

Til: Styret ved Vestre Viken
Dato utsendt: 24. august 2020
Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 31. august 2020
Møtetid: kl. 12-16
Møtested: Habiliteringavdelingens konferansesal, Drammen (Konggata 51)

Publikum og media som ønsker å følge møtet, må gi beskjed til styresekretær på mail innen søndag 30. august kl.18.00 slik at vi kan prøve å tilrettelegge for deltagelse i møterommet. Det er begrenset plass for publikum av smittehensyn.

[\(\[elin.onsoyen@vestreviken.no\]\(mailto:elin.onsoyen@vestreviken.no\)\)](mailto:elin.onsoyen@vestreviken.no)

PROGRAM **Behandling av styresaker**

Ved forfall vennligst gi beskjed til:

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

Med vennlig hilsen
For styreleder Siri Hatlen

Elin Onsøyen

Saksnr.	Tid (tentativt)	GODKJENNINGSSAKER
38/2020	12.00	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling til styremøte 31. august
39/2020		Godkjenning av møteprotokoll 15. juni 2020 Vedlegg: Foreløpig protokoll 15. juni 2020
Saksnr.		BESLUTNINGSSAKER
40/2020	12. 10 (10 min)	Mandat for styreutvalg i Vestre Viken
41/2020	12.20 (30 min)	Virksomhetsrapportering i VVHF pr. juli Presentasjon v/ administrerende direktør Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr juli
42/2020	12.50 (15 min)	Investeringer – rammer og disposisjoner
43/2020	13.05 (10 min)	Protokoll fra foretaksmøte for Vestre Viken HF 25. juni 2020 Vedlegg: Foretaksprotokoll for VVHF 25. juni
44/2020	13.15 (30 min)	Rapportering - Etterlevelse av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten Vedlegg: 1. Rapport om etterlevelse av forskriften 2. LGG 2019
45/2020	13.45 (15 min)	Områderegeringsprosess for nåværende Drammen sykehus – avtale med Drammen kommune Vedlegg: Avtale om samarbeid vedrørende gjennomføring av planprosess for eksisterende sykehuseiendommer og tilhørende nærområde i Drammen kommune
46/2020	14.00 (10 min)	Rapport 12/2019 fra konsernrevisjonen: Revisjon av rehabilitering etter hjerneslag ved Vestre Viken HF. Vedlegg: 1. Konsernrevisjonen rapport 12/2019: Revisjon av rehabilitering etter hjerneslag – Vestre Viken HF. 2. Handlingsplan etter revisjon av rehabilitering etter hjerneslag.
		ORIENTERINGER
47/2020	14.10 (5 min)	Orienteringer Vedlegg: 1. Foreløpig styreprotokoll fra styret i Helse- Sørøst 25. juni 2. Foreløpig styreprotokoll fra styret i Helse- Sørøst 1. juli 3. Hovedarbeidsmiljøutvalget i Vestre Viken HF 20. august 2020 4. Brev om varsel om revisjon «Varsling – system for håndtering av kritikkverdige forhold» 5. Oppdragsplan for revisjonen 6. Brukerutvalget – endelig protokoll fra møte 10. juni 2020

		<p>7. Brukerutvalget – foreløpig protokoll fra møte 26. august</p> <p>8. Styrets arbeid – oversikt over saker pr august</p>
	<p>14.15</p> <p>(90 min)</p>	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvikling Klinikk for psykisk helse og rus • Eiendomsstrategi i Vestre Viken • Eiendomsplan for Klinikk psykisk helse og rus <p>Ved klinikkdirektør Kirsten Hørthe, PHR og klinikkdirektør Narve H. Furnes, KIS</p>
		EVENTUELT
	16.00	Møteslutt

Dato: 24. august 2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	38/2020	31.08.2020

Forslag til vedtak

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Drammen, 24. august 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 31. august 2020

Dato: 24. august 2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll 25. mai 2020

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	39/2020	31.08.2020

Forslag til vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 15. juni godkjennes.

Drammen, 24. august 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Foreløpig protokoll 15. juni 2020

Dato: 15. juni 2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen
Direkte telefon: 95812504

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Drammen –Quality Hotel River Station - Dr. Hansteinsgate 7
Dato: 15. juni 2020
Tidspunkt: Kl. 15 – 19.45

Følgende medlemmer møtte:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Margrethe Snekkerbakken	Nestleder
Geir Kåre Strømmen	Styremedlem
Robert Bjerknes	Styremedlem
Bovild Tjønn	Styremedlem
Toril Anneli Kiuru Morken	Styremedlem
Tom Roger Heggelund Frost	Styremedlem
John Egil Kvamsøe	Styremedlem

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

Følgende fra administrasjon og ledelse møtte:

Navn	Funksjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør
Eli Årnot	Direktør kompetanse
Halfdan Aass	Direktør medisin
Ulrich Spreng	Direktør fag
Mette Lise Lindblad	Direktør økonomi
Finn Egil Holm	Direktør administrasjon og samfunnskontakt
Cecilie B. Løken	Direktør teknologi
Rune A. Abrahamsen	Prosjektdirektør
Cecilie Søfting Monsen	Rådgiver/administrasjonskonsulent
Elin Onsøyen	Spesialrådgiver/styresekretær

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

Protokollfører: Elin Onsøyen

Godkjenningssak

Sak 27/2020 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Sak 28/2020 Godkjenning av styreprotokoll for 25. mai 2020

Styrets enstemmige

Vedtak:

Møteprotokoll fra styremøtet 25. mai 2020 godkjennes.

Beslutningssak

Sak 29/2020 Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr 1. tertial 2020

Oppsummering av innhold:

Administrerende direktør innledet før behandlingen av saken. Rapporteringen pr 1. tertial gjentar store deler av den rapporteringen som ble gitt til styret ved Virksomhetsrapporten for april, behandlet i styremøtet 25. mai. Utover den faste månedlige rapporteringen omfatter tertialrapportering en gjennomgang av uønskede hendelser og avvik, samt varsler til Statens helsetilsyn, eksterne tilsyn og HMS indikatorer. Antall hendelser har vært lavere i 1. tertial og det antas at det må relateres til den lavere aktiviteten som følge av Koronapandemien. I forhold til HMS er det spesielt oppmerksomhet knyttet til vold og trusler innen psykisk helsevern og det er iverksatt et opplæringsprogram tilpasset ansatte i denne delen av virksomheten. Dette vil utvikles videre for spesielt utsatte områder innen somatikken. HMS handlingsplan skal utarbeides for alle avdelinger med konkrete aktiviteter for forbedring.

Det ble gitt en orientering om foretakets resultater pr mai. Det økonomiske resultatet for mai er noe bedre enn de to foregående månedene om følge av økt aktivitet. Samtidig er det høye lønnskostnader i mai som følge av utbetalt variabel lønn for perioden 20. mars til 20. april som reflekterer den perioden med høyest belastning knyttet til koronapandemien.

Koronapandemien – status per 15. juni 2020

Situasjonen har vært stabil med bare få innlagte pasienter i Vestre Viken. Vestre Viken har trappet opp den elektive virksomheten. Det er fortsatt nødvendig å være forberedt til en mulig ny og større bølge med covid-19. Sommerferien avvikles som planlagt. Det er fortsatt adgangskontroll og regler for besøk. Lærings- og forbedringspunkter fra den første bølgen samles før sommeren.

Kommentarer i møtet:

Styret vil behandle egen sak om investeringer i styremøte i august. Styret ønsker å se et samlet bilde med budsjett, hva som er forpliktet og hva som gjenstår av planlagte investeringer som vurderes utsatt. Det er viktig at prioritering av investeringsmidler er godt forankret i styret. Hva vil Vestre Viken få kompensert av investeringene som er gjort i forbindelse med koronasituasjonen? Temaet tas opp i oppfølgingsmøte med HSØ. Styret gir foretaket honnør for at normal drift er nå oppe i 90%. Styret ønsker på egnet tidspunkt å høre mer om erfaringene med digitale konsultasjoner og andre aktuelle læringspunkter i forbindelse med pandemien.

Styrets enstemmige**Vedtak:**

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

Sak 30/2020 Ledelsens gjennomgang (LGG)

Direktør fag innledet før behandlingen av saken

Oppsummering innhold:

LGG inkludert nasjonale kvalitetsindikatorer 2019.

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

Vestre Viken har oppnådd gode resultater i forhold til de overordnede målene. Dette indikerer at styringssystemene på de fleste områder er tilfredsstillende. Det er imidlertid manglende måloppnåelse på en del områder. Det er behov for kontinuerlig vurdering og forbedring av de ulike systemene for å tilpasse seg nye krav og endringer.

Det vurderes å samle alle elementene i styringssystemet under en fane på intranett, for bedre oversikt og styring. Det arbeides med å utvikle en dashboard løsning med styringsdata vist i sann tid gjennom tidsserie.

Styringssystemet i Vestre Viken anses på de fleste områder som velegnet. Det er imidlertid behov for å vurdere endringer og forbedringer slik som omtalt i de enkelte punkter. Disse følges opp i det løpende arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Kvalitetsindikatorer for 2019 viser at Vestre Viken HF ligger blant de beste på flere områder (f.eks. ventetid, fristbrudd, forekomst av sykehusinfeksjoner og vellykket hjerte-lunge redning utenfor sykehus). På noen områder ligger Vestre Viken HF i nedre sjiktet (f.eks. andel hjemmedialyse, forløpstider innenfor pakkeforløp kreft og bruk av tvang). Det er satt i gang prosjekter i disse områdene for å bedre kvaliteten.

Kommentarer i møtet:

Styret får mye informasjon og LGG er et godt verktøy når det følges opp aktivt og målrettet. Kvalitetsarbeidet er utfordrende, ressurskrevende og langsiktig. Konkrete eksempler på

oppfølging og tiltak som er målbare er bra. Styret ønsker at tema rundt kvalitet og pasientsikkerhet legges jevnlig fram for styret, dette er også planlagt som tema i styreseminaret i september. Styret understreket viktigheten av å jobbe videre med avviksmeldinger, åpenhetskultur og læring på tvers samt risikoanalyser og ønsker å følge dette arbeidet på egnet måte.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tar ledelsens gjennomgang for 2019 til etterretning.

Sak 31/2020 Rapportering plan for bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD

Oppsummering innhold:

Direktør økonomi innledet til behandling av saken. Klinikkdirktør for psykisk helse og rus og direktør teknologi presenterte eksempler på prosjekt med gevinstplaner som viser i mer detalj hvordan foretaket arbeider med realisering av de tiltak som ligger i plan for gevinstrealisering og økonomisk bærekraft. Det er en kompleks og omfattende plan som skal realiseres og foretaket må videreutvikle modellen for planlegging og rapportering. Det er lagt opp til regelmessig rapportering til styret som gir styret mulighet til å følge fremdrift og realisering av resultater.

Kommentarer i møtet:

Det er viktig å etablere en felles systematikk på rapportering og forbedringsprosessene. Styret understreket at avhengighetene mellom de ulike prosjekter blir synliggjort. Styret kan ikke følge alle delprosjekter, det må etableres en metodikk de de prosjekter og tiltak som har stor effekt, bidrar til bærekraft langsiktig og/eller er nødvendige premisser for at andre tiltak kan gi gevinst får fokus fra styre og ledelse. Styret ønsker å legge til rette for god interaksjon med administrasjonen en periode fremover å etablere et endelig opplegg for rapportering og oppfølging fra styret før årsskiftet. Det rapporteres foreløpig per T2.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar planen for rapportering på fremdrift og resultatoppnåelse av tiltak for å sikre økonomisk bærekraft i Vestre Viken til orientering. Styret ga innspill til videre arbeid med bærekraft for foretaket.

Sak 32/2020 Utskilling av areal til kommunal infrastruktur og utomhus areal

Oppsummering innhold:

Et element i finansieringen av nytt sykehus er etablering av anleggsbidragsavtaler med Drammen og Lier kommuner. Dette for å være berettiget til refusjon av merverdiavgift for investeringene i de infrastrukturprosjektene som skal overføres til kommunene. Det er inngått avtale om anleggsbidrag med Drammen kommune og tilsvarende avtale er

fremforhandlet med Lier kommune og skal politisk behandles august 2020. Infrastruktur skal overdras vederlagsfritt til Drammen og Lier kommuner eller tilknyttede kommunale selskaper etter ferdigstillelse

I tillegg er det utomhus arealer på sykehustomten som er regulert som grøntområde. Dette består av gangveier, Nøstebekken og annet grøntareal, i hovedsak sør og øst for det nye sykehuset. For å redusere fremtidig omfang av drift og vedlikehold av utomhus arealer for Vestre Viken HF, vil det også være hensiktsmessig å overføre dette arealet til kommunene.

Arealet som omfattes av avtalene vil bli endelig definert etter at anleggene er opparbeidet, men er i dag beregnet til 57.646 m² i Drammen kommune og 31.250 m² i Lier kommune

I planene for overdragelse av eiendom til kommunene er det hensyntatt fremtidig utvidelse av sykehuset, totalt ca.40 000m² og påvirker ikke planen for eiendomsoverdragelsene.

Vestre Viken HF er formell eier av tomten på Brakerøya og dette innebærer at det er helseforetaket som må søke om tillatelse, etter Helseforetakslovens §31, om å overdra aktuelt areal til Drammen og Lier kommuner.

Styrets enstemmige

Vedtak:

1. Styret tilslutter seg overdragelse av eiendom fra Vestre Viken HF til Drammen kommune og Lier kommune for arealer tilknyttet kommunal infrastruktur, som angitt i vedlagte situasjonsplan.
2. Styret tilslutter seg overdragelse av eiendom fra Vestre Viken HF til Drammen kommune og Lier kommune for utomhus arealer som angitt i vedlagte situasjonsplan.
3. Vestre Viken HF gir Helse Sør-Øst RHF fullmakt til å gjennomføre angitte eiendomsoverdragelser.

Sak 33/2020 Parkering nytt sykehus i Drammen – saken ble trukket før møtet

Sak 34/2020 Møteplan for styret i Vestre Viken HF 2021

Oppsummering innhold:

Møtedatoer for styret i 2021 skal legges fram for styret til behandling. Styremøtedatoene er førende for foretakets møtekalender i 2021.

Kommentarer i møtet:

I 2021 skal styremøtene avvikles i tidsrommet kl.10 -15. Det skal være mer faglige innslag i styremøtene framover.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner møtekalender 2021 der følgende styremøter inngår:

Mandag 22. februar

Mandag 22. mars

Mandag 26. april

Mandag 21. juni

Mandag 27. september

Mandag 25. oktober

Mandag 29. november

Mandag 20. desember

Ved behov innkalles det til styremøter:

Mandag 25. januar

Mandag 31. mai

Mandag 30. august

Styret har styreseminar i tilknytning til styremøtene i juni og september; heldagsmøte inkludert seminar 21. juni og styremøte og seminar med overnatting 27. -28. september.

Sak 35/2020 Erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte

Oppsummering innhold:

Saken redegjør for foretakets lederlønnspolitikk, herunder hvilke stillinger som er definert som ledende ansatte i Vestre Viken. Disse er i tråd med de statlige retningslinjene og retningslinjene for Helse Sør-Øst RHF. Erklæringen skal inngå som note til årsregnskapet for 2020.

Kommentarer i møtet:

Styret ønsker at denne erklæringen i fremtiden behandles som del av forberedelsene til årsregnskapet der den skal inngå i noteverket.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret vedtar erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte (vedlegg 1), som innarbeides i note til årsregnskapet for 2020.

Sak 36/2020 Orienteringer

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret for Vestre Viken HF tar de fremlagte sakene til orientering.

Sak 37/2020 Styreutvalg

Kommentarer i møtet:

De eieroppnevnte representantene støtter arbeidet med å etablere et styreutvalg.

Styreleder skal ha et møte med de ansattes representanter i etterkant av styremøtet vedr deres deltagelse i styreutvalget.

Styreutvalget skal være rådgivende. Alle vedtak gjøres i det samlede styret. Endelig mandat for styreutvalget legges fram til behandling i neste styremøte.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret gir sin foreløpige tilslutning til å etablere et «prosjektutvalg NSD» med mandat i tråd med de prinsipper som foreslått. I tillegg til styreleder vil utvalget bestå av styremedlem Robert Bjerknes samt ett styremedlem utpekt av og blant ansattvalgte styremedlemmer (dersom de ønsker å ha et medlem i utvalget).

De ansattvalgte styremedlemmene har i etterkant av styremøtet avklart at Tom Frost vil delta i utvalget.

Andre orienteringer

Virksomhetsstyring i Vestre Viken

Administrerende direktør gjennomgikk krav til styringssystemet og redegjorde for hvordan Vestre Viken har innrettet sin virksomhetsstyring. Rammeverket for virksomhetsstyring skal vedtas av styret i HSØ i august.

Orientering Nytt sykehus Drammen

Prosjektleder nytt sykehus orienterte om status byggeprosjekt, erfaring Covid-19 i Vestre Viken HF og klinisk ibruktakelse.

Byggeprosjektet

Byggeprosjektet er på plan og kjeller er ferdig spuntet, mesteparten av arbeidsdekke er støpt og det er igangsatt arbeid med å sette ned støtterør som forberedelse til peling. Videre er arbeidet startet med å etablere ny rundkjøring i Strandveien for innkjøring til Brakerøya.

Erfaring Covid-19 i Vestre Viken HF

Pandemien har medført organisatoriske og bygningsmessige endringer i dagens sykehus. Erfaringene fra pandemien har aktualisert vurderinger av hvordan dette ville ha blitt håndtert i nytt sykehus og om nytt sykehus ville ha løst dette på en bedre måte.

Foretaksledelsen besluttet derfor 26. mai 2020 å etablere en arbeidsgruppe med representanter fra klinikkene, tillitsvalgte og vernetjenesten for å kartlegge organisatoriske, driftsmessige og bygningsmessige tilpasninger som er gjennomført i forbindelse med Corona pandemien. Arbeidet ledes av VV-NSD.

Innhenting av erfaringer fra klinikkene gjennomføres som arbeidsmøter etter følgende plan:

- Arbeidsmøte BS/RS 16.06.2020
- Arbeidsmøte PHR 25.06.2020
- Arbeidsmøte DS 26.06.2020
- Fellesmøte 28.08.2020

Videre skal VV-NSD utarbeide oversikt over funksjonelle plasseringer og planlagt pasientflyt i nytt sykehus og innhente erfaringer fra Sykehuset Østfold og Stavanger Universitetssykehus.

Resultatet av arbeidet og vurderingen om driftsorganisasjonen kan håndtere en pandemi bedre i nytt sykehus, vil bli lagt frem for styret på styreseminaret 21.-22. september 2020.

Klinisk ibruktakelse

Det er nedsatt en prosjektgruppe fra Vestre Viken HF og prosjektorganisasjonen i Helse Sør-Øst RHF, PNSD, med forslag til hvilke områder som kan være del av tidlig klinisk drift(KIB). Arbeidet sammenstilles og legges frem i egen rapport, «Slutfase - prioritering av funksjonsområder for tidlig klinisk drift».

Arealet som omfattes er basert på begrensninger mht. areal iht. brannskiller, at akuttstøyle etableres først ved full drift og at det ikke skal omfatte inneliggende pasienter i somatikk.

Det etableres egen prosess for laboratoriemedisin, sterilsentral og apotek produksjon.

Plan for KIB:

- KIB 1 iverksettes 7. januar 2025
- KIB 1,5 iverksettes 4. mars 2025
- KIB 2 (full drift) fra 21. mai 2025

For godkjenning av rapport er det lagt til grunn følgende tidsplan:

- Styremøte VVHF 15.06.2020 (orienteringssak)
- Kontaktmøte 19.06.2020
- Beslutningsmøte 26.06.2020
- Prosjektstyre 26.08.2020 (orienteringssak)
- Styremøte VVHF 21.09.2020 (beslutning)
- Prosjektstyre 25.09.2020 (beslutning)

Eventuelt

Det ble ikke tatt opp noe under dette punktet.

Drammen 15. juni 2020

Siri Hatlen
styreleder

Margrethe Snekkerbakken
nestleder

Bovild Tjønn

Tom R. H. Frost

Toril A. K. Morken

Robert Bjercknes

Geir Kåre Strømmen

John Egil Kvamsøe

Dato: 24. august 2020
Saksbehandler: Siri Hatlen

Saksfremlegg

Mandat for styreutvalg

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	40/2020	31.08.2020

Forslag til vedtak

Mandat for styreutvalg i Vestre Viken godkjennes.

Drammen, 24. august
2020

Siri Hatlen

Styreleder

I styremøte 15. juni 2020 i sak 37/2020 ble det besluttet å etablere et styreutvalg i Vestre Viken HF. Medlemmene i styreutvalget er: styreleder Siri Hatlen, styremedlem Robert Bjerknes (eierrepresentant) og styremedlem Tom Roger Heggelund Frost (ansattererepresentant). Mandat for styreutvalget legges fram til behandling i denne saken.

Mandat for styreutvalg i Vestre Viken

1. Hensikt

Dette mandatet gir en beskrivelse av rolle, oppgaver og organisering av styreutvalget.

2. Styreutvalgets rolle og oppgaver

Styreutvalget er et underutvalg av styret i Vestre Viken og har som rolle og formål å være et rådgivende og forberedende organ for styrets behandling av saker knyttet til Nytt Sykehus Drammen (NSD), økonomisk langtidsplan og gevinstplan samt andre store/komplekse saker relatert til utviklingsplan for Vestre Viken etter behov.

Styreutvalget er ansvarlig for utførelse av sine oppgaver kun overfor styret i Vestre Viken. Styrets og det enkelte styremedlems ansvar endres ikke som følge av styreutvalgets arbeid.

3. Organisering

Styret velger to medlemmer til utvalget blant styrets eieroppnevnte medlemmer. Medlemmene utnevnes for en periode på to år, men fratrer dersom de fratrer fra styret i Vestre Viken. Representantene for de ansatte utpeker ett medlem til utvalget. Utvalget ledes av styrets leder inntil annet blir bestemt av styret.

Styrets sekretær ivaretar oppgaven som utvalgets sekretær.

4. Myndighet

Styreutvalget arbeider innenfor dette mandat og skal ikke fatte beslutninger med mindre det er eksplisitt delegert fra styret i en enkelt sak. Administrasjonen skal bistå med informasjon, faglige vurderinger og forslag der det er naturlig.

5. Møter

Styreutvalget møtes etter behov, tentativt 4-6 ganger per år. Administrerende direktør og andre deltar etter behov. Utvalget utarbeider årsplan for arbeidet.

6. Oppgaver

Styreutvalgets hovedoppgaver er:

- å forberede styrets behandling av saker knyttet til Nytt Sykehus Drammen (NSD), økonomisk langtidsplan og gevinstplan samt andre store/komplekse saker relatert til utviklingsplan for Vestre Viken etter behov.
- å gjøre årlig selvevaluering av utvalgets arbeid i forhold til denne instruks, samt evaluere instruksens innhold og rapportere resultatene til styret.

7. Rapportering

Styreutvalgets leder avgir muntlig rapport til styret om viktige saker på det første styremøtet etter hvert møte i utvalget. Forøvrig rapporterer utvalget til styret i styremøte eller på annen måte når styret ber om dette, eller når utvalget vurderer dette som nødvendig for at samtlige styremedlemmer skal ha tilgang til vesentlig informasjon. Forberedende saksdokumenter gjøres tilgjengelig for styrets medlemmer (i admincontrol).

8. Referat

Det skal føres kortfattet referat fra hvert møte som gjøres tilgjengelig for det samlede styret (legges i admincontrol).

9. Revisjonsoversikt

Rev nr	Dato	Hovedendring
000	31.08.2020	Dokument opprettet og godkjent av styret

Dato: 24. august 2020
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. juli 2020

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	41/2020	31.08.2020

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapporteringen pr. juli 2020 til etterretning.

Drammen 24. august 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

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

Saksutredning

De viktigste resultatene knyttet til økonomi, aktivitet, kvalitet og bemanning pr. juli 2020 er oppsummert i måltavlen under:

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	34 439	108 396	248 000
		Mål	20 667	144 667	248 000
		Avvik	13 772	-36 271	
		I fjor	21 188	148 686	274 968
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	7 375	59 451	116 672
		Mål	7 560	67 377	116 672
		Avvik	-185	-7 926	0
		I fjor	7 606	66 268	114 802
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	7 410	94 183	172 584
		Mål	6 136	97 414	172 584
		Avvik	1 274	-3 231	0
		I fjor	8 609	95 417	165 699
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	2 418	46 626	77 800
		Mål	2 533	44 870	77 800
		Avvik	-115	1 756	0
		I fjor	2 048	42 213	74 897
5	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk DAGER	Virkelig	49	57	54
		Mål	54	54	54
		Avvik	-5	3	0
		I fjor	45	55	56
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	35	41	36
		Mål	36	36	36
		Avvik	-1	5	0
		I fjor	32	36	36
8	KVALITET Korridorpasienter ANDEL	Virkelig	0,1 %	0,8 %	0,0 %
		Mål	0,0 %	0,0 %	0,0 %
		Avvik	0,1 %	0,8 %	0,0 %
		I fjor	2,2 %	2,4 %	2,2 %
10	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	88 %	74 %	70 %
		Mål	70 %	70 %	70 %
		Avvik	18 %	4 %	0 %
		I fjor	74 %	60 %	60 %
11	HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 893	7 566	7 396
		Mål	7 728	7 358	7 396
		Avvik	165	208	0
		I fjor	7 640	7 293	7 357
12	HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	6,8 %	8,2 %	7,0 %
		Mål	6,7 %	7,3 %	7,0 %
		Avvik	0,1 %	0,9 %	0,0 %
		I fjor	6,9 %	7,7 %	7,4 %
13	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	3,4 %	2,4 %	0,0 %
		Mål	0,0 %	0,0 %	0,0 %
		Avvik	3,4 %	2,4 %	0,0 %
		I fjor	4,4 %	2,9 %	2,8 %

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

Kolonnen for prognose tilsvare resultatmål for 2020 da det ikke avgis prognose før det rapporteres for 2. tertial 2020.

Økonomi

Totalresultatet pr. juli viser et overskudd på 108,4 MNOK, som er 36,3 MNOK bak budsjett.

Koronaeffekter

Resultat pr. juli inkluderer store poster knyttet til bevilgninger i revidert nasjonalbudsjett (RNB) pga. koronapandemien:

- 36,5 MNOK i redusert arbeidsgiveravgift i mai og juni
- 242 MNOK i kompensasjon for tapte aktivitetsbaserte og øvrige inntekter
- 33,8 MNOK i aktivitets- og investeringsmidler (2/7-deler av 118,4 MNOK)

Totalt er VVHF bevilget 118,4 i aktivitets- og investeringsmidler. Noe av beløpet skal benyttes til investeringer, og vil derfor øke resultatkravet i 2020. Det er pr. juli bokført og bestilt for 32,5 MNOK i anskaffelser og investeringer knyttet til korona. Det er i tillegg planlagt bestilt for 2,1 MNOK. Det er også varslet at foretakene skal belastes for sin andel av felles investeringer foretatt i regi av HSØ. Det er ikke endelig fastsatt om dette holdes tilbake i HSØ ved de resterende midlene som tildelt regionen over RNB, eller om foretakene blir fakturert. Inntil videre anslår derfor VVHF at et beløp på 50 – 55 MNOK må holdes tilbake til investeringer av den samlede bevilgning på 118,4 MNOK.

Resultatet pr. juli er i stor grad påvirket av koronapandemien, og det rapporteres månedlig til Helse Sør-Øst på de økonomiske effektene. Totalt er det beregnet en negativ økonomisk effekt på ca. 312,4 MNOK på grunn av koronapandemien. På inntektssiden er det beregnet et tap på 281,1 MNOK, og på kostnadssiden er det beregnet 31,3 MNOK i økte kostnader. Redusert arbeidsgiveravgift er hensyntatt, mens kompensasjon for tapte inntekter og aktivitets- og investeringsmidler ikke er hensyntatt i tråd med instruks fra HSØ.

Det er redusert aktivitet på døgn, dag og poliklinikk på grunn av koronapandemien. Det gir lavere ISF-inntekter. Det er også lavere inntekter på gjestepasient- og andre pasientrelaterte inntekter. Det er i tillegg negativt avvik på øvrige driftsinntekter som skyldes flere forhold, som lavere parkeringsinntekter og salgsinntekter i kiosk og kantiner.

Økte kostnader som følge av koronasituasjonen er i hovedsak innen lønnsområdet og andre driftskostnader. Det er rapportert økte lønnskostnader pr. juli på 46,1 MNOK. Innen andre driftskostnader er det i hovedsak vakthold, vaskeri, anskaffelse av utstyr og ombygginger. Til fradrag kommer lavere gjestepasientkostnader.

Resultatavvik og prognose

Totale inntekter er 101 MNOK lavere enn budsjett, og totale kostnader er 64,8 MNOK lavere enn budsjett pr. juli. I tillegg til koronaeffektene skyldes det negative avviket pr. juli overforbruk på lønn og høye varekostnader. Hovedårsaken til overforbruk på lønn er forsinket innføring av budsjetterte tiltak i tillegg til høy aktivitet og høyt fravær ved flere avdelinger i begynnelsen av året. Innleie fra byrå viser et merforbruk på 7,1 MNOK pr. juli.

Det er ikke utarbeidet noen oppdatert prognose for 2020. Dette er i samsvar med retningslinjer fra HSØ. Helseforetakene er kompensert for mindreinntekter pr. mai i tillegg til midler til aktivitetsøkning og investeringer. I tillegg er det lavere arbeidsgiveravgift i 3.termin. Det er uklart hvordan helseforetakene vil kompenseres ytterligere for de merkostnader og mindreinntekter som er inntruffet som følge av pandemien.

Pensjon

I januar 2020 ble det mottatt en oppdatert aktuarberegning som gir en reduksjon i pensjonskostnader på 157,9 MNOK for året, med en månedlig effekt på 13,2 MNOK. Som følge

av reduksjonen er helseforetaket trukket 156,9 MNOK i basis. Dette gir en positiv resultateffekt for året på 1 MNOK for VVHF.

Aktivitet

Somatikk

Samlet aktivitet pr. juli i antall "sørge-for" ISF-poeng er 7926 poeng lavere enn budsjett. Dette forklares i hovedsak av lavere aktivitet på grunn av koronasituasjonen. Etter at foretaket gikk over i grønn beredskap 20. april har klinikkene arbeidet med opptrapping av aktivitet. Aktiviteten er økt innenfor mange områder, men blant annet på grunn av smitteverntiltak er ikke aktiviteten oppe på tidligere nivå alle steder. I juli er antall ISF-poeng 185 lavere enn budsjett.

Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus

Aktivitet i juli målt i antall polikliniske konsultasjoner er bedre enn budsjett for psykisk helse og rus samlet. Aktiviteten er godt over budsjett innen VOP og TSB, men 4,5 % bak budsjett innen BUP. ISF-inntekter er bak plan på grunn av økt andel telefonkonsultasjoner, som har lavere vekt. Det har vært et avvik i aktivitetsbaserte inntekter på 10,5 MNOK målt mot budsjett hittil i år. Det er en klar positiv trend i dette bildet fordi balansen mellom andel telefonkonsultasjoner og andel oppmøtekonsultasjoner (inkl. video) er tilbake til normalen og fordi telefonkonsultasjoner fra juli vektet på samme nivå som oppmøtekonsultasjoner.

Kvalitet

Ventetid somatikk

Ventetiden innen somatikk er 49 dager i juli og akkumulert 57 dager som er 3 dager over målet. Det er vanlig at ventetiden i juli er kortere da driften er konsentrert om pasienter som trenger relativt rask hjelp. Det forventes at ventetiden vil øke etter sommerferien.

Ventetid psykisk helse og rus

Innen PHR er ventetiden på/under målet innen alle områder i juli. Pr. juli er ventetiden over målet innen alle områder.

Korridorpasienter

Andel korridorpasienter er redusert til 0,1 %. Både reduksjon i elektiv behandling og ø.hjelp har medført mindre trykk på sengepostene i perioden med pandemien. En viktig faktor er også effekter av de tiltak som er iverksatt for å utbedre situasjonen med korridorpasienter, spesielt på Ringerike sykehus.

Pakkeforløp for kreft

Vestre Viken oppnår målkravet for pakkeforløp for kreft som tilsier at 70 % skal få behandling innenfor standard forløpstid. I juli var andelen 85 %, og i perioden januar-juli var andelen 73 %. Behandling av kreftpasienter er en prioritert oppgave også under pandemien, og foretaket har lyktes med denne prioriteringen. Området følges tett opp på de ulike fagområdene, og tiltak iverksettes for de forløpene som ikke oppnår målsettingen.

HR

Brutto månedsverk

Brutto månedsverk er pr. august 208 høyere enn budsjettet, og 273 flere enn samme periode i fjor. Det er økning på 277 månedsverk fra juli til august. Faktiske månedsverk følger kurven for budsjetterte månedsverk, og avvikene er i stor grad relatert til koronapandemien. Avviket mot budsjett er redusert i august sammenholdt med de foregående månedene. Det forventes fortsatt merforbruk av månedsverk så lenge det er smitteverntiltak. I tillegg medfører opptrapping av aktivitet mer tid når det iverksettes blant annet kveldspoliklinikker. Det er nå først og fremst somatikken som ligger høyere på bemanning enn budsjett. I august måned er det færre årsverk enn budsjettet innen psykiatrien.

Sykefravær

Sykefravær i juni var 6,8 %, som er litt over målet på 6,7%. Drammen, Bærum, Kongsberg og KIS hadde et høyt sykefravær i juni, over 7%.

I mars var 4 % av sykefraværet knyttet til karantene, mens i juni er kun 0,2 % av sykefraværet knyttet til dette. I sommermånedene har det vært få ansatte i karantene siden det har vært lav smitte ellers i samfunnet. Det fremkommer nå en liten økning i antall ansatte i karantene.

AML-brudd

I juli 2020 var det 3076 AML-brudd. Dette tilsvarer brudd på 3,4 % av alle vakter i foretaket.

Som tidligere år øker AML-bruddene om sommeren som følge av sommerturnus, og at det er for få vikarer til å dekke opp for ledige vakter og ubesatte stillinger.

De sentrale avtalene som ble inngått med Spekter i vår har blitt tilbakestilt i juli, med unntak av overtid pr. år. Grensen for overtid på dag, uke og fire uker, har blitt tilbakestilt til de opprinnelige avtalene lokalt, noe som har medført flere AML-brudd. Det er viktig at seksjonene oppdaterer og vedlikeholder regelsett og dispensasjoner, slik at unødvendige brudd unngås.

I juli er kun 6 % av AML-bruddene direkte knyttet til korona, noe som er en betydelig nedgang siden i vår. Det har vært få innlagte pasienter med virus i sommer, og disse bruddene er stort sett relatert til uavklarte pasienter knyttet til covid-19.

Administrerende direktørs vurderinger

I foretaksmøte 25. juni fikk VVHF reviderte krav og oppdrag for 2020. Koronapandemien påvirker både aktivitet, økonomi og kvalitetsindikatorerne. Det er gjort en vurdering av økonomiske konsekvenser av pandemien, og i revidert nasjonalbudsjett ble sykehusene styrket som følge av koronasituasjonen.

Pandemien påvirker helseforetaket på alle områder. Vestre Viken gikk i gul beredskap 14.mars. Driften i klinikkene ble lagt helt om som følge av dette, med betydelig reduksjon i planlagt aktivitet og forberedelser til å ta imot et stort antall pasienter smittet med covid-19. Det har hatt betydelige konsekvenser både for økonomi og aktivitet.

Etter at smittesituasjonen er blitt bedret, har foretaket nå fått oppdrag om å øke elektiv aktivitet samtidig som det skal planlegges og forberedes for mottak av et større antall intensivpasienter med covid-19-smitte. Foretaket reduserte beredskapsnivået og etablerte grønn beredskap på foretaksnivå 20. april. Prognoser for utvikling av pandemien er svært usikre på nåværende tidspunkt.

Samlet har foretaket et negativt avvik på 36,3 MNOK pr. juli. Dette inkluderer kompensasjon for tapte inntekter pr. mai, midler til økt aktivitet pr. juli og redusert arbeidsgiveravgift i 3. termin. Økte kostnader og tapte inntekter som følge av koronaviruspandemien rapporteres særskilt, og det forventes fortsatt effekter av dette de kommende måneder. Pandemien har også medført at det har vært nødvendig å gjøre en del investeringer knyttet til omlegging for å kunne ta imot et større antall smittede pasienter. Tilføring av aktivitets- og investeringsmidler utligner i stor grad det negative resultatavviket pr. juli og de merinvesteringer som er iverksatt. Det forventes imidlertid at foretaket fortsatt kommer til å ha negativt resultatavvik som følge av pandemien. Prognosen for 2020 er derfor høyst usikker, og det er foreløpig ikke avklart hvordan det samlede tilskuddet tilført Helse Sør-Øst gjennom revidert nasjonalbudsjett vil fordeles på foretakene. Dette medfører at foretaket i nåværende situasjon vanskelig kan fastsette styringsmål.

I tillegg til effekter av pandemien skyldes negativt avvik pr. juli til dels at budsjettert tiltak er periodisert flatt mens effekter har vært forventet i de kommende månedene, men også uforutsette avvik som følge av sykefravær og høy aktivitet de første to månedene i 2020. Pandemien påvirker organisasjonens kapasitet til å sikre fremdrift i tiltaksarbeidet. Det forventes derfor å påvirke foretakets resultat også i de kommende månedene i tillegg til effektene av selve pandemien.

Det er positivt at pakkeforløp for kreft viser en god utvikling. Dette er en prioritert pasientgruppe også i den nåværende situasjon med koronapandemi.

Administrerende direktør anbefaler på at styret tar virksomhetsrapporten pr. juli til etterretning.

Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr. juli 2020

Sak 41/2020
Virksomhetsrapportering
pr juli 2020



Måltavle pr juli – Økonomi og aktivitet










Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	34 439	108 396	248 000
		Mål	20 667	144 667	248 000
		Avvik	13 772	-36 271	
		I fjor	21 188	148 686	274 968
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgnet, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	7 375	59 451	116 672
		Mål	7 560	67 377	116 672
		Avvik	-185	-7 926	0
		I fjor	7 606	66 268	114 802
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	7 410	94 183	172 584
		Mål	6 136	97 414	172 584
		Avvik	1 274	-3 231	0
		I fjor	8 609	95 417	165 699
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	2 418	46 626	77 800
		Mål	2 533	44 870	77 800
		Avvik	-115	1 756	0
		I fjor	2 048	42 213	74 897

Prognosen tilsvarer mål for 2020. Det vil først gis prognose ved rapportering pr 2. tertial 2020.

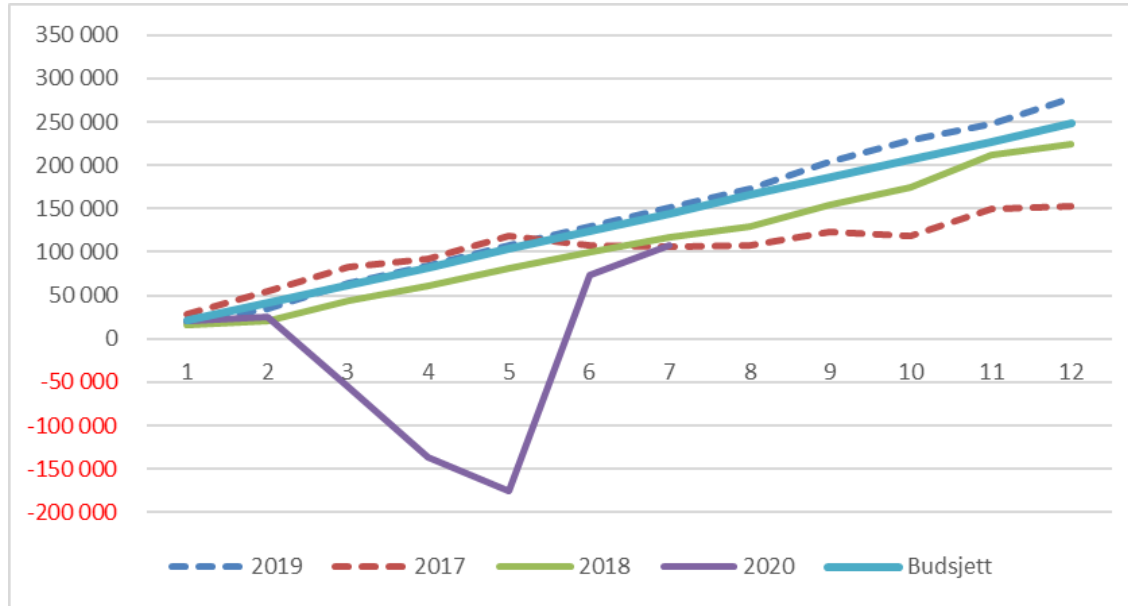
Måltavle pr juli – Kvalitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
5	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk DAGER	Virkelig	49	57	Yellow	54	Green
		Mål	54	54		54	
		Avvik	-5	3		0	
		I fjor	45	55		56	
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	35	41	Red	36	Green
		Mål	36	36		36	
		Avvik	-1	5		0	
		I fjor	32	36		36	
8	KVALITET Korridorpasienter ANDEL	Virkelig	0,1 %	0,8 %	Yellow	0,0 %	Green
		Mål	0,0 %	0,0 %		0,0 %	
		Avvik	0,1 %	0,8 %		0,0 %	
		I fjor	2,2 %	2,4 %		2,2 %	
10	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	85 %	72 %	Green	70 %	Green
		Mål	70 %	70 %		70 %	
		Avvik	15 %	2 %		0 %	
		I fjor	74 %	60 %		60 %	
















Måltavle pr juli – HR

Vestre Viken HF			Denne måned		Hittil i år		Prognose	
11	HR Brutto månedsverk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 893		7 566		7 396	
		Mål	7 728		7 358		7 396	
		Avvik	165		208		0	
		I fjor	7 640		7 293		7 357	
12	HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	6,8 %		8,2 %		7,0 %	
		Mål	6,7 %		7,3 %		7,0 %	
		Avvik	0,1 %		0,9 %		0,0 %	
		I fjor	6,9 %		7,7 %		7,4 %	
13	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	3,4 %		2,4 %		0,0 %	
		Mål	0,0 %		0,0 %		0,0 %	
		Avvik	3,4 %		2,4 %		0,0 %	
		I fjor	4,4 %		2,9 %		2,8 %	

Resultatutvikling - akkumulert



Budsjettavvik per klinikk

Avvik mot budsjett pr juli	Inntekter		Kostnader		RESULTAT		
	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	Avvik som % av total budsjett	
Drammen sykehus	- 1 437	-0,1 %	- 60 717	-5,7 %	- 62 154	-5,8 %	
Bærum sykehus	- 4 517	-0,7 %	- 25 255	-4,0 %	- 29 771	-4,7 %	
Ringerike sykehus	- 7 429	-2,1 %	- 9 092	-2,6 %	- 16 521	-4,7 %	
Kongsberg sykehus	- 5 198	-2,9 %	- 2 377	-1,3 %	- 7 574	-4,2 %	
Intern Service	- 6 855	-2,0 %	- 18 500	-5,5 %	- 25 355	-7,5 %	
Psykisk Helse og Rus	6 566	0,7 %	1 699	0,2 %	8 265	0,9 %	
Prehospitaltjenester	- 943	-0,6 %	- 5 599	-3,4 %	- 6 542	-3,9 %	
Medisinsk Diagnostikk	- 1 290	-0,3 %	- 9 299	-2,4 %	- 10 588	-2,7 %	
Stabene	2 860	0,5 %	4 331	0,0 %	7 192	1,2 %	
Byggvedlikehold			- 6 842	-19,3 %	- 6 842	-19,3 %	
Varekost BHM			- 1 968	-3,7 %	- 1 968	-3,7 %	
SP IKT			4 951	2,0 %	4 951	2,0 %	
Pasientreiser			5 127	20,6 %	5 127	7,7 %	
Overordnet VVHF	- 82 799	-58,5 %	188 310	20,6 %	105 510	12,0 %	
Avvik i forhold til budsjett	- 101 041	1,7 %	64 770	1,1 %	- 36 271	-0,6 %	

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

Koronaeffekter på økonomien

Pr juli	
ISF inntekter	203 118
Gjestepasient inntekter	23 319
Andre pasientrelaterte inntekter	34 398
Øvrige driftsinntekter	20 244
SUM Inntekter	281 079
Varekostnader	-2 462
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	-52 954
Innleid arbeidskraft	3 546
Lønnskostnader	46 099
Andre driftskostnader	37 104
SUM Driftskostnader	31 333
Resultat	312 413

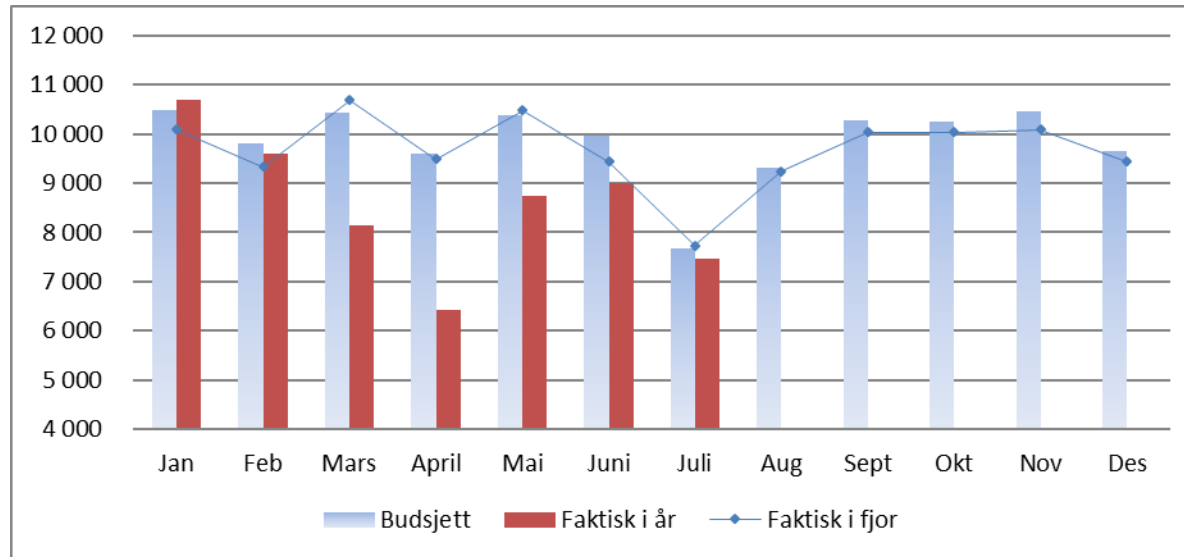
Oversikten inkluderer redusert arbeidsgiveravgift, men ingen del av inntekts- og kostnadskompensasjoner som er resultatført pr juli 2020.

Koronavirus bevilgninger VVHF

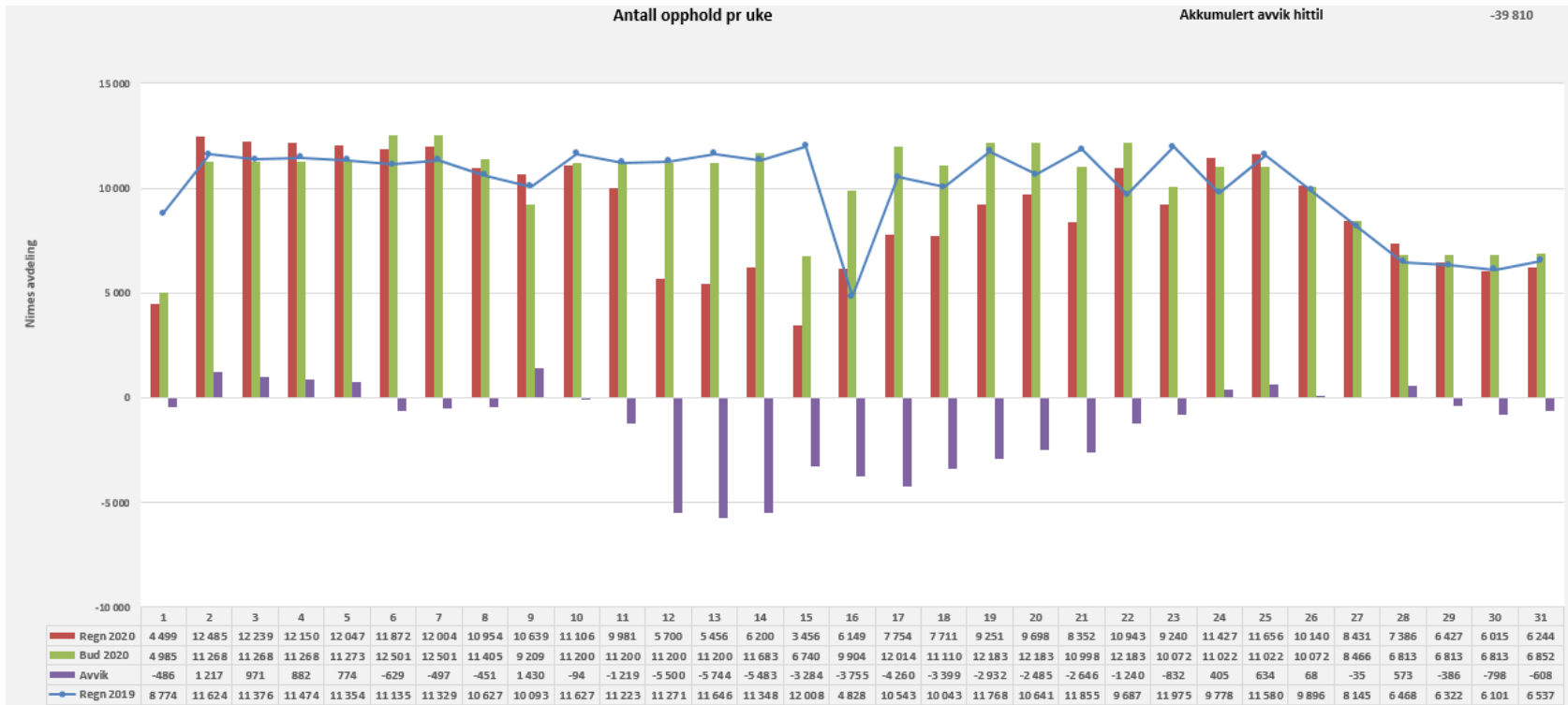
Beskrivelse	Total beløp	Hittil i år
Aga-refusjon 3 T (mai/juni)	-36 455	-36 455
Refusjon inntektstap RNB - basis	-31 000	-31 000
Refusjon inntektstap RNB - ADI	-211 000	-211 000
Aktivitets- og investeringsmidler - basis	-118 400	-33 829
SUM bevilget midler	-396 855	-312 284

- Totale bevilgning knyttet til korona utgjør 396,9 MNOK.
- Hittil i år er 312,3 MNOK resultatført.

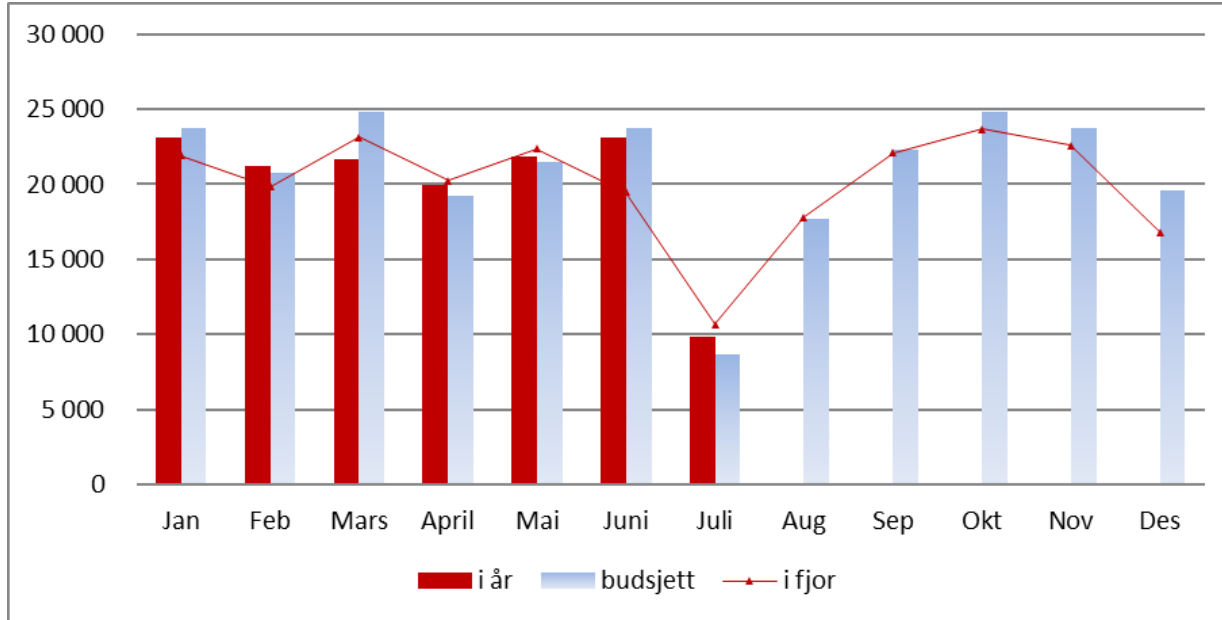
VVHF totale antall DRG-poeng døgn, dag og poliklinikk, fra egen og andre regioner



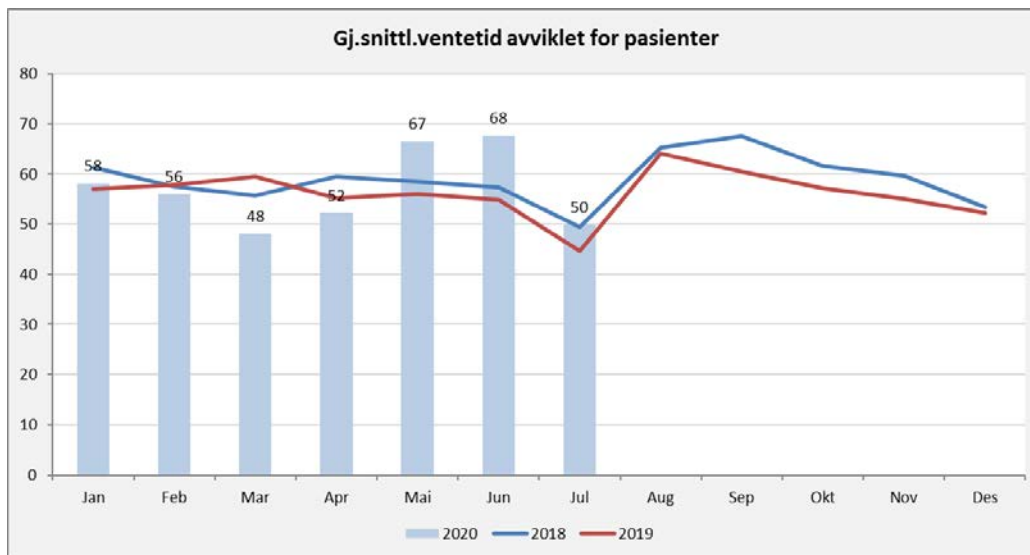
Utvikling pr uke somatikk - antall opphold totalt



Poliklinikk PHR totalt

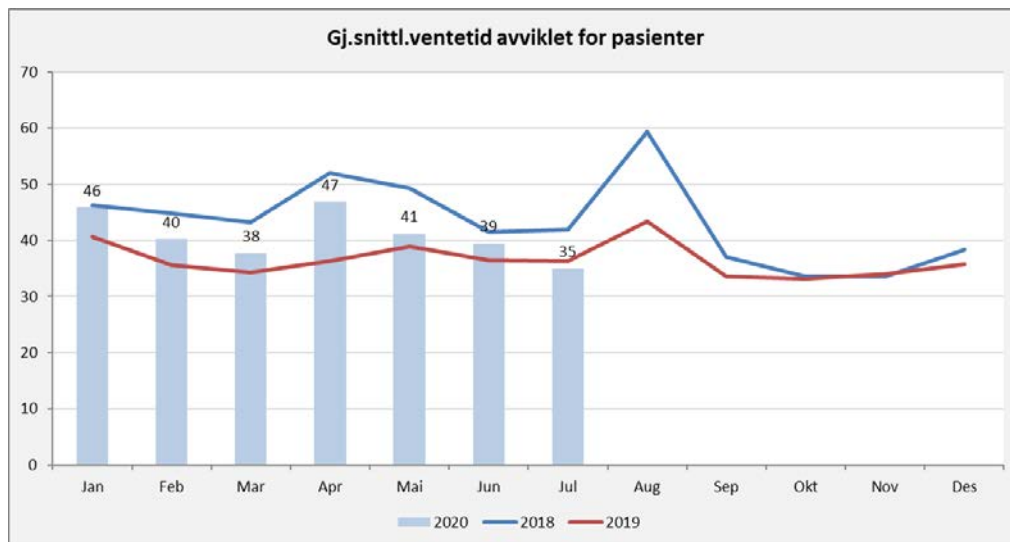






Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp somatikk



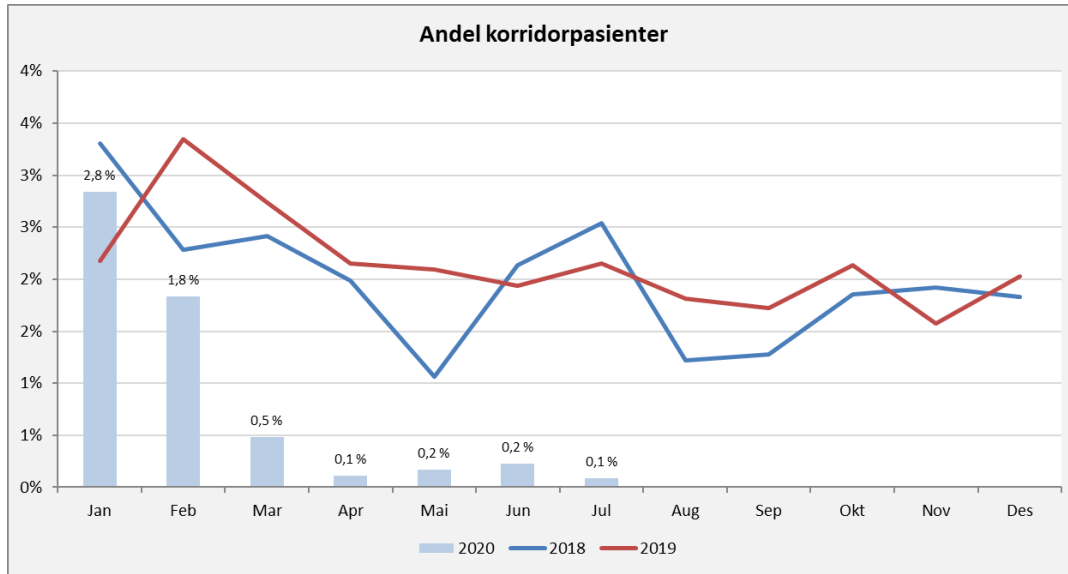
	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mai 2020	Jun 2020	Jul 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Gj.snittl.ventetid avviklet for pasienter	45	64	60	57	55	52	58	56	48	52	67	68	50		
10 - Klinikk Drammen sykehus	49	70	66	63	59	58	60	61	50	55	66	70	55		
20 - Klinikk Bærum sykehus	45	62	58	57	54	46	63	54	50	49	75	75	45		
30 - Klinikk Ringerike sykehus	37	57	56	52	55	52	51	53	48	53	67	63	59		
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	29	43	41	33	34	35	41	36	36	46	49	40	24		








Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR



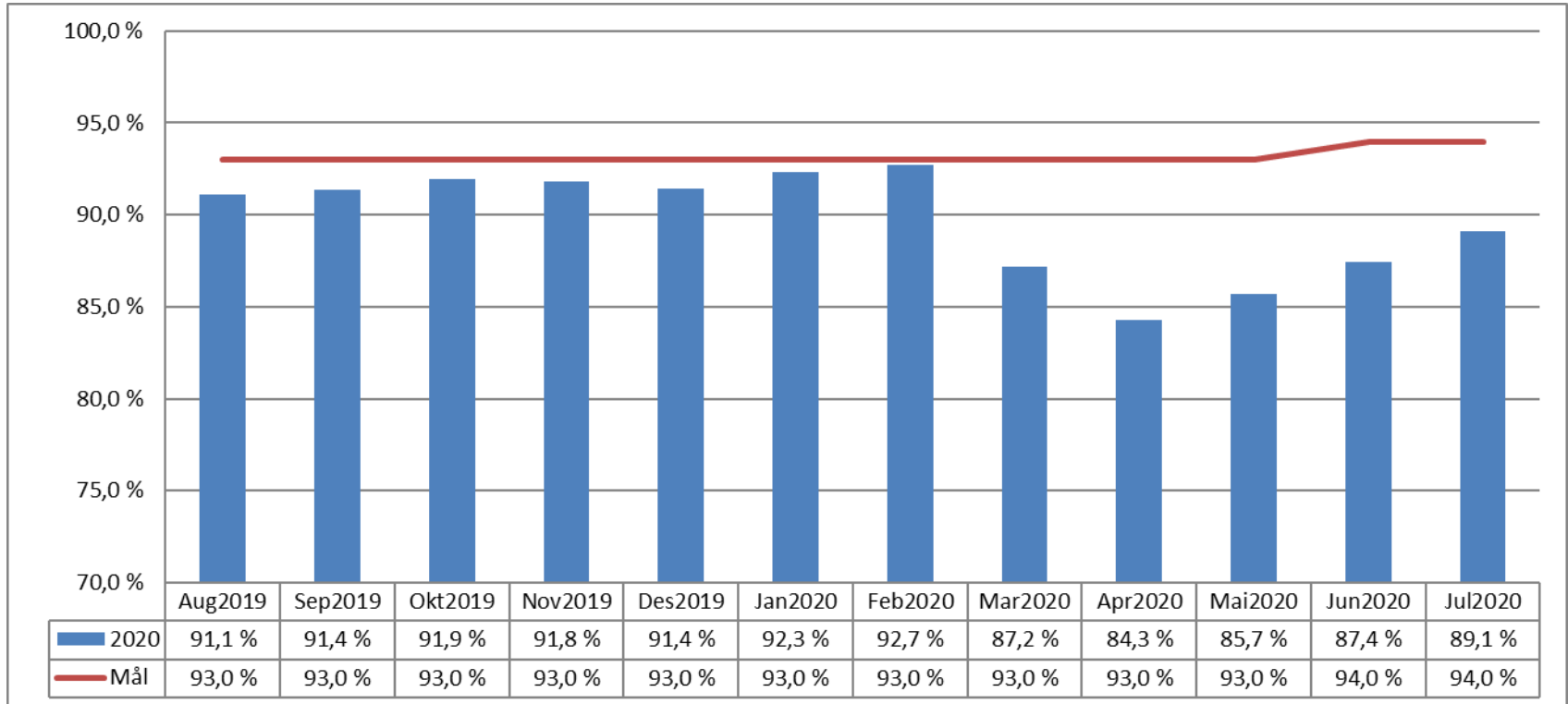
	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mai 2020	Jun 2020	Jul 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Gj.snittl.ventetid avviklet for pasienter	36	43	34	33	34	36	46	40	38	47	41	39	35		
60 - Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	36	43	34	33	34	36	46	40	38	47	41	39	35		

Andel korridorpasienter somatikk



	Jul 2019	Aug 2019	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mai 2020	Jun 2020	Jul 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
☒ Andel korridorpasienter	2,2 %	1,8 %	1,7 %	2,1 %	1,6 %	2,0 %	2,8 %	1,8 %	0,5 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %		
10 - Klinikk Drammen sykehus	2,1 %	1,9 %	2,4 %	3,2 %	2,0 %	3,0 %	4,1 %	2,4 %	0,5 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %		
20 - Klinikk Bærum sykehus	0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,6 %	0,6 %	0,7 %	0,9 %	0,9 %	0,1 %	0,2 %	0,5 %	0,3 %	0,0 %		
30 - Klinikk Ringerike sykehus	4,4 %	3,9 %	2,8 %	2,9 %	2,3 %	2,5 %	3,9 %	2,7 %	1,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %		
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	2,9 %	1,4 %	0,3 %	0,3 %	0,9 %						0,1 %	0,3 %			

Andel pasientavtaler overholdt



Prioriteringsregel

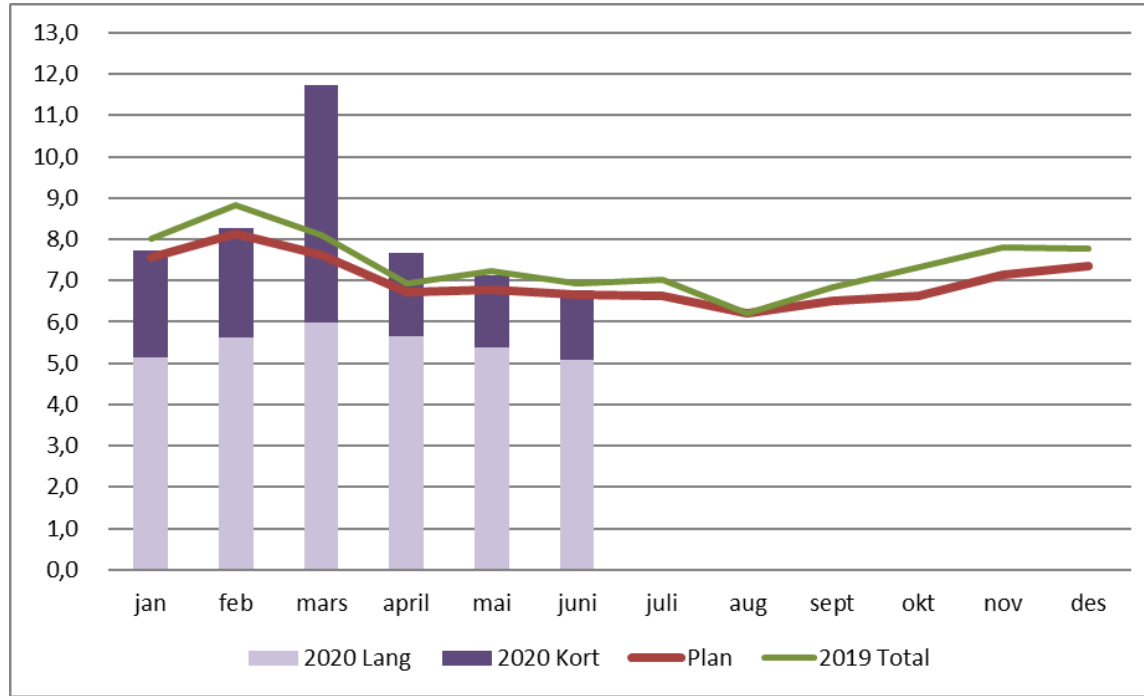
pr. juli	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor
Polikliniske konsultasjoner			
Somatikk	218 896	243 775	-10,2 %
VOP	72 681	74 190	-2,0 %
BUP	46 626	42 213	10,5 %
TSB	21 502	21 227	1,3 %
SUM PHR	140 809	137 630	2,3 %
Ventetid			
Somatikk	57	55	4 %
VOP	40	35	15 %
BUP	46	44	4 %
TSB	34	30	12 %
SUM PHR	41	36	13 %

Brutto månedsverk

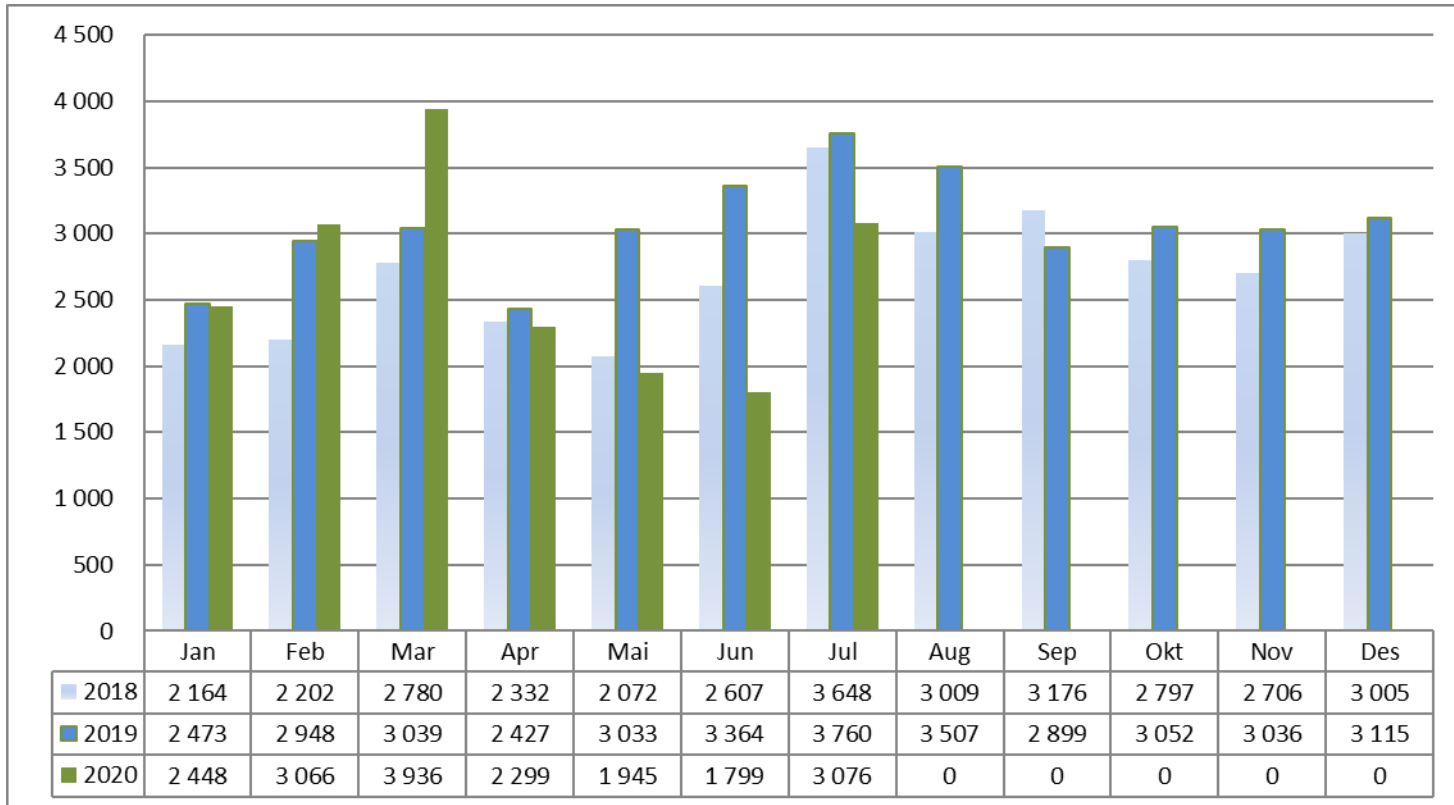


Brutto månedsverk fra Martina Hansen er ikke inkludert i Vestre Vikens tall.

Sykefravær totalt VVHF



AML-brudd – antall



Saksfremlegg

Investeringer – rammer og disposisjoner

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	42/2020	31.08.2020

Forslag til vedtak

1. Styret tar redegjørelsen for rammeverket omkring investeringer og status pr. juli 2020 til orientering.
2. Styret gir sin tilslutning til at foretaket iverksetter anskaffelse av en MR til Kongsberg Sykehus innenfor årets investeringsramme.
3. Administrerende direktør gis fullmakt til å iverksette bestillinger innen gjeldende prioriteringer for MTU, IKT og bygg for inntil 80 MNOK for leveranse i 2021. Nye bestillinger vurderes til enhver tid innenfor foretakets samlede likviditetsrammer.

Drammen, 24. august 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Styret har bedt om en gjennomgang av investeringsområdet med tanke på disposisjoner som belaster neste års budsjett, rammeverket for investeringer, samt en gjennomgang av status.

Saksutredning

Styret vedtar rammer for foretakets investeringer i forbindelse med behandlingen av de årlige budsjetter. Investeringsrammene for 2020 ble vedtatt i sak 53/2019, Budsjett og mål 2020. I tillegg behandler styret foretakets langtidsplan for investeringer som en del av økonomisk langtidsplan, ref styresak 21/2020 Økonomisk Langtidsplan(ØLP) 2021 – 2024.

Administrerende direktør disponerer innenfor rammen av budsjett og kan iverksette enkeltinvesteringer av MTU, IKT og andre anskaffelser for inntil 20 MNOK, og bygginvesteringer for inntil 50 MNOK uten særskilt behandling i styret. Enkeltinvesteringer over disse nivåene skal styrebehandles og godkjennes av Helse Sør-Øst RHF (HSØ). Saker av uvanlig art eller stor betydning skal imidlertid uansett fremlegges for styret.

Foretakenes investeringer finansieres innenfor rammen av likviditet som tilføres fra HSØ gjennom basistildelinger og variable inntekter til drift og investering, samt tidligere års overskudd. HSØ åpner i tillegg for finansielle leasingavtaler begrenset oppad til 2 % av foretakets samlede årlige inntekter. For Vestre Viken tilsvarer det om lag 20 MNOK pr år.

For å sikre løpende drift er det ønskelig at administrerende direktør gis adgang til å forplikte noe av neste års budsjett før endelig budsjettbehandling i desember. Investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr kan ha lange leveringstider, og prosessen med konkurranse kan tidvis ta flere måneder. Delprosjekter følger ikke alltid kalenderåret, og da er det nødvendig å finansiere hele delprosjektet. Hvis dette ikke gjøres, vil prosjekter måtte deles opp, noe som vil kunne fordyre gjennomføringen. Det vil derfor være hensiktsmessig å sette i gang prosessene for deler av de investeringer som planlegges lenger frem i tid. For å unngå å sette foretaket i en situasjon der investeringene mangler finansiering, foreslås det et begrenset beløp til slike disposisjoner. De siste par årene er det før budsjettbehandlingen vedtatt en øvre ramme på 70 - 80 MNOK for bestillinger som forplikter neste års budsjett. Dette gir god margin i forhold til foretakets samlede investeringsevne.

Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2021 – 2024

I økonomisk langtidsplan 2021-2024 er det vedtatt følgende investeringsrammer:

ØLP 2021 - 2024 (MNOK)	2021	2022	2023	2024
BRK-prosjektet	90	88	132	109
PHR bygg	10	10	10	10
Ambulanser	19	19	19	19
MTU	101	101	101	101
IKT, byggnær IKT	26	26	26	26
EK innskudd pensjon	25	25	25	25
Annet (grunnutrustning mm)	38	38	33	33
SUM	309	307	346	322
<i>Herav finansiert med finansiell leasing</i>	<i>20</i>	<i>20</i>	<i>20</i>	<i>20</i>
<i>Herav finansiert med egen likviditet</i>	<i>289</i>	<i>287</i>	<i>326</i>	<i>302</i>

Styret vedtok BRK programmet i 2017 innenfor en ramme på 1,6 MRD. Programmet strekker seg over perioden 2017 – 2027, og planlegges respektive år innenfor tilgjengelige investeringsrammer. Programmet for BRK inneholder også en vesentlig andel vedlikehold som budsjetteres over drift. Forholdet mellom investeringer og vedlikehold over drift kan variere fra år til år, og planlegges derfor innenfor en samlet ramme.

Budsjett 2020 og status pr juli 2020

Investeringsrammen for 2020 er på 317 MNOK, og er planlagt som følger:

Investeringsplan	Budsjett 2020
BRK investering	60
Bærum BUP	12
Øvrige bygg	10
Byggnær IKT	17
MTU	101
Ambulanser	17
Grunnutrustning	15
IKT	14
Buffer	20
EK innskudd pensjon	17
For senere prioritering	34
Total investeringsramme	317

Investeringer i 2020 finansieres med 302 MNOK i egne midler, og 15 MNOK med finansiell leasing. Finansiell leasing benyttes først og fremst til ambulanser. Investeringsnivået forutsettes delvis finansiert ved salg av eiendom. Om salgene ikke gjennomføres i 2020, må investeringsnivået reduseres tilsvarende. Budsjettert salg av eiendom i 2020 utgjør 45 MNOK. Herav er 12,5 MNOK realisert ved utgangen av mai 2020.

I tillegg til investeringsrammen for 2020 er det overført 92 MNOK fra investeringsbudsjettet for 2019 pga. prosjekter som først fullføres i år. Samlet er rammen således på 409 MNOK.

Hittil i år er det foretatt investeringer for 178 MNOK. Det er i tillegg kostnadsført 42 MNOK i byggvedlikehold hittil i år, som er 6,4 MNOK høyere enn budsjett pr 31.7.2020. Årsbudsjett for vedlikehold som tas over drift er på 60 MNOK eks mva i 2020.

Rapporterte investeringer omfatter kun de investeringer og resultatført byggvedlikehold som det er mottatt fakturaer på. Det gir følgelig ikke uttrykk for faktisk fremdrift i prosjektene, eller hva som faktisk er forpliktet foretaket. Oppfølgingen av teknisk fremdrift og inngåtte forpliktelser skjer i dialog med respektive ansvarlige linjeledere for investeringsområdene.

Det er satt i bestilling og til dels levert investeringer knyttet til korona med 32,5 MNOK pr 31.7.2020. I tillegg til de merinvesteringer som gjøres i helseforetaket knyttet til koronapandemien, er det mulig at helseforetakene må finansiere deler av de regionale anskaffelsene i forhold til hvordan de blir fordelt ut. Det er foreløpig ikke avklart om Helse Sør-Øst vil fakturere dette eller dekke investeringene gjennom den andel av samlet tilskudd som ikke er fordelt ut. Samlet legger Vestre Viken til grunn investeringer på omkring 50 – 55 MNOK

som følge av pandemien. Dette kommer i tillegg til de ordinære investeringsplanene. Enkelte av investeringene vil kunne redusere investeringsnivået kommende år.

Det er blitt fordelt midler til helseforetakene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett. Vestre Viken er tilført følgende:

Kompensasjon for inntektstap tom mai 2020:	242 MNOK
Kompensasjon for kostnadsøkninger, merinvesteringer og følger av økt av aktivitet:	118,4 MNOK

Ved avslutning av juliregnskapet har foretaket, etter inntektsføring av inntektskompensasjonen, et negativt avvik mot budsjett på 34 MNOK. I tillegg er det forpliktet investeringer utover rammen for anslagsvis 50 – 55 MNOK. Pr. juli er det resultatført 2/7 av kompensasjonen på 118,4 MNOK, etter instruks fra Helse Sør-Øst. Den andel av beløpet som skal dekke investeringer, skal prinsipielt resultere i et overskudd. Samlet for året må opptil 55 MNOK dekkes av de 118,4 MNOK, og i prinsipp synliggjøres som et meroverskudd i 2020. I tillegg må det forventes fortsatt negative avvik som følge av smitteverntiltak. Den videre utvikling av virussituasjonen er også ukjent med tanke på hvor mye det vil påvirke foretakets aktivitet. Helse Sør-Øst har ikke konkludert på hvordan de resterende midlene som RHF-et er tildelt, skal fordeles på helseforetakene. Den økonomiske situasjonen er således fortsatt usikker.

Status investeringer pr. juli 2020 oppsummeres som følger:

Planlagte investeringer 2020	283,0
Forsinket investering i bygg 2020 (utsatt til neste år)	-60,0
Merinvesteringer tilknyttet Korona	55,0
Sum investeringsbehov 2020	278,0
Finansiell ramme for investeringer 2020	317,0
Forventet utsatt/ bortfalt av salgsinntekt	-32,5
Tilgjengelige midler for investering i 2020	284,5
Netto margin før kostnadskompensasjon Korona	6,5

(tall i MNOK)

Investeringsrammen på 317 MNOK inkluderer 34 MNOK som ikke er bundet opp i konkrete investeringsplaner. Det er følgelig kun planlagt investeringer for 283 MNOK. Dette inkluderer buffer på 20 MNOK. Erfaringsvis er rammen for buffer nødvendig å sette av. Den inkluderer blant annet nødvendige investeringer i dagens Drammen sykehus, i tillegg til uforutsette havarier som eventuelt ikke dekkes innenfor øvrige budsjettposter. Forutsatt at foretaket oppnår planlagt resultat for 2020, er det følgelig tilgjengelig ramme for alle planlagte investeringer i 2020 med en margin på 6,5 MNOK før midler til kompensasjon for merkostnader og merinvesteringer er hensyntatt.

Fremtidige investeringsbehov

Økonomisk langtidsplan bygger i all hovedsak på en videreføring av investeringsnivået fra tidligere år. Utover BRK er det ikke konkretisert hva langtidsplanen skal omfatte.

Nivået på investeringer i MTU sikrer at gjennomsnittlig alder på utstyret og samlet verdi opprettholdes i planperioden. Det vil også sikre den planlagte overføringsgraden av medisinsk-teknisk utstyr til nytt sykehus. Langtidsplanen tar imidlertid ikke høyde for videreutvikling/ nye satsninger, noe det erfaringsmessig er behov for. Det er heller ikke lagt inn prisjustering. Det har

vært lite prisøkning på MTU de siste årene, men dagens kronekurs har medført økte priser, som er en risikofaktor fremover.

Både innenfor IKT og bygg er det behov for økte investeringer. Det er utarbeidet en foreløpig plan for utbedringer av bygningsmassen i Klinik for psykisk helse og rus (PHR). Planen omfatter et investeringsbehov på omlag 160 MNOK over de kommende 10 årene. I tillegg skal det utarbeides planer for utbedringer og/eller endring av disponible bygg innenfor Klinik for prehospitaltjenester. Det er nødvendig å utrede nærmere hvordan bygningsmassen best kan tilpasses planlagt fremtidig drift for disse tjenesteområdene. Det er først når bygningsmassen knyttes opp til de fremtidige driftskonseptene at beslutninger om utbedring av bygg kan tas. Dette vil håndteres i de kommende års budsjettbehandlinger.

Foretaket kan ikke forvente økte lånerammer for nye bygg de kommende årene. Helse Sør-Øst RHF har omfattende bygginvesteringer foran seg i foretaksgruppen og har ikke rom for å iverksette nye de nærmeste årene. Vestre Viken må derfor selv fremskaffe finansiering gjennom prioriteringer innenfor tilgjengelige rammer, og eventuelle salg av bygg.

Økonomisk langtidsplan tar høyde for om lag 10 MNOK pr. år til vedlikeholdsinvesteringer i bygningsmassen for PHR. I tillegg er det en øvre ramme for investeringer i Drammen Sykehus på om lag 10 MNOK pr år. Disse midlene, i tillegg til inntekter ved salg av bygg, vurderes å være tilstrekkelig til å håndtere investeringsbehovene i bygningsmassen de kommende årene i tillegg til de midlene som er satt av til BRK.

Innen IKT vil noe utvikling være regionale prosjekter som finansieres over drift ved tjenestepris fra Sykehuspartner. Nye satsinger for øvrig innenfor IKT og MTU må prioriteres utfra de driftsmessige positive effektene som kan oppnås, såkalte positive business case, og eventuelle ytterligere overskuddsmidler som realiseres de kommende årene.

Av nye satsninger ønsker foretaket nå først og fremst å prioritere midler til å anskaffe en MR ved Kongsberg sykehus. Behovet for MR-diagnostikk er økende. I forbindelse med arbeidet med Utviklingsplan 2035 for Vestre Viken ble det besluttet å vurdere behov for MR ved Kongsberg sykehus. Fravær av MR ved sykehuset er særlig merkbart når det er behov for denne undersøkelsen hos inneliggende pasienter. Om lag 200 inneliggende pasienter blir årlig sendt til Drammen sykehus for MR-undersøkelse. Av pasientsikkerhetsmessige grunner følges disse pasientene av sykepleier, og det brukes om lag ett årsverk på dette. Fravær av MR lokalt kan også gjøre terskelen for henvisning til MR høyere enn ønskelig, og medføre at det heller velges andre bildedannende modaliteter. MR ved Kongsberg sykehus vil medføre mindre pasientreiser for polikliniske undersøkelser. Det er også behov for økning av samlet MR-kapasitet i Vestre Viken. Det er lange ventetider for MR-undersøkelse i foretaket, og det er en undersøkelse som benyttes i økende grad.

Installasjon av MR ved sykehuset vil kreve bygningsmessige tiltak for 6,5 MNOK som finansieres via BRK-midler (er inkludert i samlet BRK-plan for KS) og om lag 15-16 MNOK til selve MR-maskinen. Anskaffelse av en MR kan finansieres innenfor de udisponerte midlene av investeringsrammen for 2020, og foreslås iverksatt. Drift av MR ved Kongsberg sykehus er beregnet å medføre en netto merkostnad på om lag 3 MNOK pr år. Kongsberg Sykehus og Klinik for medisinsk diagnostikk arbeider nå med mulige tiltak som kan iverksettes for å sikre finansiering av merkostnaden innenfor dagens driftsrammer.

Usikkerhet i den finansielle situasjon

Koronapandemien har påført foretaket betydelige underskudd så langt i 2020. Den foreslåtte fordelingen av covid-19-tildelingen over RNB medfører at Vestre Viken får kompensert tapte inntekter og merkostnader, inklusive merinvesteringer, pr. juli 2020. Usikkerheten i finansieringsevnen ligger dermed i de kommende måneder og årsresultatet. I tillegg kommer

eventuelle konsekvenser dersom det blir en ny bølge av koronapandemien. Foretakets aktivitet er ved avslutning av juli fortsatt noe lavere enn «normalaktivitet» i perioden. Det er også betydelige merkostnader knyttet til korona som følge av smitteverntiltak. Det kommer til å vedvare de kommende månedene. Dermed er det høy sannsynlighet for at foretaket ikke leverer budsjettert resultat. Fordelingen av gjenværende tildelinger i Helse Sør-Øst vil avhjelpe den økonomiske situasjonen, men er pt svært uklar. Det er likevel nødvendig å sikre løpende drift, og stans i investeringer vil være svært uheldig for foretakets videre utvikling. Samtidig må foretaket til enhver tid avveie bruk av midler til henholdsvis drift og investering.

Finansieringen av investeringene i 2020 baserer seg på en utsettelse av investeringene i BRK med 60 MNOK. Siden merinvesteringer tilknyttet koronapandemien dekkes opp ved ekstra tilskudd, og foretaket forventer å realisere salget av de bygningene som var planlagt i 2020 neste år, vil det være sikret midler til fullføring av BRK-planene som nå forskyves til neste år.

Administrerende direktørs vurderinger

Vestre Viken har hatt et akseptabelt investeringsnivå de siste årene på bakgrunn av den resultatforbedring som er oppnådd.

Tilleggsbevilgningene over statsbudsjettet gir dekning av netto tap tilknyttet koronapandemien akkumulert pr. juli. Oppnåelse av årsresultat for 2020 forutsetter at foretaket realiserer budsjettert resultat de resterende månedene i 2020. Den pågående pandemien medfører imidlertid at det hver måned påløper ekstra kostnader som følge av smitteverntiltak. Det er foreløpig ikke avklart hvordan gjenværende midler i Helse Sør-Øst vil fordeles. Vestre Viken må kunne forvente at det vil tilføres nye midler fra disse midlene. Til tross for usikkerheten tilknyttet årets og neste års resultat er det viktig at investeringsplanene opprettholdes slik at foretaket utvikles videre så langt det er rom for innenfor tilgjengelig likviditet. Når den finansielle situasjonen er mer avklart, må fremtidige investeringsplaner og driftsmessige tiltak revurderes i tråd med kravene til økonomisk bærekraft.

På grunnlag av dette foreslår administrerende direktør at styret tilslutter et vedtak om iverksettelse av anskaffelsen av en MR ved Kongsberg Sykehus innenfor rammen av de udisponerte midlene i årets investeringsbudsjett.

For å sikre god fremdrift av investeringer også i 2021 bes det om at styret gir fullmakt til å iverksette prioriterte bestillinger som belaster 2021-budsjettet, innenfor en ramme på 80 MNOK. Nye bestillinger vurderes til enhver tid innenfor foretakets samlede likviditetsrammer.

Dato: 21. august 2020
Saksbehandler: Halfdan Aass

Saksfremlegg

Protokoll fra foretaksmøte for Vestre Viken HF 25. juni 2020

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte	43/2020	31.08.20

Forslag til vedtak:

1. Styret tar protokoll fra foretaksmøte fra 25. juni 2020 til etterretning.
2. Styret ber om at reviderte krav og oppdrag inngår i virksomhetsrapporteringen.

Drammen, 24. august 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Helse Sør-Øst meddeler krav og oppdrag til helseforetakene i regionen gjennom foretaksmøter og det årlige Oppdrag og bestilling. Det ble avholdt foretaksmøte 25. juni 2020. Protokollen fra møtet legges med dette fram for styret.

Saksutredning

Foretaksmøtet anerkjente at den pågående covid-19-pandemien har medført at helseforetakene har måttet prioritere beredskap og håndtering av den aktuelle situasjonen. Det har påvirket helseforetakenes evne til å nå mål og til å gjennomføre oppdrag som er gitt for 2020. Helse Sør-Øst anerkjenner at håndteringen av covid-19-utbruket vil kunne påvirke måloppnåelse og gjennomføring også for styringsbudskap som ikke er endret.

På denne bakgrunn ble det i foretaksmøtet meddelt reviderte krav og oppdrag for 2020. Det understrekes at de overordnede målene for spesialisthelsetjenesten gjelder, selv om enkelte konkrete mål gitt i Oppdrag og bestilling for 2020.

Pandemien påvirker økonomien i foretakene i betydelig grad, og situasjonen er fremdeles usikker. Helse Sør-Øst RHF vil følge den økonomiske utviklingen fremover.

I foretaksmøtet ble det gjort en del endringer og presiseringer i krav tidligere gitt i Oppdrag og bestilling for 2020. Det vises til protokollen. Det ble også gitt noen nye styringsbudskap innen pakkeforløp for psykisk helsevern og TSB, tjenestetilbud til fødende og IKT-utvikling og digitalisering samt videre håndtering av covid-19.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør følger opp styringsbudskapet gitt i foretaksmøtet. Reviderte krav og oppdrag inkorporeres i den vanlige virksomhetsrapporteringen til styret. Administrerende direktør anbefaler på denne bakgrunn at styret tar protokoll fra foretaksmøtet til etterretning.

Vedlegg: 1. Protokoll fra foretaksmøte i Vestre Viken HF 25. juni 2020

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I VESTRE VIKEN HF**

Torsdag 25. juni 2020 klokken 17:00 ble det avholdt foretaksmøte i Vestre Viken HF. Møtet ble gjennomført digitalt som felles foretaksmøte for helseforetakene i Helse Sør-Øst.

Dagsorden:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Reviderte krav og oppdrag for 2020

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:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus

Eierdirektør Tore Robertsen, som også førte protokollen

Fra styret i Vestre Viken HF møtte:

Styreleder Siri Hatlen

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: Reviderte krav og oppdrag for 2020

Med bakgrunn i reviderte krav og oppdrag for 2020 gitt i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 10. juni 2020, gjøres korrigeringer og presiseringer i Oppdrag og bestilling 2020 for Vestre Viken HF.

Det vises til tidligere foretaksmøter som er holdt etter utbruddet av covid-19. På grunn av utbruddet av covid-19 har helseforetakene vært nødt til å prioritere beredskap og håndtering av den aktuelle situasjonen. Selv om situasjonen nå er under kontroll, og alle helseforetakene har planer for å håndtere utbruddet av covid-19 videre, er helseforetakene fortsatt i en beredskapssituasjon.

Det legges til grunn at håndteringen av covid-19 utbruddet vil påvirke helseforetakenes evne til å nå mål og gjennomføre oppdrag for 2020. Helse Sør-Øst RHF anerkjenner at håndteringen av covid-19 utbruddet vil kunne påvirke måloppnåelse og gjennomføring også for styringsbudskap som ikke er endret.

Det understrekes at de overordnede målene for spesialisthelsetjenesten gjelder, selv om enkelte konkrete mål for 2020 endres. Målet om å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen er særlig viktig i en situasjon der aktiviteten har gått ned grunnet covid-19 utbruddet. Det vises til foretaksmøtet 28. april 2020, der helseforetakene ble bedt om å starte opptrapping til mer normalt drift i helseforetakene i tråd med etablerte prioriteringskriterier.

Økonomiske krav og rammer

I Oppdrag og bestilling 2020 stilles krav om å innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som gjelder for 2020. Helse Sør-Øst RHF har merket seg den økonomisk utviklingen i helseforetakene hittil i år. Det vises til revidert nasjonalbudsjett (jf. Prop. 117 S (2019-2020)) som styrker sykehusene med midler knyttet til virusutbruddet.

Tildelingen skal bidra til at helseregionene kan håndtere de økonomiske konsekvensene som følge av virusutbruddet og trappe opp igjen til mer normal pasientbehandling samtidig som beredskapsplanlegging, bemanningssituasjonen og smittevern hensyn ivaretas. I styremøte 1. juli 2020 vil styret i Helse Sør-Øst RHF ta stilling til fordelingen av midler til det enkelte helseforetak.

Situasjonen er fremdeles usikker og Helse Sør-Øst RHF vil følge utviklingen fremover.

Korrigeringer og presiseringer av styringsbudskap i Oppdrag og bestilling 2020

I foretaksmøte 10. juni 2020 for Helse Sør-Øst RHF ble det gjort en del endringer og presiseringer i styringsbudskapene til det regionale helseforetaket. Noen av disse er også relevante for krav til helseforetaket fra Helse Sør-Øst RHF gitt i Oppdrag og bestilling 2020:

- Mål 2020 om at gjennomsnittlig ventetid i 2020 skal reduseres sammenliknet med 2019 bortfaller.
- Mål 2020 om å overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid) bortfaller.
- Mål 2020 om å øke andelen planlagte episoder med tildelt time, målt ved indikatoren planleggingshorisont, avgrenses til å gjelde andre halvår 2020 sammenliknet med andre halvår 2019. Tidligere stilt krav om at det skal være planleggingshorisont for bemanning og timetildeling på poliklinikker på minst 6 måneder gjelder fortsatt.
- Mål 2020 om at andel enheter med godt sikkerhetsklime i et helseforetak skal være minst 75 prosent opprettholdes som et langsiktig mål, men krav om rapportering til Helse Sør-Øst RHF utgår for 2020.
- Det vises til oppdrag om å utarbeide en plan for ParkinsonNet og starte en nasjonal iverksetting i 2020. Arbeidet videreføres i Oslo og Rogaland. Plan for ytterligere innføring av ParkinsonNet i de fire helseregionene skal utarbeides innen utgangen av 2020. Det skal tas sikte på å innføre modellen i flere helseforetak innen 30. juni 2021.
- Det vises til at Helse Sør-Øst RHF er bedt om å utarbeide regional utviklingsplan innen utgangen av 2022 og at arbeidene med de lokale utviklingsplanene må tilpasses dette. Slik det fremgår av Oppdrag og bestilling 2020, skal de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, gjennomføre en revisjon av veilederen for arbeidet med utviklingsplaner. Fristen for revisjon av veilederen for utviklingsplaner er nå satt til 1. november 2020.

Følgende styringsbudskap fra Oppdrag og bestilling 2020 får nye rapporteringsfrister:

- Inkluderingsdugnaden – helseforetakene skal rapportere på status for sitt arbeid med inkluderende rekruttering i årlig melding 2020, mens ny frist for sluttrapportering for lokale forsøk/piloter settes til 1. mai 2021.
- Oppfølging av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring – ny rapporteringsfrist settes til 1. september 2020.

Nye styringsbudskap

Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB

Annen oppgave 2020

- Det vises til SINTEFs første rapport for evaluering av pakkeforløpene i psykisk helse og rus. Helseforetakene skal legge funnene i rapporten til grunn for videreutvikling av arbeidet med registrering og tekniske løsninger knyttet til pakkeforløpene. Helseforetakene skal også sørge for at brukerrepresentanter og erfaringskonsulenter involveres i forbedringsarbeidet og implementeringen av pakkeforløpene.

Tjenestetilbud til fødende

Annen oppgave 2020

- Helseforetaket skal følge opp kompetanse- og ressursbehov dokumentert i rapporten «*Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem*» i utvikling av fødetilbudet.

IKT-utvikling og digitalisering

Det er viktig at de regionale helseforetakenes planer for strukturert journal understøtter målbildet for helhetlig samhandling, jf. målene i *Én innbygger – én journal*. Det foreligger ulike planer for overgang til strukturert journal og det er derfor behov for å utarbeide en felles strategi for strukturert journal, herunder anbefaling om nivå på strukturering, bruk av felles standardisert språk og prioriterte fagområder. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helse Midt-Norge i oppgave å lede dette arbeidet.

Annen oppgave 2020

- Helseforetakene skal gjennomføre tiltak som har dokumentert effekt på kapasitetsutnyttelse og unødvendig venting innen poliklinisk behandling. Det legges til grunn at disse tiltakene gjennomføres for all poliklinisk behandling, med mindre særskilte forhold tilsier noe annet. Det tas et generelt forbehold om at beredskapsarbeidet kan forsinke eller forstyrre gjennomføringen av tiltakene. Sykehuspartner HF skal understøtte helseforetakenes arbeid med implementering av tiltakene. Tiltakene skal bl.a. inkludere:
 - Innføring og bruk av digitale skjemaer og verktøy for å innhente nødvendig informasjon fra pasientene før oppmøte til time.

- Ta i bruk video- og telefonkonsultasjoner med sikte på opprettholde omfanget av slike konsultasjoner etter hvert som aktiviteten normaliseres.
- Fastsettelse av måltall ved det enkelte helseforetak for bruk av digitale skjemaer, video- og telefonkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging.

Håndtering av covid-19

De regionale helseforetakene skal i samarbeid utarbeide et harmonisert nasjonalt internopplæringsprogram for sykepleie i intensivbehandling av covid-19 pasienter. Internopplæringsprogrammet skal bestå av læringsmål for denne typen intensivbehandling. Frist for ferdigstilling er 1. oktober 2020. Helseforetakene skal tilpasse sine opplæringsprogrammer i forhold til dette når det foreligger.

Det vil bli lagt fram en beredskapsplan for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien. Beredskapsplanen er nasjonal, men skal som beslutningsverktøy også kunne anvendes lokalt og regionalt for å sikre riktige tiltak på rett nivå og til rett tid. I beredskapsplanen inngår en omtale av ansvarsforhold og beslutningsnivå, overvåking av smittesituasjonen og aktuelle tiltak.

Helseforetakene skal bidra i arbeidet med å følge opp beredskapsplanen for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien.

Møtet ble hevet klokken 17:13.

Hamar, 25. juni 2020.

styreleder Svein Gjedrem
Helse Sør-Øst RHF

styreleder Siri Hatlen
Vestre Viken HF

Protokollen er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Dato: 24. august 2020

Saksbehandler: Hanne
Juritzen/Mette
Myrhaug

Saksfremlegg

Rapportering - etterlevelse av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	44/2020	31.08.20

Forslag til vedtak:

Styret tar rapport om etterlevelse av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og videre forbedringsarbeid til etterretning.

Drammen, 24. august 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I Oppdrag og Bestilling 2020 for Vestre Viken fikk foretaket følgende styringsbudskap: Helseforetaket skal rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring innen 15. mai 2020, herunder hvordan den årlige gjennomgangen er lagt opp og erfaringer så langt. På grunn av koronapandemien ble frist for rapport utsatt til 1. september 2020, jfr. foretaksprotokoller av 28. april og 25. juni 2020.

I januar 2017 trådte Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren i kraft. Den erstatter tidligere forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Formålet med forskriften er: «å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves». Den er bygget opp etter standard oppbygning av forskrifter, men § 6 – 9 er strukturert etter PDSA syklusen (plan – do – study – act).

Forskriften tydeliggjør lederes ansvar og forsterker de lovbestemte krav til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Den fremmer kvalitet, system og kultur med fokus på å redusere uønsket variasjon. I tillegg poengteres krav til brukermedvirkning og medarbeiderens involvering. Det er utarbeidet en veileder til forskriften.

Saksutredning

Som ledd i rapporteringen er det gjennomført en systematisk gjennomgang av styringssystemet, og gjort en vurdering av hvordan foretaket svarer ut forskriftens krav. Vurderingen innebærer også identifisering av områder hvor det er et gap i forhold til etterlevelse. Med bakgrunn i gjennomgangen er det beskrevet plan for tiltak og videre arbeid i rapporten.

Forskriftens oppbygning følger PDSA syklusen. Vestre Viken har valgt å følge samme modell ved evaluering av om styringssystemet ivaretar krav i forskriften og anbefalingene i veileder til forskriften. Styringssystemet visualiseres i modellen under:



Vestre Vikens oppfatning er at forskriften med veileder gir et godt grunnlag for den årlige gjennomgang av styringssystemet. Foretaket har etablert et system for årlig gjennomgang av styringssystemet med Ledelsens gjennomgang (LGG) som oppfattes å fungere godt. Alle ledernivåene fra 1 til 4 involveres. Resultat fra LGG på nivå 4 (seksjon) brukes som underlag for nivå 3 (avdeling). Disse brukes igjen som underlag for klinikkens LGG. Foretaksledelsen gjennomfører LGG på bakgrunn av klinikkens LGG sammen med annen underlagsdokumentasjon. LGG for 2019 har tidligere blitt behandlet i styret i møte 15. juni 2020, sak 30/2020.

Administrerende direktørs vurderinger

Vestre Viken har i det vesentlige gode systemer for å kunne etterleve kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Gjennomgangen av styringssystemet opp mot forskriftens krav har imidlertid identifisert behov for forbedringer på en del områder, og det er foreslått tiltak for å lukke dette gapet. Administrerende direktør vil følge opp de foreslåtte tiltakene. En ny samlet gjennomgang av styringssystemet vil bli utført og rapportert til styret ved neste Ledelsens gjennomgang.

Vedlegg:

1. Rapport om etterlevelse av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
2. Ledelsens gjennomgang, 2019 fra styresak 30/2020

Etterlevelse av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

i Vestre Viken HF



Etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

1.0 Innledning

I Oppdrag og Bestilling 2020 for Vestre Viken fikk foretaket følgende styringsbudskap: Helseforetaket skal rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring innen 15. mai 2020, herunder hvordan den årlige gjennomgangen er lagt opp og erfaringer så langt. På grunn av koronapandemien ble frist for rapport utsatt til 1. september 2020, jfr. foretaksprotokoller av 28. april og 25. juni 2020.

Vestre Viken HF har gjennomført en systematisk gjennomgang av styringssystemet og gjort en vurdering av hvor foretaket svarer ut forskriftens krav og identifisert områder hvor det er mangler på etterlevelse. Med bakgrunn i den systematiske gjennomgangen er det beskrevet plan for tiltak og videre arbeid.

2.0 Gjennomgang

Vestre Viken HF arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet for å sikre faglig forsvarlige tjenester. Tjenestene skal være likeverdige og av god kvalitet, trygge og sikre og involvere pasienter og pårørende slik at de opplever innflytelse over egen behandling.

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er en integrert del av foretakets styringssystem. Styringssystemet er visualisert i modellen under.

Forskriftens oppbygning følger PDSA-syklusen. Vestre Viken HF har valgt å følge samme modell ved evaluering av vårt styringssystemet.



Figur 1: Overordnet bruk av PDSA sirkelen i Vestre Viken HF. Klinikker og staber arbeider tett sammen. I de grønne boksene har klinikkene sin hovedrolle, i de gule boksene har stabene sin hovedrolle.

2.1 Gap analyse

§ 5 Omfang og dokumentasjon

Styringssystemet (§ 6 - §9) skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Utført/ etablert	Utfordringer/risikoområder/gap	Videre arbeid og tiltak
<ul style="list-style-type: none"> Elektronisk dokumentstyringssystem – eHåndbok Etablert mappestruktur Utarbeidet prosedyrer og brukerveiledninger for bruk av eHåndbok og dokumentstyring. Utviklet APP for å øke tilgjengelighet av dokumenter VV Utarbeidelse, høring, godkjenning og implementering av dokumenter i eHåndbok 	<ul style="list-style-type: none"> Mange dokumenter har passert revisjonsdato Innholdet i dokumenter er ikke like lett tilgjengelig (vaktvennlige prosedyrer) For mange lokale prosedyrer som innebærer uønsket variasjon For mange, detaljerte dokumenter som er likelydende (duplikater) 	<ul style="list-style-type: none"> Tydeliggjøre føringer for utarbeidelse, oppdatering og implementering av dokumenter. Innskrenke skriverettigheter Gjøre prosedyrer mer leservennlig Bruke statistikk over bruk av eHåndbok til å rydde opp

§ 6 Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgavene:

- a) *ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten*

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
<ul style="list-style-type: none"> • Mål, oppgaver og aktiviteter er beskrevet i: • VV Virksomhetsstyring • VV Driftsavtaler prosess • VV Oppdrag og bestilling for Vestre Viken HF fra Helse Sør Øst • Intranett sider, beskrivelse klinikk, avdeling og seksjoner • Intranettsider: Mål og strategier • Handlingsplanverktøy i Synergi • Organisering tydeliggjort i: • VV Master organisasjonskart nivå 1-4 • Ansvar beskrevet: VV Fullmakter i Vestre Viken 	<ul style="list-style-type: none"> • Mål og handlingsplaner er ikke gjennomgående gjort kjent, eller lett tilgjengelig for alle ansatte • Handlingsplanverktøy er ikke kjent og tatt i bruk i alle enheter • Beskrivelse av ansvar og oppgaver på ledernivå er ikke lett tilgjengelig for ansatte 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Forbedre verktøy for handlingsplaner ○ Implementere forbedringstavler-utarbeide en felles mal i VV for tavlene ○ Ha samlet oversikt over handlingsplaner med mål og tiltak ○ Etablere fast struktur på oppfølging av kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i ledermøte og styremøter

- b) *innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene*

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
<ul style="list-style-type: none"> • Rapportsenter på intranett • VV Driftsavtaler prosess • VV Administrerende direktørs møtestruktur • VV Ledelsens gjennomgang (LGG) - systematisk gjennomgang av styringssystemet, 	<ul style="list-style-type: none"> • Interne og eksterne kilder med informasjon om resultater og aktiviteter er ikke systematikk tatt i bruk 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Utvikling av dashboard som er «drillbart» ned på ulike nivå med samlet oversikt ○ Aktivt bruk av nasjonale kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer

c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
<ul style="list-style-type: none"> Regelverk oversikt (lover og forskrifter) på intranettet med tilgang til: <ul style="list-style-type: none"> Nyttige lenker til Lovdata Motta abonnementstjeneste: «e-post ved endringer i regelverk» Sentrale rundskriv 	<ul style="list-style-type: none"> Regelverks oversikten er ikke godt nok kjent i organisasjonen 	<ul style="list-style-type: none"> Gjøre regelverksiden bedre kjent for alle potensielle brukere Felles oversikt med aktuelle nasjonale, regionale veiledere og retningslinjer (samarbeid med HSØ)

d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
<ul style="list-style-type: none"> Utarbeidet dokumenter for «risikostyring» VV Planlegging og gjennomføring av en risikovurdering VV Risikobasert tilnærming/Forebyggende tiltak VV Risikostyring rammeverk, prinsipper og politikk VV Grønt Kors - Pasientsikkerhet hver dag Planlagt og innkalt til opplæring av nytt rammeverk Web basert modul for risikovurderinger er utarbeidet og skal implementeres Gjennomføring av risikovurderinger på ulike nivåer 	<ul style="list-style-type: none"> Sikre felles praksis i foretaket for å fange opp risikoområder i tjenester og av resultater Risikostyring og risikoforståelse er ikke innarbeidet godt nok i planarbeid, prosjekter og prosedyreskriving 	<ul style="list-style-type: none"> Ta i bruk risikomodul og knytte risikobildet til en felles oversikt Definere topp-risikoer på foretaksnivå, klinikker og avdelinger Opplæring i risikoforståelse og bruk av verktøyene

e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
Viser til § 6d) - samme referansene		

f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
<ul style="list-style-type: none"> • Utvalg av etablerte dokumenter: <ul style="list-style-type: none"> VV Ny leder – Oppstartperiode – Sjekkliste for aktiviteter før oppstart og ved oppstart VV Introduksjonsprogram for nye medarbeidere VV Obligatoriske e-læringskurs og sjekkliste for nye medarbeidere VV Rekruttering og ansettelse i Vestre Viken VV Kontinuerlig Forbedring - prinsipper, roller og ansvar VV Rammeverk for lederrekruttering • Personalhåndboken • Intranettside med arkfane Kompetanseutvikling • I gang med implementering av Kompetanseportalen i VV for oversikt over den enkelte ansattes kompetanse og gjennomgått opplæring • VV Obligatorisk HMS - opplæring • VV- Kompetanseplan for den enkelte enhet/seksjon/avdeling • Dossier implementeres til alle yrkesgrupper • Etablert program for Kontinuerlig forbedring - forbedringskunnskap 	<ul style="list-style-type: none"> • Mer systematisk oversikt over kompetanse for forsvarlig drift av en enhet • Strategisk plan for kompetansebehov 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bruke Dossier som verktøy i kompetansekartlegging ○ Forbedringskunnskap spres til alle ansatte

g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
<ul style="list-style-type: none"> • Utviklet Rapportsenter med styringsdata • Dashboard i Synergi for ledere og saksbehandlere • Innført Grønt Kors versjon 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Informasjonene fra alle kilder nyttiggjøres ikke systematisk ved planlegging av drift og til kontinuerlig forbedring av tjenester og aktiviteter 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Forbedre dashboard med nåtidsinformasjon ○ Lett tilgang til en samlet oversikt over informasjon

<ul style="list-style-type: none"> • VV Håndtering av uønskede hendelser og avvik • VV HMS Håndtering og saksbehandling av arbeids- og yrkesrelaterte hendelser/avvik • VV Håndtering og saksbehandling av pasientrelaterte hendelser/avvik • VV Håndtering av uønskede pasienthendelser ved alvorlig/dødelig utfall • VV Hendelsesanalyse • VV Gjennomføring av brukererfaringsundersøkelser • VV Elektroniske brukerundersøkelser • VV Intern revisjon - overordnede føringer • VV Kontinuerlig Forbedring - prinsipper, roller og ansvar • VV Håndtering av tilbakemeldinger fra Ris-Ros modul på internett (klager) • Pasientsikkerhetsvisitter • Pasientsikkerhetsuka 	<ul style="list-style-type: none"> • F.eks.: Bruk av resultater fra hendelsesanalyser, revisjoner, tilsyn og Synergi til forbedring og læring • Systematisk bruk av Grønt Kors versjon 1 	<p>(styringssystemet) i et felles bilde</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lettere tilgang til resultater fra medisinske kvalitetsregistre ○ Utvikle læringsnotater ○ Implementere videreutviklet Grønt kors versjon 2 ○ Videreutvikle Synergi og interne revisjoner som forbedringsverktøy ○ Innføring av grønt kort II ○ Innføring av «<i>Snakk om forbedring</i>»
--	--	--

§ 7. Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a) *sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres*

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
<p>Intranett sider:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Med beskrivelse av oppgaver (4) • klinikkbeskrivelse av oppgaver, strategier og satsningsområder • Henvisning til Rapportsenteret • eHåndbok: organisasjonskart og stillingsbeskrivelser • Etablert faste oppfølgingsmøter i lederlinjene • Utviklet Grønt Kors versjon 1 • VV Driftsavtaler prosess • VV Virksomhetsstyring • VV Oppdrag og bestilling for Vestre Viken HF fra Helse Sør Øst 	<ul style="list-style-type: none"> • Viser til utfordringsbildet i § 6-a • Synliggjøre status på gjennomførte tiltak i henhold til plan for styret og lederlinjene 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tavlemøter med ○ Risikotavler/Pulstavler implementeres ○ Sette pasientsikkerhet på agendaen i styremøter og ledermøter (Årshjul) ○ Implementere Grønt Kors versjon 2 ○ Implementere «snakk om forbedring» ○ Utvikle simulering med tverrfaglig personell

<ul style="list-style-type: none"> • VV Administrerende direktørs møtestruktur • VV Innmelding av saker til Utvalg for fagprosedyrer og pasientforløp • VV Saksgang i Utvalg for fagprosedyrer og pasientforløp • VV Utvalg for fagprosedyrer og pasientforløp • VV Utarbeidelse, høring, godkjenning og implementering av dokumenter i eHåndbok • VV Mandat kvalitetsnettverk • VV Helsefaglig nettverk • VV Sentralt kvalitetsutvalg (SKU) • VV Organisering av kvalitetsutvalg på klinikk- og avdelingsnivå • VV Sentralt pasientsikkerhetsutvalg  VV Sentralt pasientsikkerhetsutvalg • VV Organisering av pasientsikkerhetsutvalg på klinikk og avdelingsnivå • VV Arbeidsutvalg for HMS/Pasientsikkerhet • VV HMS Arbeidsmiljøutvalg • VV Grønt Kors - Pasientsikkerhet hver dag • VV Grønt Kors Ver 2-0 Pasientsikkerhet hver dag - til bruk i pilotering på utvalgte seksjoner 		
--	--	--

b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
Viser til § 6 f), 6g), 7 a) • Personelhåndboken: <ul style="list-style-type: none"> • kompetanseutvikling • analyse av kompetansebehov • medarbeidersamtale • forslag til verktøy/metoder 	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre systematisk opplæring i relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet • God nok bevissthet om plikt til selvstendig å holde seg oppdatert 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Følge opp implementering av «Helhetlig system for lederoppfølging og introduksjonskurs for nyansatte»

<ul style="list-style-type: none"> • Dossier implementeres for alle yrkesgrupper • Utviklet Helhetlig system for lederoppfølging • Utviklet introduksjonsprogram for nyansatte 	<ul style="list-style-type: none"> • Gode nok systemer for strategisk kartlegging av kompetanse • Kompetanse til de vesentligste oppgaver • Leders oppfølging av egnethet og ferdigheter 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Samordne opplæring på tvers av klinikkene (eks. LIS, fagsykepleiere) ○ Bruke digitale verktøy i opplæring ○ simulering og teamtrening både i daglig virke og ved bruk av teknologi(eks. VR-briller)
---	---	--

c) *utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
Viser til relevante referanser i §7 a), b) § 6c), § 6d, § 6g	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgående bruk av nasjonale retningslinjer • God nok systematisk gjennomgang av tjenester og resultater i pasientbehandlingen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Etablering av fagnettverk ○ Etablere fast struktur på simulering

d) *sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes*

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
<ul style="list-style-type: none"> • Personlhandboken: <ul style="list-style-type: none"> • utarbeidet 12 prinsipper for medvirkning • HMS • vernetjenesten • sykefravær • HMS strategi utarbeidet. • Det er etablert et fast samarbeid med HMS og kvalitet/pasientsikkerhet • Innført Pasientsikkerhetsvisitter • Nettverk • Møtestruktur • VV Pasientsikkerhetsprogram • Program for Kontinuerlig forbedring 	<ul style="list-style-type: none"> • Kultur for medarbeidernes medvirkning • Etablering av konkrete tiltak etter <i>ForBedring</i>-undersøkelsen, involvere ansatte og følge opp at tiltak har ønsket effekt • Sammenheng mellom HMS/arbeidsmiljø og pasientsikkerhet er ikke godt nok satt i system 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Etablere fagnettverk på tvers i foretaket ○ Bruke forbedringskunnskap i omstillingsprosesser, innføring av endringer og forbedringsarbeid/prosjekter ○ Implementere verktøyet <i>Snakk om Forbedring!</i> ○ Risikotavler – grønt kors 2 implementeres og ansatte deltar aktivt ○ Samarbeide om tiltak i strategier for HMS og pasientsikkerhet (HMS strategi og strategi 2020 – 2022) ○ Simulering og teamtrening

<ul style="list-style-type: none"> • VV Kontinuerlig Forbedring - prinsipper, roller og ansvar 		<ul style="list-style-type: none"> ○ Være oppmerksom på betydningen av «Joy in work» for medarbeiderne
---	--	---

e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
<ul style="list-style-type: none"> • VV Gjennomføring av brukererfæringsundersøkelser • VV Barn som pårørende • VV Ungdomsråd • VVHF Brukerutvalget mandat • Forbedring av brukerundersøkelsen • Forenklet systemet for å ta i bruk og svare på brukerundersøkelsen • Etablert «Hva er viktig for deg dagen» 	<ul style="list-style-type: none"> • Brukernes opplevelse kartlegges på mange steder sporadisk og usystematisk • Tydeliggjøring at «gjøre bruk av erfaringene» - også medfører tiltak/plan? • Bruk av Pårørende veileder • Involvering av pasienter og pårørende i forbedringsarbeidet 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Utarbeide system og retningslinje for bruk av pasientenes erfaringer i forbedringsarbeid og pasientbehandlingen ○ Revidere den elektroniske brukerundersøkelsen ○ Videreutvikling av «Hva er viktig for deg dagen»

§ 8. Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver

a) kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
<p>Viser til relevante dokumenter under § 6a), § 6b), § 6d) § 6f) § 6g) § 7a)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablert system for interne revisjoner • VV Intern revisjon - overordnede føringer • Rapportsenteret (intranett): målinger og resultater • Alle kilder som gir «objektiv» eller kvalitativ informasjon om tingenes tilstand, avvik, klager, 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel på systematiske gjennomganger av alle elementene i styringssystemet • Bruke av enklere revisjonsmetoder som sjekklister for gjennomgang av virksomhetsstyring (eks.: sjekklister for oppfølging av avvik innebærer årsaksanalyse, etablere tiltak og oppfølging av tiltakenes effekt. Journalgjennomgang med varierende faglige temaer) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Utarbeide system for enklere gjennomgang av styringssystemet ved bruk av revisjonsmetodikk (sjekklister). Raskere prosesser ○ Ta i bruk Clinical audits som metode

b) vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring av pasient- og brukersikkerhet

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
<p>Viser til relevante dokumenter/henvisninger under § 8a)</p>	<p>(ser kontrollere, vurdere og evaluere som en prosess)</p>	

--	--	--

c) evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
Viser til relevante dokumenter/ henvisninger under §8B)	(ser kontrollere, vurdere og evaluere som en prosess	

d) vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
Viser til § 7 e)	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre at pasienter, brukere og pårørende blir involvert i evaluering av virksomheten (Side 45 i Veileder til forskriften) Rutiner for: <ul style="list-style-type: none"> • Innhenting og bruk av erfaringer • Rutiner for involvering av pasienter, brukere og pårørende • Rapporter 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Involvere brukerutvalget systematisk i evaluering av tjenesten ○ Involvere brukerutvalget mer systematisk i forbedringsarbeid ○ Innføre metodene: <ul style="list-style-type: none"> -15 steg inn -I pasientens fotspor

e) Gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
Viser til dokumenter under §6d), §6g), §7 a), §7 c)	<ul style="list-style-type: none"> • Systematisk analyse av avvik og uønskede hendelser • Systematisk oversikt over resultater fra alle hensiktsmessige kilder • Oppnåelse av læring • Læring på tvers • Bruk av læringspunktene inn i prosedyrer 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Forbedret opplæring av saksbehandlere i Synergi

f) Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
<ul style="list-style-type: none"> • Revidert prosedyre og skjema for LGG etter forskriftens krav og oppbygging • Etablert arbeidsgruppe som videreutvikler sjekklister og mal for LGG 	<ul style="list-style-type: none"> • LGG er i for liten grad knyttet opp til risikobilde • Forskjellig oppfatning av hensikten med LGG i organisasjonen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ LGG utvikles videre og knyttes opp til risikoområder ○ LGG knyttes tettere opp mot konkrete satsingsområder

<ul style="list-style-type: none"> • VV Ledelsens gjennomgang (LGG) - systematisk gjennomgang av styringssystemet 		som feks.: Grønt Kors, snakk om forbedring, simulering, fagnettverk.
--	--	--

§ 9. Plikten til å korrigere

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) *rette opp uforvarlig og lovstridige forhold*
 b) *sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlig tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres*

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
Viser til dokumenter under: §6 a), b) c) d), e), f) g) §7 a), b), §7c) §8 a) b), c) e)	<ul style="list-style-type: none"> • Oppfølging av planer • Saksbehandle avvik med vurdering av konkrete gjennomførbare tiltak • Gjentakende hendelser som rapporteres i styringssystemet, f.eks. fall og legemiddelhendelser – iverksette tiltak 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Systematisk arbeid med å utvikle en forbedringskultur – tar tak i problemområder som oppfattes som krevende (ref. andre tiltak)

- c) *forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner og andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient og brukersikkerhet*

Utført/ etablert	Utfordringer etter krav i forskrift	Videre arbeid og tiltak
I tillegg til tiltak under § 9a) b) , §5	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sentral oversikt over områder der tilsynsmyndigheter har påvist lovbrudd eller svikt i helsehjelp ○ Stort antall dokumenter i eHåndbok ○ Oppdatering og implementering av dokumenter ○ Innholdet i dokumentene er ikke alltid lett tilgjengelig for bruker 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Forbedre struktur i stab for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (erstatter SPSU med team pasientsikkerhet og sikrer et bredere datagrunnlag for å følge med på tjenesten) ○ Trekke HMS tettere inn i evalueringen og arbeidet med pasientsikkerhet – fokus på «Joy in work» og sammenhengen mellom pasientsikkerhet og arbeidsmiljø

3.0 Oppsummering

For å etterleve forskriften i foretaket må kunnskap og forståelse av forskriftens krav være tilpasset målgruppen. Ledere må ha god kjennskap til kravene og aktivt bruke områdene i planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende/kontinuerlig forbedring av driften. Ansatte skal etterleve styringssystemet i foretaket.

Gjennomgangen har gitt en god forståelse av hvordan de ulike elementene henger sammen i styringssystemet.

Med bakgrunn i dette er det identifisert fire risikoområder som bør prioriteres i det videre arbeid:

- Integre risikostyring i alle deler av virksomheten (PLAN)
- Systematisk bruk av tilgjengelige data (kvalitetsregistre, avvik, tilsyn, klager etc.) til forbedring (DO)
- Styrke alle trinn i saksbehandling av hendelser og klager for å sikre at årsaker blir identifisert og relevante forbedringstiltak iverksettes. Evaluere at tiltak har effekt. (STUDY)
- Gjennomgang av prosedyreverket med hensikt: bedre tilgjengelighet for brukerne, sikre at flest mulig prosedyrer er foretaksomfattende (ACT)

Det er etablert et velfungerende system for årlig gjennomgang av styringssystemet med Ledelsens gjennomgang (LGG). Alle ledernivåene fra 1 til 4 involveres. Resultat fra LGG på nivå 4 (seksjon) brukes som underlag for nivå 3 (avdeling). Disse brukes igjen som underlag for klinikkens LGG. Foretaksledelsen gjennomfører LGG på bakgrunn av klinikkens LGG sammen med annen underlagsdokumentasjon, (Se vedlagte mal.) LGG skal gjennomgås minst en gang årlig, men enkelte avdelinger/klinikker gjør en underveis evaluering. LGG for miljøledersystemet er inkludert i den foretaksomfattende LGG.

Vestre Viken HFs mal for LGG er revidert i henhold til forskriftens oppbygning, men det jobbes nå ytterligere med å knytte risikobilde og risikohåndtering til LGG. HMS og pasientsikkerhet skal også sees i en større sammenheng i LGG rapporten.

Forskriften med veilederen oppleves som et godt verktøy og gir god retning for styring og ledelse. Den understøtter og styrker arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, samt bidrar til å vurdere styringssystemets modenhet. Veilederen gir gode og praktiske eksempler som operasjonaliserer kravene i forskriften.

Vestre Viken HF setter nå i gang et arbeid med en handlingsplan som beskriver tidsfrister og ansvaret for å lukke gapene som er beskrevet i rapporten.

VV Ledelsens gjennomgang av ledelses-/styringssystemet (LGG)

Foretaksnivå for 2019

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

Ledelsens gjennomgang skal i hovedsak besvare følgende:

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

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

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

1. Oppfølging etter forrige LGG

	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§3, 8b, 8f)
1.0	Styringssystem	VV Ledelsens gjennomgang (LGG) - systematisk gjennomgang av styringssystemet ID: 76377
1.1	Vurdering	Forbedringstiltak <ul style="list-style-type: none"> • Videreutvikle foretaksomfattende system for risikostyring • Bruke uønskede hendelser til læring og forbedring i større grad • Videreutvikle system som sikrer systematisk dokumentasjon av kompetanse og kompetanseplanlegging • Forbedring av forløpstidene pakkeforløp kreft og PHR • Redusere andel korridorpasienter • Styrke brannvernopplæring • Dokumentstyring: Oppdatering og forenkling
1.2	Beslutning/ oppfølging	Følges opp i administrerende direktørs driftsavtaler med klinikkene og i oppdragsplan for stabene og revurderes i neste års LGG

	<p>Styringsystem</p>	<p>Utbedring av styringsinformasjon fra GAT og økonomi. Det er lagt en plan for innføring av aktivitetsstyrt ressursplanlegging for virksomheten</p>
	<p>Resultat/vurdering</p>	<p>2.4 Lover, forskrifter, nasjonale retningslinjer og andre myndighetskrav</p> <p>Vestre Viken har et system for å sikre ansattes tilgang til lover, forskrifter, retningslinjer og veiledere på intranett, med fanene «regelverk» og «varsling». Disse følges opp av foretaksjurist som er lett tilgjengelig via epost, telefon og møter/undervisning.</p> <p>Vestre Viken har hatt et eget varslingsutvalg siden 2012 og oppdaterte utvalgets retningslinjer etter at nye regler om varsling trådte i kraft 1. januar. Foretaket abonnerer på varslinger fra Lovdata. En del regelendringer medfører nye lokale retningslinjer og prosedyrer. Endringer/nye krav informeres om og drøftes i ledermøter på foretaksnivå og i klinikkene. Det utarbeides månedlig oversikt til klinikkene over nye og endrede prosedyrer. Ved større endringer eller nye krav utarbeider foretaksjurist utdypende temasaker på intranett og/eller holder foredrag ute i avdelingene.</p>
	<p>Beslutning/oppfølging</p>	<p>Systemet med informasjon om lovkrav og endringer i regelverk på intranett vurderes å fungere hensiktsmessig. På grunn av økende mengde med informasjon ble intranettsidene gjennomgått og oppdatert i 2019 for å sikre best mulig tilgjengelighet.</p>
	<p>Styringsystem</p>	<p>2.5 Samhandling mellom klinikker og mellom klinikker og sentrale staber</p> <p>Det finnes en rekke møtearenaer mellom avdelinger/klinikker. Et felles kalendersystem som håndterer møter, interne kurs, lederopplæringer, ledersamlinger, styremøter har vært under utprøving, men ikke funnet å fungere optimalt. Dette bør det jobbes videre med.</p>
	<p>Resultat/vurdering</p>	<p>Mellom klinikker og sentrale staber er det beskrevet grensesnitt på enkelte områder.</p>
	<p>Beslutning/oppfølging</p>	<p>Behov for å styrke samhandling og koordinering av aktiviteter, samlinger etc. i sentrale staber. eHåndbok har en modul for årshjul – kalender som er testet ut i 2019 på foretaksnivå, men det ikke besluttet videre bruk av denne i 2020.</p>
	<p>Styringsystem</p>	<p>2.6 Samhandling med kommunene og samarbeidspartnere</p> <p>Samarbeidsavtaler og møtearenaer/samarbeidsutvalg med kommunene er på plass på systemnivå med overordnet og lokale samarbeidsutvalg. Vestre Viken har i 2019 hatt møte med private rehabiliteringsinstitusjoner.</p>
	<p>Resultat/vurdering</p>	<p>Det er utviklet et system for å ivareta forskrift om utskrivningsklare pasienter til kommunehelsetjenesten fra Psykisk helse og rus.</p> <p>Det er ingen endringer i resultatvurdering av måloppnåelse fra 2018 til 2019.</p>

Beslutning/oppfølging

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (NHSP) innfører *Helsefelleskap* med krav til samarbeidsstruktur, arbeidsform, bedre felles planlegging og prioriteringer. Regjeringen og KS anbefaler at det inngås avtaler om hvordan utvikling og planlegging av tjenester skal foregå. Helsedepartementet har varslet en lovendring og en ny veileder som følge av dette i løpet av våren 2020.

Det skal etableres en arbeidsgruppe med representasjon fra Vestre Viken HF, kommunene, fastleger og brukere som våren 2020 skal fremme forslag om etablering av Helsefelleskap Vestre Viken. Planlegging av tjenester til prioriterte pasientgrupper og arbeid med lokal utviklingsplan skal starte opp i samarbeid med kommunene i løpet av 2020. Strategisk plan 2020-23 er revidert som følge av Helsefelleskap og NHSP.

Oppfølging av forskrift om utskrivningsklare pasienter fra PHR til kommunene.

3. Ressurser

	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§§ 6c,6f, 7b, 7d, 9a)
3.0	Styringssystem	<ul style="list-style-type: none"> • VV Introduksjonssystem for nye medarbeidere ID-27729 – er under revidering • VV Obligatorisk e-læringskurs for nye medarbeidere ID-34308 • Lokale opplæringsprogram • 12 prinsipper for medvirkning • Helhetlig system for lederoppfølging er under utvikling
	Resultat/vurdering	<p>3.1 Ressurser</p> <p>Vestre Viken har utdanningsstillinger for spesialsykepleiere, lærlinger innen helsefagarbeid, ambulansesarbeid samt andre fag innen intern service. Ny spesialistutdanning for leger er implementert. Det er sendt søknad om fortsatt å være utdanningsvirksomhet for 32 spesialiteter, herunder ny spesialitet innen akutt- og mottaksmedisin. Det gjenstår fortsatt mye arbeid i forbindelse med ny spesialistutdanning.</p> <p>Det gjennomføres obligatorisk opplæring både sentralt og ute i klinikkene.</p> <p>Flere klinikker melder om at det er utfordringer knyttet til rekruttering av legespesialister innen enkelte fagområder samt for spesialsykepleiere, særlig innen anestesi, operasjon, intensiv og barneintensiv. I 2020 er det avsatt budsjettmidler til økning i antall utdanningsstillinger for spesialsykepleiere. Det bør vurderes at bindingstid for spesialsykepleiere er til hver klinikk enn til VV.</p> <p>Det er viktig å følge opp implementeringen av ny spesialistutdanning for leger videre. Tilby lærlingeplasser innenfor flere fagområder i Vestre Viken. Arbeidet med implementering og videreutvikling av helhetlig system for lederoppfølging i Vestre Viken pågår.</p> <p>Introduksjonsprogram for nyansatte er ferdig utviklet, og under implementering. Nytt obligatorisk program vil bestå av tre deler: 1) Velkomstpakke 2) Obligatorisk opplæring innen 1 måned etter ansettelse og 3) Obligatorisk opplæring innen 3 måneder etter ansettelse.</p>
	Beslutning/oppfølging	<p>Helhetlig system for lederoppfølging er utviklet og under implementering i Vestre Viken. Opplærings- og utviklingstilbud rettet mot ledere er gjennomgått og vurdert med hensyn til om noe skal slås sammen, om noe skal gå ut og om nye tilbud skal etableres sett opp mot krav i ny forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Våren 2020 ferdigstilles dette arbeidet som prosjektet og går over i ordinær drift med kontinuerlig videreutvikling. Tiltak som sikrer kontinuerlig oppfølging fra leders leder vil bli implementert.</p> <p>Det må følges opp at alle typer aktiviteter innarbeides i ressursplanlegging gjennom ARP prosjektet.</p> <p>Følge opp arbeidet med ny spesialistutdanning for leger</p> <p>Rekruttering av spesialsykepleiere og enkelte legespesialister</p>
	Styringssystem	<p>3.2 Dokumentasjon av kompetanse</p> <p>Kompetanseregistreringssystemet fra Dossier – Kompetanseportalen, ble innført september 2017 for leger i spesialisering (LIS1) som regional løsning. Fra 1. mars 2019 er systemet tatt i bruk også for leger i spesialisering 2 og 3. Fra 1. april 2020</p>

	Resultat/vurdering	starter implementering av Kompetanseportalen for alle yrkesgrupper (fullskala). Utrullingsplan er vedtatt og vil gå over 1 år fra 1. april 2020.
	Beslutning/oppfølging	Dette innebærer at Kompetanseportalen tas i bruk som et felles kompetansestyringssystem for alle yrkesgrupper.
	Styringssystem	3.3 HR-området GAT, Personalportalen, Kompetanseportalen, WebCruiter.
	Resultat/vurdering	En helhetlig handlingsplan og oppfølging av områder som for eksempel ForBedring, Inkluderende arbeidsliv samt andre HMS relaterte planer og krav mv. utarbeides i Synergi. Gode rapporter og presentasjoner av brudd på arbeidstidsbestemmelsene i AML kan tas ut i GAT (arbeidstidsregistreringssystemet). Statistikken fungerer som et godt arbeidsverktøy i arbeidet med å analysere og redusere antall AML-brudd.
	Resultat/vurdering	Sykefraværet i 2019 var på 7,4 %. Det er etablert en overordnet samarbeidsavtale NAV Vest Viken om samarbeid å redusere sykefraværet. Det legges vekt på å identifisere tiltak som gir varig reduksjon av sykefraværet gjennom langsiktig og helhetlig arbeid. Systemet for sykefraværsoppfølging på person er elektronisk i egen modul i Personalportalen. Det foreligger gode rapporter over samlet sykefravær per enhet (GAT-analyse) samt på samlet nivå (Profitbase), hvilket gir gode oversikter på hvordan sykefraværet utvikler seg. Kompetanseportalen benyttes til dokumentasjon og oppfølging av læringsmål- og aktiviteter i forbindelse med ny spesialistutdanning for leger. Det er etablert et elektronisk system som kan knytte sammen ulike områder i en felles handlingsplan.
	Beslutning/oppfølging	Fortsatt systematisk arbeid med oppfølging av sykefravær.
	Styringssystem	3.4 Helse, miljø og sikkerhet HMS-arbeidet følger opp åtte lovområder i henhold til internkontrollforskrift for helse-miljø- og sikkerhetsarbeid. Det rapporteres på flere indikatorer til HSØ. HMS dokumenterer gjennom «Årsrapport HMS» arbeidet på alle de åtte lovområdene som HMS dekker.
	Resultat/vurdering	Utvikling i utvalgte indikatorer: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fraværsskadefrekvens er noe lavere for 2019 (1,8) enn for 2018 (2,7). 2. Aktive handlingsplaner HMS: Det skal lages felles handlingsplan etter ForBedringsundersøkelsen og HMS runden. 53 % av enhetene som mottok rapport etter ForBedring laget en handlingsplan i Synergi. Dette er en nedgang fra 66 % for 2018. Noe av nedgangen kan trolig tilskrives underrapportering og utfordringer med handlingsplansystemet. 3. Vold og trusler – Det er registrert 904 hendelser innen psykisk helsevern og 191 hendelser innen somatikk. Tilsvarende tall for 2018 var 792 og 110. Arbeid med forebygging og oppfølging av slike hendelser må fortsatt prioriteres i det systematiske HMS arbeidet.

	<p>Beslutning/oppfølging</p>	<p>HMS-avdelingen og kvalitetsavdelingen har faste møter for å følge opp og se sammenhengen mellom HMS og pasientsikkerhet. Alle HMS avvik gjennomgås for å se på mulige pasientsikkerhetseffekter. Det arbeides med ytterligere å se pasientsikkerhet og arbeidsmiljø/HMS i sammenheng og hente ut positive effekter.</p>
	<p>Beslutning/oppfølging</p>	<p>Øke oppfølging av linjeledere på HMS-arbeidet. Gjennomføre HMS-runder, risikovurderinger og utarbeide handlingsplaner i henhold til HMS-styringssystem. Det skal sees på hvordan man rapporterer på handlingsplanarbeidet. Undersøkelsen ForBedring kartlegger ulike sider av arbeidsmiljøet og pasientsikkerhetskulturen og må følges opp av alle ledere. Arbeidsmiljø har betydning for effektive helsetjenester og pasientsikkerhet.</p>
	<p>Styringssystem</p>	<p>3.5 Brannvern Brannvernopplæring er obligatorisk for alle ansatte og vikarer. Alle ansatte skal gjennomføre brannvern opplæring iht. opplæringsplan.</p>
	<p>Resultat/vurdering</p>	<p>Deltakelsen på brannvernopplæring var 4031 i 2019, 3683 i 2018, og 3630 i 2017. Oppfølging av at ansatte får tatt brannvernopplæring er ikke tilstrekkelig. Alle ledere kan ta ut rapporter som viser hvem som har gjennomført kurset.</p>
	<p>Beslutning/oppfølging</p>	<p>Ledere har ansvaret for at antallet ansatte/vikarer som har gjennomført brannvern opplæring øker i samsvar med opplæringsplan.</p>
	<p>Styringssystem</p>	<p>3.6 IKT og medisinsk-teknisk Stab teknologi ble etablert i mars 2018 da direktørstillingen for teknologi ble opprettet som en del av foretaksledelsen, og to avdelinger (Medisinsk teknologisk avdeling og Avdeling for Teknologi og eHelse) ble overført fra Klinikk for Intern Service til stab teknologi. Etter et omorganiseringsprosjekt i 2018 ble ny organisering av stab teknologi besluttet med virkning fra 01.01.2019. Et eget implementeringsprosjekt fulgte opp implementeringen av ny organisasjon våren 2019.</p>
	<p>Resultat/vurdering</p>	<p>I 2019 har en prioritert oppgave vært å følge opp implementering av ny organisering av stab teknologi. Det er utarbeidet ny struktur i eHåndbok etter omorganiseringen. Det er utarbeidet virksomhetsbeskrivelser på avdelingsnivå som dokumenterer ansvar, myndighet og hovedoppgaver tillagt avdelingene. Videre er det utarbeidet handlingsplaner på avdelingsnivå for hvordan oppdraget skal løses/oppnås. Oppdatert LGG for 2019 ble gjennomført 20. januar 2020 og ble oversendt Kvalitetsavdelingen innen frist, 24. januar 2020.</p> <p>Høsten 2019 har det vært gjennomført møter med kvalitetsavdelingen for å drøfte organisering av kvalitetsarbeidet i stab teknologi. Det har vist seg utfordrende å sikre en kontinuitet i kvalitetsarbeidet etter overgangen til stab hvor det ikke er en dedikert rolle som fagsjef kvalitet. For stab teknologi er dette spesielt utfordrende siden avdelingen har et større operativt driftsansvar enn øvrige staber. Rådgiver i stab teknologi har blitt fast deltaker i kvalitetsnettverket i foretaket.</p> <p>Stab teknologi etablerer i 2020 eget kvalitetsutvalg for gjennomgang av avviksbehandling og læring på tvers.</p>

	Beslutning/oppfølging	<p>Det skal ferdigstilles en rapport for «Foretaksomfattende revisjonen Vestre Viken 2019-2020 med status gjennomført revisjoner etter plan og oversikt over funn medio mars.</p> <p>Det er planlagt gjennomført tre foretaksomfattende revisjoner i planperioden.</p> <ol style="list-style-type: none"> «Kontroll og styring med forskningsaktiviteter/forskningsarbeid i VV. Revisjonen har involvert seks klinikker, inkludert stabsområde. «Etterlevelse og oppfølging av retningslinjer for forebygging av nosokomiale infeksjoner» på Ringerike Sykehus. Tilsvarende revisjon gjennomføres 2. og 4. mars 2020 på Kongsberg Sykehus. <p>Foreløpig funn bekrefter at sykehusene har mange like utfordringer.</p> <p>Det er gjennomført to internrevisjonskurs i 2019-2020. Til sammen deltok 28 ansatte i VV. Interne revisjoner oppleves nyttig og gir merverdi i forbedringsarbeidet i klinikkene. Det er behov for å styrke revisor og revisjonslederkompetanse i flere klinikker og i stab.</p> <p>Interne revisjoner kan i større grad benyttes til læring på tvers i klinikkene.</p> <ul style="list-style-type: none"> Utvikle og øke revisjonslederkompetanse til å gjennomføre foretaksomfattende revisjoner eller revisjoner som inkluderer flere avdelinger. Videreutvikle samarbeid og metoder ved gjennomføring av revisjoner som omfatter pasientsikkerhet og HMS.
--	------------------------------	--

7. Erfaringer etter gjennomførte eksterne revisjoner / eksterne tilsyn

	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§ 9a)
7.0	Styringssystem	<ul style="list-style-type: none"> VV Eksterne tilsyn ID 75471
	Resultat/vurdering	<p>I løpet av 2019 ble alle avvik for Ambulansetjenesten og Psykisk helse og rus og HMS området lukket. Foretaket hadde også 2 postale tilsyn med fokus på arbeidstid og forsvarlighetsvurdering som er lukket. Riksrevisjonen har hatt en landsomfattende selskapskontroll for 2018-2019 med ønske om å se om helseforetakene og de regionale helseforetakene arbeider målrettet og systematisk for å sikre tilstrekkelig bemanningen av sykepleiere og spesialsykepleiere. Riksrevisjonen har også hatt forvaltningsrevisjon om årsaker til uønsket variasjon i forbruk av spesialhelsetjenester og om Helseforetakets håndtering av uønskede hendelser bidrar til å sikre læring og forbedring. Oppdatert informasjon sendt Riksrevisjonen.</p> <p>Innen brannvern er alle avvik, bortsett fra et lukket. Alle avvik fra el-tilsyn er lukket. Fylkesmannen i Oslo og Vikens har hatt miljøtilsyn, alle avvik lukket. Fylkesmannen har gjennomført tilsyn med tema: «utlokaliserte pasienter», her avventes det rapport. Direktoratet for sikkerhet og beredskap (DSB) har årlig tilsyn i foretaket, alle avvik er lukket.</p> <p>Instanser som har gjennomført større tilsyn i 2019 er: Fylkesmannen i Buskerud, Statens legemiddelverket, Mattilsynet, DSB, Brann og redningstjenesten og Arbeidstilsynet.</p>
	Beslutning/oppfølging	<p>Det er god styring og kontroll på systemet rundt eksterne tilsyn og resultatene benyttes i forbedringsarbeidet.</p> <p>Det henvises for øvrig til de tertialvise rapportene til styret.</p>

	<p>Beslutning/oppfølging</p> <p>Styringssystem</p> <p>Styringssystem</p> <p>Resultat/vurdering</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeide for å få publisert dokumentene i eHåndbok til internett slik at de blir tilgjengelig i eHåndbok-app • Følge opp at dokumenter som har gått ut på dato, revideres • Bidra til at dokumentene i eHåndbok er i henhold til prosedyre «VV Utarbeiding, høring, godkjenning og implementering av dokumenter i eHåndbok» • Arbeide med å øke brukervennligheten og tilgangen til dokumenter i eHåndbok <p>Utvalg for fagprosedyrer og pasientforløp Det er oppnevnt et utvalg for fagprosedyrer og pasientforløp. Hensikten med utvalget er å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sørge for at fagprosedyrer og faglige retningslinjer utarbeides etter definert standard • Sørge for at pasientforløp utarbeides etter definert standard • Bidra til at flest mulige dokumenter blir foretaksomfattende <p>Utvalget skal ha overordnet ansvar for at fagprosedyrer, andre faglige dokumenter og pasientforløp utarbeides etter definert standard og på det nivå som er hensiktsmessig.</p> <p>Utvalget har månedlig møter med representasjon fra alle klinikker.</p> <p>Erfaringer er at utvalget er nyttig og fyller sin hensikt.</p> <p>Public 360 Public 360 er foretakets sakarkivsystem og skal benyttes til dokumentasjon, saksbehandling og arkivering av arkivverdige dokumenter, dvs. dokumenter som er nødvendige for foretaket (i forbindelse med pågående i saksbehandling og som dokumentasjon på vår aktivitet i ettertid). Dette gjelder inngående – og utgående korrespondanse, samt notater.</p> <p>Hovedmengden av eksterne dokumenter som adresseres til Vestre Viken HF kommer til foretakets felles postboks (papirbasert post) eller som epost via felles epost-mottak. Denne post åpnes og leses igjennom i Dokumentsenteret og dokumenter som går under begrepet arkivverdig (dvs. gjenstand for saksbehandling eller viktige for foretaket) blir journalført (registrert) og lagt inn i Public 360, og sendt elektronisk til avdeling/saksbehandler for videre behandling.</p> <p>Vi fikk etablert en felles postboks for Vestre Viken HF sommeren 2018. Dette betyr at hovedmengden av post blir åpnet og behandlet et sted.</p> <p>Det er i dag langt større forståelse for at dokumenter som mottas direkte også skal registreres og behandles i sakarkivsystem, og saksbehandlere og postmottak på de ulike lokasjoner videresender både papirpost og epost til Dokumentsenteret for registrering. Det følges videre opp for ytterligere å forbedre dette.</p>
--	--	--

10. Kontinuerlig forbedring

	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§ 57c, 8a)
10.0	Styringssystem	<p>System for Kontinuerlig forbedring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgsektoren • Veileder til forskriften • VV Retningslinje for Kontinuerlig forbedring ID 95967

10.1	Resultat/vurdering	<p>Det er utarbeidet et rammeverk for kontinuerlig forbedring i Vestre Viken. Det er også etablert et 4-årig program for Kontinuerlig forbedring 2019 – 2022 for å bygge kompetanse og robuste strukturer. Kontinuerlig forbedring har en kultur preget av vilje, evne og ideer til systematisk forbedring – alle som jobber nærmest pasienten skal sammen med pasienter og pårørende bidra til bedre helsetjenester. Kontinuerlig forbedring er beskrevet på intranett.</p> <p>E-læringskurs «VV kontinuerlig forbedring» for alle ansatte ble utviklet og tatt i bruk mai 2019, som introduksjon til kontinuerlig forbedring. 20 % har i 2019 bestått kurset, målet i driftsavtalen var 35 %.</p> <p>Det gjennomføres et årlig kompetanseprogram i kontinuerlig forbedring. Det deltar 51 forbedringsagenter med totalt 32 forbedringsarbeider samt 30 forbedringsveiledere. Åtte ansatte i VV har bestått «Improvement Coach Professional Development Program».</p> <p>Via ledermøter, ledersamlinger og fagdager har ca. 900 ansatte fått opplæring og informasjon.</p> <p>Forbedringskunnskap er innarbeidet i nyansatt program og helhetlig system for lederutvikling.</p> <p>Vestre Viken HF har sammen med AHUS vært ansvarlige for et regionalt læringsnettverk med forbedringsteam fra BUP</p>
	Beslutning/oppfølging	<p>Videreføring av opplæring i forbedringskunnskap, Forbedringsmodellen og gjennomføring av forbedringsarbeider.</p> <p>Tilrettelegging for at forbedringsagenter og veiledere får brukt kunnskapen sin til praktisk å forbedre helsetjenesten også etter opplæringen.</p> <p>Økt innsats i bygging av strukturer for forbedringsarbeid i organisasjonen.</p>
	Styringssystem	<p>Pasientforløp</p> <p>Overordnede føringer og retningslinjer for utarbeidelse og oppfølging av pasientforløp er beskrevet i styrende dokumenter i eHåndbok. I VV er det i eHåndbok og på foretakets hjemmeside, beskrevet syv foretaksomfattende pasientforløp hvorav fem beskriver helhetlige forløp. I tillegg har klinikkene noen egne pasientforløp.</p>
	Resultat/vurdering	<p>Pasientforløpet for tykk- og endetarmskreft var planlagt revidert i 2019, men er utsatt.</p>
10.2	Beslutning/oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientforløpene <i>Gravide og rusmidler</i> og <i>Barn utsatt for rusmidler i fosterlivet</i> FASE 2 er planlagt igangsatt i 2020. • I 2020 skal det jobbes med å videreutvikle system for forløpsarbeid. Dette omfatter både pasient- og pakkeforløp, og alle elementene innenfor helselogistikk.
	Styringssystem	<p>Pakkeforløp</p> <p>Overordnede føringer og retningslinjer for utarbeidelse og oppfølging av pakkeforløp er beskrevet i styrende dokumenter i eHåndbok.</p> <p>Kvalitetsindikatorer for bruk ved rapportering og til forbedringsarbeid i klinikkene er tilgjengelig i forbedret rapportprogram i foretakets Rapportcenter. Rapportene med pasientsensitive data er tilgangsstyrt i forhold til rolle og lokalitet.</p> <p>I 2019 er pakkeforløp innen PHR lansert og under implementering.</p>




	Resultat/vurdering	<p>Rapportprogrammet for alle typer pakkeforløp er videreutviklet i løpet av 2019. Forbedringsarbeid for pakkeforløpene lunge- og gynekologisk kreft startet opp i 2019 etter oppdrag fra HSØ. Metodikk for forløpsgjennomgang er anvendt i forbedringsarbeid for gynekologisk- og lungekreft</p> <p>Forbedringsarbeid for pakkeforløp brystkreft startet i 2019 etter initiativ fra klinikken. I 2019 har det kontinuerlig vært jobbet med å sikre at VV arbeider i tråd med overordnede føringer.</p>
	Beslutning/oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> • I 2020 må det arbeides videre med forbedring av pakkeforløp kreft • I 2020 arbeide videre med pakkeforløp hjerneslag i tråd med overordnede føringer • Implementering av pakkeforløp PHR • Bruke resultatene fra rapportsenderet i forbedringsarbeid i alle pakkeforløp
	Styringssystem	<p>Pasientsikkerhetsprogrammet – I trygge hender 24/7</p> <p>Vestre Viken følger opp alle innsatsområder i det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet/I trygge hender 24/7. Innsatsområdene er implementert til alle relevante sengeposter.</p> <p>Gjennom forbedringsprosjekter arbeides det med å redusere forekomst av selvmord, overdosedødsfall, trykksår, fall, urinveisinfeksjoner og postoperative sårinfeksjoner. Det er oppnådd gode resultater, blant annet i reduksjon av trykksår. Det er iverksatt en rekke tiltak for å sikre legemiddelsamstemming.</p>
	Resultat/vurdering	<p>Alle innsatsområder i I trygge hender 24/7 er implementert. Det har medført betydelig forbedringsarbeid i klinikkene. Spesielt vises det til gode resultater for innsatsområdet Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis – at pasienter med mistanke om sepsis får antibiotika innen 60 minutter.</p> <p>I 2019 ble nye innsatsområder Tidlig oppdagelse av forverret tilstand (NEWS), Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis i akuttmottakene, Forebygging av underernæring og tiltak for Trygg utskrivning spredd til alle relevante sengeposter i Vestre Viken.</p>
	Beslutning/oppfølging	<p>Det skal jobbes videre med oppfølging av spredning av «tidlig oppdagelse av sepsis i sengepost i 2020. I forbindelse med Innsatsområdet Tidlig oppdagelse av forverret tilstand ble forbedret verktøy (NEWS 2) innført som bidrar til en bedre overvåking av pasienter på sengepostene. Det skal jobbes videre med implementering av NEWS 2 i 2020.</p>

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

	Grunnlag	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (§ 6b, 6c, 6d, 6e)
11.1	Styringssystem	<ul style="list-style-type: none"> • Omorganisering og endringsprosesser • Endringer i lovverk • Endring i infrastruktur • Økonomiske forhold
	Resultat/vurdering	<p>Ny forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring ble innført 01.01.2017. Forskriften og veilederen er gjennomgått på ledermøter og ledersamlinger og lederutviklingsprogram. Det vurderes at VV har gode systemer som sikrer en god implementering av ny forskrift.</p>

14. Tiltaksplan – ut fra beslutning – oppfølging

Prioriter områdene med markering av fargekoder, grønn, gul, rød.

Pkt.i LGG	Forbedringsområde – område og oppfølging	Tiltak	Frist/ Ansvar	Status på tiltak ved ½-års-oppfølging	  
3.1	Ressurser Det må følges opp at alle typer aktiviteter innarbeides i ressursplanlegging gjennom ARP prosjektet. Følge opp arbeidet med ny spesialistutdanning for leger Rekruttering av spesialsykepleiere og enkelte legespesialister	Følges opp gjennom prosjektet Det bør vurderes at bindingstid for spesialsykepleiere er til hver klinikk enn til VV.	HR		
3.3	HR – systematisk oppfølging av sykefravær	Følges opp av HR i egne handlingsplaner	HR		
3.4	Helse, Miljø og sikkerhet Øke oppfølging av linjeledere på HMS arbeidet.	Oppfølging og opplæring	HMS		
4.0	Avvikssystem Synergi Økt bruk av avvikssystemet for forbedringsverktøy	Øke opplæring/informasjon om hvordan bruke avvikssystemet som forbedringsverktøy.	FAG		
5.0	Risiko og muligheter Øke bruk av risikovurdering i klinikkene som et beslutningsverktøy Risikostyring som en integrert del av virksomhetsstyringen	1. Implementere Grønt Kors 2 Opplæring i klinikker og staber 2. Implementere retningslinjen	FAG HMS		
	Interne revisjoner Øke bruk av interne revisjoner til læring mellom klinikkene	1.Utvikle og øke revisjonslederkompetanse til å gjennomføre foretaksomfattende revisjoner eller revisjoner som inkluderer flere avdelinger. 2. Videreutvikle samarbeid og metoder ved gjennomføring av revisjoner som omfatter pasientsikkerhet og HMS.	STAB Klinikkene		
8.1	Brukermedvirkning <ul style="list-style-type: none"> Øke andel tilbakemelding fra brukere for å brukes til forbedring. Forbedre spørsmålene i spørreundersøkelser 	Forenklet systemet med utsendelse av eposter ved å fjerne aktiv aksept. Følge opp og gi tilbakemelding til klinikkene Arbeidsgruppe jobber med forslag til revidert undersøk.	FAG		

9.0	Dokumentstyring eHåndbok: 1. Publisere dokumentene i eHåndbok til internett slik at de blir tilgjengelig i eHåndbok-app 2. Følge opp at dokumenter som har gått ut på dato, revideres 3. Øke brukervennligheten og tilgangen til dokumenter i eHåndbok	Satt i system i klinikkene. Frist for å gjennomgå dokumenter	31.12 Fag klinikk er		
10.0 10.1 10.2 10.3 10.4	Kontinuerlig forbedring System for KF: Videreutvikle systemet i henhold til plan I trygge hender 24/7: 1. Implementere tidlig oppdagelse av sepsis på sengepost til relevante enheter i 2020. 2. Implementere NEWS 2 til alle relevante enheter Pasientforløp <ul style="list-style-type: none"> • Videreutvikle system for forløpsarbeid. • Pasientforløpene <i>Gravide og rusmidler</i> FASE 2 er planlagt igangsatt i 2020. Pakkeforløp: Forbedre pakkeforløp gyn/lunge/bryst Forbedre resultater generelt sett Følge opp implementering av pakkeforløp i PHR	Utarbeidet egen handlingsplan Følges opp av arbeidsgruppe Opprettet arbeidsgruppe med fremdriftsplan Følges av prosjektet Forbedringsarbeid igangsatt for gyn/og lungeforløpene Videre med pakkeforløp hjerneslag i tråd med overordnede føringer Bruke resultatene fra rapportsenderet i forbedringsarbeid i alle pakkeforløp	FAG		
11.0	1. System for helsefellesskap etableres 2. Mottaksprosjekt for nytt sykehus i Drammen er et viktig satsningsområde i tiden fremover og vil kreve bruk av interne ressurser. 3. Det gjennomføres en GAP analyse ift implementering av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. 4. Det gjennomføres en foretaksomfattende intern revisjon om etterlevelse av	Tiltak følges i egne handlingsplaner			

	BedSide Id kontroll blodtransfusjoner. 5. Plan for implementering av nytt revidert rammeverk for virksomhetsstyring HSØ				
12.0	Miljøstyringssystemet Se pkt. 12.2	Tiltak følges i egne handlingsplaner			

Dato: 24. august 2020
Saksbehandler: Narve H Furnes

Saksfremlegg

Områderegeringsprosess for nåværende Drammen sykehus – avtale med Drammen kommune

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	45/2020	31.08.2020

Forslag til vedtak

1. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtale med Drammen kommune om gjennomføring av planprosess for dagens sykehuseiendommer.
2. Kostnadene for planarbeidet innarbeides i budsjettene for 2021 og 2022.

Sted, 24. august 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Avhending av dagens Drammen sykehus går nå over i neste fase. Det er i samarbeid med Drammen kommune gjennomført en arkitektkonkurranse om utvikling av området. Med utgangspunkt i denne ønsker nå Vestre Viken å endre reguleringsformålet til sykehuset og nærliggende område gjennom en områderegulering.

Saksutredning

I økonomisk langtidsplan (ØLP) er det lagt inn et mål om å realisere 720 MNOK ved å avhende dagens Drammen sykehus. Verdifastsettelsen bygger på en takst fra 2018. Det vesentligste elementet i verdifastsettelsen er hva eiendommen kan brukes til etter at sykehusdriften flyttes til nytt sykehus. For å sikre denne verdien bør dagens reguleringsformål endres, og det gjøres gjennom en områderegulering i henhold til plan- og bygningsloven § 12-2.

Det er utviklet en avtale med Drammen kommune om hvordan planprosessen skal gjennomføres. Avtalen om planprosessen er endelig, men det kan skje endringer innen finansieringen. Det er Vestre Viken som er største eiendomsbesitter i området, men det er også andre større aktører. Flere av disse kan bli deltakere på linje med Vestre Viken, og dermed dele på arbeidet og kostnadene. Det er estimert en total kostnad på 5 MNOK der Vestre Viken må forvente å dekke en betydelig andel. Den endelige kostnaden vil først foreligge på et senere tidspunkt i høst eller kommende vinter. Avtalen inneholder derfor ikke konkrete beløp for kostnadene på det nåværende tidspunktet. Etter at avtalen er godkjent av styret i Vestre Viken vil den fremmes til behandling i Drammen kommune.

I avtalen er lagt til rette for at Vestre Viken kan detaljregulere mer enn det som ligger i en ordinær områdeplan, dersom foretaket ønsker det. Vestre Viken vil vurdere om dette er hensiktsmessig som en del av planprosessen.

Avtalen er basert på at områdereguleringen er ferdig i 2022. Parallelt med planprosessen vil arbeidet med avhendingen gå videre, slik at eiendommene er klare for salg i 2021/2022. Det vil bli fremmet en egen sak til styret om avhendingsplanen. Vestre Viken bruker, som alle helseforetak i landet, Sykehusbygg HF til alle avhendinger av eiendom, og de skal også ha ansvaret for avhendingsplanen for Drammen sykehus.

Administrerende direktørs vurderinger

En viktig del av finansieringen av nytt sykehus i Drammen ligger i avhendingen av dagens Drammen sykehus. Et endret reguleringsformål er det viktigste elementet i avhendingsverdien. Det er derfor en viktig milepæl at Vestre Viken har kommet frem til en avtale med Drammen kommune om hvordan dette arbeidet skal foregå frem til 2022.

Det foreslås på denne bakgrunn at styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå vedlagte avtale med Drammen kommune. Kostnadene innarbeides i budsjettene for 2021 og 2022.

Vedlegg: 1. Avtale om samarbeid vedrørende gjennomføring av planprosess for eksisterende sykehuseiendommer og tilhørende nærområde i Drammen kommune

Avtale om samarbeid vedrørende gjennomføring av planprosess for eksisterende sykehuseiendommer og tilhørende nærområde i Drammen kommune

Mellom Drammen kommune (DK) og Vestre Viken HF (VVHF) er det inngått følgende avtale om gjennomføring av områdereguleringsplan for eksisterende sykehusområde og tilhørende nærområde.

1. Bakgrunn

Drammen sykehus skal flytte til Brakerøya og eiendommene som i dag utgjør Drammen sykehus skal avhendes. Som første ledd i utviklingsarbeidet for sykehusområdet ble det inngått en avtale mellom partene om gjennomføring av et mulighetsstudie i form av et parallelloppdrag for eksisterende sykehusområde og tilhørende nærområde. Denne avtalen er en videreføring av den tidligere inngåtte avtalen.

Parallelloppdraget ble gjennomført første halvdel av 2019 med leveranser fra fire arkitektteam. Evalueringsrapporten fra parallelloppdraget vil bli lagt til grunn for utarbeidelse av planprogram som skal legges til grunn for områdereguleringen.

Bystyret i Drammen vedtok 3. september 2019 sak 145/19 at, sitat:

1. Anbefalingene fra gjennomført parallelloppdrag for sykehusområdet med omgivelser legges til grunn for oppstart av en områdereguleringsprosess etter plan- og bygningsloven §12-2.
2. På bakgrunn av en aktørkartlegging fremmes det en egen sak hvor kommunens ambisjonsnivå, rolle og aktuelle virkemidler knyttet til temaene boliginnovasjon, gjenbruk/sirkulærøkonomi og tilrettelegging for å skape et lavutslippsområde drøftes som et grunnlag for å definere omfanget av det strategiske arbeidet som bør komme i tillegg til den ordinære planprosessen etter plan- og bygningsloven. Temaene sees i sammenheng med en helhetlig plan for medvirkning. Saken fremmes i Nye Drammen.

2. Formål

Formålet med avtalen er å samarbeide om gjennomføringen av områdereguleringsplan for eksisterende sykehuseiendommer og tilhørende nærområde i samsvar med plan- og bygningsloven § 12-2. Denne avtalen regulerer partenes ansvar og oppgaver ved i forbindelse med gjennomføring av reguleringsprosessen.

3. Prosess for utarbeidelse av planforslag og oppgavefordeling

Evalueringsrapporten fra parallelloppdraget og bystyrevedtak 145/19 vil bli lagt til grunn for utarbeidelse av planprogram. Planprogrammet som skal fremmes for politisk behandling i kommunestyret i Drammen. Det vedtatte planprogrammet skal deretter legges til grunn for områdereguleringen. Drammen kommune skal deretter, i samarbeid med VVHF, gjennomføre planprosessen med områdereguleringsplan for eksisterende sykehusområde og tilhørende nærområde.

Det kan være behov for å detaljregulere enkelte deler av planområdet, herunder det eksisterende sykehusområdet. VVHF har ansvar for gjennomføring av detaljreguleringsprosessen for eget område. Videre er VVHF ansvarlig for å fremskaffe tilstrekkelig grunnlagsdokumentasjon og utredninger til forslag til områderegulering med tilhørende konsekvensutredning med bakgrunn i det fastsatte planprogrammet. Krav til dokumentasjon som skal følge planforslaget fastsettes av Drammen kommune.

Drammen kommune er ansvarlig for endelig utforming av de formelle plandokumentene inkludert konstruksjon av plankartet. VVHF er ansvarlig for utarbeidelse av forlag til den delen av planforslaget som ønskes detaljregulert. Avgrensning/omfang avklares med Drammen kommune i planprosessen. Drammen kommune har ansvar for nødvendig avklaring i forhold til overordnet myndighet (fylke/stat). Drammen kommune er ansvarlig for gjennomgang, systematisering og vurdering av innkomne uttalelser fra offentlig ettersyn av forslaget til områderegulering og sørger for at områdereguleringen politisk behandles i formannskap/kommunestyre. Drammen kommune sørger for kunngjøring av endelig vedtatt områderegulering.

Det skal nedsettes en arbeidsgruppe hvor hver av partene skal stille med representanter til gjennomføring av planprosessen med medvirkningsprosesser, konsekvensutredninger og fastsettelse av planprogram. Partene er enige om å samarbeide og gi hverandre nødvendig bistand på tvers av ovennevnte oppgavefordeling.

Det åpnes for at andre grunneiere innenfor planområdet kan utarbeide detaljreguleringsplaner for sine eiendommer i forbindelse med områdereguleringsplanen iht. forutsetningene ovenfor.

Det er nedsatt en styringsgruppe med deltakere fra begge parter som skal møtes for nødvendige avklaringer og forankring av planprosessen.

4. Økonomi

Kostnadene for gjennomføring av planprosessen fordeles mellom partene.

Planprogram – gjennomføres og bekostes av Drammen kommune.

Kostnader til utarbeidelse av områdereguleringsplan med tilhørende medvirkningsprosesser, konsekvensutredninger og sammenstilling fordeles mellom partene med en % belastning for VVHF på x %. Et grovt anslag tilsier en total utgift på i størrelsesorden 5 millioner kroner. Partene bekoster i tillegg egne utgifter til ansatte som deltar i prosessen.

Dersom andre grunneiere skal medvirke i områdereguleringsplanprosessen skal disse belastes en %-andel av kostnadene til utarbeidelse av områdereguleringsplanen.

Detaljreguleringsplaner for egne eiendommer bekostes av respektive grunneiere. VVHF må anskaffe egne rådgivere for utarbeidelse av detaljreguleringsplan.

5. Fremdrift

Partenes intensjon er at planprogramfasen gjennomføres i løpet av andre halvår 2020 og at områdereguleringsplan med detaljreguleringsplaner ferdigstilles i løpet av 2022.

Drammen dato:

.....

Drammen kommune

.....

Vestre Viken HF

Vedlegg: Kartskisse over området

Dato: 21. august 2020
Saksbehandler: Halfdan Aass

Saksfremlegg

Revisjon av rehabilitering etter hjerneslag ved Vestre Viken HF – Konsernrevisjonen, rapport 12/2019

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte	46/2020	31.08.20

Forslag til vedtak

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

Drammen, 24. august 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Det er stor variasjon i rehabiliteringstilbudet i helseforetakene i Helse Sør-Øst, og de private rehabiliteringsinstitusjonene er ujevnt geografisk fordelt i regionen. Aktivitetsdata indikerer uønsket variasjon i bruk av spesialisert rehabilitering. På denne bakgrunn har Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennomført revisjon knyttet til ulike rehabiliteringstiltak ved flere foretak. I Vestre Viken har rehabilitering etter hjerneslag vært revisjonstema. Konsernrevisjonens rapporter legges alltid fram for styret.

Saksutredning

Revisjonsrapporten

Rapport etter revisjon av rehabilitering etter hjerneslag forelå i midten av mars 2020. På grunn av koronapandemien rapporteres den til styret først nå.

Revisjonen omhandlet følgende problemstillinger:

- Har Vestre Viken gode rutiner for å vurdere rehabiliteringsbehovet hos pasienter som innlegges med akutt hjerneslag, og gis det tilstrekkelig rehabilitering i tidlig fase?
- Sørger Vestre Viken for gode overføringer til videre rehabilitering ved behov?

Pasienter med akutt hjerneslag behandles ved alle de fire somatiske klinikker i foretaket. Revisjonen ble imidlertid begrenset til Bærum, Drammen og Ringerike sykehus.

Konsernrevisjonen konkluderer med at Vestre Viken arbeider systematisk med rehabilitering etter hjerneslag. Det er imidlertid noen forbedringsmuligheter knyttet til blant annet oppfølging etter utskrivning og dokumentasjon i journal. Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Enhetene iverksetter tidlig mobilisering og rehabiliteringstiltak
- Pasienten blir overført til videre rehabilitering på riktig nivå
- Det er variasjon i oppfølgingstilbudet etter utskrivning
- Det er forbedringspotensial i deler av prosessen.

Konsernrevisjonen har følgende anbefalinger til Vestre Viken:

- Sørge for likeverdig oppfølgingstilbud
- Legge til rette for bedre journalføring
- Utvide beslutningsstøtte
- Unngå parallelle henvisninger
- Redusere omfanget av epikrisene

Handlingsplan

Det er utarbeidet en handlingsplan for oppfølging av konsernrevisjonens anbefalinger om forbedringstiltak som vedlegges, og det henvises til denne.

Administrerende direktørs vurderinger

Konsernrevisjonen konkluderer med at Vestre Viken arbeider systematisk med rehabilitering etter hjerneslag, men at det er noen forbedringsmuligheter. Revisjonsrapporten er gjennomgått i foretaket, og det er utarbeidet en handlingsplan med ansvarlige for oppfølging og tidsfrister. Tiltakene bør greit kunne gjennomføres og gi et forbedret tilbud til pasientene.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar revisjonsrapporten og handlingsplanen til etterretning.

- Vedlegg:
1. Konsernrevisjonen rapport 12/2019: Revisjon av rehabilitering etter hjerneslag – Vestre Viken HF.
 2. Handlingsplan etter revisjon av rehabilitering etter hjerneslag.



Konsernrevisjonen
Rapport 12/2019

Revisjon av rehabilitering etter hjerneslag

Vestre Viken HF

Dato: 19. mars 2020



Introduksjon

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at pasienter får nødvendig rehabilitering. Variasjonen i helseforetakenes rehabiliteringstilbud er stor, og de private rehabiliteringsinstitusjonene er ujevnt geografisk fordelt i regionen. Aktivitetstall indikerer uønsket variasjon i bruk av spesialisert rehabilitering.

Målet for revisjonen har vært å undersøke om helseforetakene har gode rutiner for å vurdere rehabiliteringsbehovet hos pasienter som innlegges akutt med hjerneslag, og om det gis tilstrekkelig rehabilitering i tidlig fase. Videre å vurdere om det sørges for gode overføringer til videre rehabilitering dersom pasienten har behov for det.

Revisjonen er gjennomført ved Vestre Viken HF (VVHF).

Vi har definert følgende problemstillinger:

- Har VVHF gode rutiner for å vurdere rehabiliteringsbehovet hos pasienter som innlegges med akutt hjerneslag og gis det tilstrekkelig rehabilitering i tidlig fase?
- Sørger VVHF for gode overføringer til videre rehabilitering ved behov?

Revisjonen er gjennomført i tidsrommet oktober til januar 2019.



INNHOOLD

1. Konklusjoner og anbefalinger	4
1.1 Vestre Viken HF jobber systematisk med rehabilitering etter hjerneslag, men praksis kan forbedres	
1.2 Anbefalinger	
2. Kontekst	6
2.1 Hjerneslag -pakkeforløp	
2.2 Rehabilitering til pasienter med hjerneslag	
2.3 Slagbehandling i VVHF	
3. Tilnærming	8
3.1 Innretning og metodebruk	
3.2 Omfang og avgrensning	
4. Observasjoner og vurderinger	9
4.1 Intern styring og kontroll	
4.2 Journalgjennomgang- test av praksis	
4.3 Vurdering	
Vedlegg	19
Revisjonskriterier	
Informasjonsgrunnlag	
Revisjonshandlinger	



1. Konklusjoner og anbefalinger

1.1 Vestre Viken HF jobber systematisk med rehabilitering etter hjerneslag, men praksis kan forbedres

Akutt hjerneslag skal behandles i slagenhet på sykehus. For å gjenvinne funksjonen er det viktig med rask oppstart av rehabilitering. Innen de første to døgnene bør de fleste pasientene mobiliseres opp fra sengen. Videre skal et tverrfaglig team vurdere og igangsette mer tilpassede rehabiliteringstiltak. Mange pasienter vil også ha behov for videre rehabilitering etter behandlingen i slagenheten, enten i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten.

VVHF jobber systematisk med rehabilitering etter hjerneslag. Enhetene sørger i hovedsak for tidlig mobilisering og videre rehabilitering på riktig nivå. Det er imidlertid noen forbedringsmuligheter knyttet til blant annet oppfølging etter utskriving og dokumentasjon i journal.

Konklusjonen begrunnes med følgende forhold:

- Enhetene iverksetter tidlig mobilisering og rehabiliteringstiltak
- Pasienten blir overført til videre rehabilitering på riktig nivå
- Det er variasjon i oppfølgingstilbudet etter utskriving
- Det er forbedringspotensial i deler av prosessen

Enhetene iverksetter tidlig mobilisering og rehabiliteringstiltak

VVHF har organisert arbeidet slik at pasientene som legges inn med hjerneslag får tidlig mobilisering i tråd med behovet innen rimelig tid. Der det er aktuelt blir pasientene vurdert av ergo- og fysioterapeut. Faggruppene starter raskt opp rehabiliteringstiltak, dersom det er behov for det. Slagenhetene har også tilgang på logoped ved behov.

Det er førende dokumenter på foretaksnivå, herunder beskrivelse av overordnet pasientforløp i samarbeid med kommunene og beslutningsstøtte for vurderinger av behov for privat spesialisert rehabilitering.

Pasienten blir overført til videre rehabilitering på riktig nivå

Behovet for rehabilitering etter utskriving blir vurdert underveis i innleggelsen. VVHF har ikke egen rehabiliteringsavdeling. Pasienter med behov for videre spesialisert rehabilitering overføres enten til privat institusjon eller til rehabiliteringsenhet i annet helseforetak. Ved gjennomgang av et utvalg journaler, var vi i hovedsak enig i vurderingene som var gjort av behovet for videre rehabilitering.

Fordi det er krevende å ha oversikt over kapasitet og ventetid ved videre spesialisert rehabiliteringer, sendes noen ganger henvisning for samme pasient til flere instanser samtidig. Praksisen er forståelig, men har noen problematiske sider ved seg.

Det er variasjon i oppfølgingstilbudet etter utskriving

Pasienter som kan nyttiggjøre seg oppfølging skal innkalles til poliklinisk time innen tre måneder etter utskriving. Det er variasjon i oppfølgingsstilbudet mellom helseforetakets lokasjoner. Bærum har et omfattende tilbud med både «slagdag» og poliklinisk time med lege og sykepleier. Ringerike har ikke systematisk oppfølging. Det er uheldig dersom pasientens bosted skal avgjøre kvaliteten på oppfølgingstilbudet.

Det er forbedringspotensial i deler av prosessen

Viktige beslutninger i behandlingen tas i tverrfaglig møter, men disse blir i liten grad journalført. Dette kan medføre at informasjonen i journal blir ufullstendig. Bærum har rutine for å dokumentere tverrfaglige beslutninger, men denne etterleves ikke fullt ut.

Ringerike har ikke tilsatt logopeder, men leier inn ved behov. Innleide logopeder har ikke tilgang til å dokumentere i DIPS, noe som gir mangelfull

sporbarhet og risiko for at informasjonsoverføring ikke blir god nok.

En andel av epikrisene er unødvendig lange som følge av at det tas inn lengre utdrag fra andre faggrupper. Det gir risiko for at viktig informasjon blir vanskelig tilgjengelig, blant annet for fastleger. Når oppsummering fra ulike faggrupper som hovedregel legges ved epikrisen, kan epikrisene begrenses til å omtale medisinske forhold og tverrfaglige oppsummeringer.

1.2 Anbefalinger

Basert på våre undersøkelser har konsernrevisjonen utarbeidet enkelte anbefalinger til Vestre Viken HF.

Sørge for likeverdig oppfølgingstilbud

Vi anbefaler VVHF å definere hva som er ønsket kvalitet på oppfølgings-tilbudet etter utskrivning. Videre anbefaler vi at VVHF vurderer hvordan variasjonen i tilbudet kan reduseres, slik at alle pasientene som har behov for oppfølging får et tilstrekkelig tilbud i rett tid, uavhengig av bosted.

Legge til rette for bedre journalføring

Vi anbefaler at VVHF legger til rette for at tverrfaglige beslutninger som er viktige i pasientforløpet enkelt kan journalføres. Videre anbefaler vi at VVHF sørger for at innleide logopeder som inngår i det tverrfaglige behandlingsteamet har tilgang til å journalføre.

Utvide beslutningsstøtte

Vi anbefaler at beslutningsstøtten for vurdering av behov for privat spesialisert rehabilitering utvides til også å omfattet spesialisert rehabilitering i andre helseforetak.

Unngå parallelle henvisninger

Vi anbefaler VVHF å vurdere tiltak for å så langt som mulig unngå at det sendes henvisninger til flere instanser i parallell angående samme pasient.

Redusere omfanget av epikrisene

Vi anbefaler at VVHF legger til rette for at epikriser som har sammenfatninger fra andre faggrupper vedlagt holdes kortfattet. Dette for at den viktigste informasjonen, som tverrfaglige konklusjoner, skal være lett tilgjengelig.

2. Kontekst

2.1 Hjerneslag – pakkeforløp

Hjerneslag er plutselig innsettende tap av kroppsfunksjoner på grunn av forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon. Blodpropp i blodårer i hjernen (trombose) er årsaken i 80-85 prosent av tilfellene, mens hjerneblødning er årsak i 10-15 prosent av tilfellene.

Hjerneslag er en hyppig årsak til akutt innleggelse i sykehus med ca. 12 000 tilfeller hvert år på landsbasis. Det har vært stort fokus på hjerneslag de senere årene, med etableringen av Nasjonalt hjerneslagregister, innføring av flere nasjonale kvalitetsindikatorer for hjerneslagbehandling, ny nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, nasjonal opplysningskampanje om hjerneslag og senest «pakkeforløp for hjerneslag».

«Pakkeforløp hjerneslag» beskriver det anbefalte forløpet for pasienter som rammes av akutt hjerneslag, inkludert beskrivelser, koder og forløpstider så langt det er mulig. I slutten 2017 ble «Pakkeforløp hjerneslag – Fase 1 Akutt» publisert, og innført i februar 2018.

I «Fase 2 – Rehabilitering og oppfølging» beskrives det videre pasientforløpet etter utskrivning fra slagenheten. Hovedfokus i denne fasen av «Pakkeforløp hjerneslag» har vært rehabilitering, for å sikre det helhetlige pasientforløpet ved hjerneslag. Denne ble publisert i slutten av november 2019.

2.2 Rehabilitering til pasienter med hjerneslag

I følge nasjonale faglige retningslinjer for hjerneslag, bør alle pasienter med akutt hjerneslag behandles i slagenhet. En slagenhet blir definert som en organisert behandling av slagpasienter i en geografisk avgrenset enhet med faste senger, bemannet med et tverrfaglig spesialopplært personale og med et standardisert program for diagnostikk, observasjon, akutt behandling og tidlig rehabilitering.

Ved hjerneslag er det viktig med rask oppstart av rehabilitering for å gjenvinne funksjoner som er blitt redusert som følge av slaget. Slagenheter uten fokus på rehabilitering har ifølge de nasjonale faglige retningslinjene ikke dokumentert sikker positiv effekt. De slagenhetsstudier som har vist best effekt, har hatt sterkt fokus på tidlig mobilisering.

For de fleste pasienter er det anbefalt tidlig mobilisering opp fra seng innen 12-48 timer, og videre hyppig mobilisering under sykehusinnleggelsen. Behovet for mer spesifikke rehabiliteringstiltak skal vurderes, og tiltak igangsettes.

Mange pasienter vil også ha behov for videre rehabilitering etter akuttfasen, enten i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at behovet for videre rehabilitering kartlegges under innleggelse og at sykehuset sørger for god overføring til neste instans. Ved eventuell ventetid før overføring må rehabiliteringsbehovet ivaretas i ventetiden for å unngå unødig opphold i rehabiliteringen.

2.3 Slagbehandling i VVHF

Slagenheter

Vestre Viken mottar pasienter med akutte hjerneslag ved fire lokasjoner, henholdsvis Bærum Sykehus (Bærum), Drammen sykehus (Drammen), Kongsberg sykehus (Kongsberg) og Ringerike sykehus (Ringerike).

Pasienter fra Hallingdal blir diagnostisert og vurdert for trombolyse ved Hallingdal sjukestugu (HSS) før overflytting til Ringerike. Ved Bærum er slagenheten plassert i medisinsk avdeling, seksjon for geriatri, slag og rehabilitering. Ved Drammen er slagenheten plassert i nevrologisk avdeling. I Kongsberg og Ringerike er slagenhetene i medisinsk avdeling.

Trombolyse og trombektomi

Alle de fire slagenhetene har tilbud om trombolysebehandling. VVHF utfører ikke trombektomi.

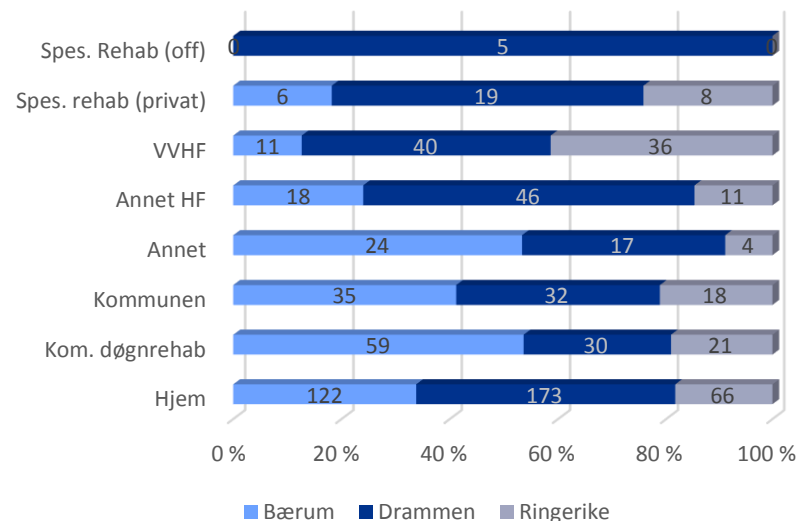
Mobilisering og rehabilitering

Alle slagenhetene starter mobilisering og tidlig rehabilitering med tverrfaglige team.

VVHF har ikke egen enhet for spesialisert rehabilitering. VVHF oppgir at lokasjonene i ulik grad overfører slagpasienter til private rehabiliterings-tilbud ved behov for videre rehabilitering i spesialisthelsetjenesten etter opphold i slagenhet. Rehabiliteringstilbudet og -kapasiteten i kommunene som de ulike lokasjonene samarbeider med oppgis å påvirke behovet for å videreføre til spesialisert rehabilitering.

Vi har innhentet et uttrekk fra VVHF som angir samtlige hjerneslag-pasienter (hoveddiagnose I61, I63, I64) innlagt i VVHF i perioden oktober 2018 – desember 2019. Det var 801 pasienter i uttrekket, fordelt på tre lokasjoner.

Figur 1 bygger på uttrekket og angir hvor pasientene ble utskrevet/overført etter endt behandling i slagenhetene. Figuren viser at Drammen benyttet mest spesialisert rehabilitering, mens Bærum overførte en større andel til kommunal døgnrehabilitering.



Figur 1: Viser hvor pasientene ble skrevet ut/overført etter endt behandling i slagenhetene ved Bærum, Drammen og Ringerike (i prosent av antallet).

3. Tilnærming

3.1 Innretning og metodebruk

Revisjonen har hatt som mål å undersøke om VVHF har gode rutiner for å vurdere rehabiliteringsbehovet hos pasienter som innlegges akutt med hjerneslag, og om det gis tilstrekkelig rehabilitering i tidlig fase. Videre har målet vært å vurdere om det sørges for gode overføringer til videre rehabilitering dersom pasienten har behov for det.

For å undersøke om VVHF gir rehabilitering til pasienter som innlegges med akutt hjerneslag i tråd med krav og føringer, har vi tatt stikkprøver i journalen til pasienter som ble lagt inn med akutt hjerneslag. Vi har undersøkt hvilken tidlig mobilisering pasientene fikk. Videre har vi undersøkt om behovet for mer spesifikke rehabiliteringstiltak under innleggelsen ble vurdert og igangsatt av tverrfaglig team. Vi undersøkte også om behovet for videre rehabilitering etter oppholdet i slagenheten ble kartlagt, og om det ble sørget for gode overganger til et adekvat rehabiliteringstilbud.

En uavhengig spesialist i nevrologi bistod i journalgjennomgangen. I tillegg har vi intervjuet fagpersoner fra de tre lokasjonene for å få dypere innsikt i hvordan rehabiliteringstilbudet arter seg for pasientgruppen.

For å sikre god kvalitet i pasientforløpet må ledelsen påse at det er etablert tilstrekkelig intern styring og kontroll. Internkontrollen skal bidra til at de riktige aktivitetene blir gjennomført med ønsket kvalitet til rett tid, av medarbeidere med tilstrekkelig kompetanse. Videre skal den bidra til at feil og mangler fanges opp og korrigeres. Konsernrevisjonen har undersøkt VVHFs internkontroll knyttet til rehabilitering etter hjerneslag gjennom dokumentgjennomgang og intervjuer.



Figur 1: Metoder benyttet i revisjonen.

3.2 Omfang og avgrensning

Revisjonen har kun omfattet voksne pasienter med akutte hjerneslag, som ble innlagt på sykehusene i Bærum, Drammen og Ringerike. Kongsberg sykehus har ikke vært inkludert i revisjonen.

Revisjonen har ikke omfattet en fullstendig vurdering av kvaliteten på utførelsen av rehabiliteringstiltakene som ble gjennomført under innleggelsen i slagenhetene.

Revisjonen har ikke omfattet en vurdering av kvaliteten på den rehabiliteringen pasientene eventuelt mottar etter videre henvisning til dedikert rehabiliteringsenhet i spesialisthelsetjenesten, eller etter utskrivning til kommunen.

4. Observasjoner og vurderinger

4.1 Intern styring og kontroll

Ansvar, roller og myndighet

Vi har undersøkt om ansvar, roller og myndighet knyttet til rehabilitering etter hjerneslag i VVHF er hensiktsmessig fordelt.

Styringslinjer

Slagenhetene med tilhørende personale er organisert i fire ulike klinikker. Fysio- og ergoterapeuter tilhører egne avdelinger, men opplyses å være faglig definert til å jobbe i slagenhetene.

Overordnet ansvar og myndighet for slagbehandlingen følger styringslinjen. Det er etablert et faglig nettverk på tvers av klinikkene. Nettverket har ikke et formelt mandat. VVHF opplyser om at nettverket kun har en rådgivende funksjon, og ikke beslutningsmyndighet.

Behandlingsprosessen

Fordeling av roller og ansvar i slagbehandlingsprosessen fremkommer av overordnede prosedyrer i helseforetaket.

Pleiepersonellet starter mobilisering i tråd med gjeldende føringer med mindre annet er bestemt av lege. Lege skal vurdere behovet for fysioterapeut, ergoterapeut og logoped, og henvise internt til faggruppene.

Beslutninger om behandling under innleggelse og videre rehabilitering skal gjøres i tverrfaglige møter.

Kompetanse

Vi har undersøkt om VVHF sørger for at fagpersoner som har roller i rehabiliteringsprosessen har tilstrekkelig kompetanse.

Tverrfaglig bemanning

Slagenhetene i VVHF har tverrfaglig bemanning. Legenes spesialisering følger av hvor i klinikkene slagenhetene er plassert (se kap. 2.3). Bærum og Drammen har tilgang til leger døgntilgjengelig, og spesialister gjennom bakvaksordninger. Ringerike har tilgang til LIS2 i hverdager på dagtid. Ringerike opplyser at de har denne bemanningen fordi at de over tid har hatt en ubesatt overlegestilling.

Alle slagenhetene opplyser å ha god tilgang på fysio- og ergoterapiressurser på dagtid i hverdagene. I helgene er det vaktordning for fysioterapeuter. Pasienter med størst behov blir prioritert. Det opplyses om at slagpasienter ikke alltid når opp i denne rangeringen.

Ved Bærum og Drammen er det logopeder tilsatt ved sykehusene. Ved Ringerike er det ikke ansatt logoped. Ringerike har avtale med en privat logoped, samt logopeder i enkelte kommuner om at disse kan leies inn ved behov. Innleide logopeder har ikke tilgang til å dokumentere i pasientjournalen, og derfor er det utfordringer med informasjonsoverføring til øvrige faggrupper.

Opplæring og kompetanse

I VVHF er det ikke noen overordnet felles opplæring eller kompetansekrav knyttet til mobilisering og rehabilitering til hjerneslagpasienter.

Alle klinikkene har opplæring og sjekklister for nyansatte, der temaer som er relevante for rehabilitering etter hjerneslag inngår. Utover dette har klinikkene tilnærmet seg opplæring på ulikt vis.

Bærum har for eksempel definert kompetansegrupper for sykepleiere. Dette omfatter kompetanse knyttet til behandling av slagpasienter.

Drammen har fagdager for sykepleier med fokus på hjerneslagsbehandling- og rehabilitering. Ergoterapeuter, fysioterapeuter og logoped har kompetanseplaner som blant annet inneholder tema knyttet til hjerneslag.

Ringerike har årshjul for fagfokus for fysioterapeutene og «slagskole» for nyansatte sykepleiere.

Rutiner, prosedyrer og retningslinjer

Vi har undersøkt om det er etablert prosedyrer, instruksjoner, rutiner og liknende for å sikre god praksis.

Overordnede føringer

VVHF har utarbeidet overordnet pasientforløp for hjerneslag i samarbeid med kommunene. Det gir ansatte tilgang på sentrale rutiner og liknende knyttet til ulike faser og temaer i pasientforløpet.

Videre foreligger det avtale om helhetlige pasientforløp mellom kommunene og VVHF, som har overordnede føringer for samhandlingsrutiner ved innleggelse og utskrivning.

Forløp og behandling i slagenhet

Det er overordnede rutiner for faggruppens behandling av hjerneslag i VVHF. I rutinene fremkommer det føringer for mobilisering av pasientene. Videre at lege skal henviser til fysio- og ergoterapeuter, samt logoped ved behov.

Det foreligger også flere overordnede sjekklister til bruk i hjerneslagsbehandlingen. Her fremkommer det at mobilisering av pasienter ved hjerneblødning eller infarkt i lillehjernen eller hjernestammen skal avklares med lege. Ved andre typer infarkt skal pasienten som hovedregel mobiliseres innen 48 timer.

I tillegg til de overordnede rutinene foreligger det enkelte lokale tilpassede prosedyrer i Ringerike og Bærum.

Vurdering av behov for videre rehabilitering

VVHF har retningslinje for bruk av privat rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Den beskriver kriterier som skal vurderes og dokumenteres før henvisning til privat rehabilitering.

Det er ulikt hvor mange kommuner som enhetene samarbeider med. For eksempel samarbeider Bærum hovedsakelig med Asker og Bærum. De angir at de har god oversikt over hva kommunene kan tilby. Drammen har flere samarbeidende kommuner, og forteller at det kan være krevende å holde seg oppdatert på hva som tilbys. Ringerike har etablert skriftlig oversikt over tilbudet i nærliggende kommuner.

VVHF har ikke en formalisert oversikt over tilbudet om spesialisert rehabilitering til slagpasienter i regionen. Det foreligger heller ikke noen form for beslutningsstøtte for hvilke pasienter som bør henvises til hvilket spesialisert tilbud. Klinikken opplyser om at de hovedsakelig henviser til Fram og Vikersund blant de private institusjonene. Blant de offentlige rehabiliteringstilbudene, er det hovedsakelig Sunnaas og Sykehuset i Vestfold (Kysthospitalet) som benyttes.

Kunnskapen om kapasitet og kvalitet ved kommunale tilbud fremstår i noen grad som styrende for om klinikkene henviser pasientene til videre spesialisert rehabilitering. For eksempel opplyser Bærum om at tilstrekkelig tilgang på gode kommunale tilbud gir mindre behov for å videreføre til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Drammen opplyser at usikkerhet rundt kommunenes tilbud kan føre til at det blir flere henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner.

Overføring av pasienter med behov for videre rehabilitering

VVHF har overordnede føringer for overføring til kommune, men ikke for overføring til videre spesialisert rehabilitering.

Klinikkene opplyser om at de opplever at det er begrenset kapasitet i de spesialiserte tilbudene, noe som gir risiko for at pasienter med behov for spesialisert rehabilitering må skrives ut til kommunen i påvente av plass.

Videre opplyses det om at det kan være vanskelig å ha oversikt over ventetiden ved de ulike instansene. Henvisninger til flere instanser i parallell benyttes derfor for å få klarhet i hvor pasient kan få plass raskest, og for å redusere tidsbruk til eventuelle sekvensielle søknadsprosesser.

Dokumentasjon etter tverrfaglige møter

Bærum har mal i DIPS for referat etter tverrfaglige behandlingsmøter. Alle aktuelle faggrupper skal dokumentere i behandlingsmøtereferatet i forkant av møtet.

Drammen og Ringerike har ikke som rutine å dokumentere fra tverrfaglige behandlingsmøter.

Epikrise

Det er mal for epikrise ved slag. VVHF opplyser om at malen er ment som en huskeliste over innhold som kan være relevant å inkludere i epikrisen.

Legene utarbeider epikrisene ved alle tre klinikker. De beskriver noe ulik praksis knyttet til hvordan opplysninger og konklusjoner fra de andre faggruppene inkluderes i epikrisene.

De andre faggruppene lager egne sammenfatninger ved utskrivning. De tre klinikkene beskriver noe ulik praksis knyttet til hvordan disse distribueres.

Poliklinisk oppfølging

Overordnede føringer i VVHF angir at pasienter bør henvises til tre måneders kontroll ved utskrivelse, og at epikrise skal inneholde plan for videre behandling og kontroll. VVHFs epikrisemal for hjerneslag inneholder punkt om videre oppfølging.

De tre lokasjonene beskriver ulike praksiser for oppfølging etter utskrivning. Ringerike har ikke slagpoliklinikk, og tilbyr som hovedregel ikke oppfølging etter utskrivning. Klinikken har kurs for pasienter og pårørende angående hjerneslag fire ganger i året. Drammen oppgir at de tilbyr poliklinisk oppfølgingstime med sykepleier og eventuelt andre faggrupper etter behov. Bærum tilbyr poliklinisk oppfølgingstime med lege og sykepleier, og andre faggrupper ved behov. I tillegg tilbyr Bærum «slagdag». Både ved Drammen og Bærum opplyses det at lege skal dokumentere i epikrisen vurdering av om pasienten skal ha oppfølging.

Ledelsens oppfølging

Vi har undersøkt om ledelsen systematisk følger opp om pasienter som innlegges med hjerneslag får ivare tatt sitt behov for rehabilitering.

VVHF har overordnede rutiner for ledelse og kvalitetsforbedring og kontinuerlig forbedring som beskriver prosess for systematisk forbedringsarbeid. Årlig skal det ved «Ledelsens gjennomgang» (LGG) gjennomføres en systematisk gjennomgang av styringssystemet for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Lederne i VVHF har driftsavtale med sin overordnede leder. I avtalen avklares ledelsesnivåets ansvar for oppfølging og bidrag til

resultatoppnåelse innenfor sitt område. Videre skal den beskrive resultatmål innen blant annet styringsindikatorer for pasientbehandling.

Av driftsavtalene for ledere i reviderte enheter fremkommer blant annet at pasientforløp hjerneslag skal følges. Kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger, forskningsbasert kunnskap og pasienterfaringer skal brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid. Risikostyring ved hjelp av «grønt kors» og tavler skal innføres i avdelingen. Lederne følges også opp på måleparametere. Bruk av trombolyse er den eneste parameteren som er særskilt tilknyttet slagbehandling.

Den enkelte avdelingssjef er ansvarlig for å sikre et kunnskapsbasert forbruk av privat rehabilitering. Forbruket skal følges opp med forbrukstall tertialvis.

Registreringer i Norsk hjerneslagregister og fra pakkeforløp hjerneslag kan også være en kilde til informasjon om behandlingsforløpene.

4.2 Journalgjennomgang – test av praksis

Beskrivelse av utvalget

Vi undersøkte journalene etter elleve akutte pasientinnleggelser grunnet hjerneslag fra hver av lokasjonene Bærum, Drammen og Ringerike.

Pasientene var lagt inn i perioden september til november 2019. De fleste av pasientene i utvalget hadde innleggelsesdiagnose hjerneinfarkt, og ni av dem ble behandlet med trombolyse.

Gjennomsnittsalderen varierte mellom 66,2 og 84,5 år på de tre lokasjonene. Gjennomsnittlig liggetid i utvalget var 5,4 dager i Bærum og Ringerike, og 6 dager i Drammen.

Innleggelse og overflytting til slagenhet

Ved sykehusene i Drammen og Bærum ble alle pasientene innlagt på slagavdelingen. På Ringerike ble to av elleve pasienter lagt inn på intensivavdelingen, og overflyttet slagenheten kort tid etter. De resterende pasientene ble innlagt direkte på slagenheten.

Tidlig mobilisering og rehabilitering

Generelt inneholdt journalene lite opplysninger om funksjonsnivået til pasientene før innleggelse.

I de tilfellene det var forhold ved pasientene som ga begrensninger for mobiliseringen (trombolyse og hjerneblødning), var det sjelden dokumentert at mobiliseringstidspunkt- og nivået var besluttet i samråd med lege. Imidlertid dokumenterte legene i stor grad at pasientene ble henvist til ergo- og fysioterapeut ved innleggelse på slagenheten.

Pasientene fikk som regel tidlig mobilisering ved pleiepersonell og eventuelt fysioterapeut i tråd med behovet. Der det var relevant gjennomførte logopedene og fysio- og ergoterapeutene vurderinger av pasientene, og startet opp med tilpassede rehabiliteringstiltak.

Vår vurdering er at fem pasienter på Ringerike kunne hatt behov for logoped. For to av pasientene fremkom det i journal at behovet var vurdert, men det var ikke dokumentert vurdering ved logoped for noen av pasientene.

Videre fant vi at i to tilfeller hvor pasientene ble innlagt på Ringerike på en fredag, ble det ikke igangsatt noen mobilisering-/rehabiliteringstiltak i løpet av helgen. Nyvisittnotatet fra lege kom først på mandagen. Vår vurdering er at rehabiliteringstiltakene burde ha startet opp tidligere for disse to pasientene.

Vurdering av behov for videre rehabilitering

Fysio- og ergoterapeutenes notater inneholdt utfyllende beskrivelser av gjennomførte tiltak og pasientens funksjonsnivå. Vurdering av pasientenes rehabiliteringspotensiale og behov for videre rehabilitering fremkom i noen tilfeller.

Ved Bærum ble det journalført referat etter tverrfaglige behandlingsmøter. Som regel hadde enkelte av behandlingsgruppene skrevet inn i referatet, men ikke alle faggruppene slik referatmalen legger opp til. Referatene inneholdt hovedsakelig observasjoner fra tidligere journalnotat, og i mindre grad vurderinger og konklusjoner som var gjort i møtet.

I Drammen og på Ringerike fremkom det ikke av journalene at det var gjennomført tverrfaglige vurderinger og beslutninger om videre rehabiliteringsforløp for pasientene. Resultatet av slike beslutninger måtte leses ut av PLO-meldinger, henvisninger eller liknende.

Bruk av spesialisert rehabiliteringstilbud etter slagbehandling

Ved Bærum ble tre pasienter skrevet ut til hjemmet, fire pasienter ble skrevet ut til kommunal døgnrehabilitering og to pasienter ble utskrevet til sykehjem. For de to siste pasientene fremkom det av journal at de ble vurdert til å ha behov for et kommunalt tilbud, men ikke hvilket tilbud i kommunene pasienten fikk.

I de fleste tilfellene fremstod det som rimelig å skrive ut/overføre til valgte instans. I ett tilfelle er det vår vurdering at pasienten kunne vært overført til spesialisert rehabilitering fremfor kommunal døgnrehabilitering.

Ved Drammen fikk to pasienter plass på spesialisert rehabilitering på Fram, tre pasienter reiste til Drammen Helsehus, en pasient fikk korttidsplass i kommunen og fem pasienter ble utskrevet til hjemmet.

I de fleste tilfellene fremstod det som rimelig å overføre/skrive ut pasientene til valgte instans ved Drammen. Det var et par pasienter som fikk plass på Fram, som vi mener kunne ha klart seg med kommunalt tilbud, og en pasient som fikk et kommunalt tilbud som kunne ha vært på spesialisert rehabilitering.

Ved Ringerike ble fire pasienter utskrevet til hjemmet, tre pasienter ble skrevet ut til kommunal døgnrehabilitering, en pasient ble overflyttet HSS, to pasienter ble overflyttet til sykehjem og en pasient ble innlagt på et to ukers rehabiliteringsopphold i kommunen i påvente av spesialisert rehabilitering.

I hovedsak fremstod det som rimelig å skrive ut/overføre pasientene til valgte instans fra Ringerike. I ett tilfelle mener vi at pasienten burde hatt spesialisert rehabilitering fremfor kommunal rehabilitering.

Rehabilitering i påvente av utskrivning

I to tilfeller ble pasienten liggende på sykehuset i Bærum og Drammen i påvente av overføring til neste instans. Rehabiliteringsbehovet ble ivaretatt hos disse pasientene.

Utskrivningstidspunkt

Tidspunktet for når pasienten var utskrivningsklar fremkom som regel av sykepleierdokumentasjonen. Det fremkom ikke konkret i journalene at lege eller tverrfaglig team formelt hadde besluttet at pasienten var utskrivningsklar.

I hovedsak fremstod tidspunktet for at pasientene var definert som utskrivningsklare eller klare til overføring som rimelig. Én pasient i Drammen kunne etter vår vurdering vært skrevet ut tidligere fra sykehuset ut i fra symptombildet. I ett tilfelle ved Ringerike mener vi at pasienten ble utskrevet for tidlig.

Det var sjelden dokumentert at pasienten hadde fått utskrivningssamtale.

Overføring av informasjon om rehabiliteringsbehov

Epikrisene inneholdt lite informasjon om funksjonsnivå før innleggelsen og ved utskrivelsen. Epikrisene ble skrevet på ulik form ved de forskjellige sykehusene.

Bærum og delvis Drammen hadde lange epikriser med kopi av tverrfaglige notater også der hvor det ikke var behov for videre tverrfaglige rehabilitering.

Ved Ringerike inneholdt epikrisene ofte lite informasjon om konkretisering av hvilke funksjonsnedsettelse som bør kartlegges og/eller trenes etter overføring til neste behandlingsnivå. Det ble sjelden brukt anbefalte semikvantitative skalaer (f.eks. NIHSS) for nevrologisk funksjonstap i epikrisen. Det fremkom sjelden av epikrisene en samlet tverrfaglig konklusjon.

Ved overføring til sykehjem eller rehabiliteringsinstitusjon ble det som regel sendt separate sluttrapporter/epikriser fra de ulike yrkesgruppene. Det kan se ut som om fastlegen også får epikrise og separate sammenfatninger fra Drammen og Ringerike. Bærum sender fastlegen kun epikrise, ettersom informasjonen fra andre yrkesgrupper er tatt inn allerede i epikrisen.

Oppfølging

Ved Drammen fikk åtte av pasientene oppfølging etter utskrivning. Seks av disse pasientene fikk oppfølgingen etter seks måneder. Det er vår vurdering at dette var for lang ventetid, og at oppfølgingen burde vært gjennomført innen tre måneder.

Videre var det én pasient som burde ha oppfølging hos fysioterapeut, uten at dette ble gjennomført. De tre øvrige pasientene fikk ikke oppfølging på slagpoliklinikken. Vår vurdering er at disse pasientene burde hatt oppfølging på sykehuset.

Ved Bærum fikk alle aktuelle pasienter oppfølging på poliklinikk innenfor rimelig tid, i tillegg fikk de også tilbud om å delta på «slagdag».

Ved Ringerike var det tre pasienter som fikk kontrolltime hos ergoterapeut. Det er vår vurdering at det var seks pasienter i utvalget som ikke fikk oppfølging som vi mener burde hatt det ved Ringerike.

4.3 Vurdering

Organisering og styringslinjer

Slagbehandlingen i VVHF er fordelt på fire klinikker. VVHF har valgt å følge en tradisjonell styringsmodell der endringer på tvers av klinikkene må besluttes på øverste nivå i foretaket. Modellen gir trygghet for at endringer er godt forankret i ledelsen. Samtidig er det en risiko for at prosessene knyttet til å beslutte mindre endringer blir unødvendig omfattende.

Et alternativ til denne modellen kan for eksempel være å delegerer en avgrenset beslutningsmyndighet til fagnettverket eller avdelingsleder for nevrologisk avdeling som forvalter de overordnede rutine.

Skriftlige føringer

VVHF har i stor grad foretaksovergripende prosedyrer for slagbehandlingen. Prosedyrene er i tråd med nasjonale faglige føringer på de områdene revisjonen har omfattet. Vi vurderer det som positivt at de fleste prosedyrene er samlet på overordnet nivå. Dette forenkler forvaltningen av dokumentene og øker sannsynligheten for enhetlig praksis.

Faglig praksis

Basert på våre stikkprøver i journal ser det ut til at pasientene får oppfølging i slagenhet etter en akuttinnleggelse. Dette er i tråd med føringer og et godt utgangspunkt for å gi adekvat slagbehandling. Det er også vårt inntrykk at pasientene i hovedsak får tverrfaglig mobilisering/rehabilitering i tråd med behovet så lenge de er innlagt.

Videre kan det se ut som om det er noen forskjeller i tilbudet til inneliggende pasienter mellom sykehusene. Det fremkom for eksempel ikke av journalene at pasienter ved Ringerike fikk nødvendig logopedoppfølging.

Vi kan imidlertid ikke konkludere sikkert angående dette da observasjonen kan skyldes at logopedene ved sykehuset ikke fører journal i DIPS. Videre var det vår vurdering at to av pasientene ved Ringerike kunne fått tidligere vurderinger av rehabiliteringsbehovet gjennom helgen. Det er mulig at begrensede legeressurser ved Ringerike fører til at førstedagsvurdering ved slagenheten ikke gjennomføres i helg. Utvalget i stikkprøven er for lite til å vurdere om dette er en systematisk svakhet.

Dokumentasjon i journal

Det er vår vurdering at det er forbedringspotensial knyttet til dokumentasjon i journal.

Slagenhetene opplyser om at viktige beslutninger i pasientforløpene tas i tverrfaglige møter, blant annet om hvilken tidlig mobilisering pasientene skal ha og om rehabiliteringstilbud etter utskrivning fra slagenhet. Tverrfaglige beslutninger med konsekvenser for behandlingsforløpet bør fremkomme tydeligere av pasientjournal enn det som er tilfellet i dag.

Vi mener det er uheldig at logopedene som leies inn ved Ringerike ikke har tilgang til å journalføre. Dette kan føre til mangelfull informasjonsoverføring til det tverrfaglige teamet og eksterne samarbeidspartnere som skal overta behandlingsansvaret etter utskrivning.

Videre savnet vi i en del tilfeller tilstrekkelig beskrivelse av pasientens funksjonsnivå før innkomst, endringer i funksjon som følge av slaget og status i funksjon ved utskrivelse. Dette er sentral informasjon både for å beslutte rehabiliteringstiltak og for neste instans som skal følge opp pasienten videre.

Vurdere behovet for videre spesialisert rehabilitering

Det er positivt at VVHF har innført beslutningsstøtte for bruk av privat rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid vår vurdering at retningslinjen med fordel kunne utvides til å omhandle vurdering av behovet for spesialisert rehabilitering generelt, og ikke bare private tilbud.

Spesialisert rehabilitering blir brukt ulikt. Drammen benytter i størst grad spesialisert rehabilitering, både privat og offentlig. Bærum opplyser at gode og tilgjengelige kommunale rehabiliteringstjenester som gir begrenset behov for spesialisert rehabilitering. Variasjon i forbruksmønsteret mellom sykehusene, er ikke nødvendigvis galt, da det kan være lokale forhold som forklarer forskjellene. I hovedsak ble de pasientene i vår stikkprøve som hadde behov for videre rehabiliteringstiltak etter vår mening utskrevet/overført til riktig omsorgsnivå.

Parallelle henvisninger

Praksis med å sende henvisning til flere instanser ved behov for videre rehabilitering kan være problematisk.

Det er forståelig at det er krevende for slagenhetene å håndtere lang ventetid for videre spesialisert rehabilitering.

Parallelle henvisninger kan oppleves som nødvendig for å få oversikt over hvilke tilbud som er tilgjengelige og å begrense tidsbruken knyttet til å dialog med institusjonene. Pasienter som trenger spesialisert rehabilitering blir trolig heller ikke skadelidende av praksisen med parallelle henvisninger.

Imidlertid er det en risiko for at parallelle henvisninger fører til unødig ressursbruk ved rehabiliteringsinstitusjonene. Søknadene må vurderes og besvares. Kanskje holder institusjonene av en plass til en pasient som viser seg å ha fått tilbud ved en annen institusjon.

Den samlede rehabiliteringskapasiteten i regionen kan derfor bli skadelidende dersom parallelle henvisninger er en utbredt praksis.

Informasjon til neste instans

Noen av epikrisene i journalene som ble gjennomgått var lange som resultat av det var satt inn lengre utdrag fra andre faggruppers journalnotater. Sammenfatninger fra fysio- og ergoterapeuter ble som hovedregel vedlagt legeepikrisen når pasienten ble overført til videre rehabilitering i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten.

Det er vår vurdering at epikrisene da kan begrenses til å inneholde oppsummering av tverrfaglig vurderinger knyttet til endringer i funksjonsnivå som følge av slaget, og hvilke funksjonsnedsettelse som bør kartlegges og/eller trenes etter overføring til neste behandlingsnivå. Samlet sett vil dette gi neste instans tilgang på tilstrekkelig informasjon for å følge opp pasienten videre.

I tillegg til omfattende epikriser får fastlegene som regel sammenfatninger fra ulike yrkesgrupper. Fastlegen får dermed mye informasjon om behandling og observasjoner som er gjennomført på sykehusene. Imidlertid er det vår vurdering at det kan være krevende for fastlegen å finne den viktigste og mest relevante informasjonen i et stort og omfattende informasjonsgrunnlag. For eksempel fremgår ikke alltid endringer i funksjonsnivå og behovet for å følge opp dette tydelig i epikrisen.

Poliklinisk oppfølging

VVHF har som føring at pasienter bør henvises til poliklinisk oppfølging tre måneder etter utskrivning.

Det er stor variasjon mellom oppfølgingstilbudet ved de reviderte lokasjonene. Bærum har et omfattende tilbud med både «slagdag» og poliklinisk time med lege og sykepleier. Ringerike har ikke systematisk oppfølging, og oppfølgingen ved Drammen burde i en del tilfeller kommet nærmere utskrivelsestidspunktet. Det er vår vurdering at det er uheldig dersom pasientens bosted avgjør kvaliteten på tilbudet om oppfølging.

Ledelsens oppfølging

VVHF har etablert et system for å definere krav og mål til ledere på de ulike nivåene og å følge dem opp på måloppnåelse. Det er også etablert system for løpende kvalitetsforbedring.

Driftsavtalene kan være et mulig verktøy dersom VVHF ønsker å sette spesielt fokus på enkelte forbedringstiltak etter revisjonen. For eksempel kunne andel pasienter som har fått poliklinisk oppfølging etter tre måneder vært en relevant måleparameter.

Vedlegg 1

Revisjonskriterier

- Rehabilitering i tidlig faser er hensiktsmessig organisert
- Tidlig rehabilitering er inkludert i opplæring og kompetanseutvikling
- Det er iverksatt hensiktsmessige tiltak for å bidra til tilstrekkelig tidlig rehabilitering
- Helseforetaket følger opp kvalitet i egen praksis
- Tidlig rehabilitering utføres og dokumenteres i tråd med god praksis
- Ansvar og roller knyttet til å vurdere behov for og henvise/overføre til videre rehabilitering er fordelt og kjent
- Vurdering av behov for og henvisning til videre rehabilitering er inkludert i opplæring
- Helseforetakene har rutiner for å vurdere hva slags rehabiliterings-tilbud pasienten har behov for
- Helseforetaket har oversikt over hvilke aktuelle rehabiliteringstilbud som finnes i regionen
- Helseforetaket har rutiner for henvisning/overføring til rehabilitering på ulike nivå
- Helseforetaket kartlegger det videre rehabiliteringsbehovet og henviser pasientene til et rehabiliteringstilbud som er i tråd med behovet
- Helseforetaket ivaretar pasientens rehabiliteringsbehov i en evt. ventetid på overføring/utskrivning
- Helseforetaket følger opp om rehabiliteringspasientene får et adekvat tilbud

Vedlegg 2

Tabell 1 Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon	
Epikrisemal VV Pasienter med hjerneslag	BS - Sjekkliste for nyansatte fysio- og ergoterapeuter
VV - Retningslinje privat rehabilitering, med vedlegg hjerneslag	DS-NRH-FYS Plan og kompetanseutvikling fysioterapeuter 2019
VV Ergoterapi til pasienter med hjerneslag	DS-NRH-LOG Kompetanseplan for logopededer 2019
VV Fysioterapi til pasienter med hjerneslag	DS-NRH-LOG Plan og kompetanseutvikling for logopededer 2019
VV Lege - Hjerneinfarkt og TIA medisinsk behandling	DS-NEV Sykepleiertjenesten Fagdag 2019
VV Lege - Intracerebral blødning	VV Grønt kors
VV Sjekkliste for pasienter med akutt hjerneinfarkt	Eksempel driftsavtale 2019
VV Sjekkliste i forløpet	VV Driftsavtaler, prosess
VV Sjekkliste ved hj blødn lillehj inf, hj st inf	VV Kontinuerlig forbedring
BS-MED-GSR Møtestruktur	VV Ledelse og kvalitetsforbedring
VV Sykepleie til pasienter med ak hj inf og hj bl	VV Ledelsens gjennomgang (LGG)
DS-NRH Møtevirksomhet	BS-MED-GSR Tverrfaglig behandlingsmøte
DS-NRH-ERGO Kompetanseplan for ergoterapeuter 2019	RS MED Rutiner for tverrfaglige møter slagenheten
VV - Avtale om helhetlige pasientforløp mellom kommunene og Vestre Viken	RS Forventet behandlingsforløp for pasienter med hjerneslag
VV Logopedisk oppfølging ved språk- og talevansker	BS - Sjekkliste for nyansatt sykepleier GSR – første 12 mnd
VV Logopedtilbudet ved spise- og svelgevansker (dysfagi)	BS-MED-GSR Kompetanse grupper
VV Funksjonsvurdering Fysioterapi	Diverse fagprosedyrer
RS MED Henvise logopedi	Diverse stillings- og funksjonsbeskrivelser
DS-NRH-FYS Kompetanseplan for fysioterapeuter 2019	RS-NÆRLIGGENDE/KOMMUNALREHABILITERING

Vedlegg 3

Tabell 2 Revisjonshandling

Dato	Møte
30. oktober	Innledende møte
25. - 26. november	Journalgjennomgang
10. desember	Journalgjennomgang
3. desember	Intervju
16. desember	Intervju
20. desember	Dialogmøte

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: Oktober 2019 –Januar 2020

Virksomhet: Vestre Viken HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Anders Nordlund (oppdragsleder)
- Liv Lüdemann (internrevisor)
- Ole Morten Rønning (fagrevisor, spesialist i nevrologi)

Rapporten er oversendt til:

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

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

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

Vestre Viken: Handlingsplan «Revisjon av rehabilitering etter hjerneslag»

	Forbedringsområde	Tiltak Hvilke tiltak må iverksettes for å nå målet	Tidsfrist	Ansvarlig
1	Redusere uønsket variasjon i oppfølgingstilbud i klinikkene	<ul style="list-style-type: none"> - De somatiske klinikkene må sikre poliklinisk oppfølging av aktuelle pasienter innen 3 måneder, jfr. nasjonale faglige retningslinjer. Følges opp i ADs oppfølgingsmøter med klinikkene. - Slagnettverket og rehabiliteringsnettverket i Vestre Viken får i oppdrag å utarbeide forslag til en felles «digital slagdag» for Vestre Viken, med mulighet for informasjon og dialog for pasienter og pårørende. Tema også på dialogmøte med kommunene for å se på mulig samarbeid på tvers av nivåene. 	31.12.20 30.06.21	Klinikkdirektører somatiske klinikker Avd.sjef NRH/samhandlingssjef/stab medisin og helsefag
2	Legge til rette for bedre journalføring	<ul style="list-style-type: none"> - RS må sikre at logopeder i tverrfaglig behandlingsteam har tilgang til å dokumentere i DIPS - Utarbeide felles retningslinje for tverrfaglige møter i pasientforløp hjerneslag VV - Slagnettverket utarbeider forslag til mal eller frase for å sikre dokumentasjon av beslutningspunkter i tverrfaglige møter 	31.10.20 31.12.20 31.12.20	Klinikkdirektør Ringerike sykehus Avd.sjef NRH*/stab medisin og helsefag Avd.sjef NRH/stab medisin og helsefag
3	Utvide beslutningsstøtte	<ul style="list-style-type: none"> - Revidere «Retningslinje for bruk av privat rehabilitering i spesialisthelsetjenesten» id 103287 i eHåndbok til å omfatte all spesialisthelsetjenesterehabilitering, ikke bare privat. 	31.10.20	Samhandlingssjef/ Avd.sjef NRH
4	Unngå parallelle henvisninger	<ul style="list-style-type: none"> - Klinikken kartlegger i hvilken utstrekning dette er praksis ved egne slagenheter - Henvisningspraksis settes på agendaen i dialogmøte med kommunene og rehabiliteringsinstitusjonene 	31.12.20 30.06.21	Klinikkdirektører somatiske klinikker Sanhandlingssjef/ Avd.sjef NRH
5	Redusere omfanget av epikrisene. Epikrisene skal i hovedsak begrenses til å omtale medisinske forhold og tverrfaglig oppsummering	<ul style="list-style-type: none"> - Sammenfatninger fra andre faggrupper sendes som vedlegg til epikrise - Gjennomgå og eventuelt revidere frasen for epikrise hjerneslag 	31.10.20 31.12.20	Aktuelle avdelingssjefer Avd.sjef NRH

*NRH = Avdeling for Nevrologi, Revmatologi og reHabilitering

Dato: 24.08.2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Orienteringer

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	47/2020	3 1.08.2020

Forslag til vedtak

Styret for Vestre Viken HF tar de fremlagte sakene til orientering.

Drammen, 24. august 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I saken er det gitt en samlet fremstilling av korte orienteringer om forhold som styret bør kjenne til.

Saksutredning

1. Foreløpig styreprotokoll fra styret i Helse- Sørøst 25. juni
Viser til vedlegg 1
2. Foreløpig styreprotokoll fra styret i Helse- Sørøst 1. juli
Viser til vedlegg 2
3. Hovedarbeidsmiljøutvalget i Vestre Viken HF 20. august 2020
Viser til vedlegg 3
4. Brev om varsel om revisjon «Varsling – system for håndtering av kritikkverdige forhold» og oppdragsplan for revisjonen – vedlegg 4 og 5
5. Brukerutvalget – endelig protokoll fra møte 10. juni 2020
Viser til vedlegg 6 (ettersendes)
6. Brukerutvalget – foreløpig protokoll fra møte 26. august
Viser til vedlegg 7 (ettersendes)
7. Styrets arbeid – oversikt over saker pr august
Viser til vedlegg 8

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar sakene til orientering.

Vedlegg:

1. Foreløpig styreprotokoll fra styret i Helse- Sørøst 25. juni
2. Foreløpig styreprotokoll fra styret i Helse- Sørøst 1. juli
3. Hovedarbeidsmiljøutvalget i Vestre Viken HF 20. august

2020

4. Brev om varsel om revisjon «Varsling – system for håndtering av kritikkverdige forhold»
5. Oppdragsplan for revisjonen
6. Brukerutvalget – endelig protokoll fra møte 10. juni 2020
7. Brukerutvalget – foreløpig protokoll fra møte 26. august
8. Styrets arbeid – oversikt over saker pr august

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato:	25. juni 2020
Tidspunkt:	Kl 0915-1630

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Olaf Qvale Dobloug	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Lasse Sølvberg	
Sigrun E. Vågeng	

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stensdal

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Eierdirektør Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, kommunikasjonsdirektør og Gunn Kristin Sande

Saker som ble behandlet:

055-2020	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 25. juni 2020.

056-2020	Godkjenning av protokoll fra styremøte 12. mai 2020 og B-protokoller til sak 041-2020 og 051-2020
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 12. mai 2020 og B-protokoller for sak 041-2020 Valg av revisor (*unntatt offentlighet iht offentlighetsloven §23 første ledd, jf. §12 litra c*) og sak 051-2020 Vestre Viken HF - nytt hovedkontor med samlokalisering av administrasjonen i Drammen (*unntatt offentlighet iht offentlighetsloven §23 første ledd*) godkjennes.

057-2020	Virksomhetsrapport per april og mai 2020
-----------------	---

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for april og mai 2020.

Kommentarer i møtet

Styret er stolt av innsatsen som er lagt ned fra ansatte og ledere i hele regionen i den krevende perioden vi har lagt bak oss. Mange av de ansatte har hatt lange arbeidsdager, har tatt på seg nye oppgaver og vist en enorm innsats for å komme gjennom en krevende situasjon.

Styret viser til at Sykehuspartner HF har levert gode driftstjenester og nedlagt en særlig stor innsats med nye løsninger gjennom Covid-19-pandemien. Styret ønsker at det gjennomføres en særskilt evaluering av driften i Sykehuspartner HF i denne perioden.

Styret merker seg en positiv utvikling for pakkeforløp. Det må nå gjøres en forsterket innsats for å redusere ventetider. Dette gjelder særlig for barn og unge innen psykisk helsevern.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar virksomhetsrapport per april og mai 2020 til etterretning.

Styret takker de ansatte i regionen for innsatsen i denne krevende perioden.

058-2020	Reviderte krav og oppdrag for 2020 fra Helse- og omsorgsdepartementet
-----------------	--

Oppsummering

I protokoll fra foretaksmøte 10. juni 2020, sak 8 *Reviderte krav og oppdrag for 2020*, har Helse- og omsorgsdepartementet gjort endringer i styringsbudskap for 2020 med bakgrunn i koronapandemien. Som vedlegg til protokollen fra foretaksmøtet følger et eget dokument; *Justert oppdragsdokument for 2020*.

Denne saken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å gjøre styret kjent med nye styringsbudskap fra eier og hvordan administrerende direktør følger opp disse.

Kommentarer i møtet

Styret støttet konklusjonen i saken.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar reviderte styringsbudskap for 2020 slik disse fremgår i *protokoll fra foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 10. juni 2020* og *justert oppdragsdokument for 2020*, til etterretning.
2. De reviderte styringsbudskapene formidles som endringer i Oppdrag og bestilling 2020 til helseforetakene i Helse Sør-Øst i felles foretaksmøte. Endringene oversendes de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst i eget brev.

059-2020	Revidert innspill til statsbudsjettet for 2021
-----------------	---

Oppsummering

Innspill til statsbudsjettet for 2021 ble behandlet i styresak 095-2019. I henhold til styrets protokoll ble innspillet oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 29.11.2019.

Helse- og omsorgsdepartementet har i lys av koronapandemien bedt om at det i juni gis oppdatert vurdering av aktivitetsvekst og kostnadsøkninger for 2021. Helse- og omsorgsdepartementet har i tillegg bedt om oppdatert informasjon innen 5. august.

Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet og estimert kostnadsøkninger for 2021. Helse Midt-Norge RHF har foretatt egne vurderinger og har dermed sendt eget innspill til Helse- og omsorgsdepartementet.

Kommentarer i møtet

Styret ga uttrykk for at det er en fordel at det er godt samarbeid med øvrige regioner. Styret ber om at hensynet til opplæring og kompetanse legges til innspillet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, med en sannsynlig aktivitetsvekst på 1,4 prosentpoeng ut over innspillet vedtatt i styresak 095-2019; *Innspill til statsbudsjett 2021.*
2. Styret slutter seg til vurderingen av økte kostnader i forbindelse med koronapandemien, som tilsier en kostnadsøkning for spesialisthelsetjenesten nasjonalt på i størrelsesorden 8 til 10 milliarder kroner.
3. Styret ber om at revidert innspill til statsbudsjettet for 2021 oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

060-2020	Økonomisk langtidsplan 2021–2024
----------	----------------------------------

Oppsummering

Formålet med økonomisk langtidsplan er å legge til rette for effektiv ressursutnyttelse i foretaksgruppen. Foretaksgruppens økonomiske langtidsplan skal gi en samlet fremstilling av foretaksgruppens økonomiske bæreevne for investeringer. Som en del av dette skal planen vise forventet utvikling i pasientbehandling og medisinskfaglige prioriteringer, samt forventet utvikling i ressursbruk og økonomisk resultat. For de driftsrelaterte delene av planen er hovedvekten lagt på årene 2021–2024, for investeringsdelen går planen lenger fram.

I styresak 017-2020 *Økonomisk langtidsplan 2021–2024 - planforutsetninger*, la styret premisser for helseforetakenes arbeid med sine innspill til foretaksgruppens økonomiske langtidsplan. Saken er utarbeidet på grunnlag av helseforetakenes innspill til økonomiske langtidsplaner. Helseforetakene har styrebehandlet sine økonomiske langtidsplaner basert på inntektsforutsetninger og øvrige krav og føringer gitt av styret i styresak 017-2020.

Økonomisk langtidsplan for 2021–2024 er preget av mer usikkerhet enn tidligere år grunnet koronapandemien. Saken omtaler disse usikkerhetsmomentene.

I sakens vedlegg omtales innspillene fra hvert enkelt helseforetak i regionen og de nasjonale felleseide foretakene nærmere.

Kommentarer i møtet

Styret merket seg at den økonomiske situasjonen i Helse Sør-Øst RHF har bedret seg vesentlig de siste årene. Den økonomiske stillingen i regionen er nå ganske god og gir et godt grunnlag for å finansiere de planlagte investeringene.

Styret viser til at en eventuell sterkere vekst i bemanningen enn lagt til grunn, annet like, vil ha et motstykke i sterkere inntektsvekst.

I oppfølgingen av regional utviklingsplan ønsker styret at Helse Sør-Øst RHF skal understøtte arbeidet i helseforetakene.

Flertallet i styret slutter seg til den fremlagte økonomiske langtidsplanen.

Styrets

V E D T A K

1. Styret forutsetter at helseforetakene i planperioden planlegger og utvikler sin virksomhet i tråd med *Regional utviklingsplan 2035* og at det arbeides målrettet med tiltak innenfor de fem prioriterte satsningsområdene
 - Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
 - Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
 - Redusere uønsket variasjon
 - Mer tid til pasientrettet arbeid
 - Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste.

Styret ber om at Helse Sør-Øst RHF understøtter helseforetakenes arbeid med regional utviklingsplan.

2. Helseforetakenes arbeid med kvalitet i pasientbehandlingen og tilgjengelighet til tjenestene skal gis høy prioritet gjennom hele økonomiplanperioden, herunder skal kravene fra eier i de årlige oppdragsdokumentene ivaretas.
3. Helseforetakenes budsjetter for 2021 og senere år skal oppfylle prioriteringsregelen hvor kravet er høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hver for seg enn innen somatikk.
4. Helseforetakene skal arbeide videre med analyser av bemanningsbehov og nødvendig kompetansetilpasning for å bedre ressursutnyttelsen og gi et best mulig tilbud til pasientene. Utdanningskapasitet og antall praksisplasser skal øke.
5. Styret konstaterer at det i økonomisk langtidsplan er tatt høyde for fullføring av store byggeprosjekter i gjennomføringsfase og økt satsing på regionale IKT-prosjekter. Styret understreker at oppstart av investeringsprosjekter skal fremmes for styrets behandling i henhold til etablert fullmaktsstruktur. Eventuelle ytterligere prioriteringer av investeringsprosjekter i økonomiplanperioden skal være begrunnet i kapasitetsbehov.
6. Helseforetakene må arbeide videre med realistiske og konkrete risikoreduserende tiltak som anses nødvendig for å oppnå tilstrekkelig resultatutvikling slik at

investeringsplanene kan realiseres som forutsatt. Dette innebærer effektivisering i forkant og gevinstrealisering i etterkant av en investering, samt at helseforetakene etablerer organisasjonsutviklingsprosjekter i tilknytning til investeringsprosjektene.

7. I tillegg til de årlige resultatkravene som fastsettes i oppdrag og bestilling for det enkelte helseforetak, skal Helse Sør-Øst RHF ha en særskilt oppfølging av utvikling i driftsresultat før avskrivninger slik at foretaksgruppens gjeldsbetjeningsevne styrkes i tråd med økonomiplanen.
8. Styret tar til etterretning at koronapandemien medfører usikkerhet i helseforetakenes planlegging for budsjett 2021 og dermed for resten av økonomiplanperioden. Endelige krav til aktivitets- og resultatutvikling som fastsettes i de årlige budsjettene vil måtte ta hensyn til dette.
9. Styret godkjenner økonomisk langtidsplan 2021–2024 for Helse Sør-Øst med de presiseringer og forutsetninger som fremgår av vedtaket.

Votering:

Forslaget vedtatt mot en stemme.

Stemmeforklaring fra styremedlem Grimsgaard:

Planen beskriver et vesentlig økt investeringsnivå. I figur 27 framstilles likviditetsutvikling i foretaksgruppen gitt videreføring av historisk bemanningsutvikling. Av figuren fremkommer det at regionen da vil havne under likviditetsgrensen i løpet av 2023. Dette medlemmet mener at det er sannsynlig at historisk bemanningsutvikling vil videreføres i perioden, og at det er sannsynlig at regionen ikke vil være i stand til å igangsette de prioriterte investeringsprosjektene som forutsatt, herunder Mjøssykehuset. Dette medlemmet mener at det samlede investeringsnivået i planen er for høyt, og at det bør gjøres en gjennomgang og prioritering av de fremlagte investeringsprosjektene slik at det samlede investeringsnivået blir lavere, og mulig å håndtere for sykehusene.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Brubakk og Sølvberg:

Styremedlemmene Brubakk og Sølvberg viser til drøftingsprotokoll med de konserntillitsvalgte i denne saken og ba om at protokollen siteres:

«Tillitsvalgte er bekymret for risiko beskrevet i foretakenes økonomiske langtidsplaner, og akkumulert risiko i utkastet til regional plan.

Det fremkommer av planen at investeringer i bygg, utstyr og IKT løsninger vil øke betydelig i de kommende årene, til et nivå som er mer enn dobbelt av dagens nivå. Forventet vekst i pasientbehandlingen uten tilsvarende økt bemanning er lagt som forutsetning for at regionen ikke skal havne under likviditetsgrensen. I foretakenes innspill fremkommer det at situasjonen i flere foretak allerede er anstrengt. Dette samsvarer med tilbakemeldinger konserntillitsvalgte mottar fra mange foretak; det rapporteres om betydelig slitasje på ansatte, og en opplevelse av manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser.

Situasjonen må ses opp mot at sektoren og det regionale helseforetaket har vært gjennom en lang periode med effektivisering, og at en rekke krav fra eier bidrar til økte kostnader. Etter tillitsvalgtes vurdering er de samlede rammene i sektoren trolig ikke tilstrekkelige til å nå alle de politiske målsetningene som oppstilles dersom man også skal kunne iverksette store investeringer i nybygg. Analysene i fremlegget avdekker betydelig finansiell risiko ved gjennomføring av foretaksgruppen prioriterte investeringsprosjekt omtalt i saken

I punkt 1 i vedtaksforslaget beskrives de fem prioriterte satsningsområdene i regional utviklingsplan. Arbeidet med å identifisere, konkretisere og implementere tiltak som kan bidra til mer hensiktsmessige og effektive arbeidsprosesser har etter KTVs syn ikke kommet langt, og det er ikke sannsynlig at vi kan vente

vesentlig effekt på flere områder i planperioden. På de fleste områder er det sannsynlig at ressursinnsatsen i pasientbehandlingen vil være om lag like stor de nærmeste årene.

Grunnet fravær av konkrete strategier for å effektivisere oppgaveløsning i sykehusene anser tillitsvalgte vurderer at det er sannsynlig at flere av foretakene ikke vil nå resultatene som legges til i saksfremlegget. Det bør gjøres en kritisk gjennomgang av hvilke tiltak som bør prioriteres ved et redusert resultat og svekket bæreevne. Dette gjelder også for planlagte byggeprosjekt. Videre bør kostnader til nye tiltak konkretiseres. Det må sikres tilstrekkelig kapasitet til å ivareta pasientbehandling, forskning og utdanning. Ved resultatsvikt og redusert handlingsrom bør prioritering av tiltak avgjøres i dialog med eier.»

061-2020	Tertialrapport 1. tertial 2020 for regionale byggeprosjekter
-----------------	---

Oppsummering

Styresaken har som formål å redegjøre for status per 1. tertial 2020 for de regionale byggeprosjektene i Helse Sør-Øst.

I saken inngår en kort beskrivelse av prosjektene og en vurdering av situasjonen med særlig oppmerksomhet på risikoområder og eventuelle avvik.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per første tertial 2020 for regionale byggeprosjekter til etterretning.

062-2020	Akershus universitetssykehus HF – hovedprogram og hovedalternativ for samling av sykehusbasert psykisk helsevern
-----------------	---

Oppsummering

Styret skal i tråd med gjeldende fullmaksstruktur for byggeinvesteringer (styresak 073-2019), godkjenne hovedprogram og hovedalternativ etter steg 1 av konseptfasen for alle prosjekter over 50 millioner kroner.

Styret ba i sak 054-2018 *Akershus universitetssykehus HF – prosjekt for samling av psykisk helsevern på Nordbyhagen, videreføring til konseptfase*, om en orientering om arbeidet etter at steg 1 i konseptfasen er fullført.

Denne styresaken gjør rede for arbeidet med steg 1 av konseptfasen for samling av sykehusbasert psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF og anbefaler valg av hovedalternativ og hovedprogram. Hovedprogrammet omhandler virksomhetsinnhold, grunnlag for dimensjonering, økonomiske beregninger og overordnede krav til bygg, teknikk, uteområder og infrastruktur.

Kommentarer i møtet

Styret støttet det fremlagte forslaget til vedtak. Styret viste til at det må etableres en dialog mellom Helse Sør-Øst RHF, Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF vedrørende pris for de plassene innen psykisk helsevern som Akershus universitetssykehus HF kjøper fra Oslo universitetssykehus HF.

Styret understreker at det skal fremlegges en plan for hvordan kapasitetsbehovet i mellomperioden skal dekkes og at planen drøfter muligheten for å skalere opp kapasiteten for eventuell senere utvidelse.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Akershus universitetssykehus HF har i sak 36/20 behandlet hovedprogram og hovedalternativ for samling av sykehusbasert psykisk helsevern og anbefalt hovedprogram steg 1 og hovedalternativ 1, samling på Nordbyhagen. Styret godkjenner på denne bakgrunn hovedprogram steg 1 for samling av sykehusbasert psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus HF, datert 30. januar 2020. Videre godkjenner styret at hovedalternativ 1, samling av sykehusbasert psykisk helsevern på Nordbyhagen, bearbeides videre i steg 2 av konseptfasen.
2. Styret tar til etterretning at beregnet kostnadsramme overstiger tidligere estimerer og forutsetter at prosjektet i samarbeid med Akershus universitetssykehus HF arbeider videre med kostnadstilpasning og prioritering. Endelig styringsramme fastsettes ved godkjenning av konseptfasen.
3. Styret ber om at det utarbeides en plan for hvordan kapasitetsbehovet i perioden mellom ferdigstilling av prosjektet og overføring av spesialisthelsetjenestansvaret for bydelene Alna, Grorud og Stovner til Oslo universitetssykehus HF, kan dekkes. Planen fremlegges for styret ved behandling av steg 2 av konseptfasen.

Protokolltilførsel fra medlemmene Brubakk, Grimsgaard og Sølvberg.

Det vises til konserntillitsvalgtes innspill i drøfting av saken.

063-2020	Oslo universitetssykehus HF - oppstart forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet
----------	---

Oppsummering

Denne saken er en oppfølging av styresak 050-2019; *Oslo universitetssykehus HF – oppfølging av konseptfase Aker og Gaustad.*

Styret orienteres om arbeidet som er gjort etter styrets vedtak i sak 050-2019 og styrebehandling i Oslo universitetssykehus HF (sak 55/2020). Det bes om at styret godkjenner at forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet ved Oslo universitetssykehus HF kan starte 1. november 2020 og at forberedende aktiviteter kan starte medio august.

Det gjennomføres utredninger og organisasjonsutvikling i Oslo universitetssykehus HF som blir vesentlige premisser for forprosjektet. Rapportene fra dette arbeidet vil forelegges styret i forbindelse med oppstart av forprosjektet. Det samme gjelder andre forberedende aktiviteter, hvor resultatet av arbeidet legges frem for styret før oppstart av forprosjekt.

Styret bes også om å etablere samlet økonomisk styringsmål for prosjektet.

Administrerende direktør presiserte i sin innledning at forslag til vedtakspunkt 1 skal være at styret godkjenner en *plan for* oppstart av forprosjekt.

Kommentarer i møtet

Flertallet i styret støtter forslaget til vedtak med de justeringer som ble foreslått av administrerende direktør i møtet. I tillegg endres siste setning i vedtakets punkt 3 slik at det forutsettes at det arbeidet som nå gjennomføres i forberedelsesfasen legges frem som sak til styret i Helse Sør-Øst RHF.

Styret understreker behovet for at det skapes tillitvekkende prosesser i det videre arbeidet og at det er et godt samarbeid med ansatte og tillitsvalgte.

Styrets

V E D T A K

1. Styret viser til vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF i sak 55/2020 og godkjenner plan for oppstart av forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Forberedende aktiviteter kan starte medio august slik at oppstart av forprosjektet kan skje 1. november 2020.
2. Styret tar til etterretning at dialogfasen med Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune angående reguleringsplanforslag for Nye Aker og Nye Rikshospitalet vil bli utvidet.
3. Styret ber om at følgende arbeid inngår i forberedende aktiviteter før oppstart av forprosjekt:
 - Konkretisering av løsning for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Nye Aker, som følge av samlet overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for bydelene Alna, Grorud og Stovner i etappe 1
 - Konkretisering av løsninger for trykktank og høysmitteisolater
 - Videre arbeid med reguleringsplanforslaget for Nye Aker og Nye Rikshospitalet
 - Utredning av trinnvis utbygging hvor bygningsmassen tas i bruk stegvis

Styret ber om at det legges frem en sak om dette arbeidet ved oppstart av forprosjekt.

4. Styret konstaterer at følgende arbeid pågår i regi av Oslo universitetssykehus HF:
 - Utarbeidelse av rapport som konkretiserer hvordan akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet, inkludert traumevirksomhet, planlegges organisert i Nye Aker og Nye Rikshospitalet

- Utarbeidelse av rapport med erfaringer fra Covid-19-pandemien som del av samlet konsept for smittevern ved Oslo universitetssykehus HF
- Organisasjonsutviklingsprosjekt – Nye Oslo universitetssykehus

På bakgrunn av anmodning fra Oslo universitetssykehus HF godkjenner styret at frist for levering av arbeidet angående akuttmedisinsk og akuttkirurgisk organisering settes til 1. november. Videre ber styret om at Oslo universitetssykehus HF leverer rapport med erfaringer fra Covid-19-pandemien og en plan for organisasjonsutviklingsprosjektet ved helseforetaket til samme frist. Leveransene fra Oslo universitetssykehus HF skal fremlegges styret i forbindelse med oppstart av forprosjekt.

5. Styret fastsetter et samlet økonomisk styringsmål for prosjektet på 32 022 millioner kroner (P50, prisnivå januar 2018), eksklusive kostnader til tomteerverv. Rammen inkluderer universitetsarealer på 1 715 millioner kroner og en øvre ramme for ikke-byggnær IKT. Kostnadsramme, inklusive kostnader til tomteerverv, opprettholdes lik 38 373 millioner kroner (P85, prisnivå januar 2018) i tråd med grunnlaget for godkjent lånesøknad.
6. Styret ber Oslo universitetssykehus HF om å avsette nødvendige ressurser i forprosjektet til medvirkning og forankring, videreutvikling av driftskonsepter og tilhørende bemanningsplanlegging i det videre arbeidet med blant annet gevinstrealiseringsplaner.
7. På bakgrunn av prosjektets størrelse og kompleksitet ber styret om at forprosjektet underlegges ekstern kvalitetssikring etter modell av kvalitetssikringen i konseptfasen.
8. Styret ber administrerende direktør utarbeide mandat for forprosjektet i tråd med de føringer som fremgår av denne styresaken, og fremme mandatet for styret sammen med forslag til et prosjektstyre for Nye Aker og Nye Rikshospitalet før oppstart av forprosjektet.
9. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå kontrakt for prosjekteringstjenester for Nye Aker og Nye Rikshospitalet.
10. Styret ber om at det fremmes egen sak om erverv av tomt.

Votering:

Forslaget ble vedtatt mot to stemmer.

Stemmeforklaringer fra styremedlemmene Sølvsberg og Grimsgaard:

Det vises til drøftingsinnspill fra Akademikerne og LO i saken. Regulerings-saken er ikke avklart. En rekke andre sentrale forhold er også stadig uavklart og det foreligger ennå ikke virksomhetsplan som beskriver driftsmodeller og detaljerte gevinster knyttet til disse. Prosjektet størrelse tilsier at hele foretaksgruppen vil rammes hvis gevinstene ikke lar seg realisere. Samlet sett fremstår det ikke forsvarlig å signalisere oppstart av forprosjekt og å starte kontrahering nå.

Protokolltilførsel fra styremedlem Brubakk:

Styremedlem Brubakk viser til drøftingsprotokoll i denne saken fra Unio, YS og SAN og fremmer dette som protokolltilførsel.

064-2020	Evaluering av nytt østfoldsykehus Kalnes
-----------------	---

Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Østfold HF har gjennomført en evaluering av nytt østfoldsykehus Kalnes. Hensikten med evalueringen har vært å innhente erfaringer fra de tre første driftsårene ved det nye sykehuset, for å bruke kunnskapen i fremtidige planleggings- og byggeprosjekter.

Saken gir en orientering om vedlagte sluttrapport for evaluering av nytt østfoldsykehus Kalnes.

Kommentarer i møtet

Styret slutter seg til vedtakspunkt 1 og 2. I vedtakspunkt 3 presiseres det at styret tar rapporten til *foreløpig* orientering.

Styret ber om at det avholdes eget styreseminar om evalueringen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret vil fremheve at evaluering av sykehusprosjekter er nødvendig for å bidra til kunnskapsbasert og fremtidsrettet utvikling av sykehus. Evalueringen av nytt østfoldsykehus Kalnes har gitt Helse Sør-Øst ny kunnskap som skal brukes i pågående og kommende regionale byggeprosjekter.
2. Styret tar til etterretning at Sykehuset Østfold HF arbeider med en plan for å styrke kapasiteten ved helseforetaket.
3. Styret tar sluttrapporten fra evalueringsprosjektet til foreløpig orientering.

065-2020	Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje per første tertial 2020
-----------------	---

Oppsummering

Saken omfatter de styrevedtatte prosjektene i den regionale IKT-prosjektporteføljen. Det rapporteres på fremdrift, økonomi, kvalitet og risiko for hvert prosjekt. Rapporteringen per prosjekt avsluttes når den aktuelle IKT-løsningen er innført ved de helseforetak som omfattes av prosjektet.

Kommentarer i møtet

Styret støtter konklusjonen i saken.

Styret kommenterte at det synes å være en del sterke avhengigheter mellom ressursallokering til og fremdrift i prosjekter i Sykehuspartner HF og prosjekter i den regionale porteføljen, og at det er viktig å være klar over disse i porteføljestyringen. Ellers viste styret til at det er flere relevante observasjoner i kommentarene fra ekstern kvalitetssikrer (EY) som styret vil komme tilbake til.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per første tertial 2020 for gjennomføringen av de styregodkjente prosjektene i regional IKT-prosjektportefølje til etterretning.

066-2020	Helseforetakstilknytning for Holmestrand kommune
-----------------	---

Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for å vurdere eventuelle justeringer av helseforetakenes opptaksområder.

Som følge av kommune- og regionreformen ble Sande og Holmestrand kommuner slått sammen til nye Holmestrand kommune fra 1.1.2020. Befolkningen i Sande kommune har vært en del av opptaksområdet til Vestre Viken HF, mens befolkningen i Holmestrand kommune har vært en del av opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold HF.

Den nye kommunen har i 2020 en delt løsning med tilhørighet til to helseforetak i påvente av en avklaring av helseforetakstilhørighet fra 2021.

Saken presenterer rapporten «Helseforetakstilhørighet for nye Holmestrand kommune» som er sendt på høring, mottatte høringssvar og forslag til løsning.

Kommentarer i møtet

Styret støtter forslaget til konklusjon i saken. I vedtakspunkt 4 presiseres det at det gjennomføres en *underveisevaluering* av den delte løsningen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til at Holmestrand kommune kan ha delt helseforetakstilknytning, hvor befolkningen i tidligere Sande kommune og Holmestrand kommune har helseforetakstilknytning til henholdsvis Vestre Viken HF og Sykehuset i Vestfold HF.
2. Vestre Viken HF og Sykehuset i Vestfold HF bes etablere avtaler med Holmestrand kommune om roller, oppgaver og samhandling mellom helseforetak og kommune.

3. Løsningen med at akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) Vestfold Telemark håndterer nødmelde- og kommunikasjonstjeneste for Holmestrand kommune gjøres permanent.
4. Styret slutter seg til at det gjennomføres en underveisevaluering.

067-2020	Supplering og utvidelse av styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst og oppnevning av styret i PKH
-----------------	---

Oppsummering

I henhold til helseforetakslovens §9 er det styret i det regionale helseforetaket som oppnevner styrer i helseforetakene. Det er flere hensyn som skal balanseres når styrene i helseforetak skal sammensettes. Helseforetakslovens §21 og 23 legger føringer for sammensetningen av styrene. Innenfor rammene skal det regionale helseforetaket sørge for en styresammensetning som balanserer hensynet til kompetanse, geografi, alder og kjønnsammensetning. Videre har det regionale helseforetaket ansvar for at helseforetakenes styrer har en sammensetning som er tilpasset helseforetakets utfordringer og behov.

Styret i Helse Sør-Øst RHF oppnevnte 5. februar 2020 nye styrer i helseforetakene i Helse Sør-Øst for perioden 2020-2022, jf. styresak 005-2020. Fordi sammensetning av styrene for Sørlandet sykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF ikke ble slutført, er det behov for å supplere disse styrene med ett styremedlem hver. Det er også behov for å oppnevne nytt styre for Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH).

I styresak 023-2020 ble det vedtatt å utvide styrene i helseforetakene med to eieroppnevnte styremedlemmer og et styremedlem valgt av og blant de ansatte. I denne saken presenteres forslag til kriterier for sammensetning av styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst og plan for utvidelse av styrene.

Kommentarer i møtet

Styret viste til at det ved utvidelse av styrene må vurderes kompetanse innen virksomhetsstyring.

Det ble minnet om at det må gis informasjon til valgstyrene i helseforetakene om prosessen med utvidelse av styrene i helseforetakene med en ansattvalgt representant.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Prosessen med utvidelse av styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst med to eieroppnevnte styremedlemmer slutføres. Kriterier for kompetanse i styrene legges til grunn. Styret ber valgkomitéen fremme forslag til nye eieroppnevnte styremedlemmer.

2. Følgende oppnevnes som eieroppnevnte styremedlemmer i:
 - Sørlandet sykehus HF: Elisabeth Farbu
 - Sykehuset i Vestfold HF: Guro Winsvold
 Oppnevningen bekreftes i foretaksmøte

3. Følgende oppnevnes til styret for Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH):

Styreleder	Representerer
Nils Fredrik Wisløff	Helse Sør-Øst RHF
Nestleder	
Ida Espolin Johnson	Advokat, uavhengig styremedlem
Styremedlemmer	
Anne Thea Hval	Sykehuspartner HF
Åsulv Solstad	Akershus universitetssykehus HF
Morten Reymert	Oslo universitetssykehus HF
Mette Lise Lindblad	Vestre Viken HF
Eieroppnevnte varamedlemmer	
Ørjan Angel Sandvik	Oslo universitetssykehus HF
Jørn A Limi	Akershus universitetssykehus HF
Hilde Westlie	Sunnaas sykehus HF
Styremedlemmer fra hovedorganisasjonene	
<i>Aasmund Bredeli</i>	
<i>Mette Vilhelmsbaugen</i>	
<i>Svein Overland</i>	

068-2020	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

069-2020	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterte om møter han har deltatt i siden sist styremøte
2. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 29. mai 2020
3. Foreløpig protokoll fra møte i brukerutvalget 26. mai 2020
4. Uttalelse fra Stor-Elvdal kommune om målbildet for Sykehuset Innlandet og akuttsykehus i Elverum
5. Brev fra Gjøvik kommune med samfunnsanalyse av lokalisering av akuttsykehus i Innlandet
6. Brev fra Lillehammer Næringsforening om lokalisering innlandssykehus
7. Tilsvar Oslo kommune
8. Brev til Oslo kommune
9. Brev fra hovedverneombud Morten Grønlie ved Akershus universitetssykehus HF
10. Brev fra Næringslaget Invekst Gjøvik Toten
11. Brev fra Are Saastad, Stiftelsen Gaustadklubbens fond
12. Brev fra Redd Ullevål Sykehus
13. Brev fra Nicholas Wilkinson, Stortingsrepresentant, SV Akershus
14. Brev fra Oslo legeforening
15. Brev fra Oslo bystyre
16. Protokoll datert 24. juni 2020 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte

Møtet hevet kl 15:45

Hamar, 25. juni 2020

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Olaf Qvale Dobloug

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Skype/telefon
Dato: Onsdag 1. juli 2020
Tidspunkt: Kl 1500 – 1800

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Olaf Qvale Dobloug	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Lasse Sølvberg	
Sigrun E. Vågeng	

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stensdal

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Eierdirektør Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, enhetsleder IKT-prosjektportefølje Eli Stokke Rondeel og finansdirektør Line Alfarrustad

Saker som ble behandlet:

070-2020	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjente innkalling og sakliste til styremøte 1. juli 2020.

Sak 076-2020 utsettes.

071-2020	Godkjenning av protokoll fra styremøte 25. juni 2020
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 25. juni 2020 ble godkjent, med de endringer som ble gjort i kommentarene til sak 062-2020.

072-2020	Status og rapportering første tertial 2020 for programmene STIM og ISOP, Sykehuspartner HF
-----------------	---

Oppsummering

Saken omhandler status og rapport per første tertial 2020 for programmene STIM (standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering) og ISOP (tilgangsstyring, informasjonssikkerhet og personvern) som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF. Rapporten ble behandlet i styret i Sykehuspartner HF den 17. juni 2020, jf. styresak 040-2020 i Sykehuspartner HF. Virksomhetsrapporten omfatter status for programmene per 30. april 2020, inkludert status for oppnådde milepæler, planer, økonomi og risiko. Videre beskriver Sykehuspartner HF iverksatte og planlagte tiltak for å håndtere utfordringer i programmene, med vekt på programmet STIM.

Denne styresaken legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF for å holde styret orientert om status og fremdrift i programmene STIM og ISOP. Saken omtaler også de tiltak som Sykehuspartner HF arbeider med for å nå målene med programmene STIM og ISOP.

Kommentarer i møtet

Styret er kritisk til styringen av flere av programmene, herunder planlegging, fremdrift og økonomi. Det skal gis tidlig varsel om utfordringer i prosjektene. Budsjetter kan endres, men ikke overskrides.

Styret viser til viktigheten av at den informasjonen som fremlegges fra prosjektene er dekkende og fullstendig. Her har også konsernrevisjonen en viktig rolle. Revisjonen må settes opp med tilstrekkelig kompetanse og følge prosjektene nøye.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar status og rapportering per første tertial 2020 for programmene STIM og ISOP som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, til orientering.

Styret ber revisjonsutvalget se nærmere på oppdraget til konsernrevisjonen og tilgjengelige ressurser for følgerevisjonen, slik at det tilrettelegges for en dypere og løpende oppfølging fra revisjonens side. Revisjonsutvalget bes komme tilbake til styret i august med en sak som beskriver oppdraget nærmere, inkludert en avklaring av ressursbehovet.

073-2020	Sykehuspartner HF – behov for økt kostnadsramme for prosjektet Windows 10
-----------------	--

Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF ga finansieringsfullmakt til Sykehuspartner HF for oppgradering til Microsoft Windows 10 med en anslått kostnadsramme på 190 millioner kroner ved behandling av styresak 063-2018. Kostnadsrammen var beheftet med usikkerhet, noe som var omtalt i saken.

Gjennom høsten 2019 og vinteren 2020 har Sykehuspartner HF gjennomført analyser av gjenstående omfang. Dette arbeidet har resultert i oppdatert gjennomføringsplan med tilhørende økt behov for finansiering. Denne saken omhandler dette økte behovet for finansiering hvor det foreslås en ramme frem til og med oktober 2020 med tilhørende fremdrift. Videre bes det om en plan fra Sykehuspartner HF for oppgradering av alle Windows 7-klientene, herunder hvordan applikasjoner som ikke er Windows 10-kompatible skal håndteres og hvordan prosess for sanering og standardisering av applikasjoner skal gjennomføres. Dette er nødvendig for å ivareta informasjonssikkerheten i foretaksgruppen.

Kommentarer i møtet

Styret gir sin tilslutning til forslag til vedtak. Det legges til grunn at videre planer må omfatte det samlede antallet klienter slik at informasjonssikkerheten ivaretas. Det vises ellers til merknadene fra styret i sak 072-2020.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret understreker viktigheten av at Sykehuspartner HF oppgraderer foretaksgruppens klienter fra Windows 7 til Windows 10. Dette er nødvendig for å ivareta informasjonssikkerheten i foretaksgruppen.
2. Styret har merket seg at Sykehuspartner HF har en plan for oppgradering til Windows 10 for 50 000 klienter av totalt 68 000 klienter. Sykehuspartner HF må komme tilbake med en plan for resterende 18 000 klienter innen oktober 2020. Planen skal være risikobasert og beskrive hvordan gjennomføring av tiltakene er basert på kost/nytte-vurderinger. Videre må Sykehuspartner HF beskrive hvordan applikasjoner som ikke er Windows 10-kompatible skal håndteres og hvordan prosessen for sanering og standardisering av applikasjoner skal gjennomføres.
3. Styret konstaterer at opprinnelig kostnadsramme på 190 millioner kroner er overskredet og ber om at det blir lagt frem styresak i oktober 2020 for behandling av ny kostnadsramme. Styret godkjenner at prosjektet videreføres ut oktober 2020 innenfor en samlet kostnadsramme på 303 millioner kroner. Det skal da være oppgradert minst 18 100 klienter, hvilket er i henhold til fremdriftsplan gitt i Sykehuspartner HF styresak 043-2020.
4. Likviditetsbehovet for 2020 forutsettes finansiert innenfor Sykehuspartner HF's budsjett for 2020.

074-2020	Avtale mellom Norsk Helsenett SF og Sykehuspartner HF om kryptert stamnett
----------	--

Oppsummering

Denne saken omhandler modernisering av IKT-nettverket mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst til erstatning for dagens nettverkløsning for dette området (WAN; wide area network). Sykehuspartner HF er pålagt av Datatilsynet å etablere kryptering i kommunikasjonen mellom databehandlingsansvarlig og datasenter for helseforetakene i Helse Sør-Øst. Etablering av et kryptert og modernisert stamnett vil gi en robust, skalerbar og fleksibel infrastruktur som er i stand til å møte helseforetakenes behov for nye løsninger og tjenester over tid.

Norsk Helsenett SF er gitt i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å levere og videreutvikle en nasjonal IKT-infrastruktur for samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Dette mandatet omfatter et nasjonalt sambandsnett, stamnett for elektronisk samhandling og informasjonsutveksling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren i Norge. Norsk Helsenett SF har alt etablert stamnett for de tre øvrige helseregionene i Norge. Saken omhandler avtale med Norsk Helsenett HF om etablering av kryptert stamnett i Helse Sør-Øst og tilhørende prosjekt i regi av Sykehuspartner HF.

Kommentarer i møtet

Styret gir sin tilslutning til forslag til vedtak. Styret ber om at det snarlig tas kontakt med Datatilsynet for dialog om avbøtende tiltak og de fristene som er satt.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner at Sykehuspartner HF inngår en avtale med Norsk Helsenett SF om tjenestekjøp av et modernisert stamnett med kryptert kommunikasjon. Avtalen har en varighet på syv år og har en estimert verdi på 323 millioner kroner eksklusive mva.
2. Styret godkjenner etablering av et prosjekt i Sykehuspartner HF for innføring av kryptert stamnett, med en styringsramme (P50) på 43 millioner kroner og kostnadsramme (P85) på 49 millioner kroner inklusive mva.
3. Styret ber om en plan fra Sykehuspartner HF for hvordan Datatilsynets pålegg om kryptert datakommunikasjon skal svares ut.
4. Styret ber om å bli holdt orientert om fremdriften i prosjektet som del av løpende rapportering om programmet STIM i regi av Sykehuspartner HF.

075-2020	Anskaffelse av nasjonal IKT-løsning for AMK
-----------------	--

Saken er unntatt offentlighet jf. Offl. §23, 3. ledd Saken ble handlet i lukket møte jf helseforetakslovens § 26 a, annet ledd.

Oppsummering

Saken omhandler anskaffelse av nasjonal IKT-løsning for akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK) og kartløsning/geografisk informasjonssystem (GIS). Avtalene er forhandlet frem i regi av Helse Vest RHF på vegne av de fire helseregionene. De regionale helseforetakene fikk i 2015 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjøre en felles anskaffelse av ny AMK-løsning, og Nasjonal IKT HF ble bedt om å bistå regionene i dette arbeidet. Styret i Nasjonal IKT HF avsluttet anskaffelsesprosessen i 2017 som følge av omfang og kompleksitet. I 2018 ble de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene enige om oppstart av en ny anskaffelsesprosess i regi av Helse Vest RHF. Anskaffelsen er gjennomført slik at Helse Sør-Øst RHF har opsjon på å tiltre avtalene.

Denne saken redegjør for resultatet av anskaffelseskonkurransen, og fremlegger resultatet for styrene i de regionale helseforetakene før signering av kontrakter.

Kommentarer i møtet

Styret ber om rapportering underveis i innføringen, i tråd med praksis for øvrige IKT-prosjekter.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå nasjonal avtale om IKT-løsning for akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK) og kartløsning/geografisk informasjonssystem (GIS).
2. Styret godkjenner innføring av IKT-løsning for AMK og GIS-løsning i Helse Sør-Øst med en styringsramme (P50) på 184 millioner kroner og kostnadsramme (P85) på 243 millioner kroner.

076-2020	Interregional utredning av organisering av pasientreiseområdet
-----------------	---

Saken ble utsatt.

077-2020	Oslo universitetssykehus HF – Nye Aker sykehus, erverv av Trondheimsveien 235, gnr. 85, bnr. 283 i Oslo kommune
-----------------	--

Saken er unntatt offentlighet, offl. § 23 og ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26 a, annet ledd.

Oppsummering

Saken gjelder forespørsel fra Oslo universitetssykehus HF om fullmakt til kjøp av eiendommen Trondheimsveien 235, gnr. 85, bnr. 283 i Oslo kommune for Nye Aker. Kjøpet inngår i en helhet av tomteerverv for Nye Aker og saken fremmes derfor for styret. Sak om øvrig tomteerverv for Nye Aker vil bli fremmet i egen sak for styret.

Forhandlinger om kjøp av eiendommen har pågått siden 2016. Statsbyggs retningslinjer for salg av eiendom innebærer at Statsbygg skal selge eiendommer som ikke lenger skal brukes av statlige leietakere og at oppdatert takstverdi skal legges til grunn. Taksten som ligger til grunn for fremforhandlet kjøpesum er fra 2017, og Statsbygg har meddelt at tilbudet står ved lag til 1. juli 2020. Kjøp på et senere tidspunkt vil innebære at Statsbygg legger ny takst til grunn for salgssum.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å inngå kjøpekontrakt med Statsbygg for eiendommen Trondheimsveien 235, gnr. 85, bnr. 283 i Oslo kommune.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Sølvberg Grimsgaard:

Disse styremedlemmene vil bemerke at det er betydelig usikkerhet knyttet til reguleringssaken, og at administrasjonen derfor ikke bør foreta disposisjoner eller gå til anskaffelser som innebærer betydelige økonomiske utlegg eller forpliktelser som det kan være risiko at ikke kan komme til nytte.

078-2020	Revidert nasjonalbudsjett 2020 - økonomiske konsekvenser av Covid-19
----------	--

Oppsummering

Koronapandemien har gitt vesentlige negative økonomiske effekter for helseforetak og sykehus. Vridning av pasientbehandlingen, beredskapssituasjon og forsterkede krav til smittevern har medført vesentlige inntektsbortfall og økte kostnader, samt utløst behov for investeringer. Redusert elektiv aktivitet som følge av beredskapssituasjon med omdisponering av personell og arealer er hovedårsakene til inntektsbortfallet, men man ser også et lavere antall nyhenvisninger og at færre pasienter møter til planlagt time.

I denne saken forslår administrerende direktør fordeling av Stortingets bevilgninger i forbindelse med koronapandemien. I tillegg gis en kort orientering om konsekvenser for resultat og investeringer per utgangen av mai måned.

Kommentarer i møtet

Styret gir sin tilslutning til forslag til vedtak.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret viser til at bevilgninger gjennom Prop 117 S (2019-2020) og Prop. 127 S (2019-2020) setter helseregionen i stand til å håndtere økonomiske effekter av koronapandemien så langt. Videre tilrettelegger bevilgningene for opptrapping av pasientbehandlingen.
2. Styret viser til at regjeringen vil kompensere for tapte aktivitetsbaserte inntekter til og med mai måned. Styret forutsetter at dette omfatter samlet budsjettavvik for alle aktivitetsbaserte inntekter, dvs. ISF- og HELFO-refusjoner, som tildeles fra staten. Til sammen utgjør dette ca. 1 350 millioner kroner per mai måned. Helseforetak/sykehus kan inntektsføre sin andel per mai måned. Styret tar til etterretning at det er usikkerhet forbundet med nivået på kompensasjonen for tapte aktivitetsbaserte inntekter, og at eventuelle avvik vil måtte sees i sammenheng med økt basisbevilgning.
3. Styret slutter seg til at det foreløpig tildeles 1 165 millioner kroner av økt basisbevilgning til helseforetak/sykehus. Av denne tildelingen fordeles 800 millioner kroner gjennom den regionale inntektsmodellen, for opptrapping av aktivitetsnivået og til dekning av nødvendige investeringer. Videre kompenseres helseforetak/sykehus for bortfall av aktivitetsbaserte inntekter ut over ISF- og HELFO-refusjoner med til sammen 365 millioner kroner. Midlene tildeles helseforetak/sykehus basert på rapportert inntektstap. Gjenværende del av økt basisbevilgning holdes tilbake i det regionale

helseforetaket inntil videre og for nærmere vurdering av de totale økonomiske konsekvenser for 2020.

4. Styret legger til grunn følgende fordeling av bevilgningen på 270 millioner kroner i henhold til Prop. 127 S (2019-2020) til oppgradering av sykehusbygg og tilrettelegging for medisinsk teknologi og digitale løsninger i sykehus:

- Sørlandet sykehus HF, utskiftning av avløpsnett og ventilasjonsanlegg Arendal, Flekkefjord og Kristiansand; 45 millioner kroner
- Sykehuset Østfold HF, Fredrikstadklinikken; 35 millioner kroner
- Vestre Viken HF, oppgradering Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus; 50 millioner kroner
- Sykehuset Telemark HF, ombygging akuttmottak/felles oppvåkningsenhet Notodden; 12 millioner kroner
- Sykehuset Innlandet HF, vedlikeholdsprosjekter og bygnær IKT ved Lillehammer, Reinsvoll, Hamar og Elverum; 53 millioner kroner

Resterende 75 millioner kroner fordeles helseforetakene med pasientbehandling til investeringer i sykehusbygg, medisinsk teknologi og/eller digitale løsninger i sykehus.

Styret ber administrerende direktør følge opp at bruken av disse midlene er i tråd med føringene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

5. Styret ber om å bli orientert om den økonomiske utviklingen som følge av koronapandemien.

079-2020	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

080-2020	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Brukerutvalgets observatører viste til punkt om rehabilitering av covid-19 pasienter. Dette opplegget bør kunne spres til øvrige regioner.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Møtet hevet kl 17:30

Oslo, 1. juli 2020

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Olaf Qvale Dobloug

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato: Torsdag 20. august 2020
Tidspunkt: Kl 0915 – 1430

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder		
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder		
Kirsten Brubakk			
Olaf Qvale Dobloug			
Christian Grimsgaard	Forfall		Varamedlem Irene Kronkvist
Bushra Ishaq			
Vibeke Limi			
Einar Lunde			
Lasse Sølvberg			
Sigrun E. Vågang			

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stendal

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Eierdirektør Tore Robertsen
Økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø, konserndirektør Atle Brynestad

Saker som ble behandlet:

081-2020	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Administrerende direktør trakk sak 085-2020 *Oppdatering av rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst* fra sakslisten. Saken blir behandlet på et senere møte.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjente innkalling og sakliste til styremøte 20. august 2020.

082-2020	Godkjenning av protokoll fra styremøte 1. juli 2020
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 1. juli 2020 godkjennes.

083-2020	Virksomhetsrapport per juni og juli 2020
-----------------	---

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for juni og juli 2020.

Kommentarer i møtet

Styret ser positivt på hvordan det regionale helseforetaket har håndtert koronapandemien og hvordan helseforetakene/sykehusene har håndtert driften i denne krevende perioden. Styret viste særlig til utviklingen innen pakkeforløp for kreft som er positiv. Det ble også pekt på at økonomien er mindre krevende enn tidligere antatt.

Styret uttrykte bekymring for færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten og ba administrasjonen ha oppmerksomhet rundt dette. Det samme gjelder aktiviteten innen psykisk helsevern.

Styret ber om å få en egen temasak om personalpolitikk og ledelse til diskusjon i styret.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport per juni og juli 2020 til etterretning.

084-2020	Virksomhetsrapport for første tertial 2020
-----------------	---

Oppsummering

Virksomhetsrapporten per første tertial 2020 omhandler status for styringsmålene 2020 for drift. I tillegg inneholder rapporten risikovurdering med tilhørende tiltaksliste. Videre er temaene koronapandemien og samvalg omtalt i eget kapittel.

Kommentarer i møtet

Styret er godt fornøyd med tertialrapportens utforming og innhold og fremhevet særlig systematikken og fremstillingen av risikovurderingen.

Styret viste også til det gode samarbeidet som er utviklet med de tillitsvalgte.

Styret kommenterte den dokumenterte variasjon i behandlingen av hjerneslag og omfanget av tvangsbruk innen psykisk helsevern for voksne.

Styret ba om at det i senere tertialrapporter omtaler utviklingen innen samvalg.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport for første tertial 2020 til etterretning.

085-2020	Oppdatering av rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst
-----------------	--

Saken ble trukket

086-2020	Vestre Viken HF – plan for gevinstrealisering i nytt sykehus i Drammen
----------	--

Oppsummering

Saken gjelder oppfølging av sak 017-2019 *Forprosjektrapport for nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken HF*, vedtakspunkt 3, som omhandler videre arbeid med gevinstrealiseringsplan for prosjektet nytt sykehus i Drammen.

Vestre Viken HF har styrebehandlet gevinstrealiseringsplanen i flere omganger, og har oversendt plan for gevinstrealisering og etablering av økonomisk bærekraft for behandling i Helse Sør-Øst RHF.

Kommentarer i møtet

Styret ba om at det rapporteres på oppfølgingen av gevinstrealiseringsplanen basert på den rapporteringen som fremlegges for styret i Vestre Viken HF.

Styret ga sin tilslutning til forslaget til vedtak og understreket at det er viktig at de ansatte blir involvert i gjennomføringen av gevinstrealiseringsplanen.

SSB har nylig lagt frem nye befolkningsframskrivninger og styret ba om at administrasjonen ser på hvilken betydning dette får for vurdering av kapasitet i regionen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar plan for etablering av økonomisk bærekraft i Vestre Viken HF og gevinstrealiseringsplan for nytt sykehus i Drammen, til orientering.
2. Styret forutsetter at Vestre Viken HF viderefører arbeidet med organisasjonsutvikling, kostnadstilpasning og gevinstrealisering og oppdaterer planene ved eventuelle endringer i prosjektet for nytt sykehus i Drammen eller øvrige rammebetingelser.

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Sølvberg, Kronkvist og Brubakk:

Gevinstrealiseringsplanen fremstår som svært ambisiøs. Særlig er det forventet stor økonomisk effekt ved innføring av ARP. ARP kan bidra til gode pasientforløp, effektiv drift og riktig bruk av kompetanse. Vi forutsetter at det ved innføring av ARP utarbeides en overordnet rammeavtale som sikrer jevn fordeling av arbeidstid og fritid, regulerer omfang av ubekvem arbeidstid og utarbeidelse av turnuser som ivaretar ansattes helse og involvering ved oppgavedeling.

087-2020	Oslo universitetssykehus HF – forlengelse av leieforhold i Gjerdrums vei 21, Oslo
----------	---

Oppsummering

Oslo universitetssykehus HF ønsker å inngå avtale om forlengelse av leieforhold i Gjerdrums vei 21, Nydalen i Oslo fra 1. desember 2020 til 30. november 2025, med opsjoner på ytterligere to femårs leieperioder. Hensikten med forlengelsen er å sikre forutsigbar drift innenfor psykisk helsevern for barn og unge frem til innflytting i nye lokaler på Aker sykehus.

Styret i Oslo universitetssykehus HF behandlet leieavtaler i Gjerdrums vei 16 og 21 i sak 16/2020. Leieavtalen i Gjerdrums vei 21 krever godkjenning fra styret i Helse Sør-Øst RHF da avtalens verdi er over 100 millioner kroner, jf. gjeldende finansstrategi (styresak 033-2019).

Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til forslaget til vedtak. Det ble understreket at dette er et tilbud til en sårbar pasientgruppe og at vi derfor må unngår flere flyttinger av tilbudet.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF gir Oslo universitetssykehus HF fullmakt til å inngå avtale med selskapet SKB Gjerdrums vei 21 AS om leie av lokaler i Gjerdrums vei 21 i Oslo, basert på utkast til leieavtale. Fullmakten gis under forutsetning av at betingelsene i den endelige leieavtalen ikke avviker vesentlig i forhold til opplysningene som fremgår utkast til leieavtale.
2. Styret i Helse Sør-Øst RHF forutsetter at Oslo universitetssykehus HF fremforhandler opsjoner på avtaleforlengelse som er tilstrekkelig fleksible med hensyn til flytting av virksomheten til Nye Aker.

088-2020	Oslo universitetssykehus HF - Salg av Nedre Vardåsen, Dikemark
----------	--

Oppsummering

Saken gjelder anmodning om samtykke til avhending av eiendom, Nedre Vardåsen på Dikemark sykehus, gnr. 89, del av bnr. 1 under fradeling i 3025 Asker kommune.

Siden eiendommen vurderes å ha en verdi på mer enn 10 millioner kroner, må sak om avhending i henhold til helseforetakslovens § 31 forelegges foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF før vedtak kan fattes i helseforetakets foretaksmøte.

Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til forslaget til vedtak og presiserte at det er viktig med en vurdering av om salget skal foretas før eller etter omregulering. Styret påpekte at helseforetakene må ha en god strategi for avhending av eiendom som ikke lenger skal brukes til sykehusformål.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Oslo universitetssykehus HF's anmodning om samtykke til salg av eiendom på Dikemark i Asker kommune til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF for behandling. Salget omfatter Nedre Vardåsen på Dikemark sykehus, 1385 Asker, gnr. 89, del av bnr. 1 under fradeling i 3025 Asker kommune.
2. I tråd med intensjonene i samhandlingsreformen tilbys vertskommunen Asker å kjøpe eiendommen til markedsverdi. Dersom det ikke oppnås enighet, kan eiendommen legges ut for salg i det åpne markedet.
3. Styret i Helse Sør-Øst RHF legger til grunn av det innhentes ny verditakst utført av ekstern og uavhengig takstmann før eiendommen legges ut for salg. Det skal utarbeides ny verditakst for eiendommen slik den står i dag, og for ferdig regulert eiendom. Basert på dette skal Oslo universitetssykehus HF foreta en særskilt vurdering av om eiendommen skal selges før eller etter regulering.
4. Frigjort likviditet skal øremerkes for fremtidige bygginvesteringer i Oslo universitetssykehus HF.
5. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktstruktur.
6. Styret presiserer at Oslo universitetssykehus HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

089-2020	Sykehuset Østfold HF – investeringer i St. Joseph-bygget, Fredrikstad
----------	---

Oppsummering

Sykehuset Østfold HF ønsker å gjennomføre tiltak for vedlikehold og tilpasninger i bygget St. Joseph i Fredrikstad sentrum, slik at alle enheter ved Fredrikstadklinikken kan samlokaliseres.

Styret i Sykehuset Østfold har behandlet sak om samlokalisering og investeringer i St. Joseph-bygget i flere omganger. Samlet omfatter prosjektet tiltak for over 100 millioner kroner, og investeringen må således godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF, jf. gjeldende finansstrategi (styresak 033-2019).

Kommentarer i møtet

Styret ga sin tilslutning til forslaget til vedtak.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF gir Sykehuset Østfold HF fullmakt til å gjennomføre tiltak i bygningsmassen ved St. Joseph for samlokalisering av enhetene i Fredrikstadklinikken, innenfor en samlet styringsramme på 131 millioner kroner (P50-estimat).
2. Tiltaket skal finansieres av helseforetakets midler, inkludert midler til oppgradering av sykehusbygg (35 millioner kroner) som tildelt gjennom styresak 078-2020 i Helse Sør-Øst RHF.

090-2020	Instruks for styret og administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF 2020-2022
----------	---

Oppsummering

I protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 er det presisert at styret for Helse Sør-Øst RHF og styrene for helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. I Helse Sør-Øst RHF ble instruks for styret og instruks for administrerende direktør sist fastsatt i styremøte 8. mars 2018 etter at nytt styre var oppnevnt i januar 2018.

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

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

Kommentarer i møtet

Styret godkjente de fremlagte instruks med de tillegg og endringer som ble påpekt. Styret ba også om at det i styreinstruksen beskrives at protokollen skal inneholde styrets kommentarer i møtet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styreinstruksen og instruks for administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF 2020-2022 godkjennes med de tillegg og endringer som ble gjort i møtet.

091-2020

Interregional utredning av organisering av pasientreiseområdet

Oppsummering

Helse Sør-Øst RHF fikk i foretaksmøte 15. januar 2019 i oppdrag å lede en gjennomgang av overordnet organiseringen av pasientreiseordningen, i samarbeid med de andre regionene og Pasientreiser HF. De administrerende direktørene i de regionale helseforetakene ga 30. april 2019 sin tilslutning til mandatet og fikk forelagt endelig rapport fra arbeidet 22. juni 2020. Rapporten legges nå frem til styrebehandling i de regionale helseforetakene. Fristen for oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet var 1. juni 2020. Det er søkt om utsettelse av fristen grunnet koronapandemien og behov for styrebehandling av rapporten i de fire regionale helseforetakene.

Kommentarer i møtet

Styret stilte seg bak forslag til organisering, men påpekte at det er viktig med en videreutvikling av pasientreiseområdet. Det må utvikles selvbetjeningsløsninger for pasienter, helsepersonell må kunne bruk mindre tid på rekvirering av pasientreiser, sjåførere må gjennomgå opplæring (gjerne gjennom e-læringsprogram), pasientreisene må være tilrettelagt (herunder for pasienter med kroniske lidelser) og den digitale utviklingen må fortsette. Dette skal påpekes i et oversendelsesbrev til Helse- og omsorgsdepartementet sammen med rapporten.

Styret pekte på at rapporten ikke omhandler vurdering av dagens tjenesteproduksjon.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til rapportens valg av modell for overordnet organisering av pasientreiseområdet, hvor pasientreisekontorene fortsatt er organisert i helseforetakene. Samtidig skal tjenesteområdet i større grad organiseres sammen med prehospitaltjenester.
2. Styret peker på at det fortsatt er behov for videreutvikling av pasientreiseområdet, herunder:
 - a. Selvbetjeningsløsninger for pasienter, herunder bestilling og avbestilling
 - b. Opplæring av sjåførere, gjerne gjennom e-læringsprogram
 - c. Tilrettelagt pasienttransport, herunder for pasienter med kroniske lidelser
 - d. Digital utvikling
3. Styret slutter seg til at rapporten oversendes Helse- og omsorgsdepartementet med de innspill som kom frem under behandling av saken i styremøtet.

092-2020	Gjennomgang av felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå
----------	--

Oppsummering

I forbindelse med behandling av sak 099-2019 *Brukerutvalg for Helse Sør Øst RHF - oppnevning av medlemmer*, ba styret om at de felles retningslinjene for brukerutvalg som ble vedtatt av styret i sak 043-2017 legges frem for gjennomgang i styret. Retningslinjene omfatter brukerutvalgenes mandat, oppnevning, konstituering og arbeidsform. Denne saken gjennomgår i korthet fakta og vesentlige forhold i tilknytning til gjeldende retningslinjer.

Kommentarer i møtet

Styret tok saken til orientering.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret i Helse Sør-Øst RHF tar gjennomgangen av felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak til orientering.

093-2020	Årsplan styresaker
----------	--------------------

Kommentarer i møtet

Møtelokalene ved hovedkontoret på Hamar er utleid i september og oktober. Styremøtene i denne perioden flyttes derfor til Møtesenteret i Oslo.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

094-2020	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Møtet hevet kl 13:50

Hamar, 20. august 2020

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Olaf Qvale Dobloug

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær

Vestre Viken HF
v/administrerende direktør

Vår referanse:
15/00276-18

Deres referanse:

Dato:
11.03.2020

Saksbehandler:
Signe Sagabraaten, +47 416 90 503

Varsel om revisjon

Vi viser til revisjonsplan 2020 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst og varsler med dette revisjonen *Varsling – system for å håndtere varsler om kritikkverdige forhold*.

Målet med revisjonen er å undersøke om helseforetaket har etablert en hensiktsmessig ordning for å varsle om kritikkverdige forhold som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varsler.

Revisjonen planlegges gjennomført i perioden april - mai med påfølgende rapportbehandling i helseforetakets styre.

Før oppstart av revisjonen ønsker vi et innledende møte med administrerende direktør i Vestre Viken HF for å redegjøre nærmere for revisjonen.

Vi ber om at det oppnevnes en kontaktperson som kan bistå konsernrevisjonen med å legge til rette for praktisk gjennomføring av revisjonen. Dette omfatter å tilrettelegge for møter og intervjuer, innhente og oversende dokumentasjon med videre.

Spørsmål vedrørende revisjonsoppdraget kan rettes til konsernrevisor Espen Anderssen (oppdragseier) på mobil 945 07 618 eller e-post espen.anderssen@helse-sorost.no.

Med vennlig hilsen
Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst



Espen Anderssen
konsernrevisor



Signe Sagabraaten
internrevisor

Kopi: Vestre Viken HF v/styreleder Siri Hatlen
Helse Sør-Øst RHF v/administrerende direktør Cathrine M. Lofthus

Oppdragsplan

Varsling – system for å håndtere varsler om kritikkverdige forhold

Aktivitet	Navn	Dato
Godkjent av:	Revisjonsutvalget (RU)	21.02.2020
Oversendelse RU:	Konsernrevisor	10.02.2020
Informasjon til:	Oversendt administrerende direktør RHF	24.01.2020
Utarbeidet av:	Oppdragsleder	24.01.2020

DISTRIBUSJON

Utkast oppdragsplan distribueres til revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF for godkjenning¹. Før oversendelse til revisjonsutvalget oversendes utkast oppdragsplan til administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF for informasjon og forankring.

INNHold

Distribusjon.....	2
Innhold.....	2
1 Bakgrunn	2
2 Mål og problemstillinger	3
3 Omfang og avgrensning.....	3
4 Prosess og fremdrift.....	4
5 Revisjonsgrunnlag og metode	5
6 Rapportering.....	5
7 Ressurser og kompetanse	5

1 Bakgrunn

I henhold til revisjonsplanen for 2020 skal konsernrevisjonen gjennomføre to til tre revisjoner innen *Varsling – System for å håndtere varsler om kritikkverdige forhold*. En av revisjonene vil bli gjennomført i Vestre Viken HF. Denne oppdragsplanen gjelder for de overnevnte revisjonsoppdrag.

Varsling i arbeidslivet er at en arbeidstaker sier ifra om et kritikkverdig forhold på egen arbeidsplass. Med kritikkverdige forhold menes forhold som er i strid med rettsregler, skriftlige etiske retningslinjer i virksomheten eller etiske normer som det er bred tilslutning til i samfunnet.

Varslingsordninger er avgjørende for å kunne forebygge, avdekke og håndtere kritikkverdige forhold. Dette innebærer å trygge en vid yringsfrihet som kan bidra til kvalitet på tjenestene og effektivisering av virksomhetens drift og økonomi. Helseforetakene har ansvaret for å levere gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det. Det er viktig at arbeidstakernes ytringer kan bidra til innsyn og åpenhet om pasientbehandling, arbeidsmiljø og drift av helseforetakene. Arbeidsmiljøloven nevner som eksempler på kritikkverdige forhold at det kan varsles om fare for liv og helse, klima eller miljø, myndighetsmisbruk, uforvarlig arbeidsmiljø eller brudd på personopplysningssikkerheten.

Gode varslingsordninger bidrar til en åpen ytringskultur og gir muligheter til å håndtere og følge opp kritikkverdige forhold som ellers ikke ville blitt avdekket. Vissheten om en troverdig håndtering av varslingssaker har en forebyggende virkning og øker samtidig sannsynligheten for at kritikkverdige forhold blir rapportert. Forskning viser at det er en klar sammenheng mellom tilstedeværelse av varslingsrutiner og varslingseffektivitet (at det hjelper å varsle)². Skriftlige varslingsrutiner bidrar til at virksomheten blir bevisst at det foreligger varsling, varsling blir i seg selv mindre risikofylt, og det fører til økt forutsigbarhet i selve varslingsprosessen, både for den som varsler og eventuelt den det varsles om. I tillegg til mindre varsling vil mangelfulle varslingsordninger øke risikoen for at de forhold det varsles om utvikler seg til å blir store og vanskelige saker, som igjen legger beslag på ledertid og

¹ Følger av Instruks for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst og er i tråd med IIA standard 2200 Oppdragsplanlegging.

² Trygstad og Østgård: Varsling i norsk arbeidsliv 2018. Fafo-rapport 2019:14.

medfører økte ressurser til utredning. Slike saker kan få konsekvenser for arbeidsmiljøet og den eller dem som blir utpekt som ansvarlige, i tillegg til å påvirke virksomhetens omdømme negativt.

Omfanget av varsling og kritikkverdige forhold er usikkert. Oslo Economics la i 2017 frem en rapport³, på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet, om verdien av varsling. De estimerer at varsling årlig sparer samfunnet for mellom en halv milliard og 12 milliarder kroner. Rapporten viser også til undersøkelser⁴ som tyder på at halvparten av alle arbeidstakere som opplever kritikkverdige forhold velger å ikke varsle. Samme undersøkelse tyder også på at en av fire arbeidstakere som varsler bare får negative, eller overveiende negative, reaksjoner etter varselet.

Flere endringer i regelverket de senere årene og «Me Too»-kampanjen, har bidratt til en økt bevissthet omkring varsling på arbeidsplassen. Endringer i arbeidsmiljøloven, med virkning fra 1. januar 2020, presiserer at intern varsling av kritikkverdige forhold er ønskelig. Virksomhetene skal bedre legge til rette for at varsling skjer, og at arbeidstaker som varsler ikke blir utsatt for gjengjeldelse eller represalier.

2 Mål og problemstillinger

Målet for revisjonsoppdraget er å undersøke om de utvalgte helseforetakene har etablert en hensiktsmessig ordning for å varsle om kritikkverdige forhold, som ivaretar lovkrav og legger til rette for god håndtering av varsling.

Det er definert følgende problemstillinger:

- Har helseforetaket lagt til rette for en god håndtering av kritikkverdige forhold i tråd med arbeidsmiljølovens bestemmelser og grunnleggende prinsipper for god saksbehandling?
- Har helseforetaket lagt til rette for en varslingsprosess som ivaretar de berørte i tråd med arbeidsmiljølovens bestemmelser og grunnleggende bestemmelser for god saksbehandling?
- Har helseforetaket etablert en varslingsordning med en hensiktsmessig fordeling av ansvar og oppgaver og som sikrer nødvendig kompetanse ved håndtering av varsling?
- Har helseforetaket utarbeidet varslingsrutiner tilpasset virksomheten og som beskriver en formålstjenlig varslingsprosess?

3 Omfang og avgrensning

Oppdraget omfatter revisjon av varsling av kritikkverdige forhold etter arbeidsmiljølovens bestemmelser. Revisjonen i det enkelte helseforetak vil undersøke hvordan varslingsordningen er utformet og om varslingsrutinene ivaretar krav og forventninger i bestemmelsene, slik at ordningen er egnet til å skape tillit blant arbeidstakerne. Konsernrevisjonen vil samtidig søke å beskrive anvendelsen av varslingsrutinene på et overordnet nivå.

God utforming og drift av varslingsordninger er viktig. Håndtering av varslingssaker kan lett bli krevende. Dette skyldes ofte at påstand står mot påstand, virksomhetene har lite trening i håndtering og fordi det tar oppmerksomheten fra kjerneoppgaver⁵. Ordningen skal ivareta og balansere krav og forventninger til håndtering av det mulige kritikkverdige forholdet, og samtidig må arbeidsgiver ivareta varsleren, den eller de det varsles om samt andre berørte. Konsernrevisjonen vil undersøke om det er etablert en formålstjenlig organisering med avklarte roller og ansvar for alle aktører og aktiviteter.

³ Oslo Economics: Verdien av varsling. Utredning for Varslingsutvalget og Arbeids- og sosialdepartementet. OE-rapport 2017-45.

⁴ Trygstad og Østgård: Varsling og ytringsfrihet i norsk arbeidsliv 2016. Fafo-rapport 2016:33.

⁵ Trygstad og Østgård: Varsling i norsk arbeidsliv 2018. Fafo-rapport 2019:14.

Ansvar for saksbehandling, faktaundersøkelser, og juridiske og personalmessige vurderinger, må være tydelig plassert i organisasjonen. Plasseringen må ta hensyn til potensielle rollekonflikter. Videre vil konsernrevisjonen undersøke om det er et system slik at de som er involvert i håndtering av varslingsaker har nødvendig kompetanse om lovkrav, rettigheter til de involverte, personvern, kommunikasjon med videre.

En hensiktsmessig varslingsordning er tilpasset situasjonen og behovet i det enkelte helseforetak. I tillegg til at det er etablert prosesser for å ivareta arbeidsgivers aktivitets- og omsorgsplikt, må de interne rutinene for varslingsaker sikre håndtering etter grunnleggende prinsipper som konfidensialitet, habilitet og rett til kontradiksjon. Konsernrevisjonen vil undersøke om det er etablert en forsvarlig ordning for dette, og at varslingsrutinene sees i sammenheng med virksomhetens risikostyring og systematiske HMS-arbeid. Videre må rutinene oppfordre arbeidstakerne til å varsle om kritikkverdige forhold. Rutinene må også beskrive fremgangsmåten både for hvordan arbeidstaker kan varsle og for hvordan arbeidsgiver skal utøve saksbehandling ved mottak, behandling og oppfølging av varslingsaker. I tillegg til at helseforetakets rutiner må ivareta bestemmelsene i arbeidsmiljøloven vil de også bli vurdert mot god praksis på området.

For at varslingsordningen skal fungere etter sin hensikt og i tråd med lovkrav, er det en forutsetning at varslingskanalen er kjent og lett tilgjengelig for alle arbeidstakerne i virksomheten. Konsernrevisjonen vil undersøke hva helseforetaket har gjort for å gjøre rutinene kjent for de ansatte i helseforetaket.

Revisjonene vil ikke omfatte følgende:

- undersøkelser av om det er etablert en kultur for åpenhet og diskusjon av kritikkverdige forhold i organisasjonen
- kartlegging av i hvilken grad varslingskanalen faktisk er kjent blant de ansatte
- revisjonshandlinger for å verifisere i hvilken utstrekning helseforetaket etterlever interne rutiner for håndtering av varslingsaker i hver enkelt sak

Meldeplikt og varslingsordning om alvorlige pasienthendelser etter spesialisthelsetjenesteloven inngår ikke i revisjonen. Det gjør heller ikke plikten til å informere tilsynsmyndighetene etter helsepersonelloven.

4 Prosess og fremdrift

Oppdraget gjennomføres i perioden januar–juni 2020. Etter innledende planlegging vil det bli det gjennomført tilnærmet like revisjoner i tre helseforetak. Planleggingsarbeidet startet opp i januar 2020. Nærmere detaljplanlegging har pågått etter avtaleinngåelse med innleid konsulent. Varsel om revisjon ble sendt til Sykehuset Telemark HF den 3. februar 2020.

Oversikt over fasene i revisjonsoppdraget og aktuelle helseforetak fremgår av tabellen nedenfor.

Tabell 1: Fasene i revisjonsoppdraget

Fase	Aktivitet
1	Planlegge revisjon
2	Gjennomføre og rapportere revisjon - Sykehuset Telemark HF
3	Gjennomføre og rapportere revisjon - Vestre Viken HF
4	Gjennomføre og rapportere revisjon - Sykehuset Innlandet HF (tentativt)

5 Revisjonsgrunnlag og metode

Revisjonsgrunnlaget som blir lagt til grunn for å utvikle revisjonen vil være:

- arbeidsmiljøloven kapittel 2 A
- personopplysningsloven
- offentlighetsloven
- forvaltningsloven
- forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst
- etiske retningslinjer i Helse Sør-Øst

Revisjonsmetoder vil være intervjuer og dokumentundersøkelser.

6 Rapportering

Det vil bli utarbeidet en rapport for hvert av de reviderte helseforetakene.

Når resultatet av den enkelte revisjonen er verifisert med det aktuelle helseforetaket, sendes revisjonsrapporten til helseforetakets styre og til administrerende direktør. Kopi av revisjonsrapporten sendes administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF. Etter styrebehandling i helseforetaket fremlegges revisjonsrapport og vedtak i helseforetakets styre for revisjonsutvalget til orientering. Styret i Helse Sør-Øst RHF informeres av revisjonsutvalget.

Etter at de planlagte revisjonene er gjennomført vil det bli vurdert om det er hensiktsmessig å oppsummere resultatene i en samlet rapport til revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst.

7 Ressurser og kompetanse

Kapasitet og kompetanse er vurdert i henhold til IIA-standardene. Oppdraget vil bli gjennomført med innleide ressurser i tillegg til konsernrevisjonens egne ressurser.

Konsernrevisjonen har kompetanse og erfaring fra forvaltning av varslingsordninger, granskning og revisjon av misligheter. Innleid ressurs vil tilføre kapasitet og spesialistkompetanse innen revisjon av varslingsordninger.

Revisjonsoppdraget vil ha følgende revisjonsteam:

Oppdragseier: Espen Anderssen

Oppdragsleder: Signe Sagabraaten

Internrevisor: Innleid konsulent fra KPMG

Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
*Mandag 27. januar (ved behov)			
Mandag 24. februar Møtested: Drammen	<ul style="list-style-type: none"> - Årlig melding 2019 - Virksomhetsrapport pr 31. januar – <ul style="list-style-type: none"> o Økonomi o Bemanning o Pakkeforløp o Utsiktede hendelser o Korridorpasienter o AML-brudd - Økonomisk bærekraft i Vestre Viken HF og plan for gevinstrealisering nytt sykehus i Drammen - Fullmakter i Vestre Viken HF – signaturrett og prokura 	<ul style="list-style-type: none"> - Styreprotokoll fra styremøte i HSØ 19. desember og 5. februar - HAMU 4. februar - SKU 11. februar - Brukerutvalg 22. januar og 11. februar - Styrets arbeid 2020 	<p>Tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientsikkerhet og kvalitet <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientering Nytt sykehus Drammen • Foreløpig årsresultat 2019
Onsdag 26. feb Gardermoen	-	-	Foretaksmøte - februar Styresamling i regi av HSØ OBD 2020
Mandag 30. mars Møtested: Bærum	<ul style="list-style-type: none"> - Virksomhetsrapport februar kort/PPT vedlegg - Oppdrag og bestilling 2020 - Årsberetning/årsregnskap 2019 - Økonomisk bærekraft i VVHF og gevinstrealiseringsplan - 	<ul style="list-style-type: none"> - Foretaksprotokoller 26. februar - Drammen sykehus og Sande kommunepolitisk tilhørighet 5. mars 2020 - Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 12. mars - Brukerutvalg 16. mars - Styrets arbeid 2020 	<p>Tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rammeverk for virksomhetsstyring - utgår • ØLP 2021 -2024 <p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ADs møte med venneforeningene – tilbakemelde til styret -utgår • Orientering Nytt sykehus Drammen

Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
Mandag 27. april Møtested: Ringerike	- Virksomhetsrapport mars - Gevinstrealiseringsplan - Rullering av strategisk plan - ØLP 2021 -2024	- Styrets arbeid 2020	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Orientering Nytt sykehus Drammen • Kortfattet orientering om pandemiplan
Mandag 25. mai	Virksomhetsrapport april Inkl. status koronapandemi/situasjonen Utkast til rapporteringsplan for bærekraft i Vestre Viken/gevinstrealiseringsplan for NSD	- Foreløpig styreprotokoll l HSØ 29.-30 april - Styrets arbeid	
Onsdag 15. juni Møtested: Drammen – Quality Hotel River Station - Dr. Hansteinsgate 7	Virksomhetsrapport 1. tertial inkl. Eksterne tilsyn pr 1. tertial Økonomisk bærekraft i VV/Gevinstrealiseringsplan NSD Ledelsens gjennomgang (LLG) NSD vedr. eiendomsoverdragelser og parkering Ledernes ansettelsesvilkår 2020 Styrets møteplan 2021	- Styreprotokoller HSØ - HAMU 2. juni - Brukerutvalg, juni - Styrets arbeid 2020	Virksomhetsrapport mai – presentasjon i møtet Andre orienteringer: Nasjonale kvalitetsindikatorer mai 2020 Virksomhetsstyring Orientering Nytt sykehus Drammen
Mandag 31. august Drammen – konferansesal habiliteringsavdelingen, Konggt. 51	Styreutvalg - mandat Virksomhetsrapport Investeringsbudsjett Områdereguleringssprosess for nåværende Drammen sykehus Rapport 12/2019 fra konsernrevisjonen: Rehabilitering etter hjerneslag ved Vestre Viken HF Foretaksprotokoll 25. juni	- Protokoll fra styremøte i HSØ 25. juni og 20. august - Brukerutvalg juni og august - Varsel om revisjon av varslingssystemet - Oppdragsplan for revisjon av varslingssystemet - Styrets arbeid pr august	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> • Utvikling Klinikk for psykisk helse og rus • Eiendomsstrategi i Vestre Viken • Eiendomsplan for Klinikk psykisk helse og rus

Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
	Rapportering HSØ pr 1. september – ledelse og kvalitetsforbedring		
Mandag 21. september Møtested: Thon Hotel Vettre (styremøte 21. sep.+styreseminar 21./22. sep.)	- Virksomhetsrapport 2. tertial - Slutfase - prioritering av funksjonsområder for tidlig klinisk drift - Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2021	- Brukerutvalg september - HAMU 1. september og SKU 8. september - Styrets arbeid 2020	Utsettes pga seminar 21. -22 september Tema: <ul style="list-style-type: none"> Arbeidsmiljø/sommerferieavviklingen Dialog med brukerutvalget Mulig budsjettseminar: Budsjett 2021 Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Orientering fra Kongsberg sykehus Orientering Nytt sykehus Drammen
Mandag 26. oktober Møtested: Blakstad	- Virksomhetsrapport september kort/PPT vedlegg - Virksomhetsstyring? (avventer behandling av sak i HSØ)	- Brukerutvalg 12. oktober - Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 22. oktober - Styrets arbeid 2020	Tema: <ul style="list-style-type: none"> Samhandling med kommunene/primærhelsetjenesten (Helsefelleskap) Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Orientering fra PHR Orientering Nytt sykehus Drammen
Mandag 16. november Møtested: Drammen (alt. Kongsberg?)	- Virksomhetsrapport oktober	Brukerutvalg 9. november SKU 10. nov og HAMU 3. november - Styrets arbeid 2020	Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Orientering fra KIS Orientering Nytt sykehus Drammen Budsjett 2021 Styreevaluering 2020
Mandag 14. desember Møtested: Drammen	- Virksomhetsrapport november kort/PPT vedlegg - Budsjett og mål 2021 - Oppnevning av nye representanter og leder i Brukerutvalget?	Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 25. -26. nov Brukerutvalg 9. desember	Tema: <ul style="list-style-type: none"> ? Andre orienteringer: <ul style="list-style-type: none"> Orientering Nytt sykehus Drammen

Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
		<ul style="list-style-type: none"> - HAMU og SKU 3. desember - Styrets arbeid 2020/2021 	Julemiddag
	-		<p>Utsatt i 2020 pga pandemi</p> <p>Orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bærum sykehus • Ringerike sykehus • Pasientombudene i Viken/Oslo • Orientering fra Drammen sykehus <p>Temaer:</p> <p>Forskning Innovasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sykehus i nettverk • Kompetanseplanlegging/kartlegging
	-		Dialogmøte med kommunene 2020 30. november
<p style="text-align: center;">2021 <i>Møtesteder på rotasjon mellom lokasjoner</i></p>	-	<ul style="list-style-type: none"> - Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 17. desember 	