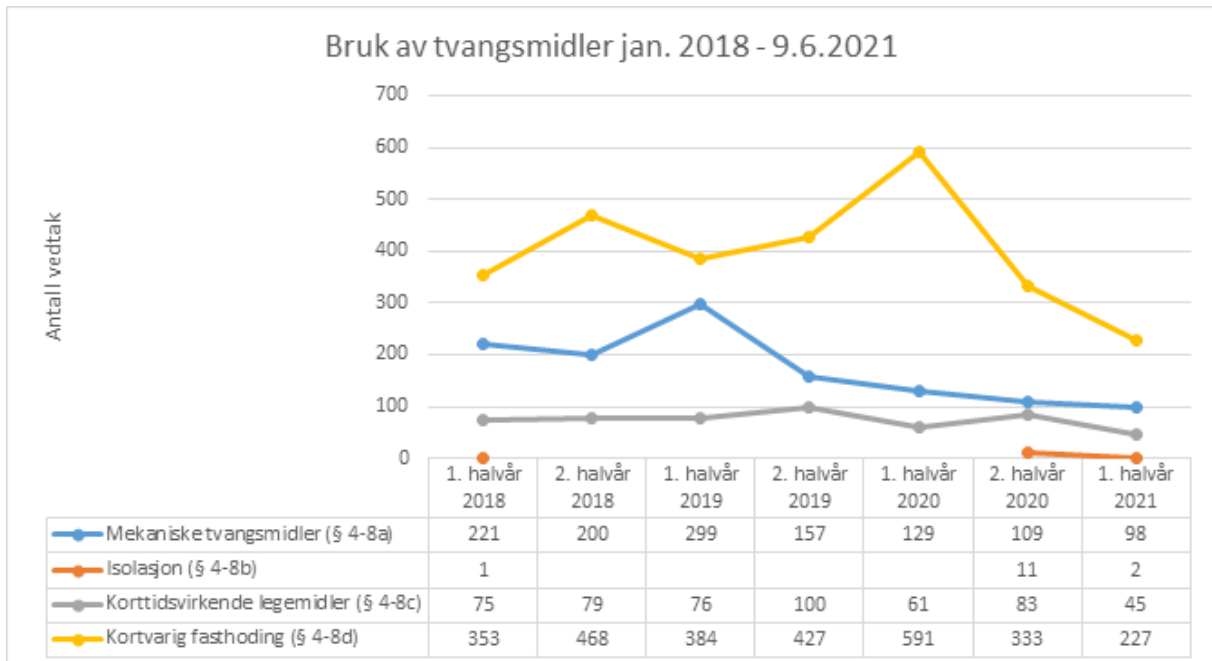
- MAP opplæring av sykehusledelse, faglinje og stab
- Systematisk ledelsesgjennomgang med medarbeidere etter tvangsmiddelbruk (MAP-refleksjon)
- Systematisk voldsrisikovurdering og oppfølging
 - MAP-samarbeidsdialog med pasienter, risikohåndteringsplan m.m.
- Fortsatt oppfølging av ettersamtaler med pasient
- Starte opp med regelmessige (ukentlige/månedlige) simuleringstrening (SIM-trening) i seksjonene etter pandemien, lage aktuelle scenarier
- Digitalisering av tvangsmiddelprotokoll
- Revisjoner innenfor utvalgte områder

Det vises for øvrig til vedlagte handlingsplan. Revisjonen har omfattet Blakstad, men anbefalingene blir benyttet i forbedringsarbeidet ved alle seksjoner i klinikken som benytter tvang.

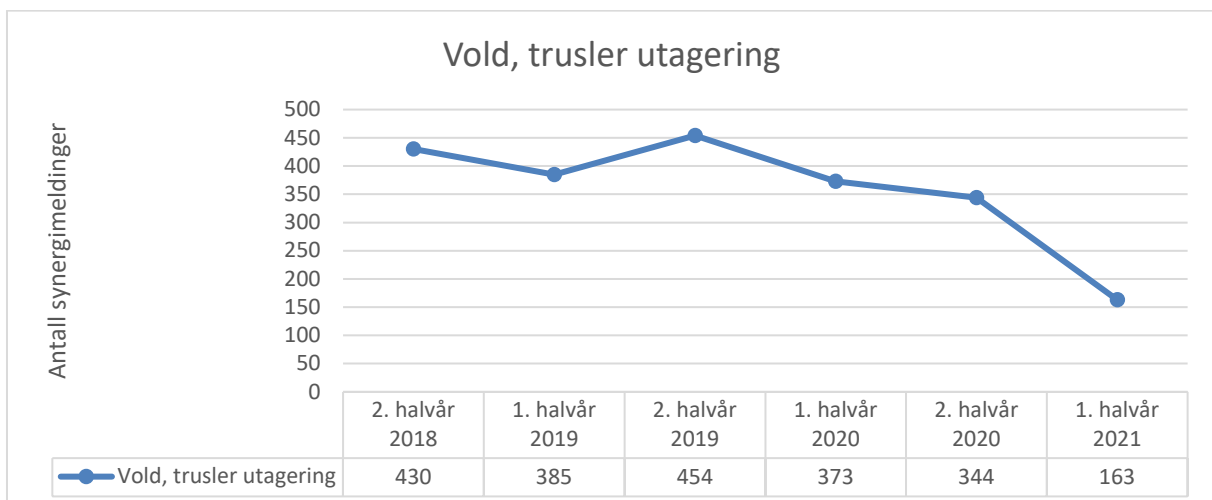
Status for bruk av tvangsmidler

Bruk av tvangsmidler har variert noe. Figurene nedenfor viser utviklingen ved psykiatrisk avdeling, Blakstad, for bruk av de ulike tvangsmidlene og for avviksmeldinger knyttet til vold/trusler og utagering. Det fremgår at isolasjon benyttet i svært liten grad. Hyppigste

tvangsmiddel er kortvarig fastholding. Det var en betydelig økning i bruk av dette i 1. halvår 2020 uten at det kan påpekes noen klar årsak til dette. Bruken har gått betydelig ned i forhold til denne toppen, men utviklingen må følges over lengre tid før en kan konkludere med noen varig endring. For mekaniske tvangsmidler har det imidlertid vært en reduksjon over tid. Det har også vært en klar reduksjon i avviksmeldinger knyttet til vold, trusler og utagering, særlig i 2021, selv om ikke hele 1. halvår er gått ennå. Det er således noen tegn som tyder på at utviklingen går i riktig retning.



Vær oppmerksom på at 1. halvår 2021 ikke omfatter hele halvåret, men fram til 9.6.2021.



Vær oppmerksom på at 1. halvår 2021 ikke omfatter hele halvåret, men fram til 9.6.2021.

Administrerende direktørs vurderinger

Det er et klart mål for foretaket å benytte tvang kun når det er strengt nødvendig for behandlingen. Selv om det har vært arbeidet systematisk med dette over lengre tid, er det fortsatt viktig å ha betydelig oppmerksomhet rettet mot dette arbeidet. Adm. direktør er tilfreds med at konsernrevisjonen har funnet at oppfølging og rapportering om bruk av tvangsmidler er godt forankret gjennom styringslinjen. Revisjonen har imidlertid anbefalt flere

forbedringstiltak. Adm. direktør vurderer at handlingsplanen som klinikken har utarbeidet på bakgrunn av anbefalingene, svarer opp disse på en god måte.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar konsernrevisjonens rapport og handlingsplanen for å følge opp anbefalingene til etterretning. Oppfølging av tiltakene og utviklingen i bruk av tvangsmidler vil bli rapportert i tertialrapporteringene.

Vedlegg:

1. Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern – del 2 – Konsernrevisjonen rapport 12/2020
2. Bruk av tvang i psykisk helsevern (delrapport 1) – Konsernrevisjonen rapport 1/2020
3. Handlingsplan for oppfølging av konsernrevisjonenes rapport

Konsernrevisjonen

Rapport 12/2020

Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern - del 2

Vestre Viken HF

18. februar 2021



Introduksjon

Bruk av tvang overfor pasienter i psykisk helsevern er et unntak fra grunnprinsippet om at undersøkelse og behandling skal være frivillig. Pasientens medbestemmelse og autonomi er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven. Regelverket rundt bruk av tvang er omfattende, og vedtak blir fulgt opp av egne kontrollkommisjoner.

Målet for revisjonen er å undersøke om bruk av tvangsmidler ved Vestre Viken HF (VV) er i tråd med overordnede styringsinstruksjer, og om anbefalte tiltak i Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) sin rapport *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern* er innført.

Det er definert følgende problemstillinger:

- Har Vestre Viken HF etablert tilstrekkelig styring og kontroll for bruk av tvangsmidler?
- Har Vestre Viken HF innført anbefalte tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler?

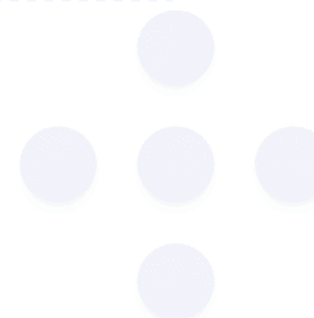
Revisjonen består av to deler. Del 1 av revisjonen omfattet en spørreundersøkelse blant alle enheter i Helse Sør-Øst (HSØ) som er godkjent for bruk av tvang. Undersøkelsen ble gjennomført i desember 2019. Rapport ble sendt alle helseforetak og sykehus mars 2020.

Del 2 av revisjonen er gjennomført ved VV i perioden september-november 2020.



Innhold

1. KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	4
1.1 GOD STYRING AV ARBEIDET MED REDUKSJON I BRUK AV TVANGSMIDLER – BEHOV FOR ØKT BRUKERMEDVIRKNING	4
1.2 ANBEFALINGER	6
2. KONTEKST	7
2.1 BRUK AV TVANGSMIDLER I PSYKISK HELSEVERN	7
2.2 MÅL OG KRAV	7
2.3 PROSJEKT REDUSERT BRUK AV TVANGSMIDLER INNEN PSYKISK HELSEVERN I HELSE SØR-ØST	8
2.4 FORSKRIFT OM LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN8	8
2.5 VESTRE VIKEN HF	9
3. TILNÆRMING	10
3.1 METODISK TILNÆRMING	10
3.2 OMFANG OG AVGRENSNING	10
3.3 REVISJONSGRUNNLAG	11
4. OBSERVASJONER OG VURDERINGER	12
4.1 LEDELSESOPPFØLGING	12
4.2 FOREBYGGING AV TVANGSMIDDELBRUK	14
4.3 GJENNOMFØRING OG REGISTRERING AV TVANGSMIDDELVEDTAK	18
4.4 OPPFØLGING ETTER BRUK AV TVANGSMIDLER	21
VEDLEGG 1	24
VEDLEGG 2	25



1. Konklusjon og anbefalinger

1.1 God styring av arbeidet med reduksjon i bruk av tvangsmidler – behov for økt brukermedvirkning

Helseforetakene er komplekse organisasjoner med en rekke mål og krav som kan være krevende å håndtere. Revisjonen belyser hvordan helseforetaket arbeider med å redusere bruken av tvangsmidler.

Revisjonen viser 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.

Revisjonen viser samtidig at ikke alle tiltakene er fullt implementert, og at arbeidet med å redusere bruk av tvangsmidler bør forsterkes. Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Oppfølging og rapportering i bruk av tvangsmidler er godt forankret gjennom styringslinjen
- Manglende involvering av pasientene i forebygging av utagerende og voldelig atferd
- Manglende aktiv bruk av behandlingsplan gjennom behandlingsforløpet
- Behov for en mer ensartet registreringspraksis

Oppfølging og rapportering i bruk av tvangsmidler er godt forankret gjennom styringslinjen

God kvalitet på helsetjenesten, herunder redusert bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern, er avhengig av at ledelsen planlegger og følger opp pasientbehandlingen.

Helseforetaket har lagt til rette med et system for virksomhetsstyring som kan bidra til å imøtekomme dette. Det er etablert et samlet målbilde hvor mål og krav om riktig og redusert bruk av tvangsmidler inngår. Disse er videre forankret i handlingsplaner på klinikk-, avdeling- og seksjonsnivå. Det er etablert overordnede tiltak for å støtte linjeledelsen i deres arbeid ved å frambringe styringsinformasjon for å monitorere bruken av tvangsmidler. Bruk av tvangsmidler inngår i den månedlige oppfølgingen i styringslinjen.

Manglende involvering av pasientene i forebygging av utagerende og voldelig atferd

Oppmerksomhet på reduksjon av voldsrisiko er en kjerneoppgave for ledere, behandlere og miljøpersonell. Formålet er å beskytte pasienten mot seg selv, beskytte medpasienter og personell for frykt og skade, og i tillegg beskytte samfunnet under og etter et behandlingsopphold.

Tidlig voldsrisikovurdering og inkludering av pasientens egenvurdering av hva som kan utløse utagerende atferd, er avgjørende for å kunne skille pasienter med lav og høy risiko for vold. Resultatet av en slik kartlegging vil kunne føre til at hensiktsmessige tiltak iverksettes.

For om lag halvparten av pasientene i vårt utvalg er det benyttet standardisert kartleggingsskjema. Manglende bruk av standardiserte kartleggingsskjema og begrunnelse av vurdering av voldsrisiko kan medføre at behandlere vurderer voldsrisiko ulikt, og dermed redusere iverksetting av relevante tiltak.

Vår gjennomgang viser at det ikke er dokumentert at det er gjennomført samtaler om vold med pasientene. Vektlegging av individuelle forhold kan ha avgjørende betydning ved forebygging av voldsrisiko. Når pasientens egenvurdering ikke inkluderes i voldsrisikovurderingen, kan det medføre at behandleren overser vesentlige forhold som burde inngå i den samlede vurderingen.

For å legge til rette for brukermedvirkning, læring og forebygging av bruk av tvangsmidler skal pasienter gis tilbud om ettersamtaler etter at tvangsmidler er benyttet. Gjennomgangen viser at det i liten grad er dokumentert om det er gitt tilbud om ettersamtaler i vårt utvalg. Bruk av ettersamtaler har som hensikt å finne ut hvordan pasienten opplevde tvangsbruken, vurdere hva som utløste situasjonen, samt hvordan lignende fremtidige episoder kan forebygges. Dette vil kunne gi økt innsikt i hvorfor situasjoner eskalerer, og således være et viktig bidrag i å redusere bruk av tvangsmidler.

Manglende aktiv bruk av behandlingsplan gjennom behandlingsforløpet

Alle pasienter skal ha en behandlingsplan som gir en samlet oversikt over planlagte tiltak med tidspunkt for evaluering gjennom pakkeforløpet.

Behandler og pasient bør i samarbeid utarbeide planen med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten. Resultater fra voldsrisikovurderingen skal fremgå i denne planen. Tilnærmet alle pasientene i vårt utvalg har fått opprettet behandlingsplan. Samtidig viser undersøkelsen at planene i liten grad evalueres. Der det er opprettet flere behandlingsplaner for samme

pasient er det lite sporbarhet på hva som er en videreføring av tiltak og hva som eventuelt er nytt.

Manglende aktiv anvendelse av behandlingsplanene reduserer muligheten for informasjonsutveksling mellom pasient og helsepersonell som er involvert i behandlingen. Ved at resultater av voldsrisikovurderingene ikke fremkommer i en samlet oversikt, medfører dette risiko for at iverksatte risikoreduserende tiltak ikke videreføres og følges opp ut fra det aktuelle risikobildet.

Å bruke behandlingsplan som et verktøy for planlegging og oppfølging av pasientforløpet vil også gi grunnlag for å kunne evaluere om behandlingen gir ønsket effekt, både underveis og ved avslutning av behandlingen.

Behov for en mer ensartet registreringspraksis

For å få god oversikt og styring av tvangsmiddelbruken er det viktig at registreringen foregår så likt som mulig. På den måten vil avdelingen i større grad oppnå representative og sammenlignbare data om bruk av tvangsmidler. Gjennomgangen viser at tvangsmiddelbruken registreres ulikt mellom seksjonene. Dette gjelder eksempelvis ved fastholding i forkant av en beltelegging, og der det er flere påfølgende kortvarige fastholdinger.

Det opplyses om at dette delvis skyldes at avdelingens to kontrollkommisjoner gir ulike tilbakemeldinger på hvordan seksjonene skal registrere vedtakene. Revisjonen har ikke omfattet kontrollkommisjonens arbeid. Generelt vil samstemmighet mellom kontrollkommisjonene kunne redusere variasjonen i hvordan vedtakene registreres.

1.2 Anbefalinger

Til støtte for videre forbedringsarbeid gis følgende anbefalinger:

- Øke pasientenes involvering og delaktighet i vurderingen av egen situasjon og aktuelt behandlingsbehov
- Innføre bedre oversikt over det helhetlige behandlingstilbudet ved aktiv bruk av behandlingsplan
- Legge til rette for en ensartet registrering av tvangsmiddelvedtak

2. Kontekst

2.1 Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern

I henhold til § 4-8 i Psykisk helsevernloven skal «tvangsmidler bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige».

Lovens § 4-8 definerer tvangsmidler som:

- Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt forebyggende spesialklær
- Kortvarig anbringelse bak låst dør uten personale tilstede
- Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt
- Kortvarig fastholding

Lovens § 1-4 gir hjemmel for at de som kan treffe vedtak, samt beslutte nærmere angitte tvangstiltak, skal være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning.

I Psykisk helsevernforskriften § 25 er det gjort unntak fra kravet om at faglig ansvarlig skal treffe vedtak om tvangsmidler. I akutte nødsituasjoner, hvor faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet, kan ansvarshavende ved avdelingen, eksempelvis lege, avdelingssykepleier eller psykolog, vedta bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding. Bruk av korttidsvirkende legemidler (§ 4-8 c) må vedtas av lege.

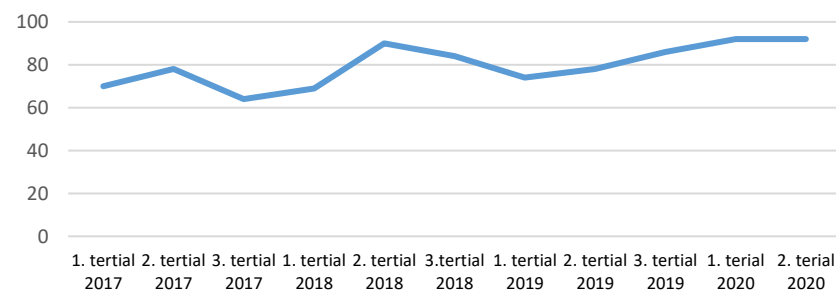
Lovens § 4-2 gir hjemmel for å etablere husordensregler i institusjoner i psykisk helsevern. Helsedirektoratets kommentarutgave av loven avgrensner hva det er anledning til regulere ved interne bestemmelser. Kontrollkommisjonene skal føre tilsyn med at husordensreglene er i overensstemmelse med forskriftens § 63.

2.2 Mål og krav

Det har gjennom flere år vært et mål om redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern. HSØ RHF har gjennom sine årlige oppdrag satt krav om harmonisering og reduksjon i bruk av alle former for tvang i psykisk helsevern.

I oppdragsdokumentet (OBD) for 2017 ble det gitt krav om å redusere antall pasienter i døgnbehandling per 1000 innbyggere, som har minst ett tvangsmiddelvedtak. I OBD for 2018 og 2019 var kravet at antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skulle reduseres. For 2019 er det i tillegg gitt mål om at helseforetakene skal innføre anbefalinger i rapport *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern*. I OBD for 2020 er det gitt mål om at antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i døgnbehandling i psykisk helsevern skal reduseres sammenlignet med 2019

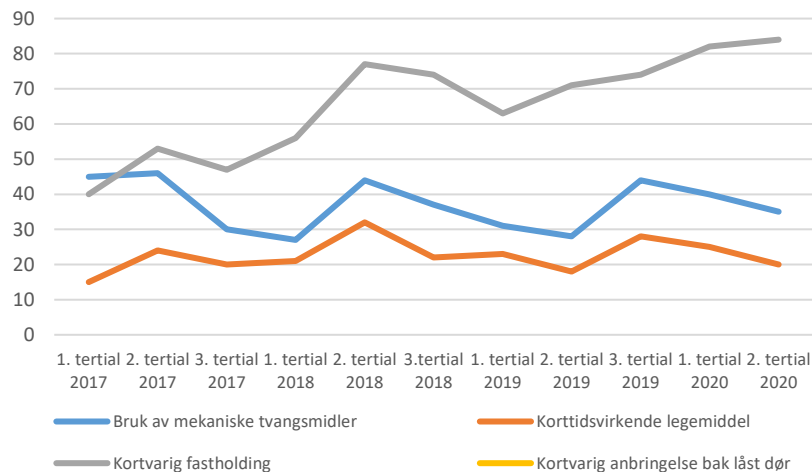
Figur 1 viser utvikling i antall pasienter i VV med minst ett tvangsmiddelvedtak i perioden fra 1. tertial 2017 til 2. tertial 2020.



Figur 1: Utvikling i antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak i perioden 1. tertial 2017 - 2. tertial 2020 i VV. Kilde: Helsedirektoratet.

Figur 1 viser at antallet pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak har variert i perioden, og at det samlet for perioden har vært en økning.

Figur 2 viser utviklingen i bruk av ulike typer tvangsmidler ved VV i perioden fra 1. tertial 2017 til 2. tertial 2020.



Figur 2: Utvikling antall pasienter med vedtak om bruk av ulike tvangsmidler i perioden 1. tertial 2017 til 2. tertial 2020 for VV. Kilde: Helsedirektoratet.

Figur 2 viser at utviklingen i antallet pasienter med vedtak om korttidsvirkende legemiddel er relativt stabil i perioden. Antall pasienter med vedtak om mekaniske tvangsmidler varierer i perioden, mens antall pasienter med vedtak om kortvarig fastholding er doblet i perioden. Det er ikke rapportert vedtak om bruk av kortvarig anbringelse bak låst dør i denne perioden.

2.3 Prosjekt redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst

I 2017 oppnevnte HSØ RHF en prosjektgruppe som fikk i oppdrag å foreslå tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler i regionen. I rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst* ble det gitt anbefalinger om at:

- ansvarshavende får myndighet til å fatte vedtak om bruk av tvangsmidler når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet
- bruk av trinnsvis tilnærming i bruk av tvangsmidler
- felles kriterier for registrering av tvangsmidler
- gjennomgang av bygningsmessige forhold (ikke revidert)
- fjerning av ferdig monterte beltesenger
- gjennomgang av husordensregler
- kompetansetiltak
- systematisk bruk av voldsrisikovurderinger
- involvering av pasient i vurdering av voldsrisiko
- ettersamtaler etter situasjoner der tvang er benyttet

Rapporten ble sendt alle helseforetak og private ideelle sykehus våren 2019.

2.4 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren

God kvalitet på helsetjenesten, herunder bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern, er avhengig av at ledelsen planlegger og følger opp pasientbehandlingen. En forutsetning for at dette gjøres på en god måte er at det er etablert et hensiktsmessig styringssystem i virksomheten.

I forskriften fremkommer leders ansvar for at virksomheten planlegges, utføres, evalueres og følges opp til målene er nådd. Forskriften bruker begrepet kontinuerlig forbedring som en samlebetegnelse på denne prosessen.

2.5 Vestre Viken HF

VV sitt opptaksområde omfatter 22 kommuner i Viken fylke, Innlandet fylke, Vestfold og Telemark fylke. Kommunene er fordelt mellom de somatiske og psykiatriske behandlingsstedene i helseforetaket, og hvert sykehus har et opptaksområde bestående av flere kommuner. VV yter helsetjenester til omlag 495 000 innbyggere.

Ved Klinikk psykisk helse og rus er 15 enheter godkjent for bruk av tvangsmidler. 12 av disse er organisert i Psykiatrisk avdeling, mens tre enheter tilhører Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.

Psykiatrisk avdeling er lokalisert på Blakstad, og har ansvar for pasienter over 18 år som har behov for både akutte og/eller planlagte innleggelser. Avdelingen har fire akuttseksjoner, tre psykoseseksjoner (inkludert utredningsseksjon for unge), en sikkerhetsseksjon, tre alderspsykiatriske seksjoner, en BET-seksjon og en seksjon for utviklingshemming og autisme.

3. Tilnærming

3.1 Metodisk tilnærming

Revisjonen er delt i to deler. Konsernrevisjonen gjennomførte i desember 2019 en spørreundersøkelse (del 1) som omfattet alle enheter i HSØ som er godkjent for bruk av tvang. Formålet var å kartlegge hvor langt helseforetakene og sykehusene hadde kommet i å imøtekomme oppdragsdokumentets krav.

Del 2 av revisjonen gjennomføres i tre utvalgte helseforetak høsten 2020. Konsernrevisjonen har valgt ut VV som et av tre helseforetak for videre revisjon. Formålet har vært å undersøke hvor langt helseforetakene har kommet i å imøtekomme mål og krav gitt i oppdragsdokumentet for 2019.

Gjennom dokumentgjennomgang og samtaler med administrerende direktør, fagdirektør, klinikkleder og avdelingsleder, har vi undersøkt hvordan helseforetaket følger opp og rapporterer på tvangsmiddelbruk.

Med bistand fra en fagrevisor har vi undersøkt pasientjournaler og tvangsmiddelprotokoller. Hensikten har vært å vurdere kvaliteten ved utførelsen og dokumentasjonen av hvordan de utvalgte seksjonene forebygger tvangsmiddelbruk, hvordan tvangsmiddelvedtak gjennomføres, og hvordan disse følges opp.

Helseforetakets svar fra spørreundersøkelsen del 1, inngår i våre observasjoner og vurderinger i rapporten.

Det er gjennomført et møte med vedtaksansvarlige, faglig ansvarlige og seksjonsledere for de valgte seksjonene i etterkant av våre undersøkelser. Formålet har vært å gjennomgå observasjoner fra journalgjennomgangen og tvangsmiddelprotokollen, og få deres innspill og kommentarer på disse.

3.2 Omfang og avgrensning

Undersøkelsen er avgrenset til akuttseksjon B, psykoseseksjon A og sikkerhetsseksjonen i Psykiatrisk avdeling Blakstad. Pasientjournaler og tvangsmiddelprotokoller er valgt på bakgrunn av § 4-8 vedtak som er utført i perioden 1.1.2020 – 1.8.2020.

Totalt var det utført 220 vedtak fordelt på 49 pasienter ved de tre seksjonene i perioden. Pasientjournaler som tilfredsstilte minst et av følgende kriterier ble valgt ut:

- Mer enn ett vedtak om mekanisk tvang
- Mer enn ett vedtak om korttidsvirkende legemiddel
- Mer enn 10 vedtak om kortvarig fastholding

I tillegg valgte vi noen pasienter med få tvangsmiddelvedtak. Basert på kriteriene omfattet journalgjennomgangen totalt 18 pasienter, med til sammen 146 tvangsmiddelvedtak.

Antall vedtak pr pasient i utvalget varierte fra 2 til i overkant av 20, og varigheten på innleggelsene varierte fra i underkant av en måned til over ett år.

For hver pasientjournal gjennomgikk vi inkomstnotat, vurdering av risiko for vold, samtaler med behandler, behandlingsplan, tvangsmiddelvedtak, ettersamtaler, samt andre relevante dokumenter ved behov (journalnotater, epikriser). I tillegg ble føring av tvangsvedtak i tvangsmiddelprotokoll undersøkt, samt om det var samsvar mellom tvangsmiddelprotokollen og vedtaksoversikten i elektronisk pasientjournal (EPJ).

3.3 Revisjonsgrunnlag

- Psykisk helsevernloven
- Psykisk helsevernforskriften
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forskrift om pasientjournal
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Rapport *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst*
- Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst 2020

Følgende revisjonskriterier er utledet fra overnevnte kilder:

- Mål i Oppdrag- og bestillerdokumentet om bruk av tvangsmidler er formidlet og operasjonalisert ut i linjen. Disse følges opp og rapporteres regelmessig i styringslinjen
- Husordensregler er utarbeidet i henhold til Helsedirektoratets kommentarer til Psykisk helsevernlovens § 4.2 syvende ledd, *Vern om personlig integritet*, og godkjent av kontrollkommisjonen
- Det gjennomføres kartlegging av risiko for utagerende adferd/vold ved innleggelse
- Pasientene får tilbud om å gjøre en egenvurdering av risiko for voldelig eller utagerende adferd ved innleggelse
- Det iverksettes risikoreduserende tiltak ut fra alvorligheten i voldsrisikovurderingen.
- Enhetene benytter behandlingsplan hvor blant annet risikoreduserende tiltak inngår
- Seksjonene har etablert praksis om trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmidler

- Enhetene har vurdert sitt behov for ferdig monterte beltesenger
- Personalgruppen trener regelmessig i å forebygge og håndtere utagerende/voldelig adferd
- Enhetene innhenter erfaringer fra pasienter, eventuelt også pårørende i etterkant av tvangsmiddelbruk

Overnevnte revisjonskriterier definerer våre undersøkelsesmål i revisjonen. Innledningsvis under hvert delkapittel i kapittel 4 beskrives området som revideres. I de tilfeller hvor det vises til anbefalinger, har vi lagt rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst* til grunn.

4. Observasjoner og vurderinger

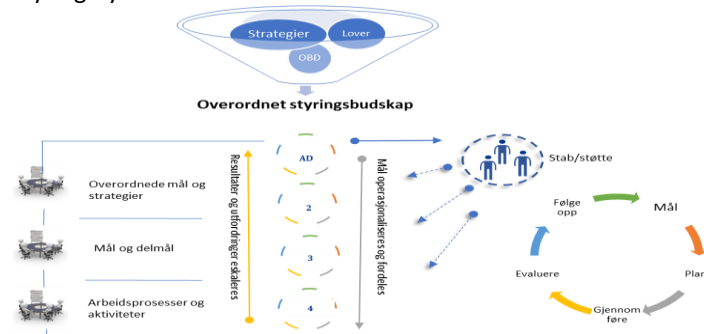
I kapittel 4 fremkommer våre observasjoner og vurderinger av hvordan reviderte enheter i VV har arbeidet for å redusere bruk av tvangsmidler.

Vi har i den sammenheng undersøkt hvordan mål og krav om redusert bruk av tvangsmidler har blitt fulgt opp i helseforetaket (kapittel 4.1). Videre har vi undersøkt hvilke tiltak som er iverksatt for å forebygge tvangsmiddelbruk (kapittel 4.2), og hvilke tiltak som er iverksatt ved gjennomføring og registrering av tvangsmiddelvedtak (kapittel 4.3). Til slutt har vi undersøkt om det er iverksatt tiltak for å følge opp tvangsmiddelvedtak (kapittel 4.4).

4.1 Ledelsesoppfølging

Leder har ansvaret for å planlegge og følge opp virksomheten på en strukturert måte gjennom et etablert system. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring omtaler dette som kontinuerlig forbedring. Forskriften understreker at det er ledelsens ansvar at virksomheten planlegges, utføres, evalueres og følges opp til målene er nådd.

Figur 3 illustrerer hvordan kontinuerlig forbedring er satt inn i et styringssystem.



Figur 3: Illustrasjon av en styringsmodell hvor prosessen for kontinuerlig forbedring fremkommer på de ulike ledelsesnivåene.

Figuren viser hvordan mål/krav operasjonaliseres og fordeles i virksomheten, hvor planer utarbeides, utføres, evalueres og følges opp innenfor det enkelte nivå, samt hvordan resultater og utfordringer rapporteres i virksomheten styringslinje.

4.1.1 Observasjoner

VV har en overordnet beskrivelse av prinsipper, roller og ansvar innenfor virksomhetsstyring, internkontroll og risikostyring. Oversikten viser sammenhengen mellom gjeldende virksomhetskrav, prosedyrer og veiledere.

Administrerende direktør inngår årlig en driftsavtale med klinikkdirektørene, som igjen inngår driftsavtale med sine avdelingssjefer. Til grunn for driftsavtalene ligger oppdragsdokumentet for det enkelte år og utviklingsplan 2035.

I driftsavtalen mellom klinikkdirektør Klinikk psykisk helse og rus, og avdelingssjef Psykiatrisk avdeling for 2019 fremkommer avdelingens mål og satsningsområder for 2019. Redusert bruk av tvangsmidler inngår som ett av de prioriterte målene.

Det er spesifisert at Psykiatrisk avdeling skal redusere antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling), samt implementere føringer og anbefalinger i regional rapport, jf. *Økt frivillighet - Regional plan for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern i Helse Sør- Øst*.

I Psykiatrisk avdeling sin handlingsplan for 2019 er det identifisert flere tiltak relatert til området « redusert og riktig bruk av tvang ». I handlingsplanen er det definert syv tiltak som omfatter hele avdelingen. Dette omfatter

- utarbeidelse av verdidokument
- ledelsesoppfølging av arbeidet med riktig og redusert bruk av tvang
- monitorering av bruk av nødrett
- intervjuer av innlagte pasienter for kartlegging av opplevd tvang
- gjennomføring av ettersamtaler

- endring av rollen som ansvarshavende
- implementering av MAP

De øvrige tiltakene i handlingsplanen gjelder etablering av handlingsplan for riktig og redusert bruk av tvang for den enkelte seksjon.

I tillegg har avdelingen utarbeidet en milepælsplan som gir en samlet oversikt over implementering av anbefalte tiltak i *rapport om reduksjon i bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst 2018*. Tiltakene er i overensstemmelse med tiltakene i handlingsplanene for avdelingen og seksjonene. Planen viser at mange av tiltakene pågår uten at det er definert tidspunkt for når tiltaket skal være innført. Milepælsplanen følges opp i avdelingens ledermøter, som avholdes hver 14. dag.

To medarbeidere har et særskilt ansvar for å bistå avdelingen i implementeringen av tiltakene. De har bistått i innføring av MAP¹, gjennomgang av prosedyrer, og monitorering av tvangsmiddelbruken.

Avdelingen utarbeider en statusrapport over driften hvert tertial. Denne gir en oversikt over blant annet status på innføring av MAP, bruk av ettersamtaler og tvangsmiddelbruken for hele avdelingen.

Alle tre seksjonene har utarbeidet egne handlingsplaner for riktig og redusert bruk av tvang. Handlingsplanene omhandler tiltak for økt brukermedvirkning og involvering av pasient i pasientforløpet gjennom ettersamtaler og ERM, implementering av MAP, monitorering av tvangstall, gjennomgang med involvert personell etter bruk av mekaniske tvangsmidler, og gjennomgang av rutiner og husordensregler. Status for tiltakene var at de var pågående per mars 2020.

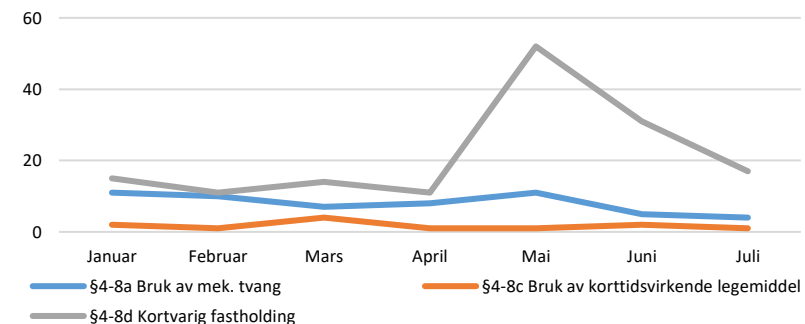
¹ Møte med aggresjonsproblematikk.

Et av tiltakene i handlingsplanen for seksjon psykose A var å utarbeide plan for å imøtekomme anbefalingene i rapporten fra Helse Sør-Øst. Ved revisjonstidspunktet var flere av tiltakene gjennomført, mens noen fortsatt gjenstod.

Akuttseksjon B og sikkerhetsseksjonen utarbeidet våren 2020 en GAP-analyse for de anbefalte tiltakene i *rapport om reduksjon i bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst 2018*. Disse viser status for den enkelte anbefaling. Flere av tiltakene er gjennomført, mens noen fortsatt gjenstår.

Administrerende direktør har månedlig oppfølging av klinikkdirektørene. Tilsvarende har klinikkdirektør månedlig oppfølging med avdelingslederne. I ledermøtet i klinikken gjennomgås virksomhetsrapporteringen for klinikken, hvor tvangsmiddelbruken inngår sammen med økonomi, aktivitet og HR.

Figur 4 viser utviklingen i antall tvangsmiddelvedtak samlet for de tre seksjonene som er omfattet av revisjonen i 2020.



Figur 4: Utvikling i antall tvangsmiddelvedtak samlet for de tre seksjonene i perioden januar – juli 2020. Kilde DIPS-rapport 1341 VV.

Figuren viser en betydelig økning i antall vedtak om kortvarig fastholding i mai og juni, mens bruk av de to andre tvangsmidlene er tilnærmet stabile.

4.1.2 Vurderinger

Et godt system for virksomhetsstyring er en viktig forutsetning for å kunne imøtekomme overordnede mål og krav. Konsernrevisjonen vurderer at helseforetaket har lagt til rette med et system for virksomhetsstyring som kan bidra til å imøtekomme dette. Det er etablert et samlet målbilde hvor mål og krav om riktig og redusert bruk av tvangsmidler inngår. Disse er videre forankret i handlingsplaner på klinikk-, avdeling- og seksjonsnivå.

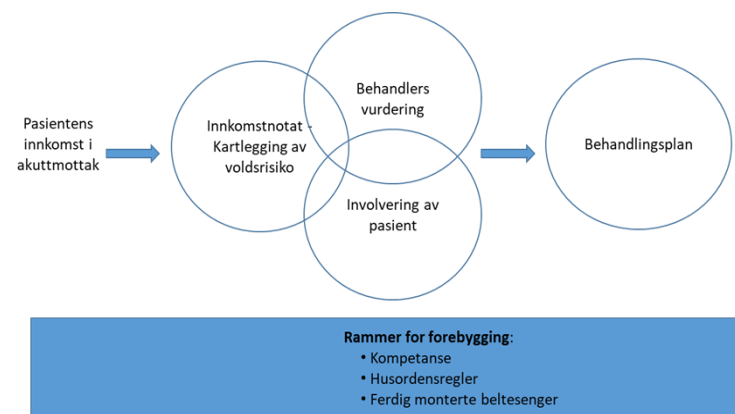
Det er også etablert overordnede tiltak for å støtte linjeledelsen i deres arbeid ved å legge til rette styringsinformasjon som gir mulighet for å monitorere bruken av tvangsmidler, samt bistand i forbindelse med implementering av MAP.

Etter konsernrevisjonens vurdering er arbeidet i å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern godt forankret i styringslinjen. For å sikre effekt av innførte tiltak, og ferdigstille gjenstående tiltak, fordrer dette imidlertid videre oppfølging av arbeidet.

4.2 Forebygging av tvangsmiddelbruk

4.2.1 Observasjoner

Dette kapitlet omhandler hvilke forebyggende tiltak som VV har iverksatt for å imøtekomme målet om redusert og riktig bruk av tvangsmidler. Vi har i tillegg testet etterlevelsen for enkelte tiltak. Figur 5 illustrerer de forholdene som er undersøkt.



Figur 5: Prosessuell fremstilling av pasientnære områder for forebygging av bruk av tvangsmidler.

Husordensregler

For å fungere best mulig som et sosialt fellesskap og for å legge til rette for et godt behandlingsmiljø, er det anledning til å ha interne husordensregler. Disse skal vurderes opp mot hensyn til medpasienter og driftsmessige hensyn, samt utarbeides med utgangspunkt i Helsedirektoratets kommentarer til Psykisk helsevernloven § 4-2.

Spørreundersøkelsen viste at halvparten av de 15 enhetene, som er godkjent for bruk av tvangsmidler ved VV, hadde husordensregler. Seksjonslederne oppga videre at husordensreglene var godkjent av kontrollkommisjonen i 2018 eller 2019. Av de utvalgte seksjonene oppga to at de ikke hadde husordensregler, mens sikkerhetsseksjonen oppga at de hadde.

I avdelingens oversikt over status for anbefalte tiltak fremkommer det at det er utarbeidet en informasjonsbrosjyre for avdelingen. Alle seksjoner, med unntak av sikkerhetsseksjonen, har innlemmet husordensreglene i denne. Det

opplyses om at sikkerhetsseksjonens husregler er gjennomgått og godkjent av kontrollkommisjonen.

Ferdig monterte beltesenger

Fjerning av ferdig monterte beltesenger er et signal om å arbeide for å finne andre og mindre inngripende løsninger. Innstramningen i bruk av mekaniske tvangsmidler må skje i en faglig sammenheng med vekt på dialog med pasienten og kartlegging av voldsrisiko.

I rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern* ble det anbefalt å fjerne ferdig monterte beltesenger. Ved en akutt nødsituasjon anbefales det å i stedet benytte kombinasjonsbelter.

I spørreundersøkelsen oppga en av de 15 seksjonene som er godkjent for bruk av tvangsmidler ved VV at de har ferdig montert belteseng. Seksjonene oppga videre at fjerning av ferdig montert belteseng skulle vurderes i 2020. I avdelingens oversikt over status for anbefalte tiltak fremkommer det at alle fastmonterte beltesenger nå er fjernet ved avdelingen.

Kompetanse

Kompetansehevede tiltak har i klinisk praksis vist seg viktig i arbeidet med forebygging og reduksjon i bruk av tvangsmidler. Undervisning om tvang bør omhandle lovverk, grunnleggende holdningsarbeid og anerkjennende kommunikasjonsformer, kunnskap om aggresjonsforståelse, emosjonsregulering, psykiske lidelser og alternativer til tvang.

I spørreundersøkelsen oppga seksjonslederne at personalgruppene i 2019 fikk opplæring i å forebygge utagerende og voldelig adferd. Med unntak av en seksjon oppga de videre at personalgruppene trener regelmessig på å håndtere voldelig eller utagerende adferd. To seksjoner oppga at det i 2019 hadde vært utfordrende å gjennomføre opplæring som tiltenkt på grunn av høyt belegg.

I 2019 vedtok avdelingen at MAP skulle være et satsningsområde. Avdelingen har utarbeidet flere prosedyrer for å sikre at personalet gis denne kompetansen. Avdelingen har en MAP-ressursgruppe som består av MAP-instruktører. Disse har ansvar for kompetanseutvikling og opplæring i hvordan personellet skal møte personer med aggresjonsproblematikk.

Seksjonsleder har ansvar for implementering og gjennomføring i egen seksjon. Dette omfatter å legge til rette for deltakelse på MAP-grunnkurs og vedlikeholdsopplæring for alle medarbeidere. Videre skal seksjonsleder ha oversikt over oppmøte og gjennomgåtte temaer i vedlikeholdsopplæringen. Seksjoner på nivå 3 og 4 skal ha minimum tre godkjente MAP-ressurspersoner. Disse har ansvar for å ta initiativ til å gjennomføre vedlikeholdsopplæring i egen seksjon.

Seksjonene skal bygge videre på grunnkurset og reflektere rundt og øve på de elementer som er relevant for egen praksis.

Det ble i perioden september 2019 – februar 2020 utdannet 10 MAP-instruktører med ansvar for å holde månedlige grunnkurs. Det ble utarbeidet et årshjul for gjennomføring av MAP-grunnkurs i 2020.

Gjennomføring av MAP-grunnkurs og vedlikeholdsopplæring inngår i avdelingens månedlige statusrapportering. Per mai 2020 hadde rundt 200 medarbeidere helt eller delvis gjennomført MAP-grunnkurset. Dette omfattet miljøterapeuter, LIS, psykologer, spesialister, fagutviklere, seksjonsledere, tilkallingsvikarar og ferievikarar.

To av seksjonene gjennomfører et prosjekt for å undersøke om innføring av MAP-metodikken reduserer bruk av tvangsmidler.

Det opplyses videre at det er utdannet simuleringsfasilitatorer (SIM) ved hver seksjon, og at det er etablert en SIM-ressursgruppe som skal sikre systematisk bruk av dette. Revisjonen har ikke undersøkt om dette gjennomføres.

Behandlers vurdering av pasientens voldsrisiko

Å vurdere voldsrisiko hos pasientene ved innleggelsen, vil bidra til å forebygge bruk av tvangsmidler. Ved forhøyet voldsrisiko, skal det identifiseres og iverksettes tiltak for å forebygge potensielt farlige situasjoner. Ved forhøyet og vedvarende voldsrisiko anbefales det å gjøre en utdypende voldsriskovurdering ved HCR-20.

I rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst* er det anbefalt å benytte standardiserte kartleggingsverktøy, som V-RISK 10, i voldsriskovurderingen.

VV har prosedyre som gir føringer for å kartlegge voldsrisiko for alle pasienter ved hjelp av V-RISK 10 ved innkomst i mottaksseksjonen. I spørreundersøkelsen svarte seksjonene at alle pasienter kartlegges for risiko for vold ved innleggelse, og at det benyttes standardiserte kartleggingsskjemaer.

Journalgjennomgangen viser at alle pasienter som innlegges blir tatt imot i mottaksseksjonen, før de etter 1-2 dager blir overflyttet til en av behandlingsseksjonene. Det er skrevet innkomstnotat etter fast mal for alle pasientene.

Gjennomgangen viser videre at mottaksseksjonen har gjort en vurdering av voldsrisiko på alle pasientene. For åtte av de 17 pasientene i utvalget var kartleggingsverktøyet V-RISK 10 benyttet. For totalt 13 pasienter fremkom det en begrunnelse for voldsriskovurderingen.

Involvering av pasient i voldsriskovurderingen

Pasientens involvering i voldsriskovurderingen vil kunne hjelpe pasienten til å reflektere rundt uønsket aggressiv atferd som blant annet kan oppstå som følge av ubehagelig informasjon, frihetsberøvelse eller tap av autonomi. Involvering av pasienten bør skje raskt etter innleggelsen.

I spørreundersøkelsen svarte de reviderte seksjonene at pasientene «av og til» gis mulighet for å gjøre en egen vurdering av risiko for voldelig eller utagerende atferd.

I VV sin prosedyre *Intervju om vold* fremkommer det at det skal gjennomføres en samtale om vold med pasienter som skårer moderat og/eller høyt på V-RISK 10 ved innkomst. Samtalen skal også gjøres med pasienter som skårer lavt på V-RISK 10, men som i etterkant har vært i en episode hvor det ble brukt vold eller fremsatt trusler. Det er utarbeidet en frase som mal for samtalen. Samtalen skal dokumenteres i tverrfaglig journalnotat i EPJ.

Journalgjennomgangen viser at det i vårt utvalg av journaler ikke er dokumentert at det er gjennomført samtaler om vold med pasient.

Sikkerhetsseksjonen viser imidlertid til at de benytter ERM (Early Recognition Method) som har flere elementer av hva en egenvurdering innebærer. Journalgjennomgangen viste at dette var gjennomført ved flere tilfeller ved denne seksjonen. Mens «Intervju om vold» har en mer helhetlig tilnærming til voldsrisiko og bakgrunnen for denne, fokuserer ERM mer konkret på tidlige varsler forut for en utageringsepisode. Seksjonen oppgir i etterkant at involvering av pasientene gjennom samtale om vold er under implementering.

Kontinuitet ved overflytting til behandlingsseksjon

For å sikre kontinuitet og at resultater av voldsriskovurderingen blir en del av videre forløp har vi undersøkt om voldsrisiko inngår som tema i de første samtalene med pasientens behandler etter overflytting til behandlingsseksjon.

VV har prosedyrer som gir føringer for at pasientansvarlig behandler i mottaksseksjonen skal utarbeide et overføringsnotat med mål for videre behandling. Behandlingsteamet skal gjennomføre en overføringsamtale med pasienten, vurdere og dokumentere voldsrisiko, samt vurdere tilsyns- og utgangsstatus.

I spørreundersøkelsen svarte to av seksjonene at de *alltid* gjennomfører en utdypende vurdering av voldsrisiko for pasientene med forhøyet risiko for vold, mens en svarte at seksjonen *av og til* gjennomfører en slik vurdering. Det ble blant annet vist til at HCR-20 og samtale med pasient om vold benyttes i en utdypende vurdering.

Journalgjennomgangen viser at mottaksseksjonen gjennomgående utarbeider et overføringsnotat, hvor voldsrisiko inngår som tema. Risiko for vold eller utagerende adferd følges videre opp i samtale med behandler, og pasientene har samtale med behandler 1-2 døgn etter overflytting til behandlingsseksjon. I noen tilfeller er det fra innkomst anbefalt å gå videre med en HCR-20. Dette har blitt fulgt opp i seksjonen som mottar pasienten.

Behandlingsplan

Alle pasienter skal ha en behandlingsplan. Planen skal blant annet inneholde mål for behandlingen, samlet oversikt over alle planlagte tiltak, og tidspunkter for evaluering av disse. Behandler og pasient bør i samarbeid utarbeide planen med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten. Planen skal evalueres og oppdateres jevnlig.

Klinikkens retningslinje *Utrednings-/Behandlingsplan voksne* gir føringer for at det skal opprettes behandlingsplan når det er gjort en tilstrekkelig vurdering av tilstanden til å kunne planlegge tiltak. Føringer for innhold i en behandlingsplan er i henhold til nasjonale føringer. Det gis videre føringer for at planen skal justeres i tråd med eventuelle endringer i pasientens utfordringer, funksjonsnivå og mål. Behandlingsplanen skal revideres så ofte som det er nødvendig, og i henhold til evalueringspunktene i pakkeforløpene.

I spørreundersøkelsen svarte de tre reviderte seksjonene at pasientene får behandlingsplan. Videre oppga enhetslederne at pasientene i stor

grad var involvert i utarbeidelsen av behandlingsplanen, men at dette påvirkes av pasientens innstilling og ønsker.

Journalgjennomgangen viser at 15 av 17 pasienter har fått opprettet behandlingsplan etter standard mal. Syv av pasientene har flere behandlingsplaner tilknyttet samme innleggelse. Gjennomgangen viser samtidig at det i liten grad er en form for evaluering av tidligere behandlingsplaner for de pasientene som har flere. Videre viste gjennomgangen at tiltak på bakgrunn av HCR-20 ikke fremkom i behandlingsplanen.

4.2.2 Vurderinger

Oppmerksomhet på reduksjon av voldsrisiko er en kjerneoppgave for ledere, behandlere og miljøpersonell. Målet er å beskytte pasienten mot seg selv, beskytte medpasienter og personell for frykt og skade, og i tillegg beskytte samfunnet under og etter et behandlingsopphold. Tidlig og begrunnet voldsrisikovurdering, vil legge til rette for å kunne iverksette forebyggende risikoreducerende tiltak.

Journalgjennomgangen viser at det er gjort vurdering av voldsrisiko ved hjelp av V-RISK 10 for om lag halvparten av pasientene. Revisjonen viste samtidig tilfeller av manglende begrunnelse av voldsrisikovurderingen, samt få eksempler på at pasientene selv har vært delaktig i vurdering av egen voldsrisiko.

Etter vår vurdering vil manglende begrunnelse for voldsrisikovurderingen av pasienten redusere muligheten til å identifisere relevante tiltak for å redusere voldsrisiko. At pasienten ikke involveres i egen vurdering av voldsrisiko kan medføre at man overser vesentlige og individuelle forhold som er avgjørende for i størst mulig grad å tilrettelegge, og om mulig, unngå situasjoner som oppleves som vanskelig for pasienten.

Implementering av prosedyren «Intervju om vold» i avdelingen, vil også være til hjelp i forebyggingen av voldshendelser idet den strukturerte samtalen

bidrar med vesentlig individuell informasjon og ved at det både for pasient og personell skaper et meta-perspektiv til her og nå-situasjonen. Overgang fra ERM til *Intervju om vold*, vil skape en mer helhetlig praksis ved klinikken.

Det er viktig at resultater av voldsrisikovurderinger som gjennomføres i mottaksenheten, blir fulgt opp av behandler i behandlingsseksjonen. Vår gjennomgang viser at dette i stor grad følges opp. Dette gir etter vår vurdering trygghet for at iverksatte risikoreduserende tiltak videreføres ut fra det aktuelle risikobildet.

For å kunne gi god behandling er det viktig at det lages en plan for behandlingen. En behandlingsplan skal være et lett tilgjengelig dokument slik at alle som er involvert i behandlingen raskt skal kunne sette seg inn i den. Videre skal planen legge til rette for sammenheng i behandlingsforløpet til den enkelte pasient.

Tilnærmet alle pasientene i vårt utvalg har fått opprettet behandlingsplan. Samtidig viser undersøkelsen at planene i liten grad evalueres. Der det er opprettet flere behandlingsplaner for samme pasient er det lite sporbarhet på hva som er en videreføring av tiltak og hva som eventuelt er nytt. Etter vår vurdering reduserer dette muligheten til å korrigere tiltakene som er iverksatt, både underveis og ved avslutning av behandlingen.

Revisjonen viser at det er iverksatt flere kompetansetiltak, med særlig vekt på innføring av MAP. Avdelingen gjennomfører et systematisk og grundig arbeid i både undervisning og tilrettelegging for dette arbeidet. Etter vår vurdering er dette et sentralt bidrag i økt kunnskap og lik tilnærming i forebygging av tvangsmiddelbruk, og gjennomføring av tvangsmiddelbruk i de situasjonene der dette er nødvendig.

Konsernrevisjonens samlede vurdering er at det er gjennomført flere tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler. Avdelingens oppmerksomhet på opplæring og bruk av MAP-metodikk, har gitt økt grad av faglig bevissthet og kompetanse i tilnærmingen til situasjoner som kan utløse tvangsmiddelbruk. Det er likevel et forbedringspotensial i å involvere pasienten i egen vurdering av både risiko for utagerende atferd og deltagelse i plan for behandlingen. Ved dynamisk bruk av behandlingsplaner vil dette i større grad sikre kontinuitet gjennom pasientforløpet.

4.3 Gjennomføring og registrering av tvangsmiddelvedtak

I dette kapitlet har konsernrevisjonen undersøkt hvordan seksjonene vurderer, begrunner og dokumenterer gjennomføring av det enkelte tvangsmiddelvedtak i EPJ og i tvangsmiddelprotokollen.

4.3.1 Observasjoner

Dokumentasjon og registrering av gjennomførte tvangsvedtak i EPJ

For i størst mulig grad å sikre at registreringen av tvangsmiddelvedtak foregår så likt som mulig i helseforetakene, anbefales at vedtaksansvarlige oppretter et standardisert vedtaksskjema i EPJ. For å unngå uønsket variasjon i hva som registreres er det viktig at det er bred enighet om hvilke parametre som skal registreres.

Vedtakene registreres tre steder. Vedtaket føres skriftlig i en tvangsmiddelprotokoll, det fylles ut en vedtaksmal som lagres som et dokument i DIPS, og vedtaket registreres i en vedtaksoversikt i DIPS.

Journalgjennomgangen viser at vedtaksoversikten og vedtaksskjemaene i EPJ er i overensstemmelse, og at det i all hovedsak er nøyaktige og etterrettelige registreringer. Seksjonene dokumenterer gjennomgående begrunnelser for tvangsvedtakene som fattes.

De fleste vedtak inneholder beskrivelse av at lempeligere midler er forsøkt, herunder aggresjonsdempende tiltak som for eksempel deeskalerende

teknikker, bekreftende kommunikasjon, aggresjonsdempende adferd, og bevissthet rundt posisjonering.

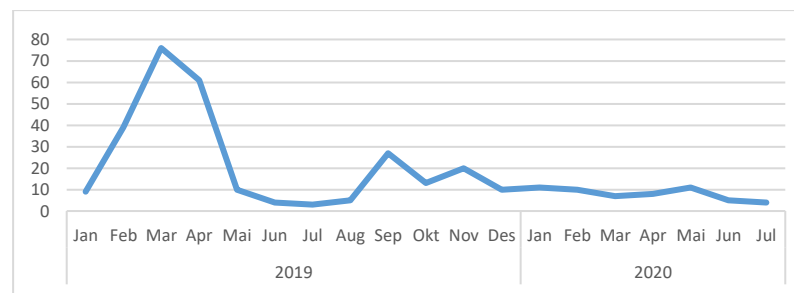
Vedtaksskjemaene viser videre at det i forkant av bruk av mekaniske tvangsmidler gjennomgående er forsøkt en trinnvis tilnærming, for eksempel med vedtak om kortvarig fastholding.

Gjennomgangen viser samtidig ulik praksis for registrering av tvangsmiddelbruk:

- når fastholding er benyttet i forkant av beltelegging finner vi at det enten er krysset av for både fastholding og belter i samme vedtaksskjema, eller som to selvstendige vedtak. Dette er uavhengig om fastholding er et ledd i å få pasienten lagt i belter eller utført som et eget tvangsmiddel i seg selv.
- når det var gjennomført flere påfølgende kortvarige fastholdinger. I noen tilfeller var de tatt og registrert som selvstendige vedtak, mens de i andre tilfeller var slått sammen som ett vedtak. I ett av tilfellene var fire kortvarige fastholdinger i løpet av seks timer slått sammen til ett tvangsmiddelvedtak.

Avdelingen har to kontrollkommisjoner, og det opplyses om at det ved noen tilfeller gis det forskjellige tilbakemeldinger på hvordan seksjonene skal registrere vedtakene. Avdelingsleder og avdelingsoverlegene har regelmessige møter med kontrollkommisjonene uten at de foreløpig har blitt enige om felles praksis.

Journalgjennomgangen viser at mekaniske tvangsmidler benyttes i alle tre seksjonene. Figur 6 viser utviklingen i antall vedtak om mekaniske tvangsmidler i 2019 og 2020.



Figur 6: Utvikling av antall mekaniske tvangsmiddelvedtak i perioden 2019 - juli 2020. Kilde DIPS-rapport 1341 VV.

Figur 6 viser at antall vedtak om mekaniske tvangsmidler var betydelig høyere i mars og april 2019 enn i tiden etterpå, og figuren indikerer at antallet vedtak ser ut til å ha vært relativt stabilt første halvdel av 2020.

Ved påfølgende bruk av tvangsmidler, som for eksempel fra fastholding til bruk av mekanisk tvangsmiddel, ser vi at det i flere vedtak gis beskrivelser som foregriper neste tvangsmiddel.

Vedtaksskjemaets punkt «pasientens erfaring med tvangsmiddelbruk og holdning til tvangsbruk» er fylt ut med ulik tilnærming. Som enkeltstående eksempler kan nevnes at noen beskriver om pasienten har vært utsatt for tvangsmiddelvedtak tidligere, andre igjen med fokus på pasientens *opplevelse* av tidligere tvangsmiddelsituasjoner.

Vedtaksmalen er videre endret i forhold til lovens § 4.8 a-d der avkrysningspunktet b, *kortvarig anbringelse bak låst dør uten personale tilstede*, er erstattet med siste del av punkt a; *skadeforebyggende spesialklær*.

Registrering i tvangsmiddelprotokoll

For å unngå dobbeltregistrering anbefales det at papirprotokoller avvikles og at registreringen må gjøres i elektronisk pasientjournal.

Avdelingen har prosedyre som definerer hvordan de ulike tvangsmiddelvedtakene skal registreres, og kontrolltiltak for å sikre at protokollene og EPJ er i samsvar.

VV har ikke tatt i bruk elektronisk tvangsmiddelprotokoll, og benytter fortsatt papirprotokoller. Innføring av elektronisk tvangsmiddelprotokoll er utsatt i påvente av innføring av DIPS Arena.

Gjennomgangen av de fysiske tvangsmiddelprotokollene viser at det gjennomgående er vanskelig å tyde skriften, og at det er noe utydelig hva som er nye vedtak og hva som er oppfølging av tidligere besluttede vedtak. Videre er det for seks pasienter enkelte vedtak som enten mangler i tvangsmiddelprotokollen eller i DIPS.

Kontrollkomisjonene er en rettssikkerhetsordning for pasienter og pårørende innen psykisk helsevern. Komisjonene gjennomgår formalia ved alle innleggelse, behandler klager og kontrollerer bruk av tvang, herunder vedtak om bruk av tvangsmidler. En av kontrolloppgavene knytter seg til gjennomgang av tvangsmiddelprotokoller.

Gjennomgangen av tvangsmiddelprotokollene viser enkelte tilfeller av vedtak som ikke var dokumentert kontrollert av kontrollkomisjonen.

Vedtaksansvarlig

Ansvarshavende kan unntaksvis fatte vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, isolasjon eller kortvarig fastholding, dersom en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med faglig ansvarlig ikke er mulig.

Helseforetaket har besluttet at den som er til stede i situasjonen (ansvarshavende) skal stå ansvarlig for beslutning om gjennomføring av tvangsmiddelbruk § 4-8 a, b og d når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar

nærhet. Dette er imidlertid utsatt til 2021 i påvente av opplæringsaktiviteter i forkant av implementeringen.

Våre undersøkelser viser at faglig ansvarlig i seksjonene skriver alle vedtak i vedtaksprotokollen og i tvangsmiddelprotokollen.

4.3.2 Vurderinger

For å skaffe god oversikt over tvangsbruken i helseregionen anbefales det at registrering av tvangsmiddelvedtak foregår så likt som mulig. På den måten vil regionen i større grad oppnå representative og sammenlignbare data om bruk av tvangsmidler.

Seksjonene dokumenterer gjennomgående begrunnelser for tvangsvedtakene som fattes i EPJ. Slik hendelsene beskrives, framstår vedtakene etter vår vurdering som adekvate.

Gjennomgangen viser imidlertid at det er variasjon i hvordan punktet «pasientens erfaring med tvangsmiddelbruk og holdning til tvangsbruk» forstås. Konsernrevisjonen forstår punktet som en oppfordring til å få fram pasientens opplevelser med tidligere tvangsmiddelbruk, slik at en i etterkant av hendelsen, kan fokusere på om det er andre midler som kunne gjort opplevelsen mindre belastende. En felles forståelse vil etter vår vurdering bidra til at denne informasjonen i større grad kan hensyntas ved fremtidige lignende situasjoner.

Ved påfølgende bruk av tvangsmidler, som for eksempel fra fastholding til bruk av mekanisk tvangsmiddel, ser vi at det i flere vedtak gis beskrivelser som foregriper det neste tvangsmiddelet. I henhold til standard oppsett i vedtaks-malen er dette etter vår vurdering en praksis som ikke er forenlig med intensjonen for registrering av tvangsvedtak.

Gjennomgangen av de fysiske tvangsmiddelprotokollene viser at det er lite framhevelse av hva som er nye vedtak og hva som er oppfølging av allerede

fattede vedtak. Dette kan gi grobunn for misforståelser. Vår vurdering er at ved å tydeliggjøre hvordan tvangsmiddelprotokollen skal føres, vil det redusere risiko for manglende samstemmighet mellom tvangsmiddelprotokollen, vedtaksmalen og vedtaksoversikten. Vi vil samtidig påpeke at samstemmighet mellom kontrollkommisjonene, vil redusere variasjonen i hvordan vedtakene registreres.

Det er vedtaksoversikten som danner grunnlaget for rapportering av tvangsmiddelbruk. Ved at vedtaksoversikten og vedtakskjemaene er samstemte, gir dette grunnlag for korrekt styringsinformasjon om tvangsmiddelbruk.

Konsernrevisjonens samlede vurdering er at seksjonene i all hovedsak registrerer tvangsmiddelvedtak i EPJ i henhold til de anbefalinger som er gitt. Ved ytterligere felles faglig forståelse av hvordan utfylling av vedtakskjemaene skal gjøres, vil avdelingen oppnå en mer ensartet praksis.

Ved at DIPS Arena innføres vil elektroniske tvangsmiddelprotokoller bli mer tilgjengelige. Dette vil redusere eventuelle misforståelser, for eksempel ved utydelig skrift og tidsbruk ved dobbeltføringer.

4.4 Oppfølging etter bruk av tvangsmidler

4.4.1 Observasjoner

Ettersamtaler med pasient

For å legge til rette for brukermedvirkning, læring og forebygging av bruk av tvangsmidler skal pasienter gis tilbud om ettersamtaler. Hensikten er å finne ut hvordan pasienten opplevde tvangsbruken, undersøke pasientens perspektiv og vurdering av hva som utløste situasjonen, samt hvordan nye episoder kan forebygges.

Avdelingens prosedyre for ettersamtale definerer fremgangsmåte for samtalen, formålet for samtalen, hvem som skal foreta samtalen, når den skal gjennomføres og hvordan dette skal dokumenteres i pasientjournalen. Det er videre utarbeidet en frase for ettersamtale som er tilgjengelig i DIPS.

I spørreundersøkelsen (del 1) oppga enhetslederne ved VV at pasienter alltid får tilbud om ettersamtaler etter bruk av tvangsmidler, og at pasientenes tilbakemelding benyttes i enhetenes vurdering av egen praksis.

Vårt utvalg for journalgjennomgang, som til sammen har 146 tvangsmiddelvedtak i perioden 1.1.2020 til 1.8.2020, viser at det samlet er gitt 13 tilbud om ettersamtaler. Det er lite variasjon mellom de utvalgte seksjonene. Det opplyses imidlertid om at seksjonene vil ha større oppmerksomhet på ettersamtaler fremover.

Det opplyses om at avdelingen i 2018 også gjennomførte internrevisjoner ved to seksjoner om bruk av ettersamtaler med lignende resultater som i konsernrevisjonens gjennomgang.

I avdelingens månedlige statusrapportering inngår ettersamtale som tema. I de månedlige rapportene sammenstilles antall tvangsmiddelvedtakene med antall gjennomførte ettersamtaler per seksjon for en gitt periode. De månedlige statusrapportene viser at antall ettersamtaler er lavere enn antall tvangsmiddelvedtak, samt at det er forskjell i bruk av ettersamtaler mellom seksjonene.

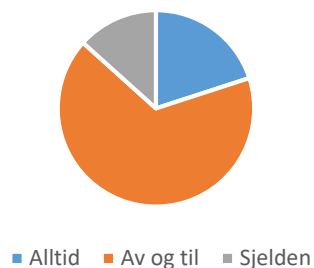
Ettersamtaler med involvert personell

For å reflektere over egen praksis og finne eventuelle andre måter å løse tilsvarende situasjoner på i fremtiden, er det anbefalt å gjennomgå hendelsene med personalgruppen. Som et minimum anbefales det å gjennomgå tvangsmiddelbruk der det har vært brukt korttidsvirkende legemidler eller mekaniske tvangsmidler.

Avdelingen har prosedyre for gjennomgang av tvangsmiddelbruk med involvert personell. Den definerer hvilke hendelser det skal gjennomføres samtale etter, og hvem som skal delta. Seksjonene oppgir i intervju at de alltid gjennomfører debrief etter episoder, samt at de har etisk refleksjon en gang i uken.

Spørreundersøkelsen viste at 40 prosent av enhetslederne i helse-regionen alltid gjennomfører ettersamtaler med involvert personell, mens ytterligere 50 prosent oppgir at de gjør dette av og til.

Figur 6 viser hvor ofte enhetsledere ved VV gjennomgår hendelser med involvert personell.

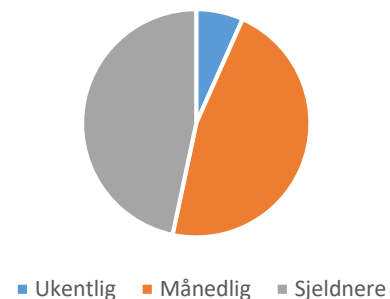


Figur 6. Hvor ofte gjennomgår du som enhetsleder den enkelte hendelse i etterkant med personalet som iverksatte tvangsmiddelet? Kilde: Konsernrevisjonens spørreundersøkelse 2019.

Figur 6 viser at tilnærmet alle enhetslederne oppgir at de av og til gjennomgår hendelser med personalet som iverksatte tvangsmiddelet.

Spørreundersøkelsen viste videre at et flertall av enhetsledere i helse-regionen oppga at tvangsmiddelbruken generelt gjennomgås månedlig eller oftere med enhetens personale. I underkant av halvparten av enhetslederne oppga at tvangsmiddelbruken gjennomgås sjeldnere enn månedlig med seksjonens personale.

Figur 7 viser hvor ofte enhetsledere ved VV gjennomgår tvangsmiddelbruken generelt med enhetens personale.



Figur 7. Hvor ofte gjennomgås tvangsmiddelbruken generelt med enhetens personale? Kilde: Konsernrevisjonens spørreundersøkelse 2019.

Figur 7 viser at et fåtall enhetsledere gjennomgår tvangsmiddelbruken ukentlig, mens et stort flertall gjennomgår månedlig eller sjeldnere.

Konsernrevisjonen har ikke testet etterlevelse på dette området. Seksjonene opplyser imidlertid om at de har ettersamtaler med involverte medarbeidere, men at dette kan gjøres i større utstrekning og mer rutinemessig.

4.4.2 Vurderinger

Å bli utsatt for tvangsmidler er en opplagt og uttalt belastning for pasienten, og det er ulike oppfatninger av hva som regnes som mest skånsomt av de ulike tvangsmidlene. Enkelte pasienter kan oppleve bruk av mekaniske tvangsmidler som mindre belastende enn fastholding. Andre kan oppleve det motsatt. Noen pasienter kan oppleve isolasjon som mindre belastende enn andre tvangsmidler, mens andre igjen kan oppleve isolasjon som angstskapende og forvirrende.

Bruk av ettersamtaler etter tvangsmiddelbruk kan gi økt innsikt i hvorfor situasjoner eskalerer slik at bruk av mer inngripende tvangsmidler blir nødvendig, og kan dermed også forebygge framtidige lignende situasjoner.

Revisjonen viser at ettersamtaler med pasienter i mindre grad blir tilbudt. Selv om det ikke vil være formålstjenlig å etterstrebe ettersamtaler etter hvert enkelt tvangsmiddelvedtak, vurderer vi at tilbud om ettersamtale bør gis mer systematisk, og i tråd med de føringer som er gitt. Manglende bruk av ettersamtaler reduserer muligheten for at pasientens opplevelser vil være en del av beslutningsgrunnlaget ved eventuelle senere lignende situasjoner.

Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at seksjonene selv vurderer behov for bedre struktur i bruk av ettersamtaler med involvert personell etter situasjoner der tvangsmidler er benyttet. Det vil være et godt utgangspunkt for dialog om egen praksis.

Vedlegg 1

Tabell 1: Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
Oppdrag- og bestillerdokument 2019 Vestre Viken HF
Rapport Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst
Årlig melding 2019 – Vestre Viken HF
Driftsavtaler Vestre Viken HF
Statusrapporteringer 2019- 2020
Virksomhetsrapport Klinikk Psykisk helse og rus
Handlingsplaner /tiltaksplaner /milepælsplan - Vestre Viken HF
Aktuelle prosedyrer - nivå, 1, 2 og 3
Referater fra ledermøter
Pasientjournaler, vedtaksmaler, tvangsmiddelprotokoller
Konsernrevisjonens Rapport 1/2020 Bruk av tvang i psykisk helsevern (delrapport 1)

Vedlegg 2

Tabell 2: Gjennomførte samtaler

Dato	Navn og stilling/funksjon
05.10.2020	Lisbeth Sommervoll, Administrerende direktør Vestre Viken HF
05.10.2020	Ulrich Spreng, fagdirektør, Vestre Viken HF
06.10.2020	Heidi Skeimo Berge, Avdelingssjef Psykiatrisk avdeling Blakstad, Vestre Viken HF
06.10.2020	Kent Håpnes, Avdelingssjef Psykiatrisk avdeling Blakstad, Vestre Viken HF
06.10.2020	Kirsten Hørthe, Klinikkdirktør Klinikkk psykisk helse og rus, Vestre Viken HF
14.10.2020	Fellesmøte - vedtaksansvarlige, fagansvarlige og seksjonsledere - akutt
14.10.2020	Fellesmøte - vedtaksansvarlige, fagansvarlige og seksjonsledere - psykose/sikkerhet

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Vår visjon

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

Om revisjonsprosjektet

Revisjonsperiode: September-november 2020

Virksomhet: Vestre Viken HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Torun Vedal (oppdragsleder)
- Anders Tømmerås (internrevisor)
- Anders Gaasland (psykiater, fagrevisor)
- Cecilie Skule (avdelingsdirektør Psykisk helsevern og rusbehandling HSØ RHF)

Rapporten er oversendt til:

- Styret i Vestre Viken HF
- Administrerende direktør i Vestre Viken HF
- Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>



Konsernrevisjonen
Rapport 1/2020

Bruk av tvang i psykisk helsevern
(delrapport 1)

Helse Sør-Øst

Dato: 5. mars 2020



Introduksjon

Bruk av tvang overfor pasienter i psykisk helsevern er et unntak fra grunnprinsippet om at undersøkelse og behandling skal være frivillig. Pasientens medbestemmelse og autonomi er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven. Regelverket rundt bruk av tvang er omfattende, og vedtak blir fulgt opp av egne kontrollkommisjoner.

Målet for revisjonen er å undersøke om helseforetakenes bruk av tvangsmidler er i tråd med overordnede styringsinstrukser, og anbefalte tiltak i Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) sin rapport *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern*.

Det er definert følgende problemstillinger:

- Har helseforetakene innført anbefalte tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler?
- Har helseforetakene etablert tilstrekkelig styring og kontroll for bruk av tvangsmidler?

Del 1 av revisjonen omfatter en spørreundersøkelse blant alle enheter i Helse Sør-Øst som er godkjent for bruk av tvang. Undersøkelsen ble gjennomført i desember 2019.

Del 2 av revisjonen vil bli gjennomført ved tre helseforetak i perioden mars - mai 2020.



Innhold

1.	Sammendrag	4
2.	Kontekst	6
2.1	Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern	6
2.2	Psykisk helsevernloven	6
2.3	Prosjekt Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst	7
2.4	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring	7
3.	Tilnærming	8
3.1	Innretning og metodebruk	8
3.2	Omfang og avgrensning	8
3.3	Temaer for spørreundersøkelsen	8
4.	Resultater fra spørreundersøkelsen	9
4.1	Styring og oppfølging	9
4.2	Kompetanse	12
4.3	Forebygging i bruk av tvangsmidler	14
4.4	Gjennomføring av tvangsmiddelvedtak	18
4.5	Registrering av tvangsmiddelbruk	22
4.6	Oppfølging etter bruk av tvangsmidler	23
	Vedlegg	



1. Sammendrag

Denne rapporten er en oppsummering av en spørreundersøkelse til alle 118 enheter i Helse Sør-Øst som er godkjent for bruk av tvang. Undersøkelsen viser at tilnærmet alle enheter kjenner til anbefalingene som ble gitt i rapporten om redusert bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst.

Et stort flertall har også iverksatt tiltak for å imøtekomme anbefalingene. Tiltakene dekker både forebygging, gjennomføring og oppfølging etter bruk av tvangsmidler. Samtidig viser undersøkelsen at det er noen svakheter ved lederoppfølgingen på dette området. Nedenfor gir vi et sammendrag av de ulike områdene undersøkelsen omfatter.

Styring og oppfølging

For å nå målet om redusert bruk av tvang er det viktig at enhetene blir fulgt opp på dette. Øverste leder har ansvar for å sørge for at mål og krav operasjonaliseres og for å følge opp resultater.

Et flertall av enhetene oppgir at de ikke har operasjonalisert oppdragsdokumentets mål og krav om redusert bruk av tvangsmidler for 2019. Videre oppgir om lag halvparten av enhetslederne at de sjeldnere enn månedlig blir fulgt opp av overordnet leder om enhetens tvangsmiddelbruk. For å sikre kontinuerlig oppmerksomhet om bruk av tvangsmidler bør dette i større grad synliggjøres og inngå i ledelsesoppfølgingen gjennom hele styringslinjen.

Kompetanse

Det er viktig at de som har vedtaksmyndighet får tilstrekkelig opplæring slik at faglig forsvarlighet ivaretas. Tilnærmet alle enhetene har spesifiserte kompetansekrav for de som er vedtaksansvarlige. Enhetene

med hyppigst bruk av tvangsmidler gjennomfører regelmessig trening i å håndtere utagerende og voldelig atferd. Samtidig er det variasjoner både innad og mellom enheter og helseforetak i hvordan opplæringen er utformet. Det vil også være viktig at det gjennomføres regelmessig trening i enheter som sjelden har behov for å benytte tvangsmidler, slik at kompetansen vedlikeholdes.

Forebygging i bruk av tvangsmidler

Forebyggende tiltak skal i størst mulig grad forhindre situasjoner som kan resultere i bruk av tvangsmidler. For at både personell og pasienter skal kunne fungere best mulig som et sosialt fellesskap, og for å legge til rette for et godt behandlingsmiljø, er det anledning til å ha interne husordensregler. Et stort flertall av enhetene har husordensregler. Disse er i stor grad nylig revidert og gjennomgått av kontrollkomisjonene.

Fjerning av ferdig monterte beltesenger er et signal om å finne mindre inngripende løsninger. Et mindretall av enhetene har ferdig monterte beltesenger. Det er i hovedsak enhetene med hyppigst bruk av tvangsmidler som fortsatt har dette. Flere enheter har imidlertid en plan om å fjerne ferdig montert belteseng.

Systematisk bruk av voldsrisikovurderinger og risikoreduserende tiltak, kan bidra til færre situasjoner der tvangsmidler blir benyttet. De fleste enhetene gjennomfører dette. Samtidig er det færre enheter hvor pasientene selv gjør en egenvurdering av risiko for voldelig eller utagerende adferd. Enhetene med mest bruk av tvangsmidler gjør dette i større grad enn andre enheter.

Gjennomføring av tvangsmiddelvedtak

Tvangsmidler skal bare brukes når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. For i størst mulig grad å sikre at tvangsmidler kun benyttes der andre intervensjoner ikke er tilstrekkelig, er det viktig med en trinnvis tilnærming. Prinsippet er minst mulig inngripende, så kortvarig som mulig, så skånsomt som mulig.

De fleste enhetene oppgir at de benytter en trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmidler. Likevel oppgir kun halvparten av enhetene at de har en beskrivelse av hvilke situasjoner de ulike tvangsmidlene kan benyttes. Dette kan medføre uønsket variasjon i tilnærmingen til bruk av tvangsmidler.

Det er faglig ansvarlig (psykiater eller psykologspesialist) som kan treffe vedtak om bruk av tvangsmidler. Tilnærmet alle enhetene oppgir at det er faglig ansvarlig alene som står som ansvarlig for vedtaket i elektronisk pasientjournal (EPJ), når vedkommende er tilstede.

I situasjoner hvor faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet, kan ansvarshavende som for eksempel lege, avdelingssykepleier eller psykolog fatte vedtak om bruk av tvangsmidler. I rapporten blir det anbefalt at den som fatter vedtaket også skal stå som ansvarlig for vedtaket i EPJ.

Om lag halvparten av enhetene oppgir at det i slike tilfeller er ansvarshavende alene som står som ansvarlig for vedtaket i EPJ. De resterende oppgir at det er faglig ansvarlig som står ansvarlig for vedtaket.

Oppfølging etter bruk av tvangsmidler

Ettersamtaler med ansatte, pasienter og pårørende kan være et nyttig verktøy til å innhente erfaringer og tilbakemeldinger. De kan legges til rette for økt læring og kvalitetsutvikling, samt benyttes til å håndtere lignende situasjoner på andre måter i fremtiden. Helseforetakene har i stor grad lagt til rette for å innhente erfaringer fra ansatte, pasienter og pårørende.

Samtidig har et mindretall av enhetene endret praksis på bakgrunn av tilbakemeldinger fra pasienter eller pårørende. Dette indikerer at det er et potensiale for å i større grad benytte tilbakemeldingene til systematisk læring og forbedring. Dette kan gi økt brukermedvirkning og en praksis som ytterligere er tilpasset pasientenes behov.

Registrering av tvangsmiddelbruk

Korrekt styringsinformasjon er nødvendig for å kunne følge utviklingen, vurdere behovet for endring og iverksette korrigerende tiltak.

Det har tidligere vært utfordringer med å skaffe god oversikt over tvangsmiddelbruk ved de ulike helseforetakene da det har vært variasjoner i hvordan registreringen har blitt utført.

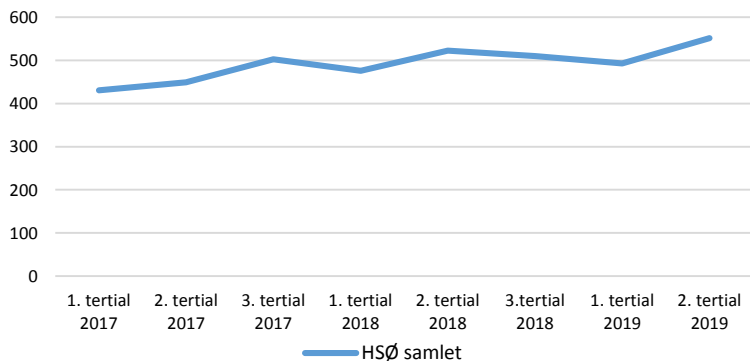
De fleste enhetene har føringer for registreringer av tvangsmiddelbruk, og det gis opplæring. Videre oppgir om lag halvparten av enhetslederne at registreringspraksis regelmessig følges opp. Manglende oppfølging av registreringspraksis kan redusere helseforetakenes evne til å fange opp om registreringene er korrekte og i henhold til gjeldende føringer.

2. Kontekst

2.1 Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern

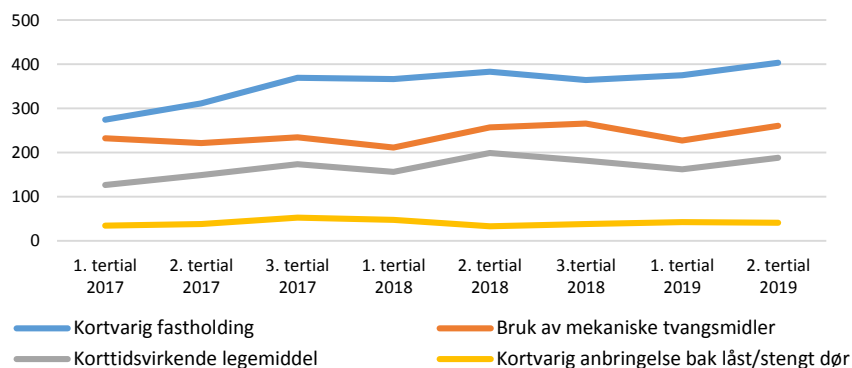
Gjennom flere år har det vært mål om redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern. Helse Sør-Øst RHF har gjennom sine årlige styringsinstrukser etablert mål om harmonisering og reduksjon i bruk av alle former for tvang i psykisk helsevern. Gjennom blant annet rapporten «Økt frivillighet» (2011) ble det gitt anbefalinger og forslag til tiltak for redusert og riktig bruk av tvang.

I oppdragsdokumentene til helseforetakene er det gjennom flere år gitt krav om reduksjon i bruken av tvang. For 2017 ble det gitt krav om å redusere antall pasienter i døgnbehandling per 1000 innbyggere som har minst ett tvangsmiddelvedtak. For 2018 og 2019 var kravet at antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skulle reduseres. Figur 1 viser utvikling i antall pasienter i HSØ med minst ett tvangsmiddelvedtak i perioden fra 1. tertial 2017 til 2. tertial 2019.



Figur 1 Utvikling i antall pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak i perioden 1. tertial 2017 - 2. tertial 2019 i HSØ. Kilde: Helsedirektoratet.

Figur 2 viser utviklingen i bruken av de ulike tvangsmidlene samlet for HSØ, og at det er flest pasienter som får vedtak om kortvarig fastholding. Bruk av kortvarig anbringelse bak låst/stengt dør (isolasjon) er det tvangsmiddelet som benyttes minst i regionen.



Figur 2: Utvikling i bruk av ulike tvangsmidler i perioden 1. tertial 2017 til 2. tertial 2019 i HSØ. Kilde: Helsedirektoratet.

2.2 Lov om psykisk helsevern

Jamfør § 4-8 skal «tvangsmidler bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgyves eller utilstrekkelige».

I henhold til psykisk helsevernloven § 4.8 regnes tvangsmidler som:

- a) Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt forebyggende spesialklær
- b) Kortvarig anbringelse bak låst dør uten personale tilstede
- c) Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt
- d) Kortvarig fastholding

Lovens § 1-4 gir hjemmel for at de som kan treffe vedtak, samt beslutte nærmere angitte tvangstiltak, skal være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning.

Psykisk helsevernforskriften § 25 åpner for at leder, unntaksvis, kan delegere myndighet til å vedta bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding til ansvarshavende, som for eksempel lege, avdelingssykepleier eller psykolog. Dette gjelder når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet.

Lovens § 4.2 gir hjemmel for å etablere husordensregler i institusjoner i Psykisk helsevern. Helseinspektatets kommentarutgave av loven gir føringer for avgrensning av hva det er anledning til regulere ved interne bestemmelser. Kontrollkommisjonene skal føre tilsyn med at husordensreglene er i overensstemmelse med lovens § 63.

2.3 Prosjekt Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst

I 2017 oppnevnte Helse Sør-Øst RHF en prosjektgruppe som fikk i oppdrag å foreslå tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler i regionen. I rapporten *Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern* ble det gitt anbefalinger om hvordan bruken av tvangsmidler kan reduseres. Rapporten ble sendt alle helseforetak våren 2019. Gjennom oppdragsdokumentet for 2019 er det gitt krav om at anbefalinger i rapporten skal innføres på samtlige aktuelle avdelinger i regionen.

Det er opprettet en regional faggruppe som skal bidra til erfaringsutveksling, og en mest mulig enhetlig forvaltning og operasjonalisering av anbefalingene i rapporten. Faggruppen planlegger å besøke alle helseforetak og sykehus som er godkjent for bruk av tvang våren 2020. Der vil de gjennomgå hvordan helseforetakene har tilrettelagt for redusert bruk av tvang, samt gi råd og veiledning for videre arbeid. I etterkant er det planlagt møter for både ledere og klinkere for videre erfaringsutveksling.

2.4 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

God kvalitet på helsetjenesten, herunder bruk av tvang i psykisk helsevern, er avhengig av at ledelsen planlegger og følger opp pasientbehandlingen. En forutsetning for at dette gjøres på en god måte er at det er etablert et hensiktsmessig styringssystem i virksomheten. Dette er tydeliggjort i forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring.

3. Tilnærming

3.1 Innretning og metodebruk

Målet for revisjonen er å undersøke om helseforetakenes bruk av tvangsmidler er i tråd med overordnede styringsinstrukser, og status på helseforetakenes og sykehusenes arbeid i å imøtekomme oppdragsdokumentets krav.

Del 1 av revisjonen er en spørreundersøkelse til alle enheter i regionen som er godkjent for bruk av tvang.

3.2 Omfang og avgrensning

Helseforetak og sykehus har oversendt oversikter over alle enheter som er godkjent for bruk av tvang, samt kontaktinformasjon til nærmeste leder av disse. En samlet oversikt viser at det varierer mellom helseforetakene om enheter innen DPS eller BUP er godkjent for bruk av tvang. Antall enheter fordelt per helseforetak vises i vedlegg 1.

Et elektronisk spørreskjema ble sendt til totalt 118 enheter og alle enheter har besvart undersøkelsen.

For å kunne sammenligne mest mulig like enheter har vi delt enhetene inn i kategorier. Vår plassering av enhetene er basert på enhetenes- og avdelingens navn. De kan derfor være plassert i andre kategorier enn hva helseforetakene selv ville ha gjort. Se tabell 1.

Tabellen gir også en oversikt over gjennomsnittlig antall vedtak pr måned for ulike type enheter. I tabellen er regional sikkerhetsavdeling og de lokale sikkerhetsavdelingene adskilt på grunn av betydelig forskjell i antall tvangsmiddelvedtak. Videre i rapporten er derimot disse slått sammen.

Type enheter	Antall enheter	Gjennomsnitt antall vedtak pr mnd.
Mottak /akutt	30	11,7
Alderspsykiatri	14	0,9
Barn og unge (BUP)	8	3,6
Døgn (i hovedsak psykose/affektive lidelser)	32	6,7
Sikkerhet (lokale)	12	3,9
Sikkerhet (regional)	3	21
Distriktpsikiatrisk senter (DPS)	10	0,3
Psykiatri og utviklingshemning (Psyk og utv.)	3	3,5
Spiseforstyrrelser	6	6,6
Samlet	118	12,8

Tabell 1: Antall enheter og gjennomsnittlig antall tvangsmiddelvedtak fordelt på type enhet.

3.3 Temaer for spørreundersøkelsen

Følgende temaer er kartlagt i spørreundersøkelsen:

- Styring og oppfølging.
- Føringer for hvordan enhetene/avdelingene skal forebygge, håndtere og følge opp etter bruk av tvangsmidler.
- Hvem som er gitt myndighet til å være vedtaksansvarlig og hvilke oppgaver som ligger i dette.
- Kompetansekrav og føringer for opplæring.
- Bruk av trinnsvis tilnærming når bruk av tvangsmidler er besluttet.
- Registrering for bruk av tvangsmidler i EPJ.

4. Resultater fra spørreundersøkelsen

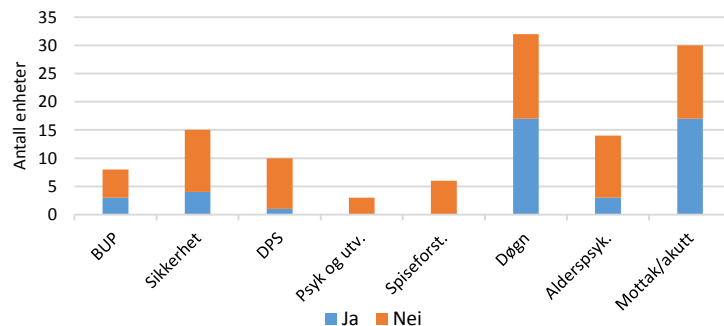
4.1 Styring og oppfølging

For å styre og levere faglig forsvarlige tjenester av god kvalitet i enhetene, må ledere vite hva de skal oppnå. Det må settes et klart og tydelig mål for alle sentrale områder det skal leveres på.

Dette kapittelet omhandler i hvilken grad enhetene har operasjonalisert oppdragsdokumentets mål- og resultatkrav for reduksjon i bruk av tvangsmidler, og videre hvordan dette følges opp i styringslinjen.

4.1.1 Krav gitt i oppdragsdokumentet for 2019

Undersøkelsen viser at et flertall av enhetene ikke har operasjonalisert mål og krav som er gitt i oppdragsdokumentet for å redusere bruk av tvangsmidler.

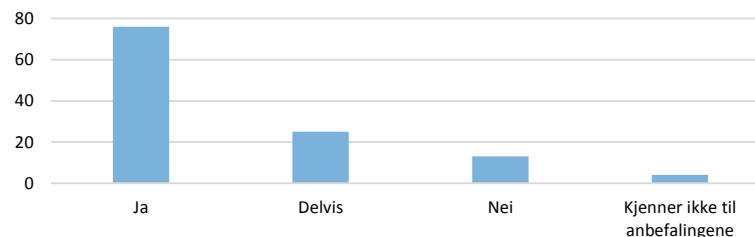


Figur 3: Antall enheter med definerte mål- og resultatkrav om reduksjon i bruk av tvangsmidler fordelt på type enheter.

Figur 3 viser også at dette varierer innad i og mellom type enheter. For eksempel er det definert mål- og resultatkrav om reduksjon i bruk av tvangsmidler for 4 av de 15 sikkerhetsenhetene. For akutt- og døgnenhetene er det om lag halvparten som har definert mål- og resultatkrav om reduksjon i bruk av tvangsmidler.

4.1.2 Anbefalinger gitt i rapport Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst

Spørreundersøkelsen viser at tilnærmet alle enhetene kjenner til anbefalingene i rapporten. Videre har et stort flertall av enhetene iverksatt tiltak for å imøtekomme anbefalingene, jf. figur 4.

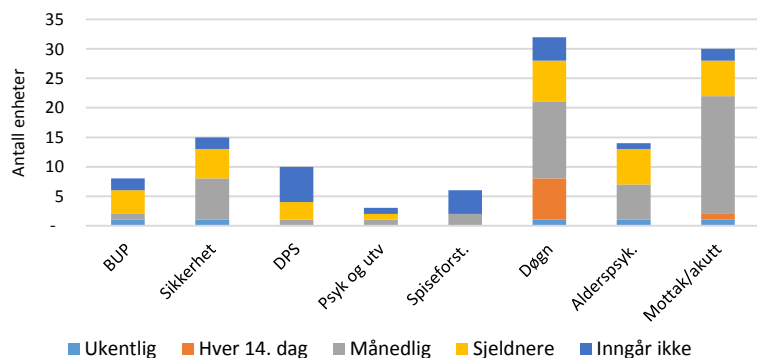


Figur 4: Antall enheter som har iverksatt tiltak for å imøtekomme anbefalingene.

Noen kommenterer at de har iverksatt kompetansehevende tiltak, bruk av ettersamtaler, og bedre oppfølging av involvert personell i etterkant av hendelser. Flere oppgir i tillegg at de har økt bruk av deeskaleringsteknikker, og fastholding og medisinerings framfor mekaniske tvangsmidler. Flere har fjernet ferdig monterte beltesenger, og økt oppmerksomhet på kortere tid i belter.

4.1.3 Oppfølging av overordnet leder

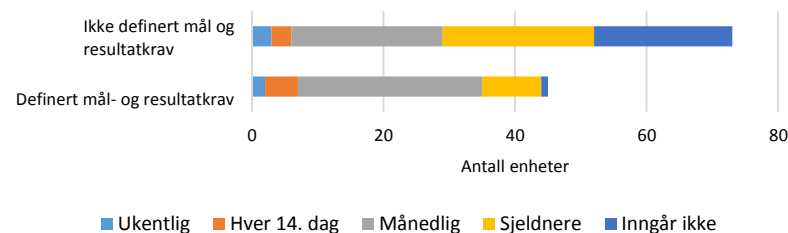
Figur 5 viser at om lag halvparten av enhetene følges opp månedlig eller hyppigere av overordnet leder i bruken av tvangsmidler. Dette varierer imidlertid innad i og mellom både helseforetak og type enheter. For eksempel er det 7 av 15 sikkerhetsenheter som følges opp sjeldnere enn månedlig eller aldri.



Figur 5: Fordeling av hvor hyppig overordnet leder følger opp utviklingen i bruken av tvangsmidler fordelt på type enheter.

De fleste enhetene som ikke blir fulgt opp på dette området, kommenterer at enheten har liten bruk av tvangsmidler. Et lite fåtall viser til at dette ikke har oppmerksomhet fra overordnet ledelse, selv om enheten benytter tvangsmidler.

Figur 6 viser forskjellen i hvor hyppig enheter blir fulgt opp av overordnet leder, avhengig av om enheten har definerte mål- og resultatkrav om reduksjon i bruk av tvangsmidler.

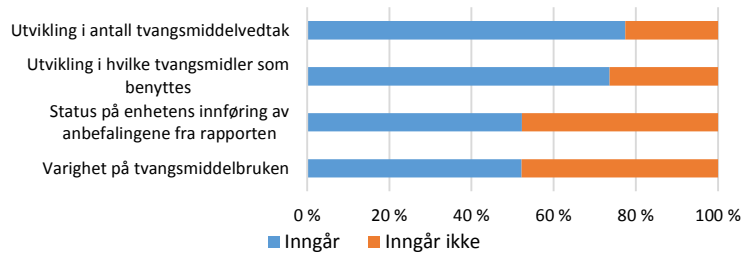


Figur 6: Hyppighet på oppfølging fra overordnet leder fordelt på om enhetene har definerte mål- og resultatkrav om reduksjon i bruk av tvangsmidler.

Figuren viser at 45 enheter har fått definert mål- og resultatkrav. Av disse er det en stor andel som følges opp månedlig eller hyppigere.

Av de 73 enhetene som ikke har mål- og resultatkrav er det et mindretall som blir fulgt opp månedlig eller hyppigere. De fleste av disse blir fulgt opp sjeldnere enn månedlig eller aldri.

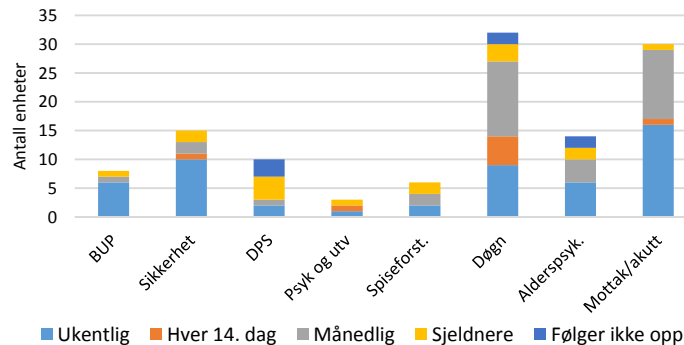
For de enhetene som følges opp, viser figur 7 at det i all hovedsak er utvikling av antall tvangsmiddelvedtak og hvilke tvangsmidler som benyttes, som inngår i ledelsesoppfølgingen. For halvparten av enhetene inngår også varighet på tvangsmiddelbruken og status på innføring av anbefalte tiltak i oppfølgingen.



Figur 7: Fordeling av hvilke forhold som inngår i ledelsesoppfølgingen fra overordnet leder.

4.1.4 Enhetslederens egen oppfølging

Undersøkelsen viser at om lag 80 prosent av enhetslederne følger opp enhetens bruk av tvangsmidler månedlig eller hyppigere. Figur 8 viser samtidig at hyppigheten varierer både innad i og mellom type enheter.

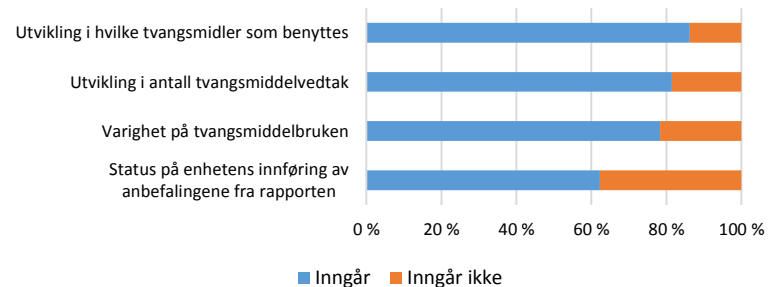


Figur 8: Fordeling av hvor hyppig enhetsledere følger opp utviklingen i tvangsmiddelbruk fordelt på type enheter.

Enhetsledere innenfor sikkerhet og BUP har hyppigst oppfølging. For eksempel oppgir 10 av 15 ledere for sikkerhetsenheter at de følger opp ukentlig.

Flere kommenterer at alle tvangsvedtak diskuteres i morgenmøter, behandlingsmøter, personalmøter og i kvalitetsutvalg. Andre kommenterer at tvangsmiddelbruk også diskuteres med verneombud og tillitsvalgte.

Figur 9 viser at et stort flertall av enhetslederne følger opp utviklingen av antall tvangsmiddelvedtak, hvilke tvangsmidler som benyttes mest og varighet på tvangsmiddelbruken. Videre er det 60 prosent som følger opp status på innføring av anbefalingene i rapporten.



Figur 9: Fordeling av hvilke forhold som inngår i oppfølgingen hos enhetsleder.

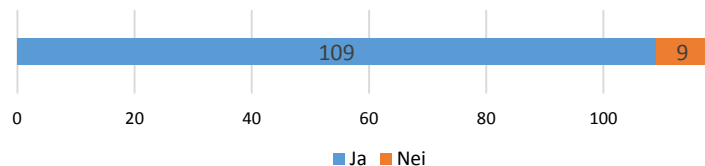
4.2 Kompetanse

Å redusere bruken av tvangsmidler vil blant annet innebære andre tilnæringer eller handlingsmønstre. For å nå målsetningen om redusert bruk av tvangsmidler er det derfor viktig med kompetansehevede tiltak. I dette kapitlet belyser vi om enhetene har definert kompetansekrav og iverksatt opplæringsaktiviteter for å imøtekomme kravet om å redusere bruken av tvangsmidler.

4.2.1 Kompetansekrav og opplæringstiltak

For vedtaksansvarlige

Figur 10 viser at 109 av de 118 enhetene har spesifisert kompetansekrav for de som er vedtaksansvarlige.

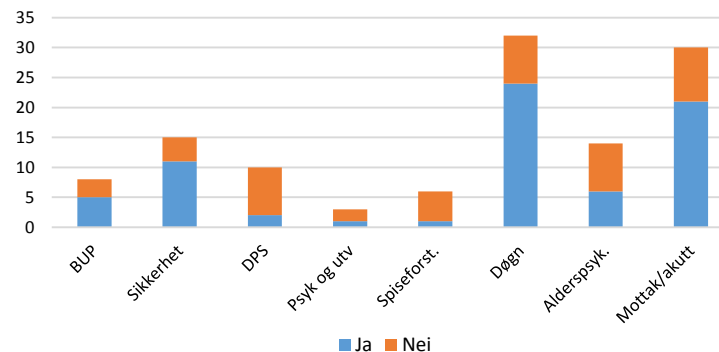


Figur 10: Antall enheter som har spesifisert kompetansekrav for alle vedtaksansvarlige.

Noen enheter beskriver at det har vært gjennomført opplæring i å skrive tvangsmiddelvedtak for alle med høyskoleutdanning, og at ansatte deltar på ulike kurs som berører tvang.

For enhetene generelt

Undersøkelsen viser at om lag 60 prosent av enhetene har iverksatt kompetansetiltak for å redusere bruken av tvangsmidler. Figur 11 viser videre at det varierer både innad i og mellom type enheter.



Figur 11: Antall enheter som i 2019 har iverksatt kompetansetiltak for å redusere bruken av tvangsmidler fordelt på type enheter.

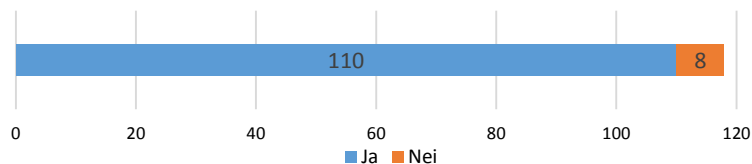
En stor andel av sikkerhet-, døgn- og akuttene har iverksatt kompetansetiltak i 2019. Enheter i blant annet DPS og alderspsykiatri har i mindre grad iverksatt kompetansetiltak.

Av iverksatte kompetansetiltak beskriver flere enheter følgende områder:

- Samhandlingskurs som skal bygge kompetanse om tvangsforebyggende tiltak
- Konfliktdependende kommunikasjon
- Opplæring i deeskalering og konflikthåndtering

- Utdanning av instruktører i håndtering av utfordrende atferd - terapeutisk konflikthåndtering
- Involvering av pasient ved kartlegging av voldsrisiko

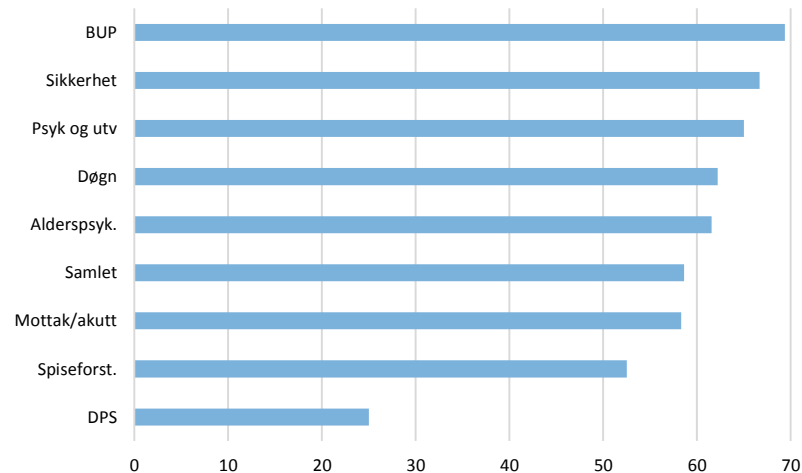
Figur 12 viser at tilnærmet alle enhetene har iverksatt opplæring i å forebygge utagerende og voldelig adferd i 2019.



Figur 12: Antall enheter hvor personalgruppen i 2019 har fått opplæring i å forebygge utagerende og voldelig adferd.

Figuren viser at det er 8 enheter hvor personalgruppen ikke har fått opplæring. Dette er enheter innen DPS og alderspsykiatri, som generelt har lite bruk av tvangsmidler.

Enhetslederne har videre anslått hvor stor andel av personalgruppen som de siste tre månedene har trent på å håndtere utagerende/voldelig adferd. Samlet har i underkant av 60 prosent av ansatte i enhetene trent, men dette varierer mellom type enheter jf. figur 13.



Figur 13: Gjennomsnittlig andel av personalgruppen som har trent i å håndtere utagerende og voldelig adferd de siste tre månedene fordelt på type enheter.

Figuren viser at andelen av personalgruppen som har trent på å håndtere utagerende og voldelig atferd de siste tre månedene varierer fra rundt 20 til 70 prosent mellom de ulike type enhetene. Nærmere analyser viser også at andelen varierer fra 40 til 80 prosent mellom helseforetakene.

Flere kommenterer samtidig at treningen rullerer etter turnus, og at personalgruppene har krav om å trene hver 6. måned. Andre viser til at enhetene har ulik tilnærming til opplæring i og med at de svært sjelden har utagerende pasienter og at det derfor er viktig å ha regelmessig trening, andre igjen viser til at de derfor ikke prioriterer slik trening.

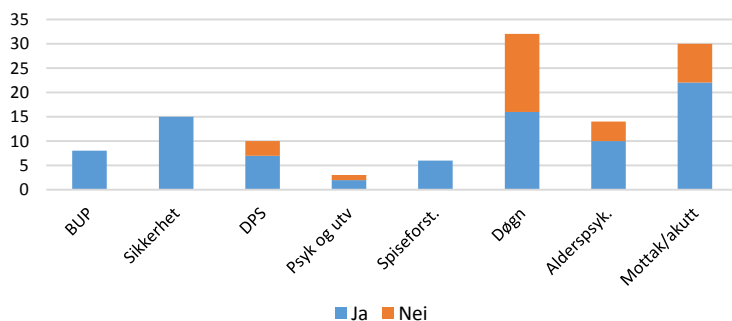
4.3 Forebygging i bruk av tvangsmidler

I dette kapittelet viser vi resultatene i hvordan enhetene forebygger bruk av tvangsmidler. I dette inngår resultatene om husordensregler, om enhetene har ferdig monterte beltesenger og om voldsriskovurderinger.

4.3.1 Husordensregler

For å fungere best mulig som et sosialt fellesskap, og for å legge til rette for et godt behandlingsmiljø, er det anledning til å ha interne husordensregler. Dette skal vurderes opp mot hensyn til medpasienter og driftsmessige hensyn.

Figur 14 viser at et stort flertall av enhetene har husordensregler. Dette varierer imidlertid innad i og mellom både helseforetak og type enheter. Alle enheter i BUP og sikkerhet har husordensregler, og om lag halvparten av døgnenhetene.

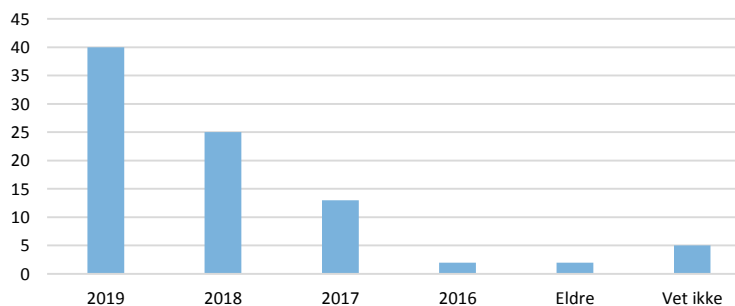


Figur 14: Antall enheter som har husordensregler fordelt på type enheter.

Noen enheter kommenterer om det å ha husordensregler:

- Det er fokus på å ha minst mulig generelle regler.
- Husordensreglene er kun generelle regler som gjelder for vanlig orden og høflighet for hele klinikken.
- Har pasientene behov for spesielle begrensninger på grunn av sin sykdom, skal dette nedfelles i den enkeltes behandlingsplan.

I figur 15 ser vi at om lag halvparten av enhetene reviderte sine husordensregler i 2019. Et fåtall av dagens husordensregler er fra 2017 eller eldre.



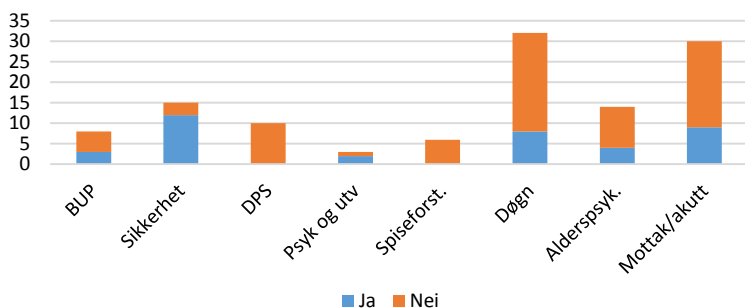
Figur 15: Fordeling av når dagens husregler sist ble revidert.

Spørreundersøkelsen viser også at kontrollkomisjonene har gjennomført tilsyn av tilnærmet alle av dagens husordensregler. Et overveiende flertall oppgir at de har lagt til grunn krav som er gitt i Lov om psykisk helsevern.

4.3.2 Ferdig monterte beltesenger

Fjerning av ferdig monterte beltesenger er et signal om å finne mindre inngripende løsninger. Innstramning i bruk av mekaniske tvangsmidler må skje i en faglig sammenheng, med vekt på dialog med pasienten og ved kartlegging av voldsrisiko.

Spørreundersøkelsen viser at om lag 30 prosent av enhetene har ferdig monterte beltesenger. Figur 16 viser at dette varierer både innad i og mellom type enheter.



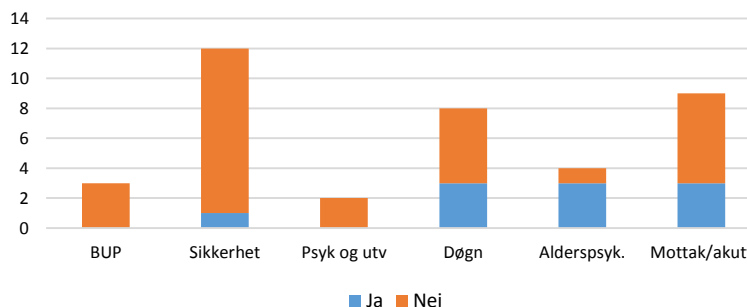
Figur 16: Antall enheter med ferdig monterte beltesenger fordelt på type enheter.

Mens tilnærmet alle sikkerhetsenheter har ferdig monterte beltesenger, har DPS og enheter for pasienter med spiseforstyrrelser ingen.

Noen enheter har kommentert sin bruk av ferdig monterte beltesenger:

- Vi mener vi ivaretar trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmiddel selv om belteseng er tilgjengelig i seksjonen.
- Belteseng brukes svært sjelden, og kun til manisk psykotiske pasienter hvor alt annet er prøvd. Det går år mellom hver gang sengen er i bruk.

Vi har videre kartlagt om enhetene har en plan for å fjerne ferdig monterte beltesenger, jf. figur 17.



Figur 17: Antall enheter med plan om å fjerne ferdig monterte beltesenger fordelt på type enheter.

Om lag 20 prosent av enhetene med ferdig monterte beltesenger har en plan for å fjerne disse.

Et fåtall sikkerhetsenheter planlegger å fjerne beltesenger, mens ingen enheter innen BUP og psykiatri og utviklingshemning har planer om å fjerne ferdig monterte beltesenger.

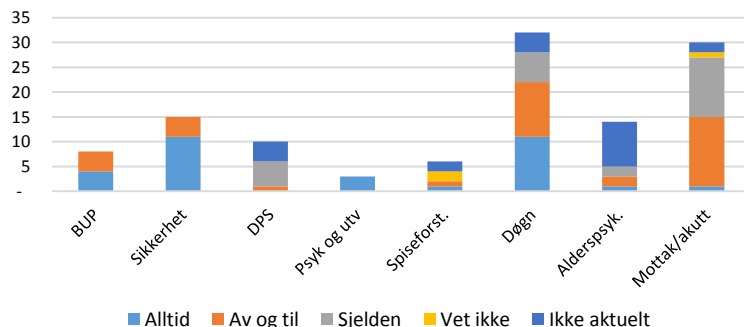
4.3.3 Vurdering av risiko for utagering eller vold

Systematisk bruk av voldsrisikovurderinger som videre danner grunnlaget for risikoreduserende tiltak, vil kunne redusere risikoen for at skadelige situasjoner oppstår. For pasienter med forhøyet voldsrisiko er det i tillegg viktig å få mulighet til å gjøre egen vurdering av risiko for utagerende eller voldelig atferd.

Behandlers vurdering av risiko for vold

Undersøkelsen viser at tilnærmet alle enheter har prosedyrer for å kartlegge og vurdere pasientens voldsrisiko ved innleggelse. Videre viser undersøkelsen at flertallet også kartlegger pasientenes risiko for vold ved innleggelse, og at det i stor grad benyttes standardiserte kartleggings-skjemaer for denne vurderingen.

Ved forhøyet og vedvarende voldsrisiko anbefales en utdypende vurdering av voldsrisiko. Om lag 40 prosent av enhetene gjennomfører alltid, eller av og til, en utdypende vurdering av utagerende/voldelig adferd, jf. figur 18.

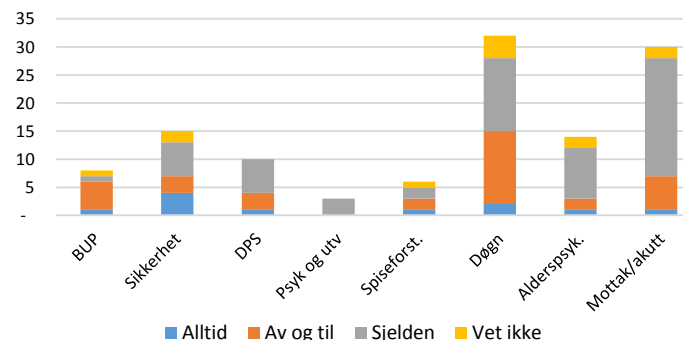


Figur 18: Antall enheter som gjennomfører utdypende voldsrisikovurderinger. Fordelt på type enheter.

Figuren viser at bruk av utdypende vurdering av voldsrisiko varierer både innad i og mellom type enheter. Enheter innen sikkerhet, BUP og døgn gjør dette i hovedsak alltid eller av og til, mens det i mindre grad gjøres ved eksempelvis DPS og alderspsykiatri.

Pasientens egen vurdering av risiko for vold

Figur 19 viser at om lag 40 prosent av enhetene gjennomfører samtaler med pasientene om deres egen vurdering av risiko for utagerende eller voldelig atferd. De øvrige enhetene svarer at pasientene sjelden tar del i dette.



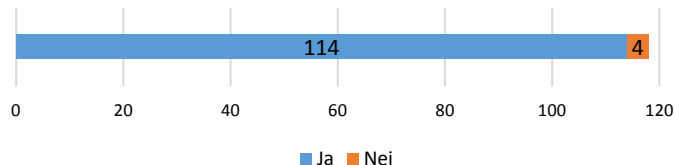
Figur 19: Antall enheter hvor pasienter gjennomfører en egen vurdering av risiko for voldelig eller utagerende adferd ved innleggelse. Fordelt på type enheter.

Figuren viser videre at bruk av egen vurderinger gjøres i ulik grad mellom de ulike type enhetene, og mellom samme type enheter.

4.3.4 Bruk av behandlingsplan

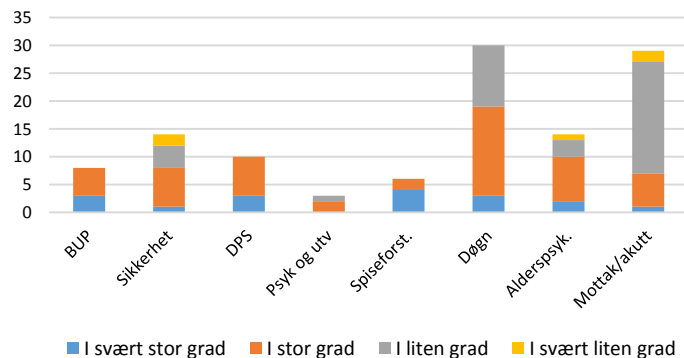
For å ha en samlet oversikt over planlagte tiltak og tidspunkt for evalueringer gjennom behandlingsforløpet, skal alle pasienter ha en behandlingsplan. Behandler og pasient bør i samarbeid utarbeide planen med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten.

Undersøkelsen viser at tilnærmet alle enheter oppgir at pasienter har behandlingsplan, jf. figur 20.



Figur 20: Antall enheter hvor alle pasienter har behandlingsplan.

Samtidig viser undersøkelsen at pasientene i liten grad involveres i utarbeidelsen av behandlingsplanen, jf. figur 21.



Figur 21: Fordeling av i hvilken grad pasienten involveres i utarbeidelse av behandlingsplan. Fordelt på type enheter.

I de enhetene pasientene involveres i utarbeidelse av behandlingsplanene viser figuren at dette gjøres i ulik grad mellom de ulike type enhetene, og mellom samme type enheter.

Flere har imidlertid kommentert at pasientene ofte er i en tilstand eller forfatning som vanskeliggjør involvering av pasientene i utarbeidelsen av behandlingsplanen.

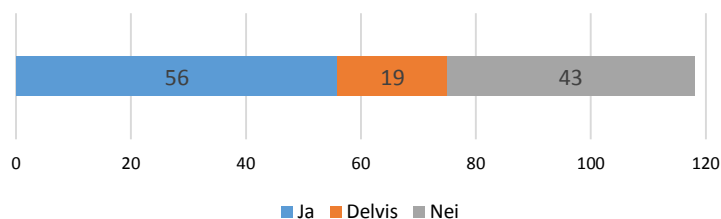
4.4 Gjennomføring av tvangsmiddelvedtak

I dette kapittelet viser vi resultater knyttet til gjennomføringen av et tvangsvedtak – om enhetene har beskrivelser av i hvilke situasjoner tvangsmidler kan iverksettes, og om enhetene har oppmerksomhet rettet mot trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmiddel. Videre viser vi resultatene i enhetenes praksis ved vedtak om tvang.

4.4.1 Rutiner for bruk av tvangsmidler

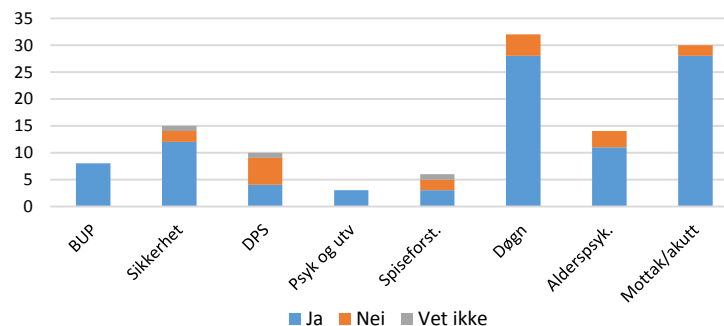
For i størst mulig grad å sikre at tvangsmidler kun benyttes der andre intervensjoner ikke er tilstrekkelig, anbefaler rapporten en trinnvis tilnærming til bruk av tvangsmidler. Det underliggende prinsippet er *minst mulig inngripende, så kortvarig som mulig og så skånsomt som mulig*.

Figur 22 viser at under halvparten av enhetene har beskrevet i hvilke situasjoner tvangsmidler kan iverksettes.



Figur 22: Antall enheter som har beskrevet når tvangsmidler kan benyttes i enhetene.

80 prosent av enhetene oppgir at de har prinsipper om trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmidler. Figur 23 viser samtidig at dette varierer noe mellom type enheter.



Figur 23: Fordeling av om enheten har prinsipper om trinnvis tilnærming ved valg av tvangsmiddel. Fordelt på type enheter.

Noen enheter har kommentert følgende vedrørende valg av tvangsmidler:

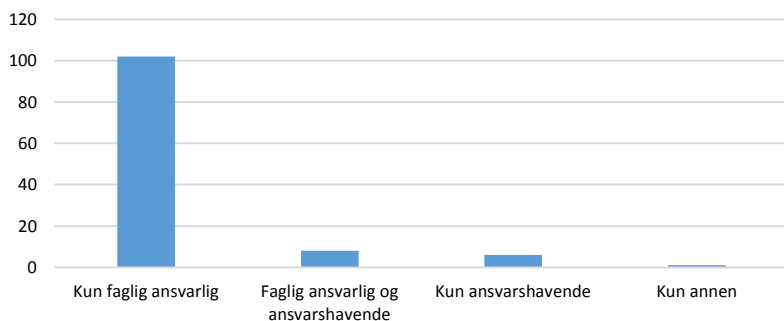
- Enheten følger lov om psykisk helsevern.
- Det er vanskelig å forutse hvilke tvangsmidler som eventuelt er hensiktsmessig å bruke i hvert enkelt tilfelle, det må vurderes fortløpende.
- Vi velger alltid det som kan oppleves som minst inngripende.
- Enheten har de siste fem årene kun brukt fastholding som tvangsmiddel.

4.4.2 Enhetenes praksis for registrering og dokumentasjon når faglig ansvarlig er tilstede

Psykisk helsevernloven gir hjemmel for at den faglig ansvarlige kan fatte vedtak om tvangsmiddelbruk. Dette vil enten være psykiater eller psykologspesialist. Psykisk helsevernforskriften åpner for at det unntaksvis kan delegeres myndighet til å vedta bruk av tvangsmidler til ansvarshavende, som kan være lege, psykolog eller avdelingssykepleier. Dette gjelder når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet.

Spørreundersøkelsen viser at 110 enheter har prosedyrer som beskriver hvem som kan fatte vedtak om bruk av tvang.

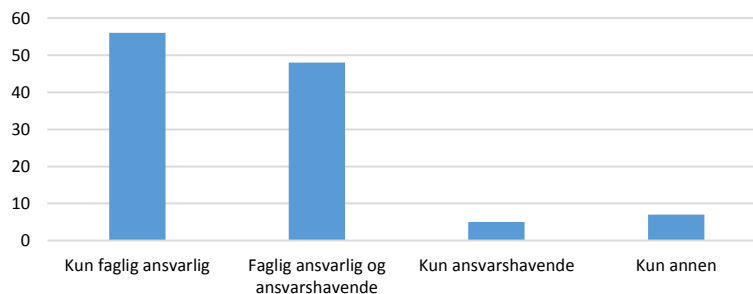
Figur 24 viser hvem som står som ansvarlig for tvangsmiddelvedtak i EPJ når faglig ansvarlig er til stede.



Figur 24: Fordeling av hvem står som ansvarlig for vedtak i pasientjournal.

Figuren viser at tilnærmet alle enhetene oppgir at faglig ansvarlig alene står som ansvarlig for vedtaket i EPJ.

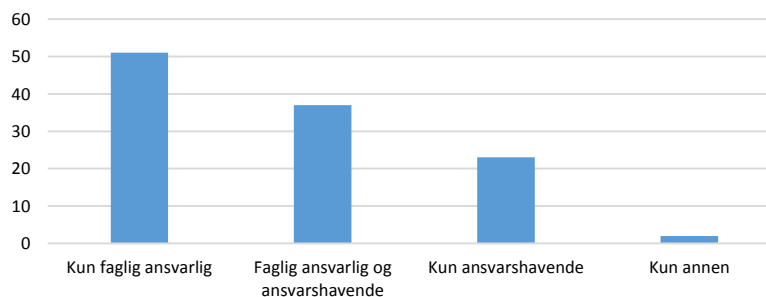
Figur 25 viser fordelingen av hvem som dokumenterer i pasientjournalen.



Figur 25: Fordeling av hvem som dokumenterer i pasientjournal.

Figuren viser at det er faglig ansvarlig alene eller sammen med ansvarshavende som dokumenterer hendelsen i pasientjournalen.

Figur 26 viser at det også er faglig ansvarlig alene eller sammen med ansvarshavende som protokollfører tvangsvedtaket.



Figur 26: Fordeling av hvem som protokollfører tvangsvedtak.

4.4.3 Enhetenes praksis når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet

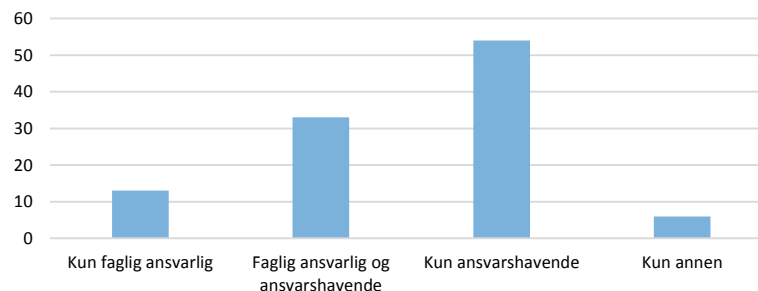
Psykisk helsevernforskriften åpner som tidligere nevnt for at det unntaksvis kan delegeres myndighet til å vedta bruk av tvangsmidler til ansvarshavende, som kan være lege, psykolog eller avdelingssykepleier. Dette gjelder når faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet.

Figur 27 viser at det i disse tilfellene er om lag like mange ansvarshavende som står ansvarlig for vedtaket i pasientens journal som den som er faglig ansvarlig.



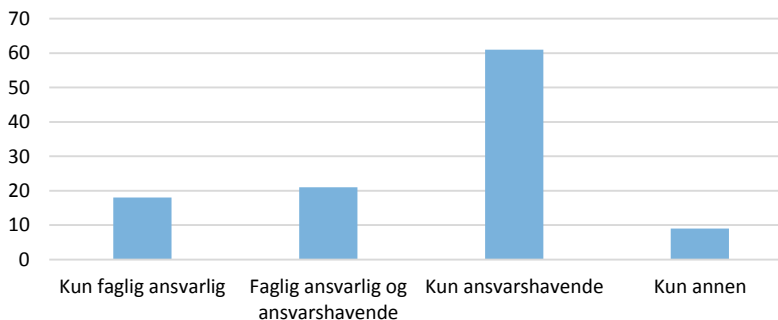
Figur 27: Fordeling av hvem står som ansvarlig for vedtak i pasientjournal.

Figur 28 viser videre at det i hovedsak er ansvarshavende alene eller sammen med faglig ansvarlig som dokumenterer hendelsen i pasientjournalen. Det er således ikke gitt at den som står ansvarlig for vedtakene, også er den som dokumenterer i pasientjournalen.



Figur 28: Fordeling av hvem som dokumenterer i pasientjournal.

Figur 29 gir svar på hvem som protokollfører i tvangsmiddelprotokollen. Fordelingen er stort sett lik den vi ser av figuren over.



Figur 29: Fordeling av hvem som protokollfører tvangsvedtak.

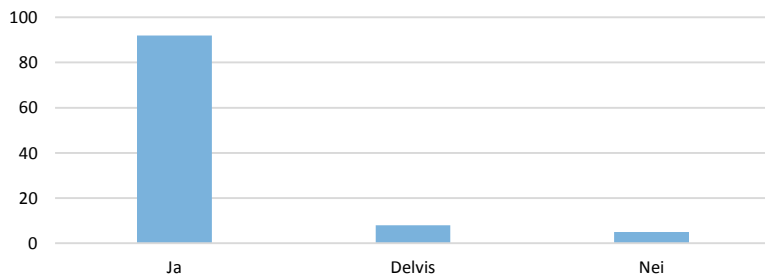
For alle tre figurene er det om lag 6-9 enheter som krysser av for «annen». Disse enhetene er tilknyttet ulike type enheter og helseforetak. Flere oppgir at «annen» ofte er bakvakt eller vakthavende lege.

Enkelte har videre kommentert hvordan vedtak om tvangsmidler praktiseres når faglig ansvarlig ikke er tilstede:

- Ansvarshavende sykepleier protokollfører og spesialist med vedtakskompetanse signerer.
- Når ansvarshavende skriver protokoll, signerer faglig ansvarlig. I helger vil disse oppgavene ligge til vakthavende lege.
- Dersom faglig ansvarlig ikke er tilstede (vakthavende lege), er ansvarshavende sykepleier/vernepleier opplært til iverksetting og dokumentering.
- Ansvarsvakt sykepleier kan fatte vedtak om kortvarig fastholding.

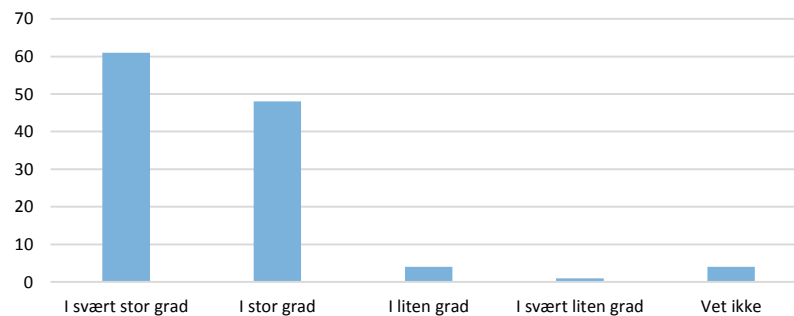
Flere kommenterer videre at de planlegger å endre til at § 4-8 vedtak skal gjennomføres og dokumenteres av ansvarshavende når faglig ansvarlig ikke er tilstede.

Som figur 30 viser har tilnærmet alle enhetene spesifisert hvordan faglig ansvarlig skal involveres hvis iverksetting av tvangsmidler er fattet og gjennomført av andre.



Figur 30: Har enheten spesifisert hvordan faglig ansvarlig skal involveres dersom iverksetting av vedtak er fattet av andre?

Figur 31 viser i hvilken grad valg av tvangsmiddel begrunnes i pasientens journal.



Figur 31: Fordeling av i hvilken grad enhetene begrunner valg av tvangsmiddel i pasientjournalen.

Figuren viser at et stor flertall oppgir at de i svært stor eller i stor grad begrunner valg av tvangsmiddel i pasientjournalen.

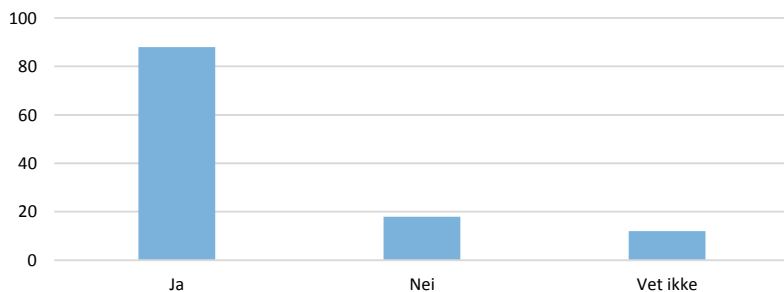
4.5 Registrering av tvangsmiddelbruk

For å få tilstrekkelig oversikt til å følge opp bruken av tvangsmidler fordrer dette blant annet korrekt registrering av tvangsmiddelbruken. I dette kapitlet belyses hvordan enhetene har kontroll og oversikt over om registreringspraksis er i henhold til gjeldende føringer.

4.5.1 Registrering i EPJ

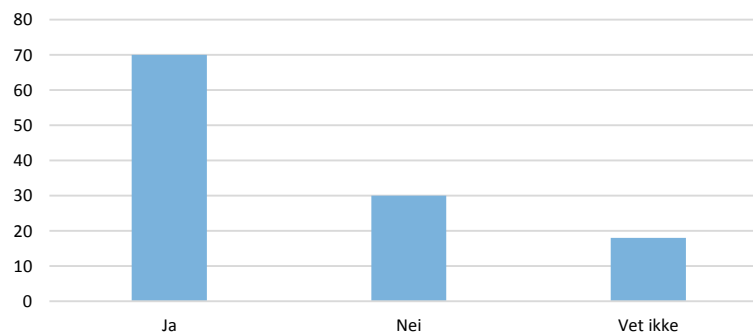
Undersøkelsen viser at tilnærmet alle enhetene har føringer for registrering av tvangsmiddelbruk i elektronisk pasientjournal (EPJ).

Figur 32 viser at et flertall av enhetene har gitt opplæring i hvordan tvangsmiddelbruk skal registreres i EPJ.



Figur 32: Fordeling av antall enheter som har gitt opplæring i registrering av tvangsmiddelbruk i EPJ.

Videre oppgir over halvparten av enhetene at det regelmessig gjennomføres oppfølging av om registreringspraksis av tvangsmiddelbruk er i henhold til gitte føringer, jf. figur 33.



Figur 33: Gjennomføres det regelmessig oppfølging av om registrering av tvangsmiddelbruk i EPJ er i henhold til gitte føringer?

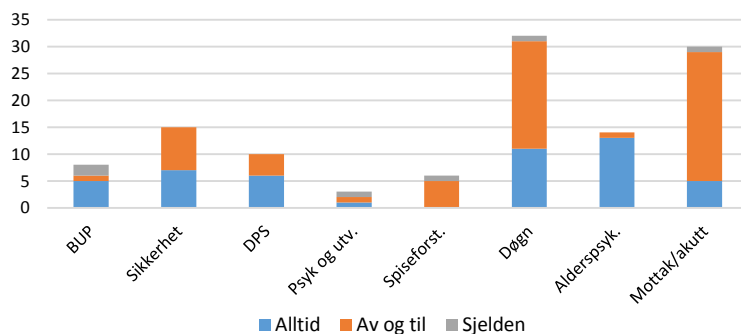
4.6 Oppfølging etter bruk av tvangsmidler

Dette kapittelet omhandler hvordan ledere følger opp personell, pasient og pårørende etter hendelser der tvangsmidler har blitt iverksatt. I tillegg belyser vi hvordan tilbakemeldinger benyttes i enhetenes forbedringsarbeid.

4.6.1 Ettersamtaler med involvert personell

Undersøkelsen viser at over halvparten av enhetsledere gjennomfører ettersamtaler med involvert personell av og til.

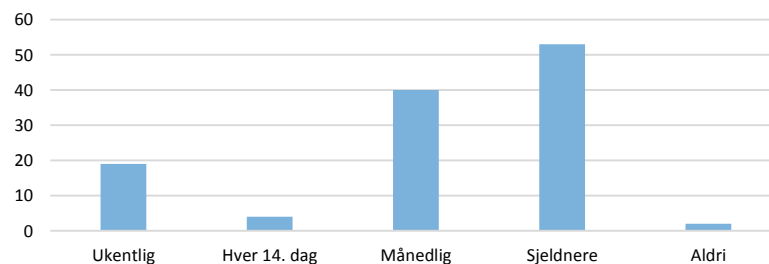
Figur 34 viser imidlertid at bruk av ettersamtaler varierer både innad i og mellom type enheter.



Figur 34: Bruk av ettersamtaler med involvert personell fordelt på type enheter.

Figuren viser for eksempel at tilnærmet alle enheter innen alderspsykiatri alltid gjennomfører ettersamtaler, mens det er mer ulik praksis i de andre enhetene.

Figur 35 viser hvor ofte tvangsmiddelbruken generelt gjennomgås med enhetens personale.



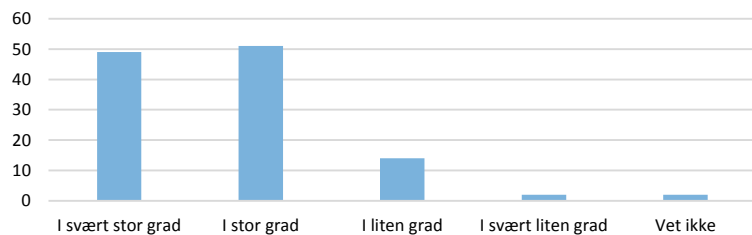
Figur 35: Fordeling av hvor ofte tvangsmiddelbruken gjennomgås med enhetens personale.

Figuren viser at et flertall av enhetene gjennomgår tvangsmiddelbruken månedlig eller oftere. Samtidig er det en betydelig andel som gjennomgår tvangsmiddelbruken sjeldnere.

Flere kommenterer at de sjelden bruker tvangsmidler og at tvangsmiddelbruken tas opp i forbindelse med konkrete hendelser, som kan være en til to ganger i halvåret. Andre kommenterer at bruken av tvangsmidler blir tatt opp i den daglige rapporten i seksjonen, eller ved enkelte personalmøter. I tillegg vises det til at gjennomgang av tvangsmiddelbruk ikke er blitt satt i et rutinemessig system.

4.6.2 Ettersamtaler til pasienter og pårørende

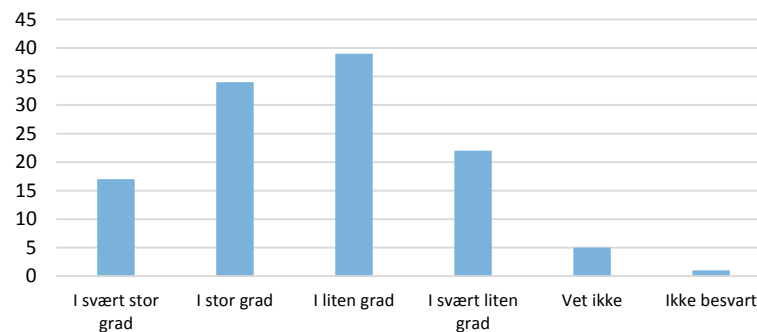
Figur 36 viser at tilnærmet alle enheter gir tilbud om ettersamtaler til pasientene etter bruk av tvangsmidler.



Figur 36: Fordeling av i hvilken grad enheter gir pasienter tilbud om ettersamtale etter bruk av tvangsmidler.

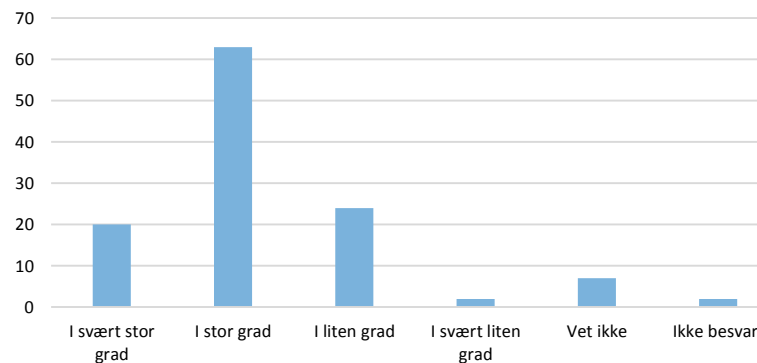
Flere kommenterer i tillegg at de benytter tilbakemeldingene i ettersamtalen til å tilrettelegge for hvordan pasienten ønsker et behandlingsforløp ved reinnleggelse. Andre påpeker at det har blitt høyere terskel for å bruke belteseng, og at pasienter ligger kortere tid i belter.

Når det gjelder tilbud til pårørende viser figur 37 at et flertall av enhetene i liten eller i svært liten grad tilbyr dette.



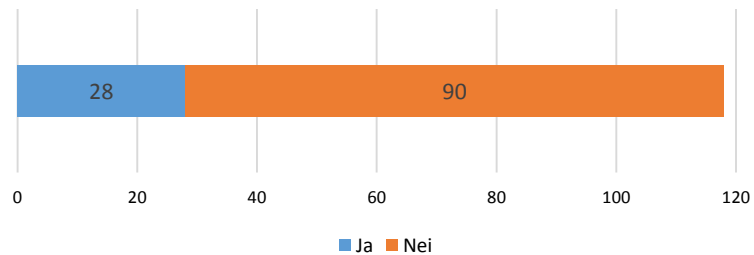
Figur 37: Fordeling av i hvilken grad pårørende får tilbud om ettersamtale etter bruk av tvang.

Figur 38 viser at et stort flertall av enheten benytter pasientenes tilbakemeldinger i vurdering av egen praksis.



Figur 38: Fordeling av i hvilken grad enheter benytter pasientenes tilbakemeldinger i vurdering av egen praksis.

Samtidig viser undersøkelsen at det er færre enheter som har endret praksis etter tilbakemeldinger fra pasientene, jf. 39.



Figur 39. Antall enheter som i 2019 har endret praksis for bruk av tvangsmidler på bakgrunn av tilbakemeldinger fra pasienter eller pårørende.

Flere kommenterer at de på bakgrunn av ettersamtaler har endret praksis for enkeltpasienter, men ikke på systemnivå.

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1.1.2013 hjemlet i helseforetaksloven § 37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Konsernrevisjonen utfører revisjoner i overensstemmelse med de internasjonale standardene for profesjonell utøvelse av internrevisjon.

Vår visjon

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

Om revisjonsprosjektet:

Revisjonsperiode: Desember 2019

Virksomhet: Enheter med godkjent bruk av tvangsmidler i HSØ

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisjonsteam:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Torun Vedal (oppdragsleder)
- Anders Tømmerås (internrevisor)
- Cecilie Skule, avdelingsdirektør Psykisk helse og rus HSØ RHF

Rapporten er oversendt til:

- Styrets revisjonsutvalg
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
- Styrene i helseforetakene og sykehus i HSØ
- Administrerende direktører i helseforetakene og sykehusene

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen

Vedlegg 1

Oversikt antall enheter per helseforetak som er godkjent for bruk av tvang.

Helseforetak	Antall enheter
Akershus universitetssykehus	12
Diakonhjemmet	3
Lovisenberg sykehus	7
Oslo universitetssykehus	24
Sykehuset Innlandet	16
Sykehuset i Vestfold	10
Sykehuset Østfold	10
Sørlandet sykehus	11
Sykehuset Telemark	10
Vestre Viken	15
Samlet	118

Tiltak	Aktuelle dokumenter/ prosedyrer	Konsernrevisjonens vurdering	Gjennomførte oppfølgingstiltak	Tiltak fremover	Frist
Kompetanse	eHåndbok - PSYA Møte med aggresjonsproblematikk (MAP) - organisering av innhold og opplæring	Iverksatt flere kompetansetiltak, med særlig vekt på innføring av MAP. Avdelingen gjennomfører et systematisk og grundig arbeid i både undervisning og tilrettelegging for dette arbeidet. Det er gjennomført flere tiltak for å forebygge bruk av tvangsmidler. Avdelingens oppmerksomhet på opplæring og bruk av MAP-metodikk, har gitt økt grad av faglig bevissthet og kompetanse i tilnærmingen til situasjoner som kan utløse tvangsmiddelbruk.	Det er utdannet 3 nye MAP-instruktører. Flere medarbeidere har gjennomført Vivo 1 og 2, forbedringsagentutdanning og SIM-fasilitatorkurs..	MAP-grunnkurs for sykehusledelsen og stab Systematisk bruk av SIM i alle seksjoner igjen etter pandemien	okt.21 jan.22
Behandlingsplan	eHåndbok - PHR Pakkeforløp Psykisk helse voksne - Behandling og evaluering eHåndbok - PHR Utrednings- /behandlingsplan voksne	For å kunne gi god behandling er det viktig at det lages en plan for behandlingen. Skal være et lett tilgjengelig Alle som er i involvert i behandlingen skal raskt kunne sette seg inn i den. Skal legge til rette for sammenheng i behandlingsforløpet til den enkelte pasient. Tilnærmet alle pasientene i vårt utvalg har fått opprettet behandlingsplan. Planene evalueres i liten grad Opprettet flere behandlingsplaner for samme pasient - lite sporbarhet på hva som er en videreføring av tiltak og hva som eventuelt er nytt Reduserer muligheten til å korrigere tiltakene som er iverksatt, både underveis og ved avslutning av behandlingen.	Seksjonene i ViBe og Sikkerhet har siden januar 2020 hatt jevnlige, månedlige pasientgjennomganger sammen med avdelingssjef, avdelingsoverlege og spesialrådgiver samhandling med gjennomgang av behandlingsplan og oppdatering har vært fast tema. Seksjonene i ViBe, Sikkerhet og Alder har opprettet eller videreført praksis med å gjennomgå og oppdatere behandlingsplan i fastsatte behandlingsmøter per pasient. Strukturen ivaretar at alle pasientene gjennomgås. Seksjonene i ViBe og Sikkerhet har bidratt til utprøving av ny frase for utredningsplan, behandlingsplan og evaluering som skal brukes med de nye dokumentmalene for pakkeforløp. Internrevisjon av behandlingsplan på alle seksjoner 2019.	Ny internrevisjon på behandlingsplan på alle seksjoner høst 2022. Ny utprøving av reviderte fraser for utredningsplan, behandlingsplan og evaluering som skal brukes med dokumentmalene for pakkeforløp. Implementering av kvalifiserte fraser for behandlingsplan	Høst 22 Høst 21 Vår 22
Uttaket ved overflytting til behandlingsseksjon	eHåndbok - PHR Vurdering/oppfølging av voldsrisiko ved utskrivning/overføring	Viktig at resultater av voldsrisikovurderinger som gjennomføres i mottaksenheten, blir fulgt opp av behandler i behandlingsseksjonen. Dette følges opp i stor grad Likevel et forbedringspotensial i å involvere pasienten i egen vurdering av både risiko for utagerende atferd og deltagelse i plan for behandlingen.	Se MAP-samarbeidsdialog		

Kontin br		Ved dynamisk bruk av behandlingsplaner vil dette i større grad sikre kontinuitet gjennom pasientforløpet.			
Dokumentasjon og registrering av gjennomførte tvangsvedtak i EPJ	<p>eHåndbok - PHR Tvangsmidler, registrering og kontroll</p> <p>eHåndbok - PHR Registrering av tvangsmidler ved innleggelse</p> <p>eHåndbok - PSYA XZ Vedtak § 4-8 Hastevedtak</p> <p>eHåndbok - PHR Avslutte vedtak i</p> <p>E-læringskurs "Ansvarshavende - Hvordan registrere og dokumentere vedtak ved bruk av tvangsmidler"</p>	<p>Registrering av tvangsmiddelvedtak i HSØ skal foregå så likt som mulig.</p> <p>I større grad oppnå representative og sammenlignbare data om bruk av tvangsmidler. Seksjonene dokumenterer gjennomgående begrunnelser for tvangsvedtakene som fattes i EPJ. Slik hendelsene beskrives, framstår vedtakene etter vår vurdering som adekvate.</p> <p>Det er variasjon i hvordan punktet «pasientens erfaring med tvangsmiddelbruk og holdning til tvangsbruk» forstås - en oppfordring til å få fram pasientens opplevelser med tidligere tvangsmiddelbruk, slik at en i etterkant av hendelsen, kan fokusere på om det er andre midler som kunne gjort opplevelsen mindre belastende. En felles forståelse vil bidra til at denne informasjonen i større grad kan hensyntas ved fremtidige lignende situasjoner.</p> <p>Ved påfølgende bruk av tvangsmidler, som for eksempel fra fastholding til bruk av mekanisk tvangsmiddel, i flere vedtak gis beskrivelser som foregriper det neste tvangsmiddelet. I henhold til standard oppsett i vedtaksmalen - ikke forenlig med intensjonen for registrering av tvangsvedtak</p>	Opplæring av ansvarsvakter og LIS ifm. implementering av ansvarshavende	Revisjon vedtaksnotater fra ansvarshavende	jan.22
II	<p>eHåndbok - PHR Tvangsmidler, registrering og kontroll</p>	Anbefales at papirprotokoller avvikles og at registreringen må gjøres i elektronisk pasientjournal.			

Registrering i tvangsmiddelprotokoll	<p>eHåndbok - PHR Tvangsmidler - hvordan føre protokoll</p>	<p>Fysiske tvangsmiddelprotokoller - gjennomgående vanskelig å tyde skriften, utydelig hva som er nye vedtak og hva som er oppfølging av tidligere besluttede vedtak.</p> <p>Enkelte vedtak som enten mangler i tvangsmiddelprotokollen eller i DIPS.</p> <p>Ved å tydeliggjøre hvordan tvangsmiddelprotokollen skal føres, vil det redusere risiko for manglende samstemmighet mellom tvangsmiddelprotokollen, vedtaksmalen og vedtaksoversikten.</p> <p>Samstemmighet mellom kontrollkomisjonene, vil redusere variasjonen i hvordan vedtakene registreres.</p>	<p>Ny rutine der fagutviklere kontrollerer DIPS opp mot protokoll og tar eventuelle mangler opp med spesialist</p>	<p>Samarbeide med PHR om mulighet for digitalisering av protokoll</p>	<p>jan.22</p>
Trinnvis tilnærming	<p>PSYA tiltaksplan MAP</p>	<p>Vedtaksskjemaene viser at det i forkant av bruk av mekaniske tvangsmidler gjennomgående er forsøkt en trinnvis tilnærming, for eksempel med vedtak om kortvarig fastholding</p>	<p>Månedlig monitorering for å se om trinnvis tilnærming blir brukt</p>		
Vedtaksansvarlig	<p>eHåndbok - PSYA XZ Vedtaksansvarlig ved bruk av tvangsmidler</p> <p>E-læringskurs "Ansvarshavende - Tvangsmidler psykisk helsevern"</p> <p>E-læringskurs "Ansvarshavende - Hvordan registrere og dokumentere vedtak ved bruk av tvangsmidler"</p>	<p>Ansvarshavende kan unntaksvis fatte vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, isolasjon eller kortvarig fastholding, dersom en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med faglig ansvarlig ikke er mulig.</p> <p>Er imidlertid utsatt til 2021 i påvente av opplæringsaktiviteter i forkant av implementeringen.</p>	<p>Fellesundervisning om rollen som ansvarshavende og om trinnvis tilnærming.</p> <p>Månedlig monitorering av tvangsbruken</p> <p>Ansvarsvakter og LIS har fått opplæring i rollen som ansvarshavende (både teoretisk og praktisk). Utarbeidet to e-læringskurs og et fast opplæringsopplegg for praktisk undervisning om registrering og dokumentasjon av vedtak. Aktuelle prosedyrer og en brukerveiledning knyttet til registrering og dokumentasjon er lagt inn i e-håndbok. En mal for hastevedtak er opprettet i EPJ.</p> <p>Implementering av ansvarshavende er i gang</p>	<p>Revisjon vedtaksnotater fra ansvarshavende</p>	<p>jan.22</p>
i pasient		<p>Til sammen har 146 tvangsmiddelvedtak i perioden 1.1.2020 til 1.8.2020, viser at det samlet er gitt 13 tilbud om ettersamtaler.</p> <p>Ettersamtaler med pasienter blir i mindre grad tilbudt.</p>			

Ettersamtaler med	eHåndbok - PHR Tvangsbruk - ettersamtale pasient	<p>Ikke formålstjenlig å etterstrebe ettersamtaler etter hvert enkelt tvangsmiddelvedtak, men ettersamtale bør gis mer systematisk, og i tråd med de føringer som er gitt.</p> <p>Manglende bruk av ettersamtaler reduserer muligheten for at pasientens opplevelser vil være en del av beslutningsgrunnlaget ved eventuelle senere lignende situasjoner.</p>	<p>Akutt A og Akutt B gjort et systematisk arbeid med gjennomføring av ettersamtaler - lagt frem i Sykehusets kvalitetsutvalg</p>	<p>Systematikken overføres til alle seksjoner, avdelingssjefer og avdelingsoverleger følger regelmessig opp</p> <p>Revisjon ettersamtaler</p>	<p>nov.21</p> <p>nov.21</p>
Ettersamtaler med involvert personell ^[2]	<p>eHåndbok - PSYA Møte med aggresjonsproblematikk (MAP) – ledelsesoppfølging og kompetanseutvikling</p> <p>eHåndbok - VV HMS Oppfølging av ansatte etter alvorlige hendelser</p>	<p>Avdelingen har prosedyre for gjennomgang av tvangsmiddelbruk med involvert personell. - definerer hvilke hendelser det skal gjennomføres samtale etter, og hvem som skal delta.</p> <p>Seksjonene oppgir i intervju at de alltid gjennomfører debrief etter episoder, samt at de har etisk refleksjon en gang i uken.</p> <p>Positivt at seksjonene selv vurderer behov for bedre struktur i bruk av ettersamtaler med involvert personell etter situasjoner der tvangsmidler er benyttet. Det vil være et godt utgangspunkt for dialog om egen praksis.</p>	<p>Det er utarbeidet malen MAP-refleksjon etter kritiske situasjoner, som erstatter malen for gjennomgang. Malen er basert på MAP og godkjent av nasjonal MAP-gruppe. Defusing har blitt brukt i økende grad ved flere seksjoner.</p>	<p>Implementering av MAP-refleksjon</p>	<p>jan.22</p>

[1] Erstattet med MAP-samarbeidsdialog

[2] På Blakstad skal det brukes malen for MAP-refleksjon

Dato: 14. juni 2021

Saksbehandler:

Saksfremlegg

Endringer i sammensetningen av Brukerutvalget i Vestre Viken HF

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	60/2021	21.06.21

Forslag til vedtak

1. Gudrun Breistøl oppnevnes som nestleder i brukerutvalget for perioden 1. juli - 31. desember 2021.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å oppnevne et nytt medlem i brukerutvalget for resten av 2021 som erstatning for medlem som har trukket seg.

Sted, 14. juni 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Styret oppnevner brukerutvalgets medlemmer, herunder også leder og nestleder, for to år av gangen. Nåværende nestleder, Heidi Hansen, har bedt om avløsning fra vervet som nestleder, men fortsetter som medlem i brukerutvalget. Lillian Nagel har nylig trukket seg fra vervet som medlem i brukerutvalget.

Saksutredning

Gudrun Breistøl er oppnevnt som medlem i brukerutvalget for perioden 2020-2021. Etter en samlet vurdering av funksjonene som leder og nestleder i brukerutvalget, anbefales det at hun oppnevnes som nestleder fra 1. juli 2021 og ut året. Det er tilsvarende den resterende del av tidsperioden hvor hun er oppnevnt som medlem i brukerutvalget.

Lillian Nagel har nylig trukket seg som medlem av brukerutvalget. Nagel ble oppnevnt for perioden 2020-2021. Rekruttering av nytt medlem til brukerutvalget forventes å ta litt tid, og det anbefales derfor at administrerende direktør gis fullmakt til å gjennomføre denne oppnevningen.

Administrerende direktørs vurderinger

Lederteamet i brukerutvalget er viktig for brukerutvalgets arbeid, og oppnevning av Gudrun Breistøl i nestlederfunksjonen anbefales. Videre anbefales det at administrerende direktør gis fullmakt til å gjennomføre oppnevningen av et nytt medlem til brukerutvalget for resten av perioden 2020-2021.

Dato: 14. juni 2021
Saksbehandler: Halfdan Aass

Saksfremlegg

Protokoll fra foretaksmøte for Vestre Viken HF 3. juni 2021

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	61/2021	21.06.21

Forslag til vedtak:

1. Styret tar protokoll fra foretaksmøte 3. juni 2021 til etterretning.
2. Styret legger til grunn at vedtakene fra foretaksmøtet følges opp og rapporteres i den ordinære rapporteringen.

Drammen, 14. juni 2021

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Helse Sør-Øst meddeler krav og oppdrag til helseforetakene i regionen gjennom foretaksmøter og det årlige Oppdrag og bestilling. Foretaksmøte ble avholdt 3. juni 2021 som et digitalt møte sammen med Oslo universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF. Prokollen fra møtet legges med dette fram for styret.

Saksutredning

Det årlige foretaksmøtet i juni skal behandle årlig melding, godkjenne årsberetning og årsregnskap og vedta godtgjørelse til revisor. Årlig melding for 2020 ble tatt til orientering med en del kommentarer. Styrets årsberetning og årsregnskap samt revisors godtgjørelse for 2020 ble godkjent.

Foretaksmøtet gjorde følgende vedtak knyttet til tjenestetilbudet:

- Helseforetaket bes om å sikre at rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene eventuelt er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene.
- Helseforetaket skal delta i nasjonalt nettverk for erfaringsutveksling og informasjonsdeling mellom helsefelleskap som fasiliteres av Helsedirektoratet.
- I forbindelse med eggdonasjon skal helseforetaket dekke donors kostnader til medikamenter og egenandeler mv. Det må etableres hensiktsmessige systemer som sørger for at donorene ikke må legge ut for slike utgifter.
- Helseforetaket skal ikke redusere døgnkapasiteten i psykisk helsevern før det er foretatt en ny vurdering på grunnlag av en samlet analyse av fremtidig kapasitetsbehov, jf. oppdrag til Helse Sør-Øst RHF i revidert oppdragsdokument 2019.
- Helseforetaket skal utarbeide konkrete tiltaksplaner og avsette tilstrekkelige ressurser for å nå målet om høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Tiltak rettet mot barn og unge skal prioriteres.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør vil følge opp styringsbudskapet gitt i foretaksmøtet og rapportere til styret i den ordinære rapporteringen. Administrerende direktør anbefaler at styret tar protokoll fra foretaksmøtet til etterretning.

Vedlegg: 1. Protokoll fra foretaksmøte i Vestre Viken HF 3. juni 2021

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I VESTRE VIKEN HF**

Torsdag 03. juni 2021 klokken 12:45 ble det avholdt foretaksmøte i Vestre Viken HF. Møtet ble gjennomført digitalt, sammen med Oslo universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF.

Dagsorden:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Årlig melding 2020, jf. vedtektene §§ 6 og 14
4. Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2020, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6
5. Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44
6. Rehabiliteringstilbudet innen spesialisthelsetjenesten
7. Etablering av nettverk knyttet til helsefelleskap
8. Medikamentkostnader og konsultasjonsegenandeler for eggdonorer
9. Døgnkapasitet innenfor psykisk helsevern
10. Psykisk helsevern for barn og unge

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved styreleder Svein Gjedrem, som også ledet møtet.

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF:

Konstituert administrerende direktør Jan Frich
Eierdirektør Tore Robertsen, som også førte protokoll

Fra styret i Vestre Viken HF møtte:

Styreleder Siri Hatlen
Nestleder Margrethe Snekerbakken
Styremedlem Ane R. Breivega

I tillegg møtte fra administrasjonen i Vestre Viken HF:

Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Som øverste eiermyndighet og møteleder ønsket styreleder Svein Gjedrem velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

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

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2: Dagsorden

Styreleder Svein Gjedrem spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden godkjennes.

Sak 3: Årlig melding 2020, jf. vedtektene §§ 6 og 14

Vedtektenes § 14 pålegger Vestre Viken HF å oversende årlig melding til Helse Sør-Øst RHF. Meldingen skal omfatte styrets rapport for foregående år. Rapporten skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøte eller satt som vilkår for økonomisk kompensasjon, er oppfylt. Vilkår knyttet til bevilgningen fremgår av *Oppdrag og bestilling 2020* til Vestre Viken HF.

Årlig melding for 2020 fra Vestre Viken HF er behandlet i helseforetakets styre og oversendt Helse Sør-Øst RHF innen fristen.

Meldingen er gjennomgått i Helse Sør-Øst RHF og vurdert opp mot de krav som er stilt til helseforetaket i *Oppdrag og bestilling 2020* og foretaksmøter i løpet av året. Generelt vurderes den årlige meldingen å være dekkende og relevant for de etterspurte rapporteringspunktene.

Covid-19 pandemien har preget driften gjennom store deler av 2020. Ansatte i helseforetakene har blitt stilt overfor betydelige utfordringer, krav og forventninger. Det er gjort en stor innsats for å yte gode og trygge helsetjenester, gjennomføre godt smittevern, omstille og øke behandlingsskapasiteten, samt prioritere og rasjonere på knappe ressurser. Ansatte i helseforetakene fortjener anerkjennelse og respekt for den innsatsen som er lagt ned for å bidra til å ta Norge trygt gjennom pandemien. Helseforetaket har gjennom 2020 arbeidet godt med å normalisere driften og hente inn etterslep innen de rammer pandemien har tillatt.

2020 har også for teknologiområdet vært preget av den pågående pandemien. Foretaksmøtet er tilfreds med at en rekke større og mindre tiltak er iverksatt på kort tid, for blant annet å redusere fysisk oppmøte på sykehusene og støtte aktiviteter knyttet til prøvetaking og analyser. Bruken av videokonsultasjoner er også økt kraftig i omfang, og det planlagte arbeidet med digital hjemmeoppfølging er intensivert i helseforetakene.

I Helse Sør-Øst utarbeides det årlig en plakat med konkrete styringsmål. Styringsmålene i plakaten er tatt inn i oppdrag og bestilling til Vestre Viken HF.

I gjennomgangen har Helse Sør-Øst RHF spesielt merket seg utviklingen innen nedenstående områder.

- Pakkeforløp kreft

Ved Vestre Viken HF er 72 prosent av pakkeforløpene for kreft gjennomført innen standard forløpstid i 2020. I *Oppdrag og bestilling 2020* ble det fremmet krav om at andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skulle være minst 70 prosent. Foretaksmøtet er fornøyd med den samlede måloppnåelsen og forutsetter at det gode arbeidet videreføres i 2021. Kravet om 70 prosent måloppnåelse gjelder for hver enkelt av de 26 kreftformene og helseforetaket må intensivere innsatsen for å nå dette målet.

- Ventetider somatikk

Vestre Viken HF har en gjennomsnittlig ventetid på 59,6 dager i 2020. Gjennomsnittlig ventetid innen somatikk er lengre enn kravet i *Oppdrag og bestilling 2020* om 54 dager.

- Ventetider psykisk helsevern

Vestre Viken HF har en gjennomsnittlig ventetid på 40,3 dager innen psykisk helsevern for voksne i 2020. Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helsevern for voksne er i tråd med kravet i *Oppdrag og bestilling 2020*.

Helseforetaket har en gjennomsnittlig ventetid på 44,6 dager innen psykisk helsevern for barn og unge i 2020. Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helsevern for barn og unge er lengre enn kravet i *Oppdrag og bestilling 2020* om 37 dager. Målet er således ikke nådd for 2020 og det må arbeides for måloppnåelse i 2021.

- Ventetider tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Vestre Viken HF har en gjennomsnittlig ventetid på 31,4 dager innen TSB. Gjennomsnittlig ventetid innen TSB er lengre enn kravet i *Oppdrag og bestilling 2020* om 30 dager. Målet er således ikke nådd for 2020 og det må arbeides for måloppnåelse i 2021.

- Det er i Oppdrag og bestilling 2020 stilt krav om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Kravet måles ved gjennomsnittlig ventetid, aktivitet (polikliniske konsultasjoner) og kostnader.

Gjennomsnittlige ventetider ved Vestre Viken HF er omtalt ovenfor.

Økning i poliklinisk aktivitet fra 2019 til 2020 har vært mindre for somatikk enn for psykisk helsevern og TSB. Foretaksmøtet er fornøyd med måloppnåelsen og forutsetter at det gode arbeidet fortsetter.

Kostnadsnivået har økt mindre for psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Kravet er ikke oppfylt.

- Foretaksmøtet vil understreke viktigheten av arbeidet med bedre måloppnåelse innen pakkeforløp psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det vises i den forbindelse også til Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF, jf. styresak 041-2021.
- Det er et mål at all behandling i størst mulig grad skal være basert på frivillighet. Brukerstyrte plasser for pasienter med psykiske lidelser og utbygging av differensiert ambulant virksomhet er satsingsområder i arbeidet for å redusere tvangsbruk.

Resultater i 2020 viser at målet om redusert bruk av tvang ikke er nådd på regionalt nivå. Utviklingen i bruk av tvang skal ha stor ledelsesmessig oppmerksomhet og tiltak som kan underbygge en positiv utvikling må følges opp.

Utvikling hittil i 2021

Pandemisituasjonen vil fortsatt være uforutsigbar i 2021 og nye smitteutbrudd kan oppstå lokalt. Vestre Viken HF må derfor også i 2021 være forberedt på smitte og sykdom i befolkningen, med mulig behov for økt sengekapasitet og spesielt intensivkapasitet. Samtidig vil vaksinerings av befolkningen bidra til å forbedre situasjonen utover i 2021. Det er viktig at helseforetaket opprettholder en mest mulig normal drift gjennom 2021 og har særskilt oppmerksomhet på å hente inn noe av det etterslepet som har oppstått som følge av pandemien.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet tar årlig melding 2020 fra Vestre Viken HF til orientering.

Sak 4: Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2020, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6

Forslag til årsregnskap og årsberetning 2020 for Vestre Viken HF er behandlet i helseforetakets styremøte 22. mars 2021.

Styret i Vestre Viken har fremlagt et positivt årsresultat på 272,9 millioner kroner. Det regnskapsmessige overskuddet overføres til annen egenkapital.

Foretaksmøtet viste til resultatkrav for Vestre Viken HF slik det fremgår i *Oppdrag og bestilling 2020*:

Årsresultat 2020 for Vestre Viken HF skal være på minst 248 millioner kroner.

Det fremlagte årsresultatet innebærer at årsresultatet er 24,9 millioner kroner høyere enn resultatkravet. Foretaksmøtet er tilfreds med at resultatkravet for 2020 er oppfylt.

Det fremlagte regnskapet er godkjent av helseforetakets revisor.

Foretaksmøtet vedtok:

Styrets fremlagte årsregnskap og årsberetning for 2020 godkjennes.

Sak 5: Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44

Lovpålagt revisjonshonorar omfatter honorar for nødvendig arbeid i forbindelse med avgivelse av revisjonsberetning. Vestre Viken HF har i 2020 mottatt regning på kr 350 000,- for lovpålagt revisjon. I henhold til helseforetakslovens § 44 annet ledd, godkjente foretaksmøtet at revisors godtgjørelse dekkes etter regning.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet godkjenner revisors godtgjørelse for 2020.

Sak 6: Rehabiliteringstilbudet innen spesialisthelsetjenesten

I sammenheng med Stortingets behandling av Dokument 8:43 S (2020–2021), Innst. 271 S (2020–2021) gjorde Stortinget følgende vedtak:

"Stortinget ber regjeringen sørge for at rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene."

Det vises til krav i oppdragsdokument for 2015 hvor det ble understreket at omstilling av tjenester som berører kommunene skal synkroniseres slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Foretaksmøtet ba

helseforetaket følge opp Stortingets vedtak og legge vekt på samarbeid mellom helseforetak og kommuner ved endringer i rehabiliteringstilbud.

Foretaksmøtet vedtok:

Helseforetaket bes om å sikre at rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene eventuelt er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene.

Sak 7: Etablering av nettverk knyttet til helsefellesskap

Foretaksmøtet viste til at helsefellesskapene har stor nytte av å utveksle erfaringer og lære av hverandre. Helsedirektoratet skal bistå helsefellesskapene med bl.a. styringsinformasjon på tvers og praktisk veiledning. For å legge til rette for erfaringsutveksling og informasjonsdeling vil Helsedirektoratet fasilitere et nasjonalt nettverk mellom de 19 helsefellesskapene. Dette vil bidra til at helsefellesskapene kan lære av hverandre, både i etableringsfasen og når de kommer i gang med utvikling og planlegging av tjenester til de fire pasientgruppene, og få tilgang til relevant informasjon fra Helsedirektoratet. De regionale helseforetakene og KS inviteres også til å delta i nettverket.

Foretaksmøtet vedtok:

Helseforetaket skal delta i nasjonalt nettverk for erfaringsutveksling og informasjonsdeling mellom helsefellesskap som fasiliteres av Helsedirektoratet.

Sak 8: Medikamentkostnader og konsultasjonsegenandeler for eggdonorer

Foretaksmøtet viste til at eggdonasjon ble lov fra 1. januar 2021. Donorene skal ikke belastes med kostnadene til medikamenter, egenandeler, e.l. De skal heller ikke være nødt til å legge ut for dette. Foretaksmøtet la til grunn at dette er kostnader som helseforetaket må dekke innenfor egne budsjetttrammer.

Foretaksmøtet vedtok:

I forbindelse med eggdonasjon skal helseforetaket dekke donors kostnader til medikamenter og egenandeler mv. Det må etableres hensiktsmessige systemer som sørger for at donorene ikke må legge ut for slike utgifter.

Sak 9: Døgnkapasitet innenfor psykisk helsevern

I sammenheng med behandlingen av Dokument 8:130 S (2019–2020), Innst. 243 S (2020–2021) gjorde Stortinget følgende vedtak:

"Stortinget ber regjeringen umiddelbart stanse nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern."

Foretaksmøtet ba helseforetaket følge opp Stortingets vedtak. Foretaksmøtet viste for øvrig til at det er satt i gang en gjennomgang av kapasitet og analyse av fremtidige behov for døgnplasser og øvrige tjenester i psykisk helsevern. Oppdraget ble gitt til Helse Sør-Øst RHF i revidert oppdragsdokument for 2019 og rapport om arbeidet skal leveres til Helse- og omsorgsdepartementet sommeren 2021. Kapasiteten innenfor psykisk helsevern vil vurderes på bakgrunn av denne rapporten.

Foretaksmøtet vedtok:

Helseforetaket skal ikke redusere døgnkapasiteten i psykisk helsevern før det er foretatt en ny vurdering på grunnlag av en samlet analyse av fremtidig kapasitetsbehov, jf. oppdrag til Helse Sør-Øst RHF i revidert oppdragsdokument 2019.

Sak 10: Psykisk helsevern for barn og unge

Det er økt oppmerksomhet om barn og unges psykiske helsesituasjon under koronapandemien. Helse Sør-Øst RHF har fulgt opp helseforetakenes arbeid med ivaretagelse av psykisk helsevern, særlig for barn og unge, tett under hele pandemien. Tilbakemelding fra helseforetak og sykehus og tall fra Norsk Pasientregister indikerer en økning i behandlingsbehov for barn og unge innen psykisk helsevern, spesielt innenfor spiseforstyrrelser. Videre pekes det på at smitteverntiltak i samfunnet har ført til flere og mer alvorlige lidelser blant barn og unge.

Foretaksmøtet er ikke fornøyd med årets utvikling innen psykisk helsevern og særlig for barn og unge. Det understrekes at det fortsatt er viktig med tett oppfølging av mål- og resultatstyringen innen psykisk helsevern for barn og unge i helseforetakene. Foretaksmøtet legger til grunn at arbeidet med å innfri prioriteringsregelen prioriteres høyt i 2021. Helseforetaket skal i 2021 utarbeide konkrete tiltaksplaner og avsette nødvendige ressurser til arbeidet med psykisk helsevern. Tiltak rettet mot barn og unge skal ha særskilt oppmerksomhet.

Foretaksmøtet vedtok:

Helseforetaket skal utarbeide konkrete tiltaksplaner og avsette tilstrekkelige ressurser for å nå målet om høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Tiltak rettet mot barn og unge skal prioriteres.

Møtet ble hevet klokken 13:05.

Oslo, 03. juni 2021.

styreleder Svein Gjedrem
Helse Sør-Øst RHF

styreleder Siri Hatlen
Vestre Viken HF

Protokollen er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevet signatur.

Referat

Møte:	HAMU	Tilstede:	Lisbeth Sommervoll, Eli Årnot, Ulrich Spreng, Trine Olsen, Kirsten Hørthe, Narve Furnes, Joan Nygard, John Egil Kvamsøe, Tom Frost, Geir Bye Gundersen, Toril Morken, Anita H Gommæs, Anne Marie Besseberg (Synergi Helse), Tove Svensli, Sine Kari Braanaas, Hanne Juritzen
Møtedato:	8.juni 2021		
Tidspunkt:	0900 - 1100		
Sted:	Skype		
Møteleder:	Tom Frost		
Referent:	Cecilie Søfting Monsen	Forfall:	Gry L Christoffersen

Saksnr.	Beskrivelse/oppfølging/vedtak
	Godkjenning av innkalling og agenda Godkjent uten kommentar.
	Godkjenning av referat fra 4.mai 2021 Godkjent uten kommentar.
16/2021	Arbeidstakers medlemmer i HAMU Vedtak: <ul style="list-style-type: none"> • HAMU oppnevner Camilla Grundmann som ny vararepresentant for Toril Morken. Dette som fast ordning. • HAMU oppnevner Cecilie Føreland som midlertidig vara for Ida Burvang ut året 2021. • Anita Haugland Gommæs leder HAMU på vegne av arbeidstakersiden for resterende møter ut året 2021. • Vararepresentant for Tom Frost i AU-HAMU oppnevnes av og blant arbeidstakernes representanter i HAMU og meddeles arbeidsgiver innen neste møte i AU-HAMU.
17/2021	Positive erfaringer i forbindelse med koronapandemien (se presentasjon) Innspill: <ul style="list-style-type: none"> • Husk å ta vare på de gode erfaringene og hverandre videre etter pandemien. • Bra med fokus på positive erfaringer. • Positivt å kunne bruke pensjonerte ansatte som har kunnet jobbe uten at det går utover pensjonen. Vedtak: HAMU berømmer de ansatte for innsats og fleksibilitet under koronapandemien. Positive erfaringer som kan videreføres etter at pandemien er over, er viktige områder som kan tas med i forbedringsarbeidet. HAMU tar de fremlagte erfaringene til etterretning.
18/2021	Likestillings- og diskrimineringsarbeidet i Vestre Viken v/Sine Kari Braanaas (se presentasjon) Vedtak: HAMU tar saken om likestillings- og diskriminering til etterretning, og merker seg ansvaret som arbeidsgiver er pålagt knyttet til aktivitets- og redegjørelsesplikten.

	<p>HAMU støtter forslaget om at AMUene og HAMU får en rolle som pådriver, oppfølgings- og rapporteringsorgan i arbeidet. HAMU stiller seg bak de øvrige forslagene knyttet til det videre arbeid, herunder opprettelse av partssammensatt arbeidsgruppe.</p>
19/2021	<p>ForBedring 2021 v/ Monica Holmen Skjeldrum <i>(se presentasjon)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Høy svarprosent i år - 82%. • Handlingsplaner skal utarbeides og legges inn i Synergi senest 15.juni. • Det er oppmerksomhet rundt blant annet fordeling av arbeidsbelastning og uønsket variasjon. Avdelingene må vurdere dette i forhold til tiltak i handlingsplanene. • Arbeidsforhold generelt har noe lavere score, tiltak her henger tett sammen med arbeidet som nå pågår rundt ARP. • Resultatene bør vurderes mot resultatene fra 2019 – før pandemien. • Revisjon av varslingsordningen i VVHF; vil bli bedre kjent ute i organisasjonen. <p>Vedtak: HAMU støtter den foreslåtte oppfølgingen av årets ForBedringsundersøkelse. HAMU ønsker å følge opp ForBedringsundersøkelsen som temasak med fokus på handlingsplaner og tiltak i løpet av høsten 2021.</p>
20/2021	<p>HMS tertialrapport T1 v/Tove Svensli <i>(se presentasjon)</i></p> <p>Utgangspunktet er HMS indikatorer fra HSØ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nedgang i HMS hendelser totalt, spesielt innen vold/trusler i PHR • Fravær grunnet skade har økt betraktelig, spesielt innen smitte covid-19 • Lukking av saker i Synergi er halvert – må følges opp tettere <p>Systematisk arbeid og opplæring i PHR årsak til nedgang innen vold og trusler. Mangel på lukking av HMS-hendelser i Synergi kan oppleves slik at det ikke hjelper å melde saker. Stikkskader – bør inn som tema på fagdager etc. Er det en sammenheng mellom bemanning og antall meldte saker – arbeide mer analytisk med resultatene.</p> <p>Vedtak: HAMU tar tertialrapporten til etterretning og støtter at HMS arbeidet blir fulgt tettere opp i lederlinjen.</p>
INFO	<p>ARP v/ Eli Årnot</p> <p>Styringsgruppemøte i slutten av mai – gjennomgang av ROS vurderingen som er gjennomført. Utilfredsstillende psykososialt arbeidsmiljø vurderes nærmere. Vernetjeneste er satt inn i arbeidet lokalt i tillegg til sentralt. Tydelige mål skal settes. Rapportering til HAMU kommer til høsten.</p>
INFO	<p>Sammenheng mellom HMS og pasientsikkerhet v/Ulrich Spreng <i>(se presentasjon)</i></p> <p>Innspill:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Alvorlige hendelser (klager, avvik, NPE etc) skal ses på i sammenheng med HMS hendelser. • Ønskelig å ha dette som fast tema i SKU og HAMU. • Samarbeid mellom tilsynsinstitusjonene og VVHF. • Team pasientsikkerhet etablert og har fått overordnet ansvar for videre oppfølging • Mobilisere brukere <p>Hva går igjen i avviksmeldingene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • For stor arbeidsmengde • Manglende ressurser • Mangelfull fordeling av ressurser • Mangelfull organisering • Mangelfull samarbeid <p>Forslag til tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Team pasientsikkerhet etablert • Aktuelle kilder som Synergi, ForBedring, sykefravær etc. brukes for å se på sammenheng med HMS • Samarbeid team pasientsikkerhet, HMS, HR, BHT • Involvering av vernetjenesten og brukere • Aktivitetsstyrt ressursplanlegging
INFO	<p>Orientering fra bedriftshelsetjenesten v/Roald Brekkhus <i>(se presentasjon)</i> Sykefraværsoppfølging – i stor grad psykologbistand, spesielt knyttet til høy arbeidsbelastning og frykt for covid-19 smitte.</p>
INFO	<p>Orientering fra FHVO v/Anita H Gornæs Belastning ved bruk av munnbind – vil det være mulig å vurdere behovet? Direktør fag vil orientere om nye retningslinjer i dagens strategisk utvalg.</p>
21/2021	<p>Faste skriftlige orienteringer Vedtak: HAMU tar de fremlagte orienteringene til etterretning.</p>
	<p>Rapport varslingsinstituttet Ikke kommentert</p>
Eventuelt	<p>7500 ansatte er nå vaksinert – nesten alle er fullvaksinerte.</p>

Årsplan for styret 2020 -2021

Ajourført pr 14. juni 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 • Etsiske 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

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
26. april Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 31. mars • ØLP • Instruks for styret • Informasjonssikkerhet og personvern i VVHF 	Andre orienteringer <ul style="list-style-type: none"> • Ringerike sykehus • Nytt sykehus Drammen Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Oppnevning av nytt medlem Brukerutvalget • SKU referat 6. april • Styreutvalg referat 12. april • Brukerutvalg referat 21. april (ettersendes) • HSØ foreløpig protokoll 22. april (ettersendes) • Styrets årsplan pr april 	
Mandag 31. mai 2021 Sted: Digitalt møte	<ul style="list-style-type: none"> • Tertialrapport 1. tertial 2021 • Risikovurdering pr. 1. tertial 2021 • Styrets møteplan 2022 • Revisjonsrapport 8/2020 – varslingsystemet. Status på oppfølgingstiltak. 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. april - Redegjørelse pensjonskostnader? Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Klinikk for medisinsk diagnostikk • Spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar årsrapport 2020 • Presentasjon av oppdaterte beredskapsplaner pandemi • Beredskapsorganisasjonen i VVHF Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Årsrapport 2020 VVHF - endelig • HAMU – 4. mai 	

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
		<ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ 7. mai • SKU 11. mai • Brukerutvalg 26. mai • Styrets årsplan pr mai 	
Mandag 21. juni 2021 Dagsseminar Sted: Drammen (konferansesal habilitetsavdelingen)	<ul style="list-style-type: none"> • Revisjon innen psykisk helsevern – tvang 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. mai 2021 • Nasjonale kvalitetsindikatorer Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Beredskap i VVHF • PHT Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 17. juni • HAMU 8. juni • Brukerutvalg 16. juni • Styrets årsplan 	Styreseminar kl. 13.30 – 21.00 <ul style="list-style-type: none"> • Fra HSØ ØLP • Vedlikehold bygg • ØLP VVHF Nytt sykehus Drammen Omvisning på Brakerøya – utendørs Utstillingsrom
Mandag 30. august 2021 Sted: Drammen, Grønmland 32 Tyrifjord 1-2 <i>(vi får vurdere plassen når rommet er ferdig møblert)</i> (NB! Hab ikke ledig)	Avtale med Drammen Fjernvarme Avtale med Glitre Energi	<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"> • SKU 15. juni • 2021 Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 19. august • Brukerutvalg 25. august • Styrets årsplan 	Forenklet styreevaluering

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
Mandag 27. september 2021 Sted: Ringerike Styreseminar 28. september (sted ikke avklart)	<ul style="list-style-type: none"> • Terialrapport 2. tertial 2021 • Risikovurdering pr. 2. tertial 2021 • Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2022 • Eiendomsplan PHR (tentativt) • HR relaterte tema – del 1- utdanning og kompetanse • Virksomhetsstyring oppfølging – revidert dokument 	Andre orienteringer: Drammen sykehus Drammen sykehus - status på prosjektet i akuttmottak og helselogistikk <ul style="list-style-type: none"> • 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: Utviklingsplan/helsefelleskap Forskning
Mandag 25. oktober 2021 Sted: Bærum		<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr 30. september 2021 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen • Budsjett 20222 • Bærum sykehus Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> • Styreprotokoll fra HSØ 21. oktober • SKU 12. oktober • Brukerutvalg 20. oktober • Styrets årsplan 	Dialogmøte med Brukerutvalget
Mandag 29. november 2021 Sted: Kongsberg	<ul style="list-style-type: none"> • Nasjonale kvalitetsindikatorer • Styrets årsplan 2022 • Utviklingsplan • Oppdatert ØLP 2022 – 2025 	<ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetsrapport pr. 31. oktober 2021 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus Drammen 	Styreevaluering 2021

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Tema
	<ul style="list-style-type: none"> HR relaterte tema – del 2 Heltid, AML brudd 	<ul style="list-style-type: none"> Budsjett 2022 Kongsberg sykehus <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 24.-25. november HAMU SKU Brukerutvalg 24. november Styrets årsplan 	
<p>Mandag 20. desember 2021 Sted: Drammen, Grønmland 32 eller Habilitetsavdelingen</p>	<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 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nytt sykehus Drammen <p>Referatsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 16. desember HAMU SKU Brukerutvalg 15. desember 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
-

2022:

- Rapportering 3. tertial 2021 – behandles i styremøte i februar 2022
- Årsrapport 2021. Erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte
Erklæring – note til regnskapet – behandles i mars 2022
- Revidert utviklingsplan 2035 – behandles i styremøte i april 2022
- Forskning - Riksrevisjonens rapport 2021 - Foretaket forsøker nå å inkludere pasienter fra alle sykehusene i kliniske studier ved å få et mer generelt samtykke fra pasienter til forskningsstudier. Styret ønsker å høre mer om dette på et senere tidspunkt
-