

Til: Styret ved Vestre Viken
Dato utsendt: 19. oktober 2020
Vår ref. Styresekretær

Møtetype: Styremøte
Møtedato: 26. oktober 2020
Møtetid: kl. 12 - 17
Møtested: Kongsberg sykehus

Publikum og media som ønsker å følge møtet, må gi beskjed til styresekretær på mail innen søndag 25. oktober 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)

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
54/2020	12.00	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedlegg: Innkalling til styremøte 26. oktober
55/2020		Godkjenning av møteprotokoll 21. september2020 Vedlegg: Foreløpig protokoll 21. september2020
Saksnr.		BESLUTNINGSSAKER
56/2020	12.05 (60 min)	Virksomhetsrapport for VVHF pr 2. tertial 2020 Vedlegg: 1. Virksomhetsrapportering pr. 2. tertial 2020 2. Rapportering gevinstplan NSD og økonomisk bærekraft VVHF pr 2. tertial 2020 med vedlegg
57/2020	13.05 (30 min)	Virksomhetsrapport for VVHF pr september 2020 Vedlegg: Virksomhetsrapport for VVHF pr september 2020
58/2020	13.35	Risikovurdering pr 2. tertial 2020
59/2020		Styrende dokumenter for Vestre Viken HF i 2020 Vedlegg: 1. Fullmakter i Vestre Viken HF – signaturrett og prokura, styresak VVHF 6/2020.
60/2020		Instruks for styret i Vestre Viken HF Vedlegg: Instruks for styret i VVHF 2020 -2022
61/2020		Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF Vedlegg: Instruks for administrerende direktør i VVHF 2020 -2022
62/2020		Varslingsrutiner i Vestre Viken HF Vedlegg: Varslingsrutinen i Vestre Viken HF
63/2020		Etiske retningslinjer for Vestre Viken HF Vedlegg: 1. Etiske retningslinjer Helse Sør-Øst 2. VV Etiske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken (e-håndbok) 3. Etiske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken (retningslinje) 4. Etiske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken - kortversjon 2017
		ORIENTERINGER
64/2020		Orienteringer Vedlegg: 1. Notat budsjettprosess og statsbudsjettet 2021 2. Nytt sykehus Drammen - Rune 3. Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 24. september 4. Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 22. oktober (ettersendes) 5. Brukerutvalg 21. oktober (ettersendes)

		6. Styrets arbeid 2020 pr. oktober
	15.00 60 min 30 min 30 min	Andre orienteringer <ul style="list-style-type: none"> • Forskning i VVHF • Digital hjemmeoppfølging • Orientering fra Kongsberg sykehus
		EVENTUELT
	Innen 17.00	Møteslutt

Dato: 19. oktober 2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Godkjenning av innkalling og saksliste

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	54/2020	26.10. 2020

Forslag til vedtak

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Drammen, 19. oktober 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Innkalling og saksliste til styremøte 26. oktober 2020

Dato: 21. september 2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen
Direkte telefon: 95812504

Møteprotokoll for styret i Vestre Viken

Møtested: Thon Hotel Vettre
Dato: 21. 09. 2020
Tidspunkt: Kl. 17.30 – 18.20

Følgende medlemmer møtte:

Navn	Funksjon
Siri Hatlen	Styreleder
Margrethe Snekkerbakken	Nestleder
Geir Kåre Strømmen	Styremedlem - forfall
Robert Bjerknes	Styremedlem
Bovild Tjønn	Styremedlem - forfall
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
Cecilie B. Løken	Direktør teknologi
Rune A. Abrahamsen	Prosjektdirektør NSD
Elin Onsøyen	Spesialrådgiver/styresekretær

Styreleder Siri Hatlen ledet møtet og administrerende direktør la fram sakene.
Protokollfører: Elin Onsøyen

Godkjenningssak

Sak 48/2020 Godkjenning av innkalling og saksliste

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret godkjenner saksliste og innkalling.

Sak 49/2020 Godkjenning av styreprotokoll for 31. august 2020

Styrets enstemmige

Vedtak:

Møteprotokoll fra styremøtet 31. august 2020 godkjennes.

Beslutningssak

Sak 50 /2020 Tidlig klinisk drift i nytt sykehus i Drammen

Prosjektdirektør Rune A. Abrahamsen innledet til behandling av saken.

Oppsummering innhold:

Prosjektdirektør nytt sykehus orienterte om arbeidet med planlegging av tidlig klinisk drift i forbindelse med innflytting i nytt sykehus. Arbeidet er gjennomført av en prosjektgruppe nedsatt fra VVHF og PNSD. Det ble presisert at den fremlagte rapporten angir forslag til hvilke områder som kan være del av tidlig klinisk drift. Endelig avklaring rundt omfang av tidlig klinisk drift vil avklares i det videre arbeidet med samlet plan for alle aktivitetene i slutfasen av prosjektet.

Kommentarer i møtet:

Saken gir en god gjennomgang og en kartlegging av områder for mulig tidlig drift og hvilke vurderinger som ligger til grunn. De økonomiske konsekvensene av dobbel drift på to ulike lokasjoner i innflyttingsfasen – januar til mai 2025 er ikke synliggjort. Styret ønsker å få saken tilbake på et senere tidspunkt med en samlet konsekvensvurdering. Styret er opptatt av risikovurdering av pasientsikkerheten, og av at infrastruktur i NSD må være på plass innen ibruktakelse. Styret legger til grunn at saken er godt forankret i foretaksledelsen, og at saken legges til grunn for videre samarbeid mellom prosjektorganisasjonen (PNSD) og Vestre Viken.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar til etterretning at rapporten legges til grunn for videre arbeid med felles samlet plan hvor Vestre Viken HF og Prosjektorganisasjonen NSD planlegger alle aktiviteter i slutfasen av prosjektet.

Sak 51/2020 Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr. august

Administrerende direktør Lisbeth Sommervoll innledet før behandling av saken.

Oppsummering innhold:

Vestre Viken har fortsatt inntektstap og merkostnader som i stor grad er relatert til koronapandemien. Det er avgitt en prognose for året med negativt budsjettavvik på 120 MNOK. Ufordelte midler i Helse Sør-Øst tilsier at store deler av dette vil bli kompensert, men resultatet gir uttrykk for en styringsfart inn i 2021 som foretaket ikke har økonomisk dekning for. Det forventes ingen avklaring av de økonomiske fremtidsutsiktene før statsbudsjettet for 2021 foreligger. Pandemiens videre utvikling er også avgjørende. Aktiviteten i somatikken fortsetter å ta seg opp, men forventes ikke å være på normalt nivå så lenge pandemien pågår. Det er også registrert lavere andel øhjelp. I psykiatrien er aktiviteten normalisert og ligger over plantall innen barne- og ungdomspsykiatrien. Korridorpasienter fortsetter på et lavt nivå og pakkeforløp for kreft ligger akkumulert på målkravet, men marginalt under målet i august. Foretaket fortsetter arbeidet med tiltak for å sikre at de gode resultatene fortsetter.

Driftsituasjonen påvirkes fortsatt av covid-19-epidemien. Pr. 21.9.20 er bare en pasient med covid-19 innlagt i Vestre Viken HF. Testing av pasienter, ansatte og andre personer i opptaksområdet til Vestre Viken HF har høy prioritet. I uke 38 ble flere enn 4200 koronavirus tester analysert. Av disse var 0,7 prosent positive.

Kommentarer i møtet:

Styret imøteser rapportering pr. 2. tertial med en detaljert forklaring på økte årsverk i klinikkene. Styret ønsker også en grundig redegjørelse for årsaken til AML-bruddene, og hva foretaket kan gjøre for å redusere disse.

Styret ønsker at foretaket skal arbeide videre med digitale løsninger for pasientkonsultasjoner, og ber om mer informasjon om bruken av telefon- og videokonsultasjoner i styremøtet i oktober.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret tar virksomhetsrapport pr. august 2020 til orientering.

Sak 52/2020 Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan 2021

Oppsummering innhold: Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst har bedt om styrebehandlete innspill til Konsernrevisjonens revisjonsplan for 2021. Det er foreslått fire mulige revisjonstemaer.

Kommentarer i møtet:

Styret ønsker at det skal foreslås ett, maks to tema ihht bestillingen fra konsernrevisjonen. Konsernrevisjonen vil i tillegg til ordinære revisjonstema bidra med forbedringsforslag i form av råd til foretaket. Styret ønsker belyst tema knyttet til om foretaket har organisert seg best mulig, også mht tydelige roller og ansvar for å gjennomføre de planer og

prosjekter inkl gevinstuttak som ligger foran fram mot 2025? Det er et sammensatt aktørbilde i byggeprosjekt NSD inkl IKT. Er ansvar og roller entydig forstått og hva er det viktig for styret å være ekstra oppmerksom på i den videre oppfølging inkl om det er etablert et hensiktsmessig styrings- og oppfølgingsystem for gevinstuttak. Det er ønskelig at foretaksledelsen legger fram et utkast til mandat til styreutvalgets møte 6. oktober. Det bes om at fristen til HSØ kan utsettes noen dager.

Styrets enstemmige

Vedtak:

Styret ber administrerende direktør legge fram forslag til et revisjonsmandat ihht styrets drøftinger. Styret gir styreutvalget mandat til å godkjenne mandatet som deretter oversendes Helse Sør-Øst.

Sak 53/2020 Orienteringer

Kommentarer i møtet: Det var ingen kommentarer til orienteringene.

Styrets enstemmige

Vedtak:

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

Eventuelt

Det ble ikke tatt opp noe under dette punktet.

Drammen 21. september 2020

Siri Hatlen
styreleder

Margrethe Snekerbakken
nestleder

Robert Bjercknes

Bovild Tjønn

Geir Kåre Strømmen

Tom R. H. Frost

Toril A. K. Morken

John Egil Kvamsøe

Dato: 19. oktober 2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Godkjenning av møteprotokoll 21. september 2020

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	55/2020	26.10.2020

Forslag til vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 21. september godkjennes.

Drammen, 19. oktober 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Vedlegg: Foreløpig protokoll 21. september 2020

Dato: 19.10.2020
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. 2. tertial 2020

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	56/2020	26.10.2020

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. 2. tertial 2020 til orientering.

Drammen 19. oktober 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør legger fram rapportering pr. 2. tertial i tråd med styrets årshjul. Rapporteringen pr. tertial omfatter en rekke flere indikatorer enn de som rapporteres månedlig. Det vises til virksomhetsrapportering pr. august som ble fremlagt for styret 22. september 2020 (sak 51/2020).

Saksutredning

Økonomi

2020 er i stor grad påvirket av koronapandemien. Økonomisk resultat pr. 2. tertial viser et overskudd på 120,8 MNOK, som er 44,6 MNOK bak budsjett. Det er beregnet en negativ økonomisk effekt på ca. 338 MNOK på grunn av koronapandemien. VVHF er bevilget 396,9 MNOK knyttet til pandemien. Av dette er 329,2 MNOK inkludert i resultat pr 2.tertial. Deler av bevilget beløp skal benyttes til investeringer.

VVHF rapporterte en prognose for året pr august 2020 på 187,4 MNOK, som er 60,6 MNOK bak budsjett. Etter avslutning av september regnskap er prognosen for årsresultatet redusert til 155 MNOK, 93 MNOK bak budsjett. Forverringen skyldes fortsatt høye kostnader tilknyttet pandemien og høyere lønnskostnader til økt aktivitet for å ta igjen etterslep. Dette gjelder spesielt kveldspoliklinikk, samt nødvendig testkapasitet. Disse forholdene er kommet tydeligere frem i oppfølgingsmøtene med klinikkene.

Overskuddskravet må økes med 58,6 MNOK som følge av at inntektsførte ekstrabevilgninger skal dekke merinvesteringer anslått til 50 MNOK knyttet til pandemien samt 8,6 MNOK som følge av gevinst ved salg av eiendom. I merinvesteringer inngår investeringer utført av RHF-et som forventes viderefakturert til helseforetakene. Årsprognosen pr september gir dermed et samlet negativt avvik mot korrigert overskuddskrav på 151,6 MNOK. Det er ikke tatt hensyn til eventuelle effekter av årets lønnsoppgjør i årsestimatet. Da frontfagene har landet på et nivå som er lavere enn forutsetninger i Statsbudsjettet, kan det forventes at lønnsoppgjør vil gi en positiv resultateffekt.

Aktivitet

Somatikk

På grunn av koronasituasjonen er somatisk aktivitet om lag 11 % bak budsjett. Siden mai er det iverksatt tiltak for å øke dag- og poliklinisk aktivitet for å redusere ventetider og antall ventende. Aktiviteten i sommer var høyere enn perioden mars-mai, og er august nærmere budsjettet nivå. De siste ukene av august er antall dagbehandlinger, dagkirurgi og polikliniske konsultasjoner samlet sett i tråd med budsjett, og trenden er god. Samtidig oppleves en vedvarende reduksjon i antall døgn-behandlinger, spesielt knyttet til medisinske pasienter, og en uforklart fall i øyeblikkelig hjelp-pasienter. Reduksjon i døgnbehandlinger er gjennomgående i alle sykehusene, og oppleves også i andre helseforetak.

Aktivitetsprognosen forutsetter at elektive- og polikliniske aktivitet øker til et nivå som er i tråd med eller bedre enn budsjett ut året. Tiltak for å øke aktivitet fremover inkluderer etablering av kveldspoliklinikk og elektive operasjoner i helgene. Prognose gir lavere døgnopphold enn budsjettet som følge av fallet i øyeblikkelig hjelp pasienter og antall medisinske pasienter.

Psykisk helse og rus

Antall polikliniske konsultasjoner ligger over budsjett innen BUP hittil i år. Innen VOP/TSB ligger antall konsultasjoner bak budsjett. Aktivitet i august målt i antall polikliniske konsultasjoner er bedre enn budsjett for psykisk helse og rus samlet. Fagområdet BUP ligger betydelig over budsjett, mens VOP/TSB er marginalt bedre.

Årsprognosen gir aktivitet ut året som er høyere enn budsjettet innfor alle områder.

Kvalitet

Pr 2.tertial er ventetid somatikk 58 dager og ventetid psykisk helse og rus 42 dager. Andel korridorpatienter er redusert fra mars og er i august 0,3 %. Pakkeforløp for kreft er pr. 2.tertial på 71 %, som er over målkravet på 70 %. Andel overholdte pasientavtaler er 88,5 % pr 2.tertial, som er under målet på 94 %. Selv om det ikke lenger er mål i revidert oppdrag og bestilling pga. pandemien, er det likevel mål foretaket må arbeide mot.

HR

Brutto månedsverk

Brutto månedsverk pr. september er 211 høyere enn budsjettert. Av dette er 161 månedsverk knyttet til korona. Mange ansatte har vært i karantene, det har vært et stort omfang merarbeid og overtid og det er brukt mye tid på opplæring og omrokking av personell.

Årsprognosen rapportert pr august var 7582 brutto månedsverk. Som følge av utvikling i oktober lønn er prognosen økt til 7590 brutto månedsverk, som er 194 mer enn budsjettert. Det forventes fortsatt merforbruk av månedsverk ut året knyttet til korona og smitteverntiltak. I tillegg kommer opptrapping av aktivitet, blant annet kveldspoliklinikk, i forbindelse med etterslep i pasientbehandling. Det faktum at foretaket har flere sykehus medfører flere årsverk til de samme oppgavene ved lokasjonene. Merforbruk ut året forventes dog å være på et lavere enn hittil i år.

Det vises til vedlagte rapport for nærmere redegjørelse av merforbruket.

Sykefravær

Sykefravær i juli var 7,7 %, som er tydelig over målet på 6,6 %. Rapportering viser at 0,3 % av sykefraværet er knyttet til korona i juli. Det forventes at sykefraværet vil øke noe utover høsten, som følge av at koronasmitten øker generelt i samfunnet, og fordi medarbeidere ikke får møte på jobb med influensalignende symptomer. I tillegg er det erfaringsmessig mer sesongvarierte sykdom om høsten/vinteren. Samtidig vil smitteverntiltak redusere smitten i samfunnet, både for korona, men også sesongvarierte sykdom.

Tett oppfølging av sykefravær er en forutsetning for å lykkes med reduksjon av fraværet. Foretaket har et godt samarbeid med NAV, og vil høsten 2020 vektlegge forbedring av oppfølgingsplaner og dialogmøter.

AML-brudd

Pr august var det AML-brudd tilsvarende 2,5 % av alle vakter i foretaket. Det arbeides konkret med tiltak både på seksjons- og foretaksnivå for å redusere AML-brudd. Det søkes å inngå avtaler med fagforeningene, og det utarbeides opplæring for ledere og ansatte som kan gjennomføres enten via e-læring eller Skype. Det er utarbeidet en lokal handlingsplan med konkrete tiltak som seksjonsleder må gjennomføre, for eksempel kompetansehevede tiltak, påse at avtaler og dispensasjoner er oppdatert i GAT, og rapportering som avdekker AML-brudd frem i tid.

Tertialvise rapporteringsområder

Sykehusinfeksjoner

Prevalens av sykehusinfeksjoner hittil i år er 2,6 %. Prevalens av sykehusinfeksjoner hittil i år er 2,6 %. Siste prevalensundersøkelse viste en forekomst av sykehusinfeksjoner på 2,1 % hvorav 1,5 % var ervervet i eget foretak mens de øvrige infeksjonene oppsto hos pasienter som er overflyttet til Vestre Viken HF fra andre foretak. Det er svært positivt at forekomsten av sykehusinfeksjoner er på et lavt nivå og kan pasienter spare for lidelser og på sikt kunne redusere antall liggedøgn. Det er for tidlig å si om covid-19 epidemien med fokus på gode basale smittevernrutiner kan ha bidratt til en reduksjon av sykehusinfeksjoner.

HMS

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

Utilsiktete hendelser

I 2. tertial 2020 er det meldt 47 hendelser som førte til betydelig skade og det er sendt varsler om 17 alvorlige hendelser til Statens Helsetilsyn. 14 av disse er innen psykisk helsevern. Fem av disse hendelsene følges opp tilsynsmessig av Fylkesmannen, de øvrige ble avsluttet etter samtale. 3 hendelser ble meldt innen somatikk med to hendelser relatert til føde/barsel og et tilfelle med forsinket behandling/klinisk vurdering.

Bruk av tvang

Reduksjon av bruken av tvangsmidler (§ 4-8) er et viktig forbedringsarbeid i klinikk for psykisk helse og rus og det har blitt utarbeidet handlingsplaner for flere seksjoner.

Eksterne tilsyn

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

Det vises til nærmere detaljer om overnevnte punkter i vedlegget Virksomhetsrapportering pr 2. tertial 2020.

Rapportering på gevinstplan

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

Planen er omfattende og krever tett oppfølging av ledelsen. Det er satt i gang et arbeid med bistand fra konsulenthuset Metier for å støtte ledelsen i etablering av helhetlig porteføljestyring i tråd med HSØ sin modell, jf prosjektet PROFF-2. Dette skal i første omgang tydeliggjøre de mest kritiske prosjektene og nødvendige krav til oppfølging av disse.

Det er definert seks områder som de viktigste å følge mht fremdrift:

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

I vedlagte rapport følger en oppdatering av status i arbeidet med planlegging av arbeidet for å sikre realisering og konkret realisering av gevinster pr 2. tertial 2020, samt vurdering av risikoen knyttet til prosjektene.

I 2020 er det først og fremst innenfor PHR og medikamentkostnader der det forventes oppnådd resultat i samsvar med planen. Med de resultatene som foreligger på disse to områdene vurderes planlagt effekt 2020 å være fullt ut realisert samlet sett. Koronapandemien har medført

Post: Vestre Viken HF, Postboks 800, 3004 Drammen | Telefon: 03525 | Org. Nr: 894.166.762 | postmottak@vestreviken.no

Vår bank: Danske Bank | Kontonummer: 8601 72 17986. | IBAN: NO93 8601 7217 986. | SWIFT: DABANO22

forsinkelser i mange aktiviteter i 2020. Dette øker risikoen for realisering etter planen i 2021. Det vurderes å være betydelig risiko knyttet til om lag 25 MNOK av samlet plan på vel 70 MNOK i 2021 og moderat risiko for resterende. Det vil vurderes ytterligere tiltak i forbindelse med behandlingen av budsjett 2021 for å sikre resultatoppnåelse som forutsatt.

Administrerende direktørs vurderinger

Den økonomiske situasjonen i 2020 er svært usikker som følge av koronapandemien. Foretaket er tilført ekstra midler og forventer at det vil tilføres ytterligere midler fra Helse Sør-Øst. Den underliggende styringsfarten for den ordinære virksomheten er ikke i samsvar med budsjett for året og medfører økt risiko inn mot budsjett 2021.

Det er tett oppfølging av at iverksatte tiltak får forventet effekt på bemanning og aktivitet. Etterslepet i pasientbehandlingen er i ferd med å ta seg inn, men fortsatt smitte i samfunnet og nødvendige smitteverntiltak påvirker effektiviteten. Trenden med redusert døgnopphold forventes å være vedvarende. Merkostnader som følge av ekstra kontroll i mottak, samt smitteverntiltak generelt, vil også fortsette ut året. Det er også usikkert hvordan lønnsoppgjøret vil påvirke årsresultatet, men status så langt indikerer at dette vil gi et positivt resultatavvik for foretaket.

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

Det er foretatt en gjennomgang av status i realisering av planlagte gevinster knyttet til planen for gevinstrealisering NSD og økonomisk bærekraft for Vestre Viken. For 2020 vurderes planlagte effekter å være oppnådd, spesielt som følge av betydelige besparelser innenfor medikamentområdet, samt god fremdrift i implementering av ARP (aktivtetsstyrt ressursplanlegging) innen virksomheten psykisk helse og rus. Det er imidlertid risiko knyttet til realisering av planen for 2021. Basert på fremdrift pr. rapportering av 2. tertial 2020 er det forsinkelser som vil påvirke effekter i 2021. I forbindelse med budsjett 2021 vil styret få fremlagt en oppdatert situasjonsbeskrivelse med restutfordring og videre planer for å trygge resultatmålet for 2021.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar virksomhetsrapporten pr. 2.tertial til orientering.

- Vedlegg:
1. Virksomhetsrapportering pr. 2. tertial 2020
 2. Rapportering gevinstplan NSD og økonomisk bærekraft VVHF pr 2. tertial 2020 med vedlegg

Vedlegg

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr 2. tertial 2020

Innhold

1.	Økonomi og aktivitet.....	2
1.1.	Resultat pr 2. tertial 2020.....	3
1.2.	Prognose pr. 2. tertial 2020.....	6
1.3.	Resultatavvik pr klinikk.....	8
1.4.	Innleie.....	8
1.5.	H-resepter.....	9
1.6.	Likviditet.....	10
1.7.	Investeringer og byggvedlikehold.....	11
1.8.	Innsatsstyrt finansiering somatisk aktivitet.....	13
1.9.	Aktivitet psykisk helse og rus.....	14
1.10.	Telefon- og videokonsultasjoner.....	15
1.11.	Prioriteringsregelen.....	17
2.	Kvalitets- og styringsindikatorer.....	18
2.1.	Ventetid.....	18
2.2.	Overholdelse av pasientavtaler.....	19
2.3.	Korridorpasienter somatikk.....	19
2.4.	Pakkeforløp for kreft.....	20
2.5.	Sykehusinfeksjoner.....	20
2.6.	Utiliserte hendelser og avvik og varsler til Statens Helsetilsyn.....	21
2.7.	Bruk av tvang.....	23
3.	Medarbeidere status.....	24
3.1	Brutto månedsverk.....	24
3.2	Deltid.....	25
3.3	Sykefravær.....	27
3.4	Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML).....	28
4.	HMS indikatorer.....	30
4.1	Fraværsskedefrekvens (H1 verdi).....	30
4.2	HMS-hendelser.....	31
4.2.1	Vold og trusler.....	32
4.3	HMS/arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.....	33
5.	Eksterne tilsyn.....	33

1. Økonomi og aktivitet

Sammendrag

Pr. 2. tertial er resultat 44,6 MNOK bak budsjett. Totale inntekter er 111,2 MNOK lavere enn budsjett og totale kostnader er 66,6 MNOK mindre enn budsjettet.

Av samlet resultatavvik pr. august 2020 på 44,6 MNOK kan 45,3 MNOK relateres til koronapandemien. Akkumulert pr. 2. tertial er det rapportert et negativt resultatavvik på 338 MNOK vedrørende effekter av koronapandemien. VVHF er hittil bevilget 396,9 MNOK knyttet til pandemien. Av dette er 329,2 MNOK inkludert i resultat pr. 2.tertial. Bevilgningene fremkommer av tabellen nedenfor.

Beskrivelse	Total beløp	Hittil i år
Redusert arbeidsgiveravgift 3 T	36 455	36 455
Kompensasjon for redusert inntekter	242 000	242 000
Aktivitets- og investeringsmidler	118 400	50 743
SUM bevilget midler	396 855	329 198

Prognose for året

VVHF rapporterte en prognose for året pr. august 2020 på 187,4 MNOK, som er 60,6 MNOK bak budsjett. Etter avslutning av september-regnskap er prognosen for årsresultatet redusert til 155 MNOK. Forverringen skyldes fortsatt høye kostnader tilknyttet pandemien og høyere lønnskostnader for økt aktivitet for å ta igjen etterslep. Dette gjelder spesielt kveldspoliklinikk, samt nødvendig testkapasitet. Disse forholdene er kommet tydeligere frem i oppfølgingsmøtene med klinikkene.

Gevinst ved salg av eiendom

Arnegårdsveien 24 i Hønefoss er solgt i mai 2020 med en netto gevinst på 8,6 MNOK (10,1 MNOK ført som gevinst ved salg, minus 1,5 MNOK i kostnader i forbindelse med salget). Gevinst ved salg inngår ikke i budsjettet resultat, i samsvar med instruks for budsjett fra HSØ. Salgsgevinster vil således øke resultatkravet tilsvarende.

Pensjonskostnader – ny aktuarberegning

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

Sande/Holmestrand

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

1.1. Resultat pr 2. tertial 2020

Tabellen under spesifiserer regnskapsmessig rapportering til HSØ pr. 2.tertial 2020.

pr august 2020								
	Regnskap denne perioden	Budsjett denne perioden	Avvik denne perioden	Avviks %	Regnskap hittil i år	Budsjett hittil i år	Avvik hittil i år	Avviks %
Basisramme inkl. KBF	434 469	447 421	- 12 952	-3 %	3 831 632	3 937 436	- 105 804	-2,7 %
ISF inntekter	219 625	229 664	- 10 038	-4 %	1 782 505	1 986 646	- 204 141	-10 %
Gjestepasient inntekter	10 855	11 903	- 1 048	-9 %	76 303	103 706	- 27 402	-26 %
Andre pasientrelaterte inntekter	36 777	38 547	- 1 770	-5 %	265 812	314 472	- 48 660	-15 %
Øvrige driftsinntekter	28 802	30 054	- 1 252	-4 %	203 868	231 923	- 28 055	-12 %
Gevinst ved avgang av anleggsmidler					10 133		10 133	
SUM Inntekter	730 528	757 589	- 27 061	-4 %	6 170 253	6 574 183	- 403 930	-6 %
Varekostnader	99 545	103 717	4 172	4 %	825 553	820 973	- 4 579	-1 %
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	64 197	63 555	- 642	-1 %	486 727	541 155	54 428	10 %
Innleid arbeidskraft	7 814	4 303	- 3 511	-82 %	23 223	12 649	- 10 575	-84 %
Lønnskostnader	448 153	445 260	- 2 893	-1 %	4 071 363	4 069 562	- 1 800	0 %
Avskrivninger og nedskrivninger	24 671	25 631	960	4 %	194 902	199 380	4 478	2 %
Andre driftskostnader	90 329	93 027	2 698	3 %	774 131	754 935	- 19 196	-3 %
Netto finanskostnader	372	1 430	1 058	74 %	2 794	10 195	7 401	73 %
SUM Driftskostnader inkl. finans	735 081	736 923	1 841	0 %	6 378 693	6 408 850	30 157	0 %
Resultat fra underliggende drift	- 4 553	20 666	- 25 219	-122 %	- 208 441	165 333	- 373 774	-226 %
Aga refusjon 3 T					36 455		36 455	
CoVid-19 midler RNB/HSØ	16 914		16 914		292 743		292 743	
Resultat totalt	12 361	20 666	- 8 305	-40 %	120 757	165 333	- 44 576	-27 %

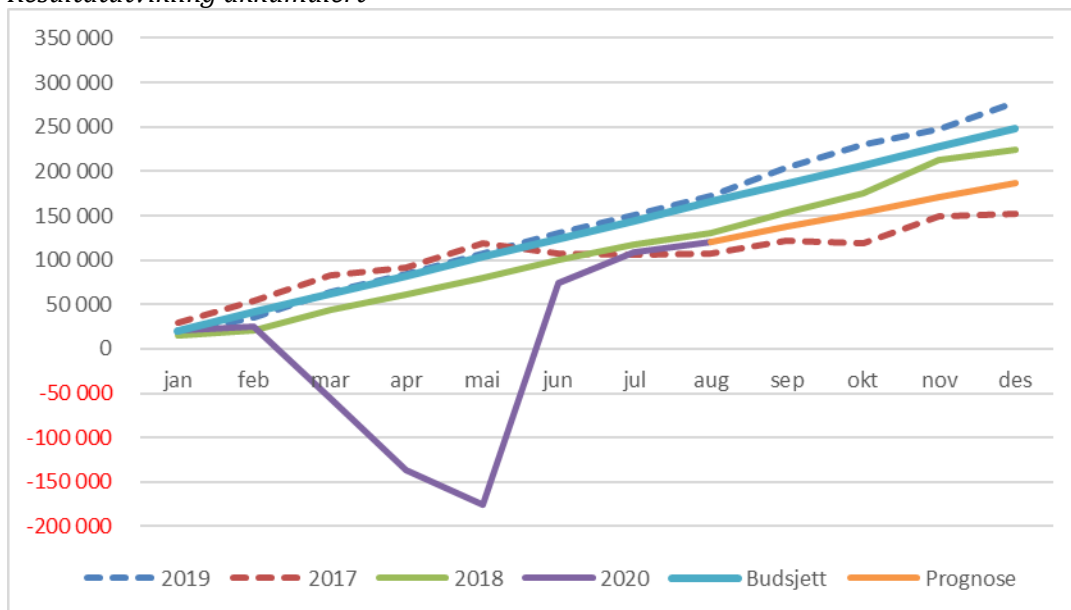
Totale inntekter er 403,9 MNOK lavere enn budsjett pr. 2. tertial. Det er beregnet at 301,8 MNOK av inntektsfallet er følge av koronapandemien, herav 273,3 MNOK knyttet til redusert pasientbehandling, og 28,5 MNOK knyttet til redusert omsetning på kiosk, kantine, parkering og selvbetalende pasienter.

Totale kostnader er 30,2 MNOK mindre enn budsjett pr. 2. tertial. Det er beregnet 36,2 MNOK i merkostnader som følge av koronapandemien, hovedsakelig knyttet til lønnskostnader, innleie og andre driftskostnader. Det er lavere gjestepasientkostnader enn budsjettet under pandemien.

Utover koronaeffektene skyldes det samlede negative avviket pr. august i hovedsak overforbruk på lønn. Dette skyldes forsinket oppstart av budsjetterte tiltak i tillegg til høy aktivitet og høyt fravær ved flere avdelinger i begynnelsen av året. Overforbruket på lønn eksklusiv effektene av pensjonsreduksjon er 107,1 MNOK, herav 59,7 MNOK knyttet til pandemien. Det er avsatt for årets lønnsoppgjør i tråd med budsjett pr. 2.tertial.

Andre driftskostnader er 19,2 MNOK høyere enn budsjettet hittil i år. Andre driftskostnader tilknyttet pandemien er beregnet til 32,7 MNOK, hovedsakelig til anskaffelse av mindre medisinskteknisk utstyr og andre smitteverntiltak.

Resultatutvikling akkumulert



Resultat er forbedret i juni som følge av korona-bevilgninger (RNB).

Lønn eksklusiv pensjon

Pr. 2. tertial er det et overforbruk på lønnsområdet eksklusiv pensjon på 107,1 MNOK. Av dette er 60 MNOK prosjektførte koronakostnader. De resterende 47,1 MNOK kan knyttes til ordinær drift. Grensedragningen mellom ordinær drift og prosjektførte koronakostnader er utfordrende. Rapporterte koronakostnader bygger på faktisk registrering med prosjektkode, og det vil alltid være feilkilder i denne registreringen. Det kan både være overregistrering og underregistrering. Overforbruk i drift skyldes høyt fravær og forsinket effekt av budsjetterte omstillingstiltak. Mye ferie er utsatt pga. pandemien. Avvikling av ferie, samt opptrapping av aktivitet ut året, øker utfordringen med å sikre god og effektiv drift. Det er etablert kveldspoliklinikk og operasjonsaktivitet i helgene. Dette vil øke variable lønnskostnader ut året. Følgende prosjekter/tiltak vil bidra til å redusere overforbruket:

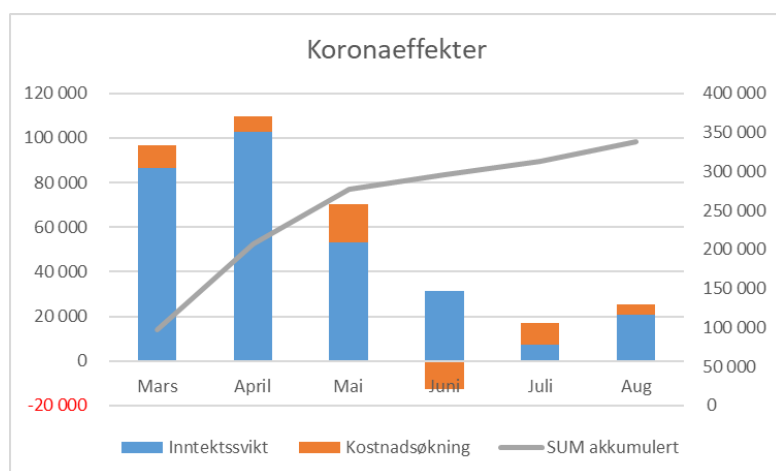
- Tversgående sengepostprosjekt
- Forbedringsarbeid i akuttmottaket
- Reduksjon av variabel lønn blant annet ved mer effektiv bruk av vikarer og engasjementstillinger, samt forlengelse av insentivordningen for å stimulere til at flere tar helgevakter.
- Endrede bemanningsplaner.

Årsprognosen pr. september gir et samlet overforbruk på 130,8 MNOK på lønnsområdet eksklusiv pensjon. Av dette er om lag 91 MNOK knyttet til koronapandemien.

Økonomiske konsekvenser av koronapandemien pr. 2.tertial

Akkumulert hittil	Totalt	
ISF inntekter	215 169	Redusert pasientbehandling, endret pasient miks
Gjestepasient inntekter	26 146	Redusert pasientbehandling
Andre pasientrelaterte inntekter	33 793	Redusert pasientbehandling
Øvrige driftsinntekter	28 457	Redusert inntekter fra kiosk, kantine, parkering og selvbetalende pasienter
SUM Inntekter	303 566	
Varekostnader	-2 101	Netto reduksjon sfa redusert pasientbehandling
Gjestepasientkost. og kjøp av tjenester	-59 052	Redusert pasientbehandling hos andre (OUS)
Innleid arbeidskraft	4 925	
Lønnskostnader	59 672	Netto overforbruk minus redusert arbeidsgiveravgift 3 T
Andre driftskostnader	32 743	Mindre MTU og smitteverntiltak, netto redusert kostnader pasientreiser
SUM Driftskostnader	36 187	
Resultat	339 753	

Hittil i år er det rapportert om koronaeffekter på 340 MNOK. Effektene var størst i perioden mars-mai, og er redusert i etterfølgende måneder. Det er inntektssvikt som har gitt størst utslag. Økte kostnader som følge av koronapandemien er i hovedsak innen lønnsområdet og andre driftskostnader. Redusert arbeidsgiveravgift inngår i netto merkostnader, mens kompensasjon for tapte inntekter og aktivitets- og investeringsmidler er holdt utenfor inntektstapet. Dette er i samsvar med rapporteringsinstruks fra HSØ. Økningen innen andre driftskostnader gjelder i hovedsak vakthold, vaskeri, anskaffelse av utstyr og ombygginger. Til fradrag kommer lavere gjestepasientkostnader.



Grafikken over viser koronaeffekter pr. måned. I perioden til og med juli inkluderer inntektssvikt effektene av redusert øyeblikkelig hjelp hvorav innleggelser på medisinske avdelinger utgjør den største delen. Da trenden anses til å være langvarig, blir ikke redusert ø.hjelp inkludert som koronaeffekt fra og med august.

Inntektssvikt i juli er lavere enn pr. august som følge av økte gjestepasientinntekter og bedre samsvar mellom budsjett og faktisk aktivitet innenfor somatikk. Somatisk aktivitet i august ga større avvik mot budsjett.

Helseforetakene er kompensert for mindreinntekter pr. mai, og det er gitt midler til aktivitetsøkning og investeringer. I tillegg er det redusert arbeidsgiveravgift i 3. termin. Ikke alle midler som ble tildelt HSØ i revidert nasjonalbudsjett er utdelt til foretakene. HSØ har holdt

tilbake omlag 2,1 milliarder kroner til videre utdeling til helseforetakene og dekning av kostnader på RHF-et. Det er fortsatt uavklart hvordan helseforetakene vil kompenseres ytterligere for de merkostnader og mindreinntekter som er påløpt etter mai 2020, og som forventes å vedvare ut året.

1.2. Prognose pr. 2. tertial 2020

Prognosen ved avgivelse av september regnskap er estimert til et overskudd på 155 MNOK, som er 93 MNOK bak budsjett. Overskuddskravet må økes med 58,6 MNOK som følge av at inntektsførte ekstrabevilgninger skal dekke merinvesteringer anslått til 50 MNOK knyttet til pandemien samt 8,6 MNOK som følge av gevinst ved salg av eiendom. I merinvesteringer inngår investeringer utført av RHF-et som forventes viderefakturert til helseforetakene. Årsprognosen pr september gir dermed et samlet negativt avvik mot korrigert overskuddskrav på 151,6 MNOK.

	NOK tusen
Prognose 2020	155 000
Budsjett 2020	248 000
Gevinst ved salg av eiendom	8 592
Avsatt RNB-midler til investering	50 000
Ønsket overskudd	306 592
Avvik	-151 592

Prognosen forutsetter at resultat ut året inklusive koronaeffekter (oktober til desember) ligger om lag 30,6 MNOK bak budsjett, hovedsakelig som følge av de langsiktige effekter av pandemien som gir redusert aktivitet/inntekter i deler av virksomhet og økte kostnader. Prognose forutsetter at ordinær drift eksklusiv koronaeffekter er bedre enn budsjett ut året.

Det er ikke tatt hensyn til eventuelle effekter av årets lønnsoppgjør i årsestimatet. Da frontfagene har landet på et nivå som er lavere enn forutsetninger i statsbudsjettet, kan det forventes at lønnsoppgjøret vil gi en positiv resultateffekt.

Prognose - avvik ift budsjett	Budsjett	Prognose avvik	Herav Korona	Herav ordinær drift
Basisramme	6 061 951	150 063	149 400	663
Pasientrelaterte inntekter	3 685 027	-308 055	-280 559	-27 496
Andre driftsinntekter og tilskudd	335 182	220 433	203 926	16 507
Sum driftsinntekter	10 082 160	62 441	72 768	-10 327
Varekostnader	1 264 655	37 140	18 505	18 635
Gjestepasientkostnader/kjøp helsetjenester	819 709	-58 230	-56 068	-2 162
Lønn og innleie	6 280 916	151 803	103 771	48 032
Andre driftskostnader, avskrivning og finans	1 468 880	24 728	44 161	-19 433
Sum driftskostnader	9 834 160	155 441	110 370	45 071
Årsprognosen	248 000	-93 000	-37 602	-55 398

Prognose fra ordinær drift ovenfor er korrigert for bruttoeffektene av pensjonsreduksjon (netto effekt inkludert i lønn og innleie) for å vise et mer riktig bilde av utvikling på lønnsområdet. Prognosen fra ordinær drift ut året preges av merkostnader i forbindelse med pågående opptrapping av elektiv virksomhet gjennom bl.a. kveldspoliklinikk og operasjoner i helgene, og redusert ISF-inntekter som følge av en varig reduksjon av øyeblikkelig hjelp og medisinsk innleggelse. Lønnskostnader vil være over budsjett ut året for å ta høyde for aktivitetsopptrapping og avvikling av ferie.

Årets prognose for koronakostnader er basert på faktiske kostnader hittil i år pluss beregnede kostnader for konkrete koronaaktiviteter ut året. Det er ikke tatt høyde for kostnader som følge av økt fravær ut året. Prognosen legger til grunn at økt fravær som følge av korona utjevnes av lavere fravær som følge av smitteverntiltakene i samfunnet. Prognose for koronakostnader inkluderer aktivitets- og investeringsmidler som er bevilget over nasjonal budsjett. Da om lag 50 MNOK av beløpet er satt av til investeringer i forbindelse med pandemien, er det reelle koronarelaterte underskuddet 50 MNOK høyere enn det som vises i prognosefremstilling ovenfor.

Det er kartlagt behov for 89 månedsverk ut året knyttet til koronaaktiviteter og som vil fortsette inn i 2021. Det er følgelig en varig økning i månedsverk som følge av nye/endrede arbeidsoppgaver som følge av pandemien. Disse merårsverkene skal kunne avvikles når tiltakene kan fases ut. I tillegg kommer merforbruk på lønn som følge av økte fravær ifm karantene, sykdom o.l., samt prosjektlønn (kveldspoliklinikk) og innleie som ikke medregnes som VVHF månedsverk. I dag benyttes Securitas benyttes for adgangskontroll på sykehusene.

Korona brutto månedsverk ut året	VVHF
Testing, testsenter og analyser av tester	25,1
Adgangskontroll	6,5
Lengre tidsbruk pga smittevernrutiner	30,9
Økt transport, mindre samkjøring	1,5
Økt renhold/smittevern	2,0
Endrede bemannings-/vaktplaner	23,0
Sum månedsverk ut året	89,0

Prognosen for koronakostnader ut året inkluderer om lag 30 MNOK i økte kostnader som følge av disse aktivitetene knyttet til lønn, innleie og bruk av eksterne konsulenter (Securitas).

1.3. Resultatavvik pr klinikk

Tabellen nedenfor viser akkumulert avvik mot budsjett pr. klinikk pr. 2.tertial for henholdsvis inntekter, kostnader og resultat fra ordinær drift.

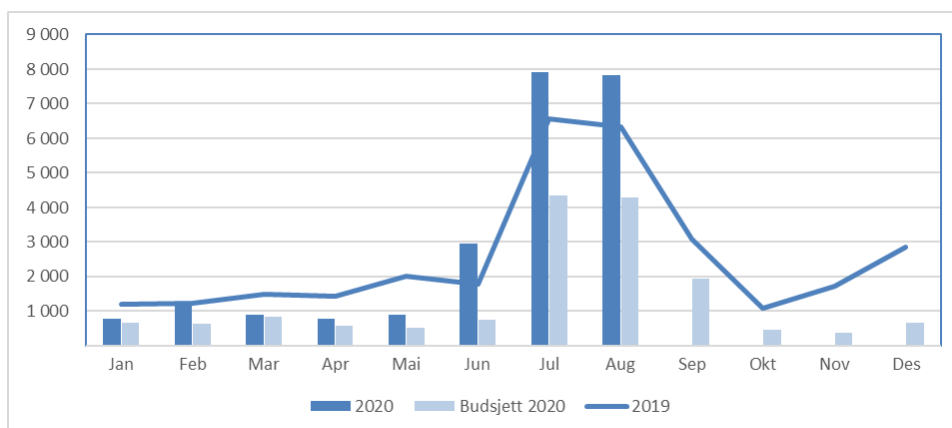
Avvik mot budsjett pr august	Inntekter		Kostnader		RESULTAT	
	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	Avvik som % av total budsjett
Drammen sykehus	- 10 699	-0,9 %	- 72 156	-5,8 %	- 82 855	-6,7 %
Bærum sykehus	- 11 486	-1,6 %	- 28 055	-3,8 %	- 39 541	-5,3 %
Ringerike sykehus	- 10 748	-2,6 %	- 12 184	-3,0 %	- 22 932	-5,6 %
Kongsberg sykehus	- 6 386	-3,0 %	- 3 550	-1,7 %	- 9 936	-4,7 %
Intern Service	- 9 510	-2,5 %	- 21 368	-5,5 %	- 30 878	-8,0 %
Psykisk Helse og Rus	9 708	0,9 %	4 497	0,4 %	14 205	1,3 %
Prehospital Tjenester	- 1 114	-0,6 %	- 7 519	-3,9 %	- 8 633	-4,5 %
Medisinsk Diagnostikk	- 637	-0,1 %	- 11 956	-2,7 %	- 12 593	-2,8 %
Stabene	6 026	0,9 %	3 753	0,0 %	9 780	1,4 %
Byggvedlikehold			- 3 123	-7,7 %	- 3 123	-7,7 %
Varekost BHM			- 3 038	-4,9 %	- 3 038	-4,9 %
SP IKT			5 818	2,0 %	5 818	2,0 %
Pasientreiser			4 101	23,5 %	4 101	5,3 %
Overordnet VVHF	- 76 341	-47,4 %	211 391	23,5 %	135 050	15,7 %
Total budsjett avvik	- 111 187	1,7 %	66 612	1,0 %	- 44 576	-0,7 %

Resultat i klinikkene er netto kompensasjon for reduserte inntekter som følge av koronapandemien på 242 MNOK. I tillegg er det inntektsført 50,7 MNOK i RNB aktivitets- og investeringsmidler i fellesøkonomi.

Klinikker med direkte pasientkontakt viser et samlet underskudd på 193,2 MNOK. Av beløpet kan 145,2 knyttes til koronaeffekter (netto RNB kompensasjon for reduserte inntekter). Det resterende underskudd på 48 MNOK kan knyttes til ordinær drift. VVHF har større kostnader knyttet til korona enn foretak som består av kun ett sykehus. Alle lokasjonene medfører betydelige merkostnader til blant annet testing, akuttmottak og generell adgangskontroll.

1.4. Innleie

Innleie hittil i år er 10,6 MNOK høyere enn budsjett, og 0,3 MNOK høyere enn samme periode i fjor. Det er beregnet at 4,9 MNOK av overforbruket er knyttet til pandemien, bl.a. som følge av økt sykefravær/ karantene. Det resterende overforbruket er i stor grad knyttet til spesialavdelinger (intensiv og operasjon), der det til tider oppleves mangel på kvalifisert personell.

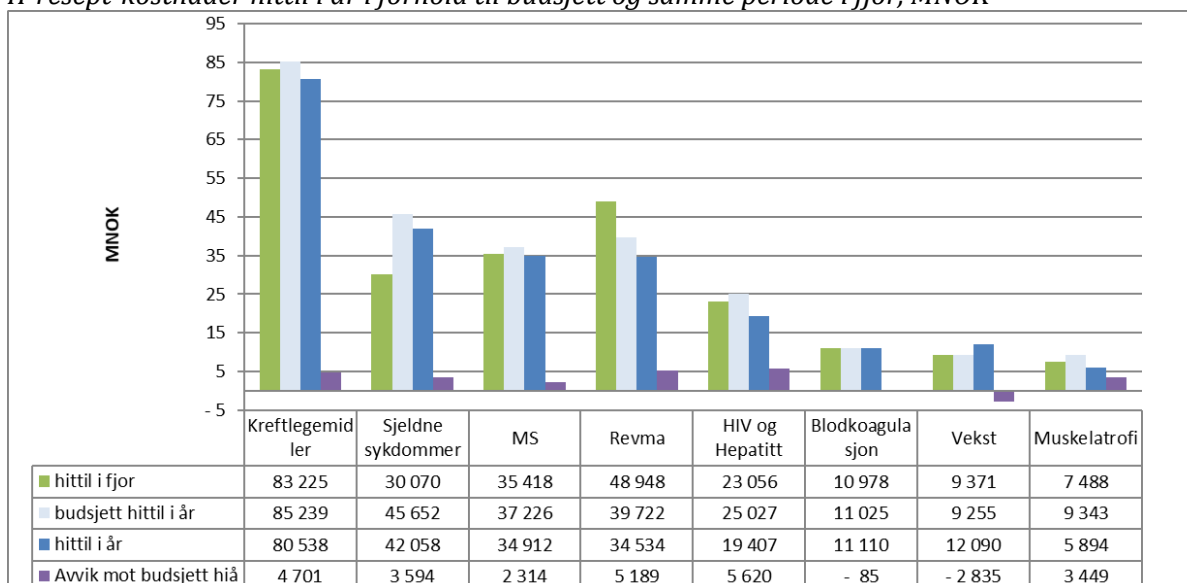


Holdes innleie som følge av korona utenfor er det realisert en betydelig reduksjon sammenlignet med samme perioden i fjor.

1.5. H-resepter

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

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

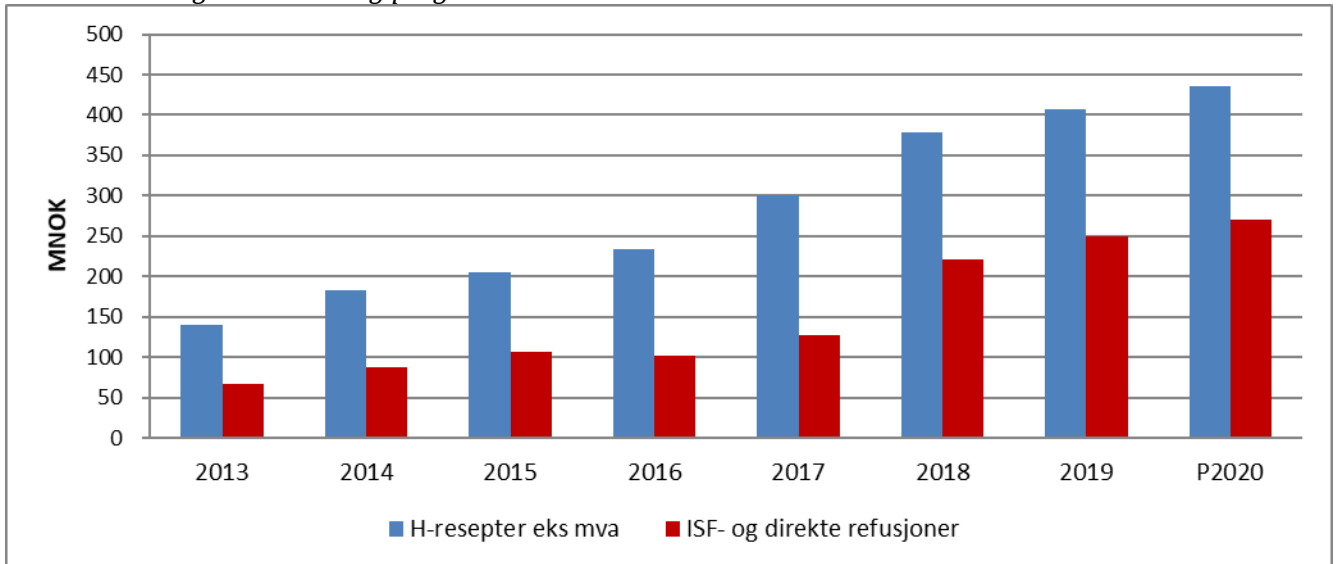


Budsjett 2020 for H-resepter er økte med 45,8 MNOK i forhold til 2019-nivå for å ta høyde for overføring av finansieringsansvar for nye medikamenter til foretakene, økt forbruk av eksisterende medikamenter og prisendringer (både prisøkninger og prisreduksjoner). Budsjett er redusert med 10 MNOK tilknyttet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

For å bidra til at gevinstene realiseres, er det etablert et høykostgruppe. Flere områder er fulgt opp, og har besparelser gjennom medikamentbytte. Hittil i år er VVHF belastet 263,8 MNOK for bruk av H-reseptmedikamenter. Dette er 16,4 MNOK mindre enn budsjettet. Det er variasjon i kostnadsutviklingen i forhold til budsjett mellom de ulike medikamentgruppene. Kostnader for

revma-medikamenter er vesentlig redusert i forhold til samme periode i fjor som følge av prisreduksjoner og medikamentbytte. Medikamenterkostnader for sjeldne sykdommer er 3,6 MNOK lavere enn forutsatt. Da HSØ refunderer foretakene for faktiske kostnader for denne gruppen, gir det ingen netto resultateffekt.

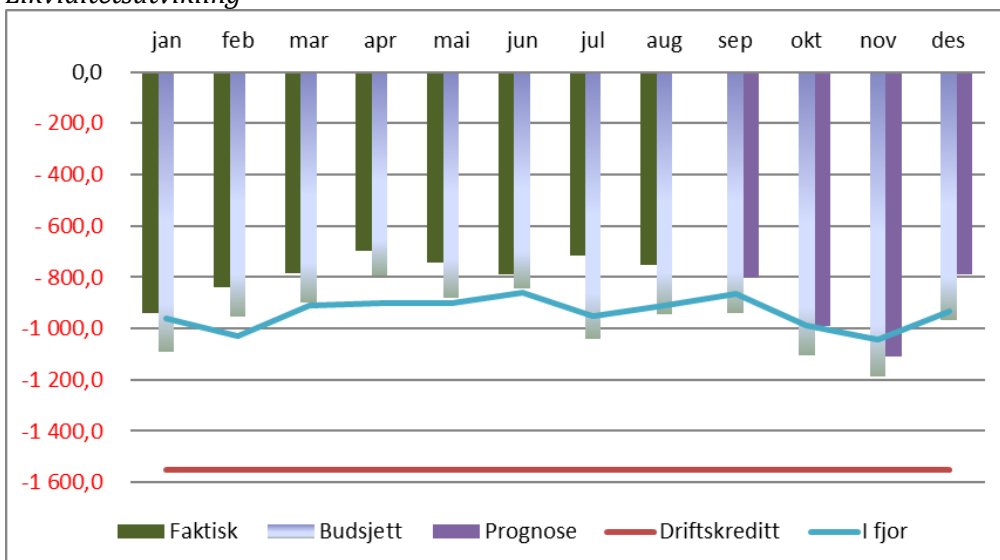
Faktisk utvikling 2013-2019 og prognose 2020



ISF-refusjoner vokser mindre enn kostnadsveksten, da ikke alle medikamenter er innenfor ISF-ordningen, og fordi det kun gis refusjon for et medikament pr. pasient pr. år (noen pasienter har flere medikamenter). Hittil i år er ISF-refusjoner for H-resepter resultatført i tråd med budsjett etter instruks fra Helse Sør-Øst. Tilbakemeldinger fra HELFO gir imidlertid større beregnet ISF-refusjon enn det som er avsatt i regnskapet. Det vurderes å være lav risiko for at ISF-refusjoner på H-resepter skal være lavere enn budsjett i år.

1.6. Likviditet

Likviditetsutvikling



Pr. 31. august var trekket på kassekreditten 752,5 MNOK. Dette er lavere enn budsjett og lavere enn samme periode i fjor. Prognosen for året viser trekk som er under budsjett, og godt innenfor driftskredittrammen. Forklaringen til bedring av likviditet sett mot budsjett er hovedsakelig knyttet til overføring av midler/kompensasjon Covid-19 og pensjonsendringer.

1.7. Investeringer og byggvedlikehold

Investeringer - MNOK	Budsjett i år	Overført fra i fjor	Disponibelt i år totalt	Investering hittil i år	Gjenstående ramme
BRK	61,0	18,7	79,7	45,2	34,5
Øvrige bygg	31,0	32,8	63,8	28,1	35,7
NSD	0,0	0,0	0,0	10,6	-10,6
MTU	101,0	14,6	115,6	67,6	48,0
Annet	15,0	6,7	21,7	10,1	11,6
Ambulanse	17,0	0,7	17,7	19,5	-1,8
IKT	31,0	17,7	48,7	12,2	36,5
EK-innskudd	17,0	0,0	17,0	0,0	17,0
Ikke fordelt	44,0	0,8	44,8	0,0	44,8
SUM	317,0	92,0	409,0	193,3	215,7

Hittil i år er det foretatt investeringer for 193,3 MNOK. Total ramme for investeringer i 2020 er 409 MNOK da det er overført 92 MNOK fra 2019. Dette gir en resterende investeringsramme på 215,7 MNOK pr. 2. tertial. Rapporterte investeringer pr. 2. tertial omfatter kun de investeringer som det er mottatt fakturaer på. Det gir følgelig ikke uttrykk for faktisk fremdrift i prosjektene. Regnskapsføring av investeringene vil normalt ligge et stykke bak plan som følge at fakturering skjer etter ferdigstilling. Grunnet koronasituasjonen er flere prosjekter forsinket. Det vises til styresak 42/2020 Investeringsområdet, som ble behandlet i styremøte i august 2020.

Det er kostnadsført 43,5 MNOK i vedlikehold pr. august (54,4 MNOK inklusive merverdiavgift). Årsbudsjett er 95 MNOK for vedlikehold som tas over drift (inkl. mva).

Bygg og anlegg

Koronapandemien påvirket fremdriften i BRK prosjektet og har resultert i et forventet etterslep på om lag 60 MNOK sett mot disponible midler for 2020. Samtidig er foretaket tildelt 50 MNOK av HSØ dedikert til BRK gjennom statsbudsjettet for stimulering av sysselsettingen i samfunnet. Disse midlene er satt i aktivitet, og det forventes at om lag halvdelen disponeres inneværende år mens resterende disponeres 1. kvartal 2021. Se omtale nedenfor.

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

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

MTU

MTU er stort sett i rute med sine anskaffelser.

Ambulanser

Ambulanser følger planlagt investeringsplan for året, og åtte nye biler er anskaffet så langt i år.

IKT – inklusive bygnær IKT

IKT-investeringer har et underforbruk i forhold til budsjett som hovedsakelig skyldes leveransekapasitet hos Sykehuspartner. Gjeldende kundeplan for VVHF reflekterer leveranser fra Sykehuspartner med forpliktet leveransedato, men fortsatt har VVHF sendt mange bestillinger som ikke er kommet inn i kundeplanen. VVHF har tett oppfølging av leveransene og har innført regelmessig rapportering av status til direktørnivå. VVHF og Sykehuspartner samarbeider for å etablere en egnet metodikk for prioritering av leveranser. Det forventes at VVHF vil måtte overføre deler av IKT-investeringsbudsjettet for leveranse i 2021. Dette anslås til 8-9 MNOK.

Bygnær IKT er tilnærmet på budsjettetert nivå.

Koronaanskaffelser

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

Det er rapportert 30,8 MNOK i investeringer og anskaffelser knyttet til korona pr. 2. tertial. Det er i tillegg planlagte/bestilte utstyr for 4,1 MNOK. Deler av bevilget aktivitets- og investeringsmidler over RNB skal benyttes til finansiering av disse investeringer, inklusive evt. VVHFs andel av sentrale investeringer iverksatt av HSØ. Det er uklart hvorvidt helseforetakene blir fakturert for dette.

Stimuleringsmidler

I forbindelse med RNB ble VVHF tildelt 59,2 MNOK for tiltak som kan stimulere til økt sysselsetting. Av dette er 50 MNOK øremerket fremskynding av planlagte aktiviteter innen BRK-programmet. Resterende midler er fordelt med 6 MNOK til tiltak for å øke digital hjemmeoppfølging og 2,5 MNOK til tiltak for å sikre opprettholdelse av operasjonskapasiteten ved Drammen sykehus med pågående ekstra smitteverntiltak. Restbeløpet på 0,7 MNOK av holdt av til buffer.

Status pr september 2020:

Området	MNOK	Påløpt pr sept	Forventet ferdigstilling
Covid 19 tiltak for opprettholdelse av operasjonskapasitet	2,5	0,2	des.20
Digital hjemmeoppfølging	6,0	0,0	des.21
BRK-prosjektene	50,0	0,6	mar.21
SUM	58,5	0,7	

Prosjektene finansieres ved at foretaket fakturerer HSØ fortløpende for faktisk forbruk. Finansieringsformen øker omsetning og resultatkrav til foretaket tilsvarende.

- Covid-19 tiltak for opprettholdelse av operasjonskapasitet ved Drammen sykehus. Tiltaket omfatter ombygging av lokaler for etablering av en intensivstue for 4 respiratorpasienter ved Drammen Sykehus for å sikre opprettholdelse av operasjonskapasiteten. Tiltaket gjennomføres i løpet av høsten 2020.
- Økt pasientvolum til digital hjemmeoppfølging
Det er planlagt følgende tiltak:
 - Tilsetning av engasjement som lokale prosjektledere for digital hjemmeoppfølging i klinikk, 5,5 MNOK hvorav 228 tnoK påløper i 2020 og resterende i 2021. Det er planlagt at det tilsettes inntil ett engasjement pr. somatiske klinikk og én i PHR. Det

er foreløpig ikke besluttet om det skal engasjeres fire eller fem personer, dette er noe som vurderes i samråd med klinikkene.

- Tilpasse areal og arbeidsplasser til digital hjemmeoppfølging, 500 tnok, hvorav 200 tnok påløper i 2020 og resterende i 2021.
Tiltaket innebærer å identifisere egnede areal i klinikkene og tilpasse disse slik at de er best mulig egnet for digitale konsultasjoner. Rommene settes opp med ulikt utstyr, og der utstyr må anskaffes, gjennomføres dette i samarbeid med KIS og innkjøpsavdelingen.
- BRK- prosjektene
De 50 MNOK vil disponeres til fremskynding av aktiviteter i BRK-programmet som er planlagt frem tid. Tiltakene er gjennomgått i klinikkene og prioritert i forhold til hva som lett kan iverksettes uten for store driftsmessige tilpasninger, samt der det bidrar til økt sysselsetting. Tiltaket innebærer at gjennomføringen av BRK-programmet trykkes økonomisk gjennom at foretaket tilføres likviditet i en tidligere fase enn investeringsplanen ellers kunne legge opp til.

1.8. Innsatsstyrt finansiering somatisk aktivitet

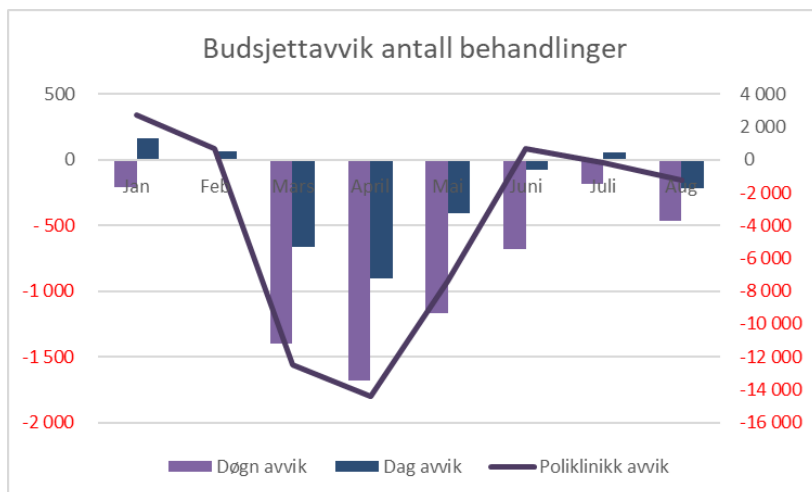
pr august	Avvik			% ift		Års- estimat	Års- budsjett	% avvik
	Hittil i år	mot budsjett	% avvik	Hittil i fjor	i fjor			
DRG poeng dag og døgn "sørge for"	54 456	-7 128	-11,6 %	60 966	-10,7 %	84 104	93 507	-10,1 %
DRG poeng poliklinikk "sørge for"	13 613	-1 363	-9,1 %	14 433	-5,7 %	21 393	23 165	-7,7 %
SUM DRG-poeng "sørge for" døgn, dag og poliklinikk	68 069	-8 491	-11,1 %	75 398	-9,7 %	105 497	116 672	-9,6 %
DRG poeng H-reseptor	5 510	-154	-2,7 %	5 624	-2,0 %	8 204	7 836	4,7 %
Utført i eget foretak	68 335	-8 664	-11,3 %	75 835	-9,9 %	105 985	117 347	-9,7 %
Gjennomsnittlig liggetid	3,4	0,0	0,0 %	3,5	2,9 %	3,4	3,3	3,0 %
Antall utskrevne pasienter døgn	42 071	-5 782	-12,1 %	47 016	-10,5 %	64 659	72 300	-10,6 %
Antall liggedøgn - døgnbehandling	141 085	-19 270	-12,0 %	163 031	-13,5 %	216 833	242 126	-10,4 %
Antall dagopphold	20 727	-1 980	-8,7 %	22 506	-7,9 %	33 950	35 095	-3,3 %
Antall polikliniske konsultasjoner	252 429	-31 568	-11,1 %	277 081	-8,9 %	395 312	436 700	-9,5 %

Samlet aktivitet pr. august i antall "sørge-for" ISF-poeng var 8491 poeng lavere enn budsjett. Etter stenging av 2. tertial viser faktisk aktivitet 6 færre DRG-poeng enn bokført pr august. Reduksjonen er bokført i september måned.

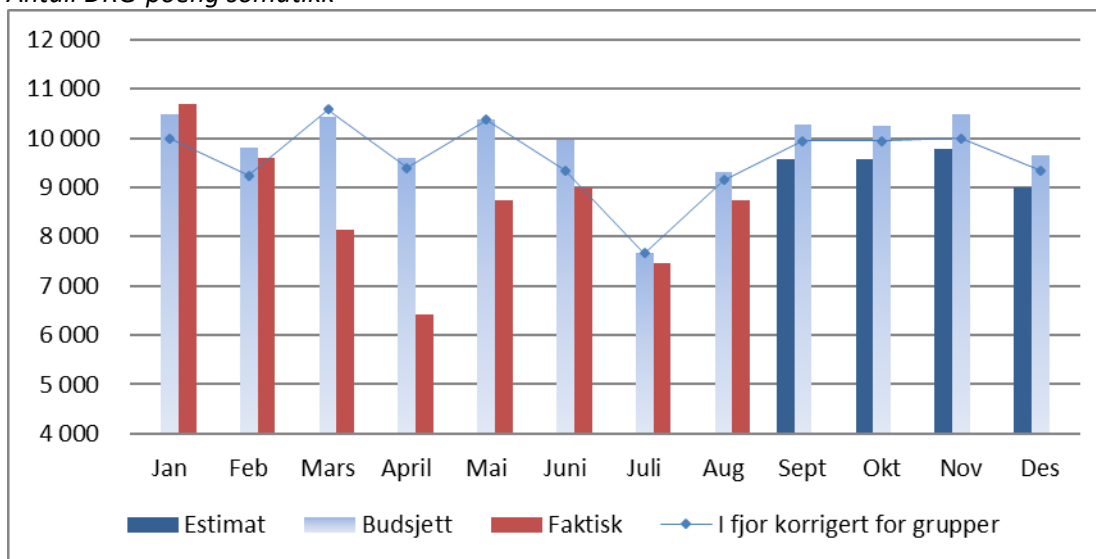
Det har vært lavere aktivitet siden mars som følge av koronapandemien. Planlagte utredninger og behandlinger har blitt utsatt der dette ikke har vært forbundet med prognosetap for pasienten. I tillegg har mange pasienter selv avlyst/utsatt behandlinger. Det har også vært reduksjon i øyeblikkelig hjelp.

Siden mai er det iverksatt tiltak for å øke dag- og poliklinisk aktivitet for å redusere ventetider og antall ventende. Aktiviteten i sommer er høyere enn perioden mars-mai, og er nærmere budsjettert nivå. De siste ukene av august er antall dagbehandling, dagkirurgi og polikliniske konsultasjoner samlet sett i tråd med budsjett, og trenden er god. Samtidig oppleves en vedvarende reduksjon i antall døgnbehandling og et uforklart fall i øyeblikkelig hjelp pasienter. Endret pasientsammensetning gjør at det er en større reduksjon i antall DRG-poeng

enn aktivitetsreduksjonen ellers skulle tilsi. Som følge av at smitteverntiltakene må opprettholdes, vil det ikke være mulig å komme opp i 100 % aktivitet på alle områder.



Antall DRG-poeng somatikk



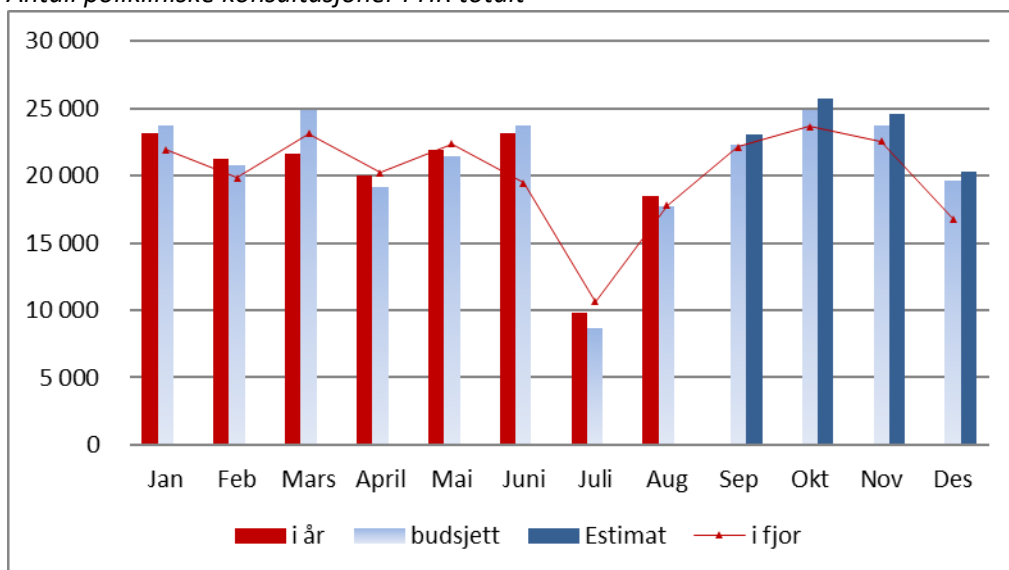
1.9. Aktivitet psykisk helse og rus

pr august	Denne måned	Avvik mot budsjett	% avvik	Hittil i år	Avvik mot budsjett	% avvik	Hittil i fjor	% ift i fjor	Års-estimat	Års-budsjett	% avvik
Antall utskrevne pasienter døgntotalt	325	-13	-4,2 %	2 587	135	5,5 %	2 491	3,9 %	3 880	3 678	5,5 %
Antall liggedøgn samlet totalt	6 274	-477	-7,1 %	50 452	-2 685	-5,1 %	54 151	-6,8 %	75 707	79 705	-5,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner VOP og TSB	12 311	38	0,3 %	106 494	-3 193	-2,9 %	107 648	-1,1 %	171 212	172 584	-0,8 %
Antall polikliniske konsultasjoner BUP	6 169	741	13,7 %	52 795	2 497	5,0 %	47 784	10,5 %	81 690	77 800	5,0 %
Antall DRG-poeng, poliklinikk eget HF	4 235	638	17,7 %	30 397	-2 321	-7,1 %	31 720	-4,2 %	51 509	51 050	0,9 %

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

Antall polikliniske konsultasjoner ligger over budsjett innen BUP. Innen VOP/TSB ligger antall konsultasjoner bak budsjett akkumulert. Årsaken er først og fremst koronapandemien, der nesten alle oppmøtekonsultasjoner de første ukene etter 12. mars ble utsatt. Det har også vært utfordringer med turnover og påfølgende forsinket rekrutteringsprosess som følge av koronapandemien, men dette er i ferd med å bedres. Det jobbes også med en plan for utlån av bærbare PC-er slik at det blir mulighet for hjemmekontor for alle behandlere. Dette vil øke mulighet for konsultasjoner via hjemmekontor ved karantene.

Antall polikliniske konsultasjoner PHR totalt

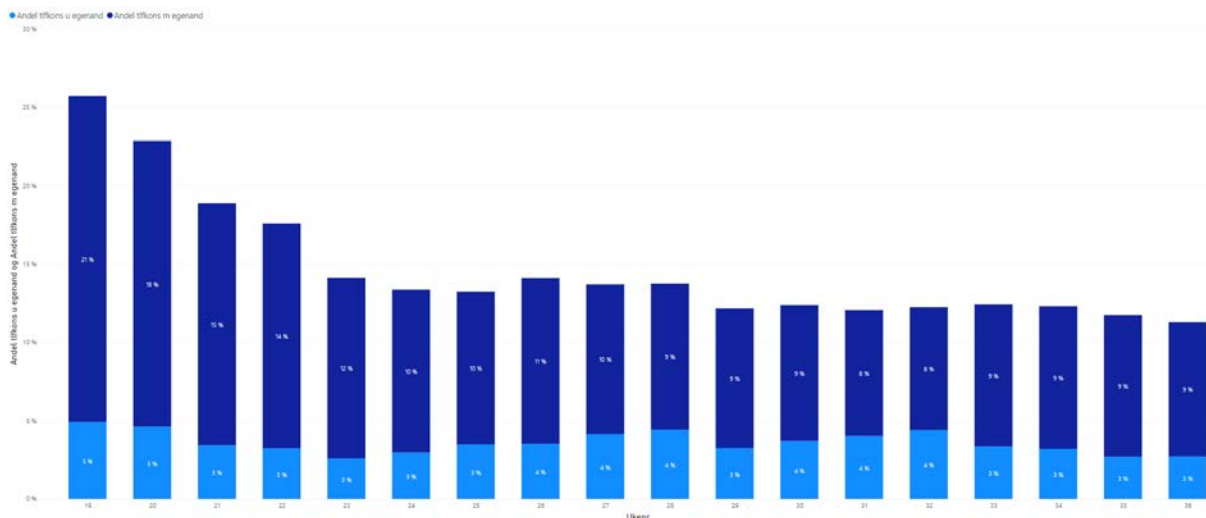


Det har vært et negativt avvik i aktivitetsbaserte inntekter på 7,9 MNOK målt mot budsjett i perioden hittil i år. Det er en klar positiv trend innen økonomien fordi balansen mellom andel telefonkonsultasjoner og andel oppmøtekonsultasjoner (inkl. video) er tilbake til nivået slik det var før koronapandemien, og fordi telefonkonsultasjoner fra juli vektet på samme måte som oppmøtekonsultasjoner.

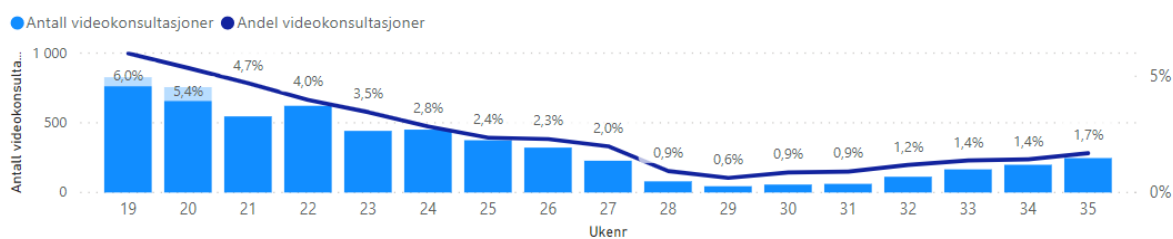
1.10. Telefon- og videokonsultasjoner

Behovet for telefon- og videokonsultasjoner ble akutt i mars 2020 som følge av pandemien. Før pandemien lå andelen digitale konsultasjoner på under 5%, i gjennomsnitt 780 telefonkonsultasjoner og 5 videokonsultasjoner pr. uke fra nyttår til medio mars. Figurene nedenfor viser ukentlig utvikling i digitale konsultasjoner i 2. tertial. På det meste, dvs. i uke 19, hadde Vestre Viken 3230 telefonkonsultasjoner (26%) og 827 videokonsultasjoner (6%). Antall digitale konsultasjoner sank gradvis mot ferien da samfunnet åpnet opp i større grad, og det ble mulig å gjennomføre fysiske konsultasjoner innenfor smittevernreglene. I løpet av sommerferien var ferieavvikling en årsak til færre digitale konsultasjoner. I løpet av august tok antallet seg opp, men uten å nå opp til samme nivå som før ferien.

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



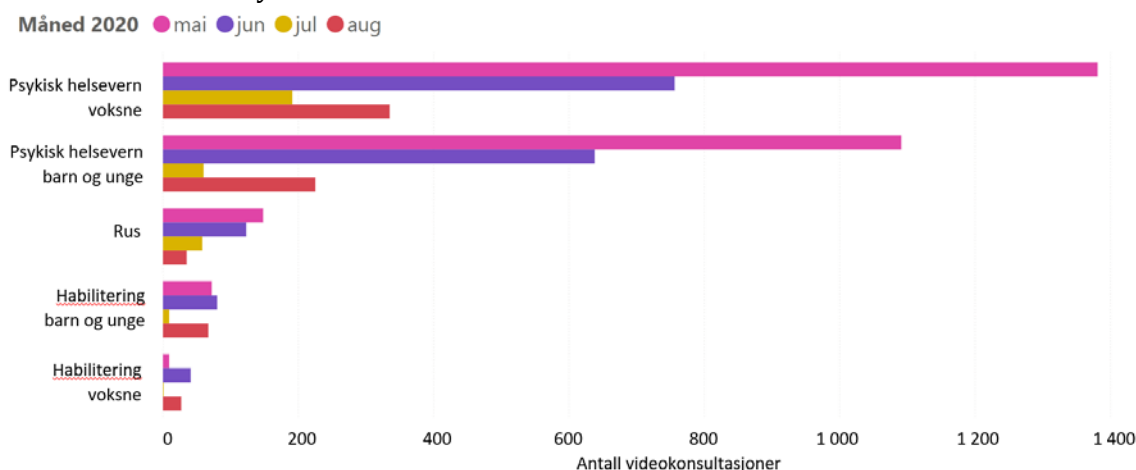
Figur 1 Andel telefonkonsultasjoner i Vestre Viken i 2. tertial 2020, med og uten egenandel



Figur 2 Antall og andel videokonsultasjoner i Vestre Viken i 2. tertial 2020

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

Figurene under viser at antall videokonsultasjoner pr måned for de fem fagområdene i Vestre Viken som har det høyeste antallet i 2. tertial 2020.



Figur 3 Fagområder med høyest antall videokonsultasjoner i 2. tertial 2020 i Vestre Viken

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

- Systematisk opplæring og støtte/rådgiving ved innføring av videokonsultasjoner i somatiske klinikker

- Administrasjon av virtuelle møterom i Norsk Helsenett og koordinering av utstyrsbehov
- Utarbeidelse av informasjonsmaterieill til intranett og internett
- Utarbeidelse av veiledere for registrering av videokonsultasjoner i DIPS
- Etablering av kontaktnett i klinikkene og superbrukernetter

Et nytt tiltak for å øke pasientvolumet for digitale konsultasjoner er å rekruttere lokale prosjektledere for innføring i klinikkene. Rekrutteringsprosessen pågår og det er besluttet å bruke deler av stimuleringsmidlene som VVHF ble tildelt i juli 2020 til dette formålet, jf. pkt. 1.7 overfor. I løpet av tredje tertial 2020 vil det fastsettes konkrete måltall for bruk av digitale konsultasjoner.

1.11. Prioriteringsregelen

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

Utvikling hittil i år i forhold til samme periode i fjor

pr august	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor	Estimat i år	Året i fjor	Estimert endring fra i fjor
Polikliniske konsultasjoner						
Somatikk	252 429	277 081	-8,9 %	397 244	426 611	-6,9 %
VOP	82 468	83 319	-1,0 %	133 394	127 853	4,3 %
BUP	52 795	47 784	10,5 %	81 690	74 897	9,1 %
TSB	24 026	24 329	-1,2 %	37 818	37 846	-0,1 %
SUM PHR	159 289	155 432	2,5 %	252 902	240 596	5,1 %

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

Denne situasjonen gir utfordringer i forhold til budsjett 2021, der det forventes at somatikk jobber videre for å ta igjen tapt aktivitet og redusere ventetider.

Kostnader pr tjenesteområde

Kostnader eks. avskrivning, legemidler og pensjon	Faktisk 2019	Estimat 2020	Endring	
			Beløp	prosent
Rapportering pr 2.tertial 2020				
Totale kostnader innen somatikk	5 435 143	5 768 646	333 503	6 %
Totale kostnader innen VOP	1 215 668	1 220 033	4 365	0 %
Totale kostnader innen BUP	331 676	336 514	4 838	1 %
Totale kostnader innen TSB	199 954	210 312	10 358	5 %
Totale kostnader innen annet	403 501	412 765	9 264	2 %
Sum alle tj.om. eks avsk., legem. og pensjon	7 585 942	7 948 270	362 328	5 %

Kostnader pr tjenesteområde pr. 2. tertial (eks. avskrivning, legemidler og pensjon) viser lavere vekst innenfor VOP, BUP og TSB enn i somatikk. Koronapandemien har påført somatisk virksomhet vesentlig større kostnader enn psykiatrien. Klinik for psykisk helse og rus har hatt en kostnadsutvikling om lag i tråd med budsjett.

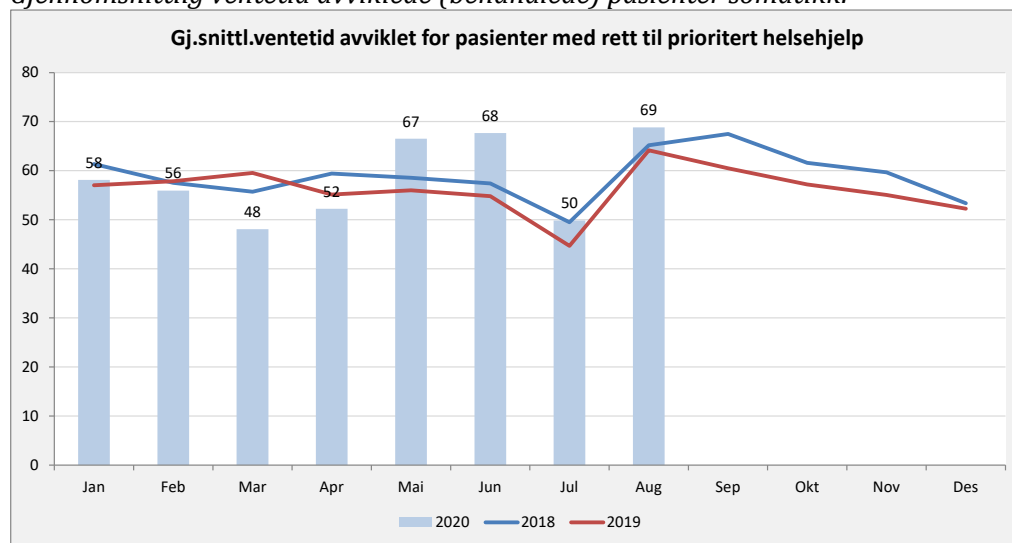
2. Kvalitets- og styringsindikatorer

2.1. Ventetid

Ventetid somatikk

Ventetiden for avviklet helsehjelp innen somatikk er 69 dager i august og akkumulert 58 dager som er 4 dager over målet. Ventetiden for avviklet helsehjelp øker som regel etter sommerferien, fordi det i sommerferien først og fremst behandles pasienter som har høy prioritet og kort ventetid, mens de som kan vente lenger først får time over sommeren. Tatt i betraktning en fortsatt lavere aktivitet enn forutsatt i budsjett forventes det at ventetiden vil ligge noe over fjoråret ut året. Helseforetaket har god oversikt over de ventende og pasienter som trenger behandling mest prioriteres. Økt tilbud av kveldspoliklinikk vil bidra til at etterslepet av behandlinger vil reduseres. Prognose for ventetiden i 2020 er derfor satt til 58 dager.

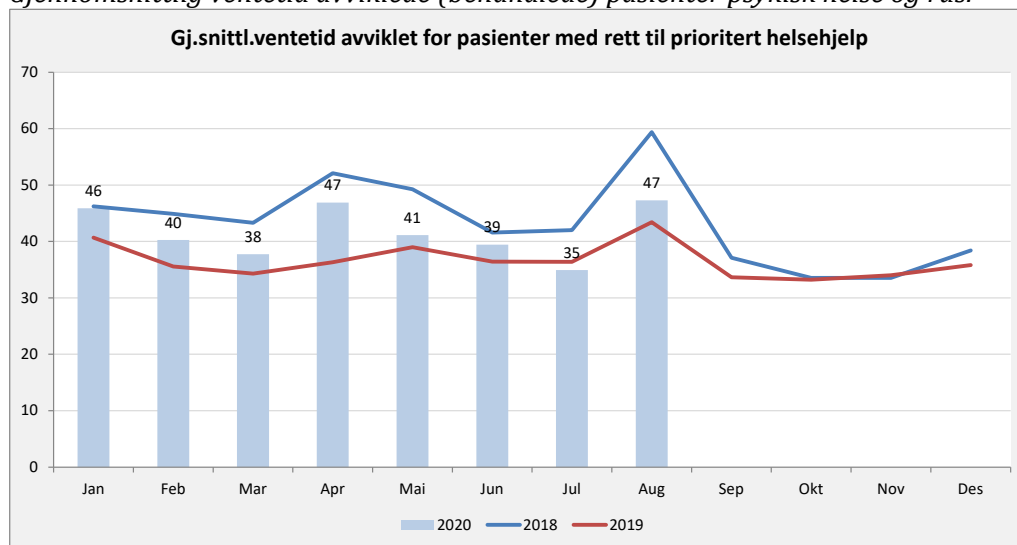
Gjennomsnittlig ventetid avviklede (behandlede) pasienter somatikk:



Ventetid psykisk helse og rus

Innen PHR er ventetiden i august på 47 dager og dermed lengre enn tidligere måneder. Den akkumulerte ventetiden for 2020 er på 42 dager. Det forventes det en svak forbedring ut året og prognose for ventetiden er satt til 41 dager i snitt for alle fagområder.

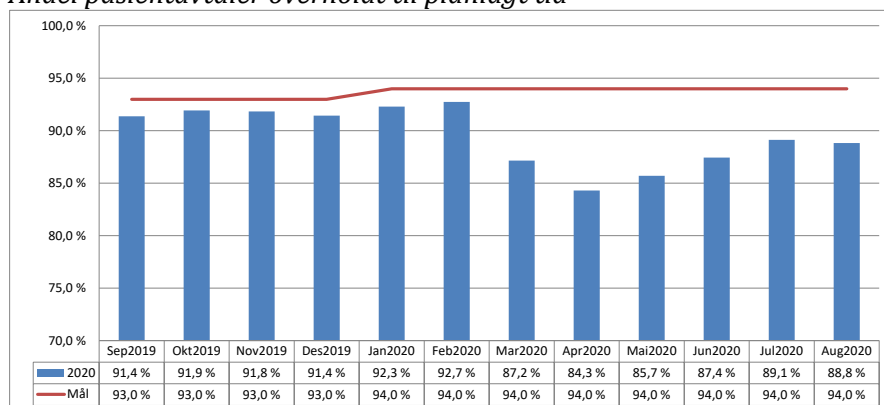
Gjennomsnittlig ventetid avviklede (behandlede) pasienter psykisk helse og rus:



2.2 Overholdelse av pasientavtaler

Andel overholdte pasientavtaler er 88,5 % pr 2. tertial 2020, altså under det tidligere satte målet på 94 %. Koronasituasjonen har ført til at timeavtaler har blitt forsinket. Det er rutiner som skal sikre at forsinkelser er medisinsk forsvarlige. Det er blant annet iverksatt nye rutiner ved Kongsberg sykehus som har resultert i betydelig forbedring av resultatene.

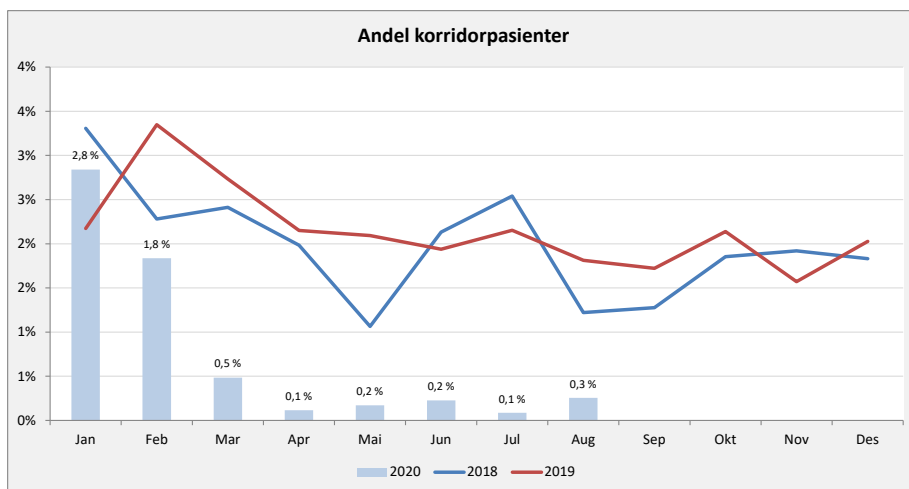
Andel pasientavtaler overholdt til planlagt tid



2.3 Korridorpasienter somatikk

Andel korridorpasienter er tilnærmet null (0,3 %) i august. Både reduksjon i elektiv behandling og ø-hjelp har medført mindre trykk på sengepostene i perioden med pandemien. Effekter av de

tiltak som er iverksatt for å utbedre situasjonen med korridorpatienter, spesielt på Ringerike sykehus, påvirker også utviklingen positivt.

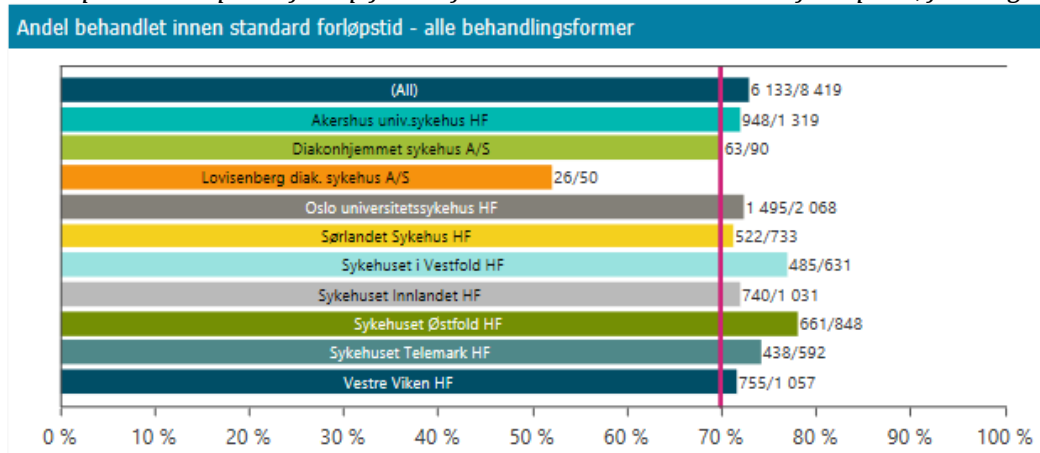


2.4 Pakkeforløp for kreft

Vestre Viken oppnår hittil i år målkravet for pakkeforløp for kreft som tilsier at 70 % skal få behandling innenfor standard forløpstid. I august var andelen 68 %, og i perioden januar til august var andelen 71 %. Behandling av kreftpasienter er en prioritert oppgave også under pandemien, og foretaket har lyktes med denne prioriteringen. Området følges tett opp på de ulike fagområdene, og tiltak iverksettes for de forløpene som ikke oppnår målsettingen. Prognosen for 2020 er at målet på 70 % nås.

Figuren nedenfor viser status for 2. kvartal 2020 i Helse Sør-Øst. Som det fremgår har Vestre Vikens resultater løftet seg opp på nivå med flere av de andre foretakene.

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



2.5 Sykehusinfeksjoner

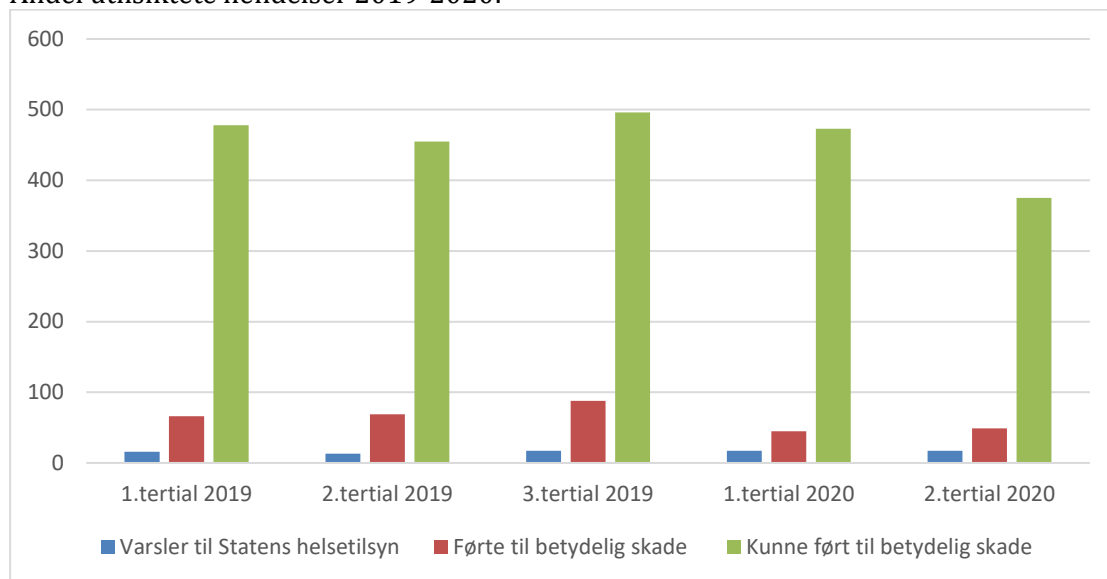
Det gjennomføres som regel fire prevalensundersøkelser av sykehusinfeksjoner årlig ved helseforetakene i Helse Sør-Øst. I 2019 var andelen pasienter som fikk en sykehusinfeksjon på 2,7 %. Første prevalensundersøkelse ble gjennomført i januar og viste en prevalens (forekomst) av sykehusinfeksjoner på 3,1% hvorav 1,9 % var ervervet i eget foretak mens de øvrige

infeksjonene oppsto hos pasienter som er overflyttet til Vestre Viken HF fra andre helseforetak. Andre Prevalensundersøkelse var planlagt gjennomført i april, men ble ikke gjennomført grunnet covid-19 epidemien. Tredje prevalensundersøkelse ble gjennomført i september og dermed i 3. tertial og viste en prevalens av sykehusinfeksjoner på 2,1 % hvorav 1,5 % var ervervet i eget foretak mens de øvrige infeksjonene oppsto hos pasienter som er overflyttet til Vestre Viken HF fra andre foretak. Hittil i år er prevalens av sykehusinfeksjoner 2,6 %. På Kongsberg sykehus har prevalensen hittil i 2020 vært 0 prosent, dvs. ingen pasient som var innlagt når prevalensundersøkelsene ble gjennomført hadde en sykehusinfeksjon. Det er svært positivt at forekomsten av sykehusinfeksjoner er på et lavt nivå og kan pasienter spare for lidelser og på sikt kunne redusere antall liggedøgn. Det er for tidlig å si om covid-19 epidemien med fokus på gode basale smittevernrutiner kan ha bidratt til en reduksjon av sykehusinfeksjoner.

2.6 Utisiktete hendelser og avvik og varsler til Statens Helsetilsyn

Utisiktete hendelser skal meldes i foretakets avvikssystem. Statistikk over utisiktete hendelser publiseres på Vestre Vikens nettsider. Figuren nedenfor viser registrerte utisiktete hendelser som førte til, eller kunne ha ført til, betydelig skade, samt antall varsler til Statens helsetilsyn, tertialvis i 2019 til 2.tertial i 2020.

Andel utisiktete hendelser 2019-2020:



I 2. tertial 2020 er det meldt 47 hendelser som førte til betydelig skade. Tabellen under viser fordeling på hendelsestype.

Pasienthendelser	1. tertia 2019	2. tertia 2019	3. tertia 2019	1. tertia 2020	2. tertia 2020
Pasientadministrasjon	1	2	1	0	0
Diagnostikk/utredning	8	10	7	6	1
Behandling og pleie	24	20	34	18	12
Fall og uhell	14	11	18	6	6
Dokumentasjon/informasjon	1	1	2	0	0
Infeksjon	3	6	6	3	1
Legemidler	3	2	1	0	6
Medisinsk utstyr	0	1	0	0	0
Pasientadferd	12	16	19	12	21
					47

Under pasientatferd dominerer selvmord og hendelser hvor pasienten har dødd under uklare omstendigheter. Det er arbeidet systematisk med selvmordsforebygging gjennom flere år bl.a. som ledd i pasientsikkerhetsprogrammet, men selvmord innen psykisk helsevern er stadig en utfordring. Regjeringens har nylig lagt frem en handlingsplan for forebygging av selvmord for perioden 2020-2025.

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

I 2. tertial 2020 er det sendt varsler om 17 alvorlige hendelser til Statens Helsetilsyn. 14 av disse er innen psykisk helsevern (Selvmord eller uventede dødsfall under uklare omstendigheter). Fem av disse hendelsene følges opp av Fylkesmannen, de øvrige ble avsluttet etter samtale. Tre hendelser ble meldt innen somatikk, med to hendelser relatert til føde/barsel og et tilfelle med forsinket behandling/klinisk vurdering.

I alle saker hvor det sendes varsler blir behandlingsforløpet grundig gjennomgått (hendelsesgjennomgang) for intern vurdering og læring.

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

I avvikssystemet Synergi registrerer saksbehandler om en utilsiktet hendelse har ført til ekstra liggedager på sengepost og/eller intensivheten. Det er et relativt nytt tiltak at ekstra liggedager registreres systematisk. En sammenligning av 1. og 2. tertial 2020 med samme tidsperioden i 2019 og 2018 viser at antall ekstra liggedøgn varierer. På lengre sikt vil en reduksjon i antall ekstra liggedøgn gi en økonomisk gevinst forutsatt at sengekapasitet tilpasses.

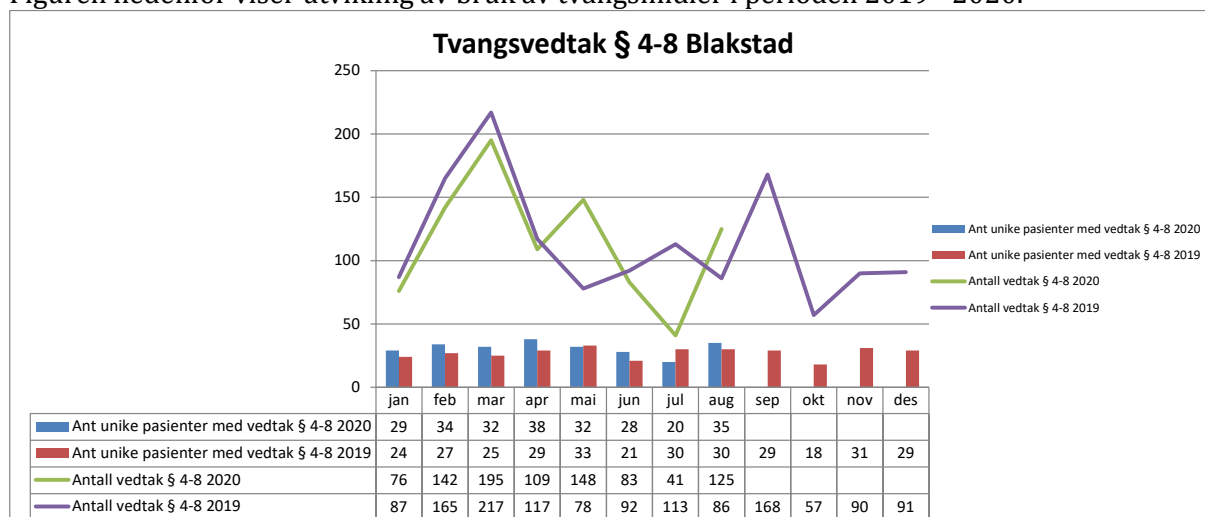
Periode	Antall pasienter med ekstra liggedøgn	Antall ekstra liggedøgn	Antall pasienthendelser totalt
2018	101	419	3396
2019	122	507	4751
2020	109	439	3861

En reduksjon av andelen av pasientbehandlinger uten avvik (uten utilsiktede hendelser) vil kunne redusere antall ekstra liggedøgn og i en del tilfelle antall ekstra intensivdøgn og/eller operasjoner.

2.7 Bruk av tvang

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

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



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

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

3. Medarbeidere status

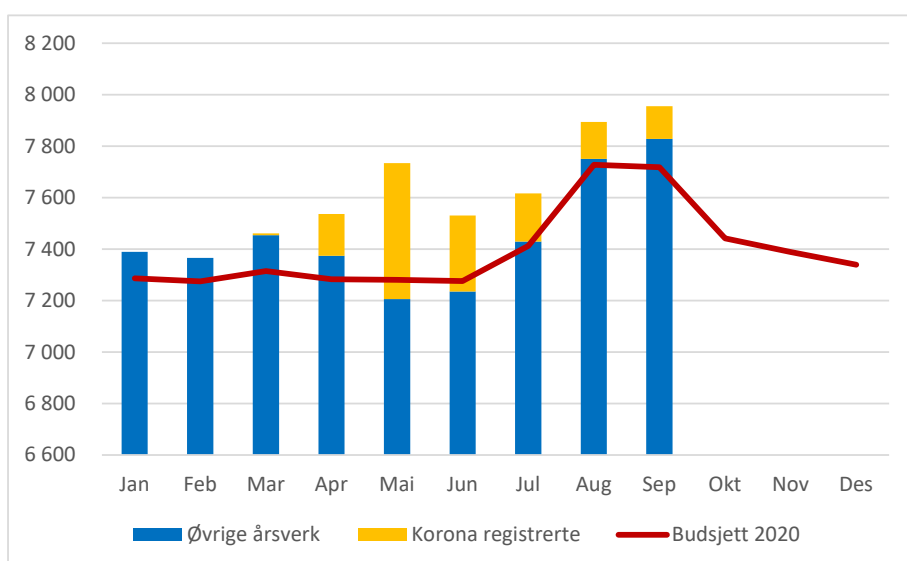
3.1 Brutto månedsverk

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



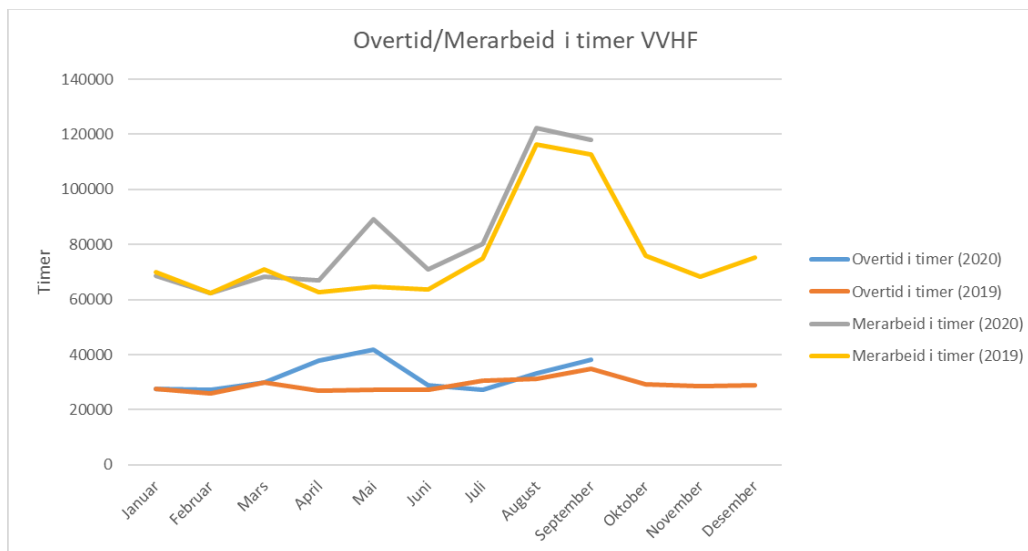
Brutto månedsverk pr. september er 211 høyere enn budsjettet. Av dette er 161 brutto månedsverk knyttet til korona. I september er det 236 brutto månedsverk mer enn budsjett. Av dette er 127 knyttet til korona.

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

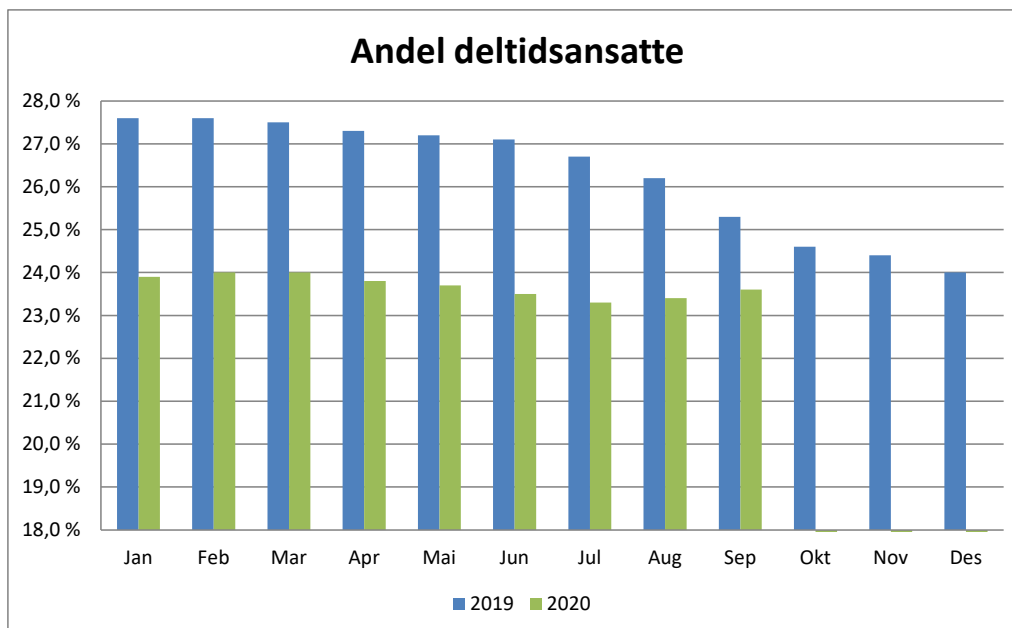


I tillegg til økte årsverk på grunn av koronasituasjonen forklares merårsverk med forsinkede effekter av planlagte tiltak. I de første to månedene i 2020 var det høy aktivitet og høyt sykefravær ved enkelte avdelinger.

Det er fortsatt et stort avvik som kan relateres til koronapandemien, og det forventes fortsatt merforbruk av månedsverk så lenge det er utvidede smitteverntiltak. I tillegg kommer opptrapping av aktivitet, blant annet kveldspoliklinikk, i forbindelse med etterslep i pasientbehandling. Se for øvrig omtale under pkt. 1.2 overfor.



3.2 Deltid



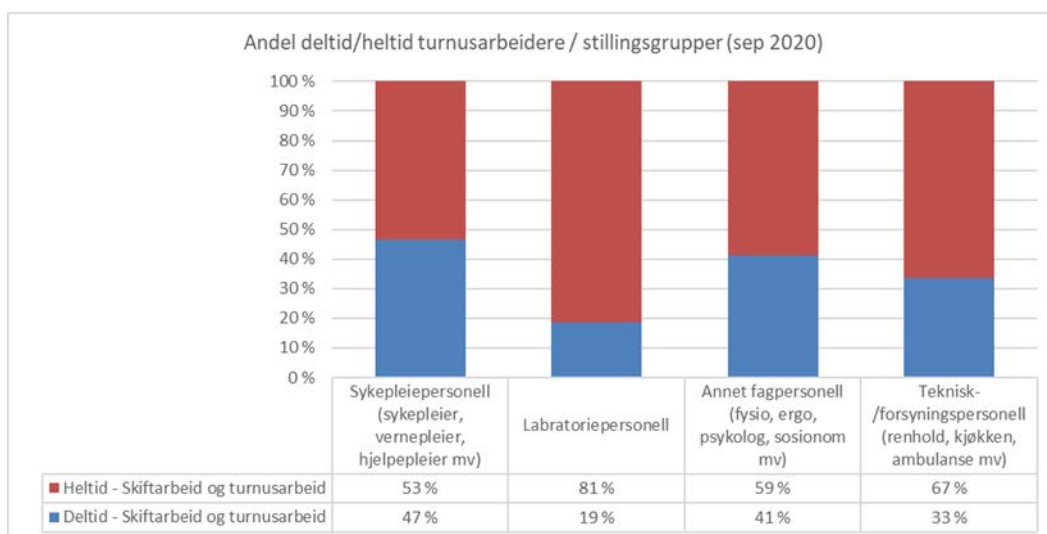
Antall deltidsansatte prosentvis

Indikatoren viser andel deltid blant ansatte som foretaket har en forpliktende fast arbeidsavtale med. Andel deltidsansatte beregnes ut fra antall ansatte som har en fast deltidsstilling, dividert

på antall faste stillinger totalt. Indikatoren er justert for deltid som er forårsaket av at arbeidstaker ikke ønsker eller ikke kan jobbe i en høyere stillingsprosent. Dersom en ansatt registrerer i Personalportalen at vedkommende har ønsket deltid¹ vil de ikke inkluderes som deltidsansatt. Denne indikatoren er viktig i forhold til å finne hvilket potensial arbeidsgiver har for å redusere deltid. Dersom det ikke justeres for ønsket deltid, er deltidsprosenten 29 %.

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

Blant turnusarbeidere er deltidsandelen høyere enn for dagarbeidere. I denne gruppen har ca. 58% heltid og 42% deltid. Blant sykepleiepersonell (sykepleier, vernepleier og hjelpepleier) er andelen 47% deltid og 53% heltid. Disse tallene er ikke justert for ønsket/uønsket deltid.



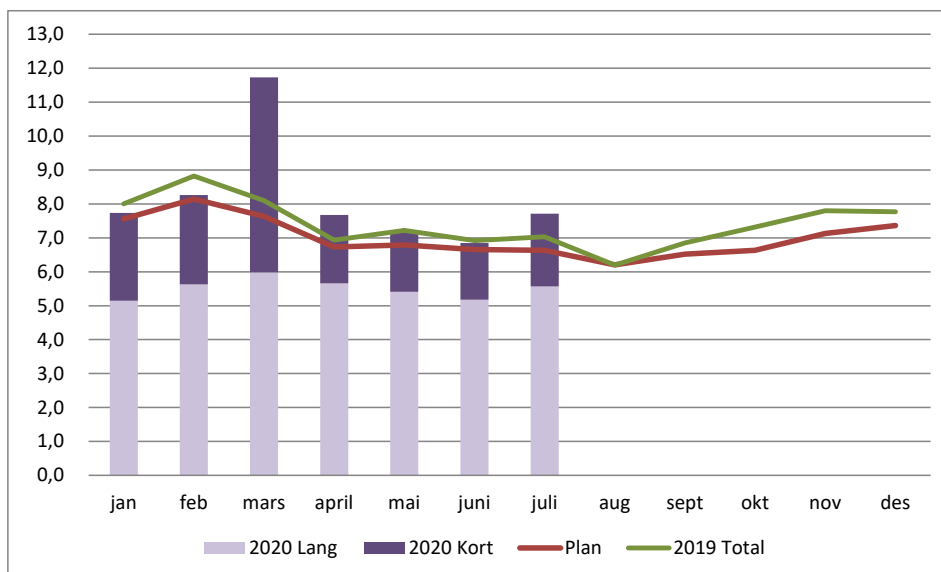
Prosentandel deltid/heltid blant turnusarbeidere (sept. 2020) Heltid = 95 % stilling eller mer

Det er viktig å påpeke at det er interne variasjoner i foretaket, og at enkelte klinikker har en høy andel heltid. I Prehospitale tjenester er deltidsandelen så lav som 5%. I de somatiske klinikkene er deltidsandelen over 30%, med unntak av Bærum sykehus, hvor deltidsandelen er 18%.

Tiltakene som ble igangsatt i 2018/2019 viser resultater. I 2019 ble det vedtatt at stillinger skal utlyses 100 %, og at det må søkes dispensasjon for å kunne fravike fra dette. Det arbeides med heltidskultur i klinikkene, noe som også følges opp i klinikkens AMU, og rapporteres videre til HAMU. Det skal arbeides videre med tiltak knyttet til helgearbeidsutfordringer, og målrettede tiltak som å tilby utvidet stilling i bemanningsenheten. Dette ses i sammenheng med implementering av aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) i foretaket. Det er nødvendig med fortsatt restriktiv håndtering av permisjon fra stilling.

¹ Alle deltidsansatte skal registrere hvorvidt deres deltid er ønsket eller uønsket. Denne meldingen går til den respektive leder, og registreres i vedkommende sin mappe i personalportalen. Dette gir den enkelte leder oversikt over hvilke medarbeidere som ønsker å utvide stillingen sin, og leder skal bruke dette i arbeidet med å redusere andelen deltid blant sine medarbeidere. De ansatte må selv sørge for at denne informasjonen holdes oppdatert i Personalportalen.

3.3 Sykefravær

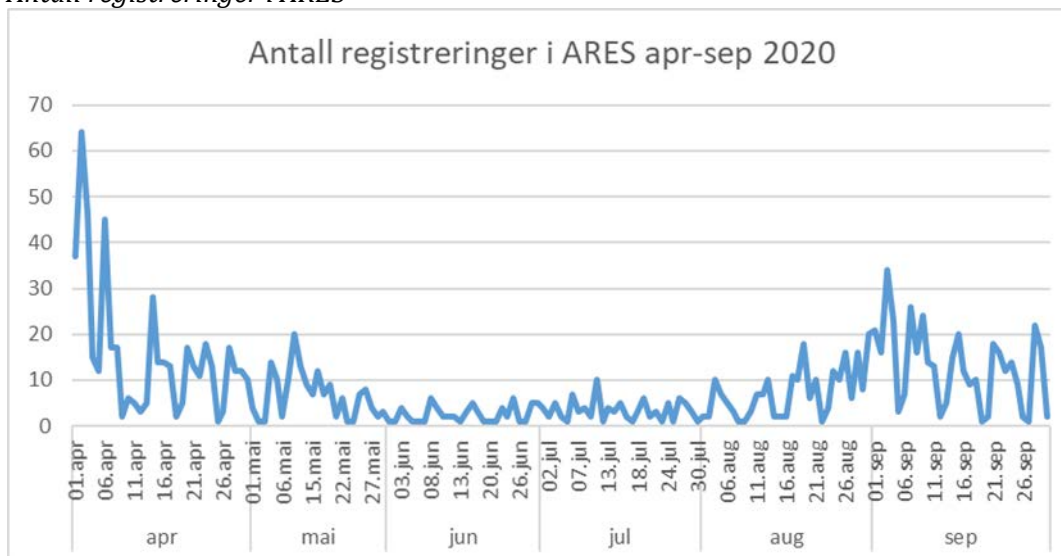


Sykefraværet i mai og juni var tilsvarende samme periode i fjor, og i denne perioden var det lite fravær knyttet til korona. I juli har sykefraværet vært noe økende og tidlige indikasjoner fra GAT (ikke offisielle tall) viser at sykefraværet i august og september ligger på ca. 0,2 – 0,5% høyere enn tilsvarende periode i 2019. Det forventes at sykefraværet vil øke noe utover høsten, som følge av at koronasmitten øker generelt i samfunnet, og fordi medarbeidere ikke får møte på jobb med luftveissymptomer. I tillegg er det erfaringsmessig mer sesongvarierte sykdom om høsten/vinteren. Samtidig vil smitteverntiltak kunne redusere smitten i samfunnet, både for korona, men også sesongvarierte sykdom.

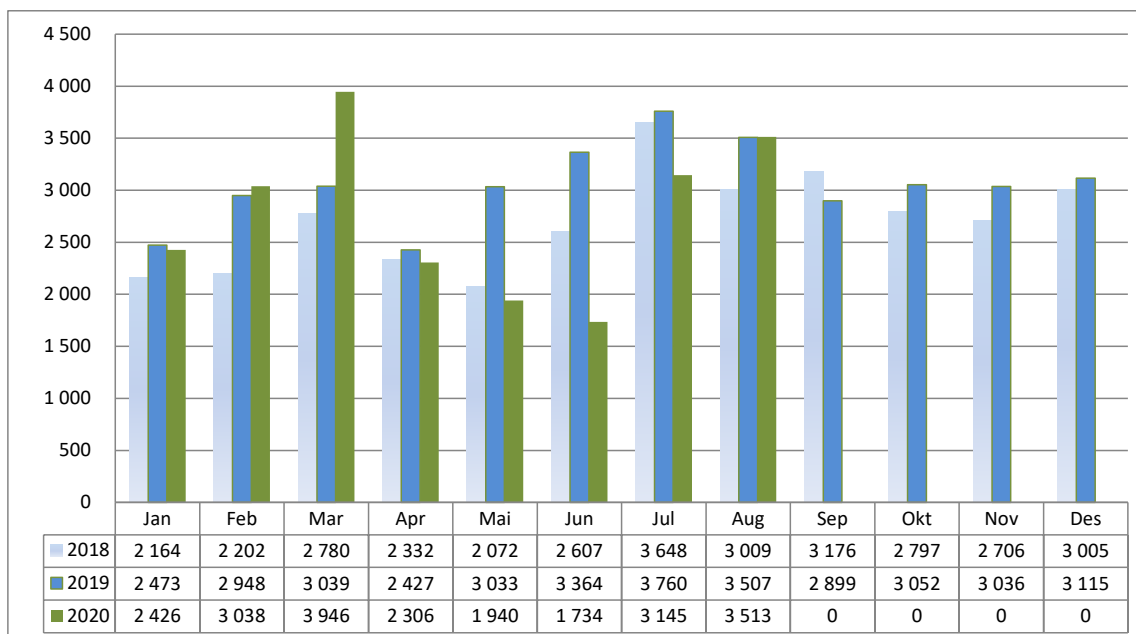
Vestre Viken, har i samarbeid med Sykehuspartner og Checkware, utviklet programmet ARES (Ansatte registrerer egen status), som er en nettbasert digital registrering. ARES ble tatt i bruk i slutten av mars, i en periode hvor mange ansatte var i karantene. Systemet gir en god oversikt over klinikkens ansatte i karantene, og avlaster ledere med oppfølging og rapportering. I systemet vises kategori av karantene (for eksempel nærkontakt, positiv eller symptomer), og beregnet karanteneslutt, som gir god styringsinformasjon til klinikkens personellplanlegging. Det har vært noe underreportering i ARES og det sendes derfor ut påminnelser til ledere om å minne sine ansatte om å registrere seg.

Registreringene viser at det har vært et lavt fravær knyttet til Covid-19 i sommermånedene. Det er et økende fravær fra slutten av august, tilsvarende utviklingen ellers i samfunnet. Selv om det er få ansatte som enten er i isolasjon eller karantene, må de som har symptomer på luftveisinfeksjon holde seg hjemme, noe som gir et økt fravær blant ansatte med milde symptomer. Samtidig kan dette bidra til mindre smitte av sesongvarierte sykdommer, og på sikt gjøre sykefraværet bli mer stabilt.

Antall registreringer i ARES



3.4 Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML)



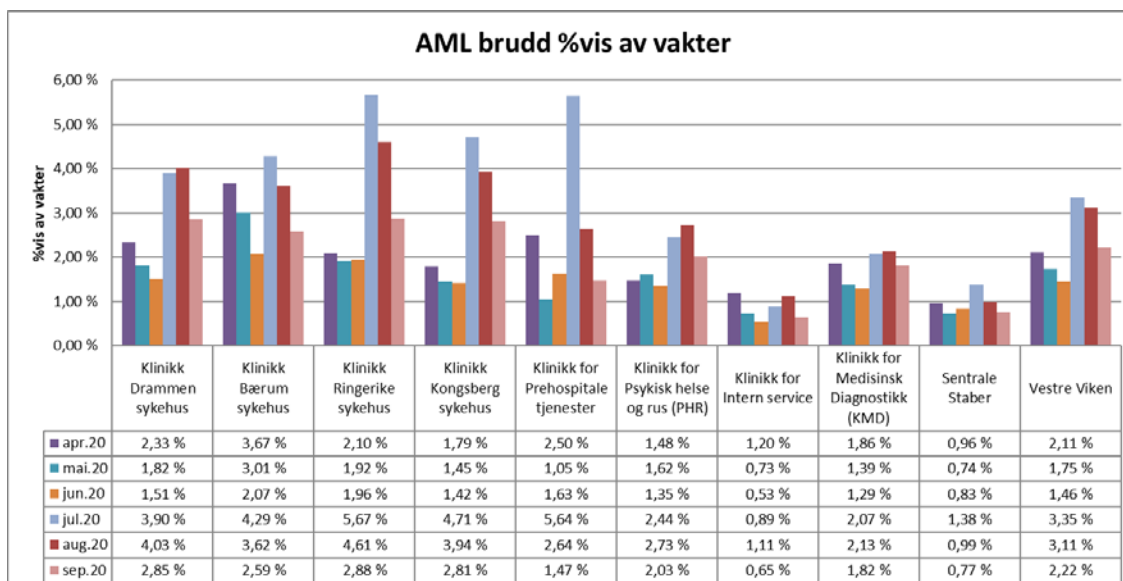
I begynnelsen av året fulgte AML-bruddene trenden fra tidligere år, men koronasituasjonen forårsaket en økning i antall brudd i mars.

For månedene april, mai og juni ble det inngått sentrale avtaler med Spekter og fagforeningene, noe som reduserte antall AML-brudd i alle helseforetakene. Disse avtalene er nå avsluttet.

I august 2020 var det 3513 AML-brudd. Dette tilsvarer brudd på 3,3 % av alle vakter i foretaket. I august er 5 % av registrerte brudd knyttet til koronapandemien.

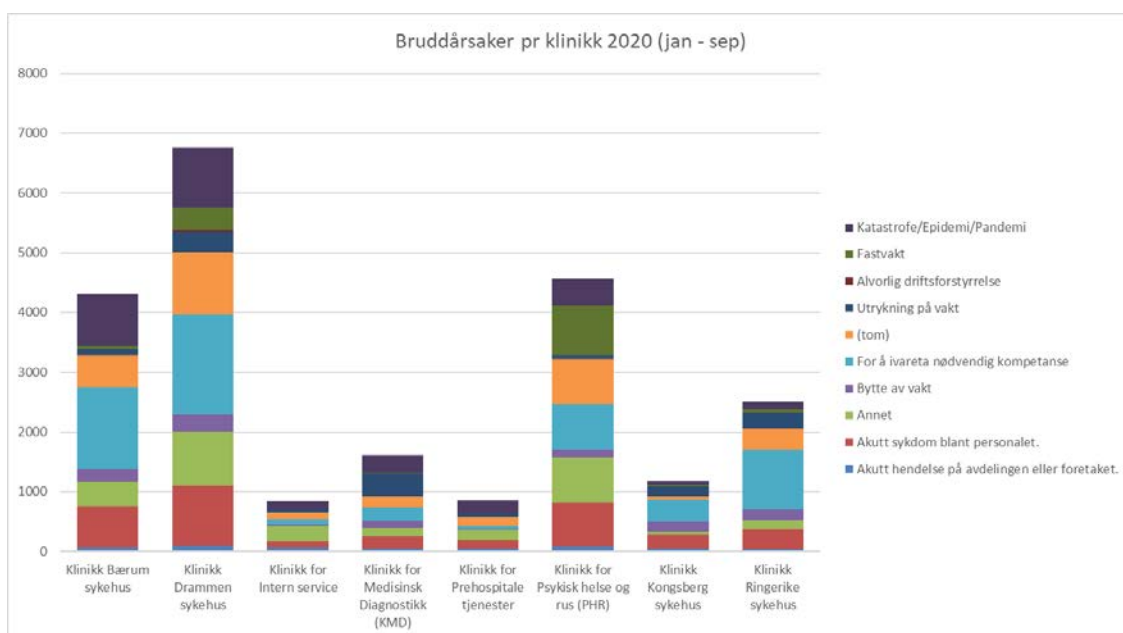
Så langt i år (tom august) tilsvarer AML-brudd 2,5 % av alle vakter i foretaket, som er tilsvarende prognose. AML-brudd som følge av koronapandemien blir registrert med en egen

årsakskode, og så langt er det registrert 3720 (17 % av totalt antall) AML-brudd med denne årsakskoden.



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

De somatiske klinikkene har flest AML-brudd om sommeren, sammenlignet med de andre klinikkene. I sommermånedene (juni, juli og august) melder de somatiske klinikkene at årsaken til bruddene særskilt er at nødvendig kompetanse må ivaretas (37%). Om sommeren er det mangel på vikarer som kan dekke opp for ledige vakter, dette gjelder spesielt for personell med autorisasjon/fagkompetanse. Klinikkene gjennomfører en evaluering av hovedferien for, blant annet, å forbedre planlegging for neste års hovedferie. Resultatene av denne evalueringen foreligger i klinikkens AMU i oktober, og som en samlet evaluering i HAMU i november.



Figuren over viser AML bruddtyper så langt i 2020, til og med september. I de fleste klinikker er kompetanse den største bruddårsaken, etterfulgt av pandemi og sykdom. Kategorien «annet» er en sekkepost som brukes ved ulike årsaker, hvor leder ikke finner riktig kategori. Det er noe feilregistreringer på denne årsakskoden, da kommentarene viser at den brukes, blant annet, ved bytte av vakt. Årsakskoden «annet» brukes mindre enn tidligere, da den ikke lenger er førstevalget i nedtrekksmenyen når bruddårsak skal velges.

Når det gjelder årsakskoden «tom» er ikke dette en årsakskode som leder velger som en forklaring. Den opprettes automatisk i GAT som følge av at avtalene for arbeidsplanen ikke er lagt inn i arbeidsplanoppsettet i GAT før arbeidsplanen iverksettes. De fleste arbeidsplaner i Vestre Viken krever at dette er lagt inn, fordi man går utover rammene til arbeidsmiljøloven, og må ha en dispensasjon/avtale med fagforeningene om utvidede grenser.

Ved vaktbytter eller andre endringer i arbeidsplanen, kan GAT generere et brudd automatisk, som følge av at ekstravakter som allerede er lagt inn i samme periode, vil kunne gi et brudd. Leder får ikke valgt årsakskode, derfor vises denne type AML-brudd som «tom».

Om sommeren er det mangel på vikarer som kan dekke opp for ferie og ledige vakter. Dette gjelder særskilt personell med autorisasjon/fagkompetanse. I sommer har det vært utfordrende med tilgang på utenlandsk helsepersonell på grunn av korona. Ca. 25% av AML-brudd oppstår hos timelønnede vikarer og innleid personell fra vikarbyrå. Det i denne forbindelse nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe for å utarbeide et forslag til hvordan Vestre Viken håndterer tilkallingsvikarer.

Det er utarbeidet en handlingsplan med tiltak på foretaks- og lokalt nivå, for å redusere av AML-brudd. Det skal arbeides både med kompetansehevende og forebyggende tiltak, for eksempel at leder tar ut rapporter for å forebygge brudd, og legge inn dispensasjoner som mangler. Arbeidet har blitt noe utsatt på grunn av koronapandemien, men det skal jobbes med tiltakene utover høsten. For å redusere AML-brudd må det jobbes systematisk og målrettet over tid.

4. HMS indikatorer

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

4.1 Fraværsskadefrekvens (H1 verdi)

Tertial	T1-18	T2-18	T3-18	snitt-18	T1-19	T2-19	T3-19	Snitt-19	T1-20	T2-20
Antall skadde	12	9	5	26	9	7	3	19	14	6
Fraværsskadefrekvens	3,5	3,1	1,4	2,6	2,5	2,1	0,8	1,8	3,7	1,7
Snitt HSØ				4,0				4,7		4,3

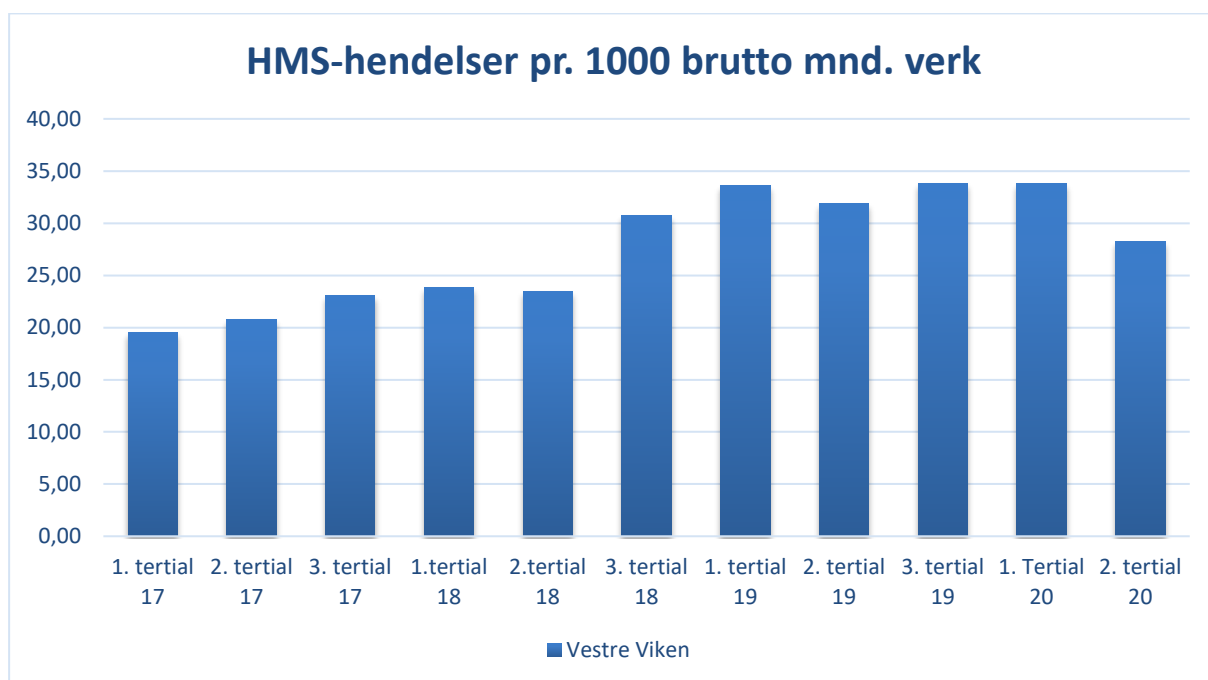
Fraværsskadefrekvens er summen av antall personskadeulykker med fravær utover ulykkesdagen pr. million arbeidstimer. Det skal registreres som fraværsskade når hendelsen fører til at den ansatte blir borte fra arbeid neste vakt.

I siste tertial er det registrert 5 fraværsskader etter fall/støt og en klemskade. Fem av skadene er ulykkeshendelser, en fallskade skyldes pasient som prøvde å rømme. Vestre Viken har et lavt antall registrerte fraværsskader sammenlignet med de andre foretakene i HSØ. Det kan tyde på

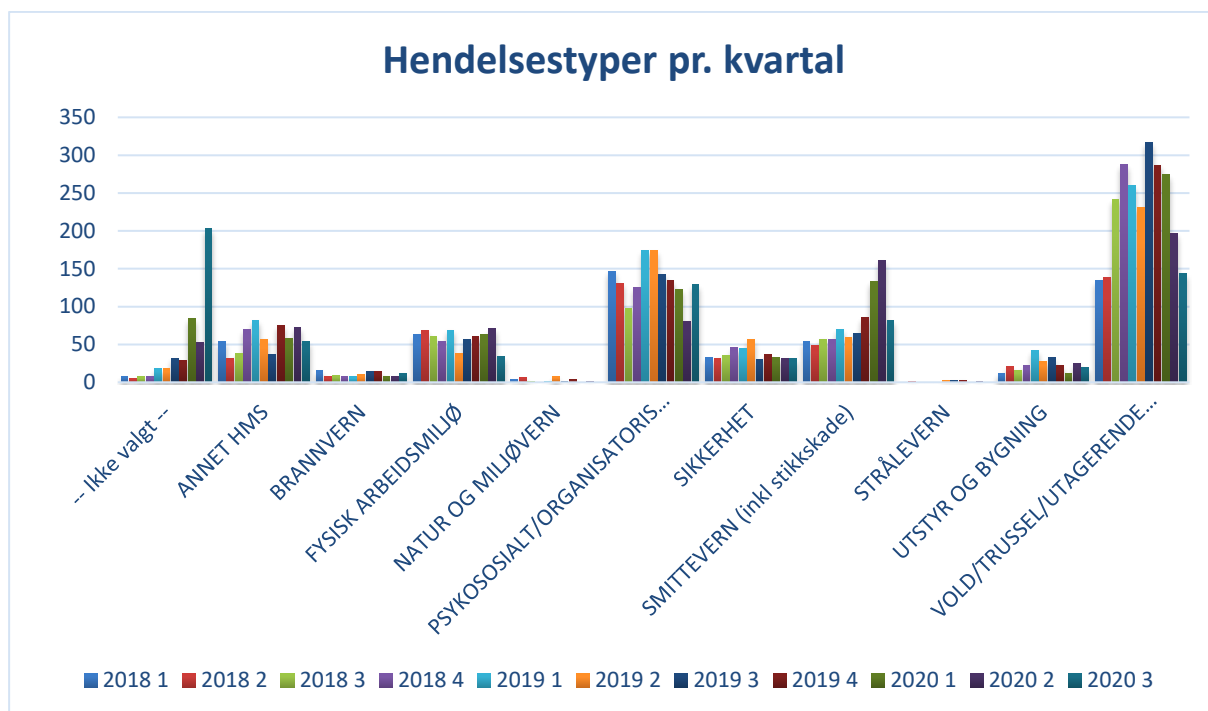
en underrapportering av hendelser som fører til fravær og/eller at hendelser ikke registreres riktig i Synergi (dvs. markeres ikke at hendelsen medførte fravær). Ny versjon av avvikssystemet Synergi er under planlegging og forventes å være ferdig sommeren 2021. I ny versjon vil det komme tydeligere frem hvilken type personskade man skal registrere deriblant hva som skal registreres som fraværsskade.

Vestre Viken har ikke registrerte fraværsskader relatert til covid-19 i 2. tertial. HSØ arbeider imidlertid med en tydeligere definisjon på hvilke type hendelser med covid-19 som skal registreres som fraværsskade. Dette kan innebære at foretaket må etterregistrere fraværsskader som følge av covid-19.

4.2 HMS-hendelser



Indikatoren viser antall registrerte HMS-hendelser pr. 1000 brutto månedsverk i perioden. Andre tertial viser at antall rapporterte hendelser er noe lavere enn foregående perioder. Vestre Viken ligger imidlertid over snittet i HSØ (25) så langt i år. For å kunne jobbe forebyggende må Vestre Viken ha oversikt over uønskede hendelser, noe som betyr at alle hendelser må registreres i Synergi. Avvikshåndtering er derfor en del av den obligatoriske lederopplæringen i Vestre Viken. I tillegg tilbys utvidet opplæring i avviksbehandling.



Statistikk pr. 13.10.20

Hendelsestype smittevern har hatt den største økningen denne perioden. Dette skyldes hovedsakelig hendelser knyttet til covid-19. For øvrig viser oversikten det samme bildet som tidligere, med vold/trusler/utagerende atferd som den dominerende kategorien, etterfulgt av psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø. Flere hendelser som er registrert innen psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø beskriver konsekvenser for pasient. Eksempelvis manglede/forsinket NEWS score, og forsinket/manglende pleie.

Det er et stort antall hendelser hvor det ikke er startet saksbehandling (-Ikke valgt-). Hva slags hendelsestyper dette er, vil påvirke tallene for de enkelte kategoriene. Det må iverksettes tiltak (informasjon, opplæring, oppfølging) for å få ned antallet saker som ikke er behandlet. Oversikt over ubehandlede saker vil bli sendt til klinikkene, med rapportering av tiltak i oppfølgingsmøtene.

4.2.1 Vold og trusler

	1T 18	2T 18	3T 18	1T 19	2T 19	3T 19	1T 20	2T 20
Vestre Viken	6,1	7,7	13,6	11,4	12,5	13,3	10,9	7,2
Drammen sykehus	1,9	1,4	2,4	2,6	1,0	1,5	2,2	2,1
Bærum sykehus	1,2	4,1	3,8	4,0	5,6	6,0	3,9	6,2
Ringerike sykehus	0,4	1,3	0,9	1,8	0,9	3,8	0,9	1,2
Kongsberg sykehus	2,5	1,6	0,8	2,4	1,5	3,1	2,4	1,5
KIS	0,5	0,5	0,0	1,0	1,0	1,9	2,9	0,9
PHR	21,3	25,8	51,0	38,6	45,1	46,3	36,9	22,8
PHT	5,2	9,7	2,2	10,4	6,5	9,1	12,4	6,8
KMD	0,0	0,0	0,4	0,4	1,5	1,1	1,5	0,4
VV utenom PHR	1,4	2,1	1,8	2,7	2,2	3,1	2,9	2,6

Indikatoren viser antall hendelser registrert innen vold og trusler pr. 1000 brutto månedsverk. Det er et høyt antall hendelser i denne kategorien. Klinikk psykisk helse og rus har hatt en nedgang i registrerte hendelser i forhold til de foregående periodene, og de er nå godt under snittet i HSØ (35,9). For de øvrige klinikkene har det vært variasjon de siste periodene, men de ligger samlet over snittet i HSØ (2,1) så langt dette året. Det er imidlertid stor variasjon mellom foretakene.

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

4.3 HMS/arbeidsmiljø og pasientsikkerhet

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

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

Sikringsrisikoanalyser er gjennomført i nesten hele foretaket, og gjenstående arbeid vil bli gjennomført i løpet av året. God sikkerhet for ansatte og trygghet på jobb er viktig for å kunne yte god service til brukerne våre.

HMS-strategien til foretaket skal revideres. Sammenhengen HMS – pasientsikkerhet vil bli vektlagt i revisjonen, samtidig som man ivaretar et ansattfokus. Revidert strategi, og foretakets risikobilde, vil være utgangspunkt for ny HMS-handlingsplan for de to neste årene.

5. Eksterne tilsyn

En rekke eksterne instanser fører tilsyn med ulike deler av foretakets virksomhet. I 2. tertial 2020 er det avsluttet og lukket:

- Helsetilsyn, Tilsyn med håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev ved Vestre Viken HF – ingen avvik
- Fylkesmannen i Vestfold og Viken, Tilsyn med helseforetakets spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter (pasienter på «feil avdeling») – ingen lovbrudd avdekket
- Legemiddelverket, Tilsynet vil omfatte blodbankens tilvirkning av blod og blodkomponenter – 4 avvik (ingen kritiske avvik) som gikk på etterlevelse av prosedyrer

og rutiner for instrumenter og dokumentasjon av opplæring, Etter tilsynet ble kompetanseportalen innført i avd. for laboratoriemedisin.

- DSB, medisinsk utstyr ved Drammen og Kongsberg Sykehus – 1 avvik som beskriver etterslep på forebyggende vedlikehold på medisinsk tekniske utstyr. Medisinsk teknisk avdeling har etter tilsynet prioritert ressurser til å ta inn etterslepet.
- Branntilsyn Drammen Brannvesen og Asker og Bærum brannvesen. Risikokartlegging viste behov for hyppigere risikovurderinger.
- Hafslund energi, el tilsyn Blakstad – Stikkprøvekontroll viste ingen avvik.

Direktørmøtet i HSØ besluttet at det skulle gjennomføres en relasjonsanalyse i foretakene. Analysen omfattet kartlegging av relasjoner mellom foretakets beslutningstakere og foretakets leverandører. Formål å avdekke eventuelle habilitetskonflikter som øker risikoen for misligheter. Analysen er gjennomført av PwC og rapportert foretaket. Foretaket, ved direktør økonomi, har gjennomgått resultatene og kontrollert sammenheng mellom relasjonene og hvor beslutninger om anskaffelser gjennomføres og/ eller kan påvirkes. Resultatene er gjennomgått med administrerende direktør og oppsummert for foretaksledelsene og i dialogmøte med tillitsvalgte og vernetjeneste. Resultatene er ikke vurdert som vesentlige i forhold til anskaffelsenes størrelse. Konklusjonen etter analysen har resultert i innstramminger i etiske retningslinjer, retningslinjer for oppfølging og kontroll med bierverv, samt konkrete oppfølginger med de klinikker der det har vært gjennomført anskaffelser som kan medføre spørsmål om habilitet.

Riksrevisjonen gjennomfører for tiden en forvaltningsrevisjon om investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr i helseforetakene. Vestre Viken har svart ut alle henvendelser så langt.

Oversikt eksterne tilsyn Vestre Viken 2.tertial 2020						
Dato	Saknr. Public 360	Tilsyns- myndighet	Klinikk/seksjon	Avvik	Anmerkning	Kort status
Varslede tilsyn						
18.08.2020	20/00099--11	Asker og Bærum brann	Strandveien 43- Vepsebolet barnehage			Risikokartlegging Tilsyn og risikokartlegging gjennomføres 21.09.2020.
14.08.2020	19/04858-4	Arbeidstilsynet	ARA Bærum			Vold og trusler Tilsynet gjennomføres 01.09.2020.
29.6.2020	20/00099-8	Asker og Bærum brann	Strandveien 35			Risikokartlegging Tilsyn gjennomføres 17.08.2020-Utsatt
Tidligere tilsyn ikke lukket						
28.02.2020	20/00099	Asker og Bærum brann og redning	Bærum Sykehus	2		Eier kunne ikke vise til eller dokumenter at bygningsdeler, installasjon og utstyr i byggverket som skal oppdage brann eller begrense konsekvensene av brann, blir kontrollert og vedlikeholdt slik at de fungerer som forutsatt Eier kan ikke dokumentere at sikkerhetsnivået i byggverket er oppgradert til byggeforskrift 15 november 1984 nr 1892 eller senere byggregler. Utsatt frist på tilbakemelding til 1. oktober 2020. Gjennomføre risikokartlegging 21.09.2020
02.09.2019	19/05736	Brannvesenet Drammen	Thorsberg DPS	2		<ul style="list-style-type: none"> Eier kan ikke vise til el. Dokumentere at bygningsdeler, installasjoner og utstyr i byggverket som skal oppdage brann eller begrense konsekvenser av brann, blir Mottatt tilsynsrapport 2. okt.2019. Tilsvar sendt 6. januar 2020 Avventer tilbakemelding fra Brannvesenet.

Oversikt eksterne tilsyn Vestre Viken 2.tertial 2020							
Dato	Saksnr. Public 360	Tilsyns- myndighet	Klinikk/seksjon	Avvik	Anmerkning	Kort beskrivelse av avvik/anmerkning	Kort status
						kontrollert og vedlikeholdt slik at de fungerer som forutsatt. <ul style="list-style-type: none"> • Bruker av byggverket har ikke sørget for at bruken samsvarer med kravene til bygningssikkerhet som gjelder for byggverket. • Bruker av byggverket har ikke sørget for å unngå unødvendig risiko for brann • Bruker av byggverket har ikke sørget for at rømningsveiene opprettholder sin funksjon. 	
Tidligere tilsyn lukket							
Uke 47 nov 2019	19/04820	DSB	Foretaket, men bare intervju Drammen og Kongsberg sykehus	1		Stort etterslep på forebyggende vedlikehold på medisinsk utstyr på Kongsberg. Behandlingshjelpemidler i Drammen har ikke kontroll på vedlikeholdet. Utført vedlikehold, endringer og reparasjoner av medisinsk utstyr skal dokumenteres.	Tilsyn lukket.
14.05.2020	20/04349	Hafslund nett	Blakstad			Tilsyn på det elektriske anlegget. Ingen avvik/anmerkning.	Tilsynet er lukket.

Oversikt eksterne tilsyn Vestre Viken 2.tertial 2020							
Dato	Saksnr. Public 360	Tilsyns- myndighet	Klinikk/seksjon	Avvik	Anmerkning	Kort beskrivelse av avvik/anmerkning	Kort status
1.02.2019	19/00676 19/06254	Fylkesmannen i Oslo og Viken				Tilsyn med helseforetakets spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter (pasienter på «feil avdeling»)	Tilsynet er lukket.
16.03.2020	19/05736	Asker og Bærum brannvesen	Nøtteskogen/Bærum			Oppdateringsplan iht risikovurdering.	Tilsynet er lukket
03.10.2019	19/06832	Statens legemiddelverk	Blodbanken VV	4		Tilsynet vil omfatte blodbankens tilvirkning av blod og blodkomponenter. Hensikten med tilsynet er å påse at tilvirkningen er i overensstemmelse med gjeldende regelverk for tilvirkning av blodkomponenter.	Tilsynet er lukket.
29.08.2017	17/00167 19/05736	Drammen brannvesen	Drammen		2	Handlingsplan for sprinkelanlegg	Tilsyn lukket.
08.01.2020	20/00224	Helsetilsynet	Vestre Viken HF Klinikk for medisinsk diagnostikk			Tilsyn med håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev ved Vestre Viken HF Det ble ikke avdekket avvik innen de reviderte områdene. Det ble påpekt at helseforetaket bør inngå avtaler med eksterne virksomheter ved utlevering av blod og blodkomponenter for transfusjon dersom denne aktiviteten øker.	Tilsyn lukket.

Nytt Sykehus i Drammen

NSD IKT fase 1

Statusrapport 2. tertial 2020

Status pr 03.09.2020

Teksten er oppdatert med status frem til godkjenningstidspunktet

GODKJENT AV:

Navn	Stilling	Dato	Versjon
Lisbeth Sommervoll	Administrerende direktør	14.09.2020	1.0

INNHold

1	INNLEDNING	3
2	OVERORDNET STATUS FASE 1	3
3	KLINISKE SYSTEMER	6
3.1	Elektronisk kurve og medikasjon	6
3.2	Laboratoriedatasystem	6
3.3	Radiologi – RIS/PACS	7
3.4	Helselogistikk	7
3.5	Styringssystem for sterilsentral	8
3.6	Lukket legemiddelsløyfe	8
3.7	Multimedia og samhandling	9
3.8	EPJ Modernisering (DIPS Arena)	9
4	IKT- INFRASTRUKTUR OG BYGGNÆR IKT	10
4.1	Lokalisering og sporing	10
4.2	Sikkerhetsløsning / adgangskontrollsystem (BRK K12 sikkerhetsanlegg Kongsberg sykehus)	10
4.3	Sentralt driftsovervåkingsanlegg (SD-anlegg)	11
4.4	Arbeidsflate på mobile enheter	11
4.5	Innendørs mobildekning (5G)	12
4.6	IKT infrastruktur / STIM regional plattform	12
5	RISIKO	14
	VEDLEGG : PROSJEKTRAPPORTER I CLARITY	15

1 Innledning

I henhold til vedtak i prosjektstyret NSD i oktober 2019 har Vestre Viken HF (VV) ansvar for rapportering tertialvis til Prosjektstyret NSD på fase 1. Omfang, prosess og tidsfrister for rapporteringen ble fastlagt i beslutningsmøte IKT for NSD, «Sak 10 Prosjektrapportering NSD IKT fase 1» behandlet 17.04.2020,

Rapporten for 2. tertial 2020 inneholder rapportering på følgende prosjekter / programmer:

Kliniske systemer

1. Elektronisk kurve og medikasjon
2. Laboratedatasystem
3. Radiologi – RIS/PACS
4. Helselogistikk
5. Styringsystem for sterilsentral
6. Lukket legemiddelsøyfe
7. Multimedia og samhandling
8. EPJ Modernisering (DIPS Arena) (ny siden rapportering 1. tertial 2020)

IKT-infrastruktur og bygnær IKT

9. Lokalisering og sporing
10. Sikkerhetsløsning / adgangskontrollsystem
11. Sentralt driftsovervåkingsanlegg (SD-anlegg)
12. Arbeidsflate på mobile enheter
13. Innendørs mobildekning (5G)
14. IKT infrastruktur / STIM regional plattform

VV har utvidet rapporteringen med det regionale prosjektet for EPJ modernisering da planer for konsolidering av databaser og overgang til DIPS Arena vil kunne ha stor betydning for NSD.

Status er innhentet fra prosjektledere / kontaktpersoner i VV via rapportering i eksisterende styringslinjer, eller på nyetablert rapporteringsmal. I tillegg er status fra regionale prosjekter og programmer hentet fra Clarity, se vedlegg. Rapporteringen bygger på rapporteringsformatet fra 1.tertial, men er videreutviklet i retning av det som bl.a RKL og STIM rapporterer i porteføljeværktøy Clarity. Det legges opp til rapportering på alle NSD IKT Fase 1 prosjektene direkte inn i Clarity på sikt. VV er i prosess for utvikling av prosjekt- og porteføljestyling med særlig fokus på prosjekter av strategisk betydning for foretaket. Det vil arbeides videre med å etablere relevante funksjoner og roller i prosjekt- og porteføljearbeidet samt å utvikle foretakets kompetanse på fagområdet.

2 Overordnet status fase 1

Tabellen nedenfor viser prosjekter som inngår i rapporten samt hvilken periode disse på rapporteringstidspunktet er planlagt (stiplede aktiviteter angir tidligfaser/planlegging for prosjektene). For flere av prosjektene gjelder at de er i en anskaffelsesfase (helselogistikk, sterilsentral, multimedia / samhandling og SD-anlegg), og at detaljert planlegging derfor ikke kan starte før resultat av anskaffelsen foreligger. I tabellen er en kolonne som viser VVs vurdering av prosjektets kritikalitet for NSD.

	Kritikalitet ift NSD	2020	2021	2022	2023
		Kliniske systemer			
Kurve og medikasjon	Lav	■	■	■	■
Laboratoriedataløsning	Meget høy	■	■	■	■
Radiologi - oppgradering av RIS	Lav	■	■	■	■
Helselogistikk	Meget høy	■	■	■	■
Sterilsentral - styringssystem	Høy	■	■	■	■
Lukket legemiddelsløyfe	Middels	■	■	■	■
Multimedia og samhandling	Høy	■	■	■	■
EPJ modernisering (DIPS Arena)	Middels	■	■	■	■
IKT infrastruktur					
Lokalisering og sporing	Høy	■	■	■	■
Sikkerhetssystem adgangskontroll	Middels	■	■	■	■
SD-anlegg / driftsovervåkning	Middels	■	■	■	■
Arbeidsflate / mobile enheter	Høy	■	■	■	■
Innenførs mobildekning	Høy	■	■	■	■
IKT infrastruktur / regional plattform (ST)	Meget høy	■	■	■	■

For de kliniske prosjektene i rapporten har VV gjort en vurdering av sentrale egenskaper ved prosjektene slik disse fremstår på rapporteringstidspunktet. Formålet med vurderingen er å gi et bedre grunnlag for videre planlegging av prosjektene og hvilke forhold som må spesielt hensyntas i dette. For eksempel vurderes Helselogistikk å ha stor teknisk avhengighet, hvilket innebærer at arbeid med og ressurser til teknisk arkitektur og integrasjoner vil bli sentralt.

	Prosessavhengighet	Teknisk avhengighet	Modenhet løsning	Ressurser SP	Ressurser VV	Samlet vurdering
Kurve og medikasjon	■	■	■	■	■	Lav
Laboratoriedataløsning	■	■	■	■	■	Meget høy
Radiologi - oppgradering av RIS	■	■	■	■	■	Lav
Helselogistikk	■	■	■	■	■	Meget høy
Sterilsentral - styringssystem	■	■	■	■	■	Høy
Lukket legemiddelsløyfe	■	■	■	■	■	Middels
Multimedia og samhandling	■	■	■	■	■	Høy
EPJ modernisering (DIPS Arena)	■	■	■	■	■	Middels

Prosessavhengighet	Vurdering av konsekvens for arbeidsprosesser ved innføring
Teknisk avhengighet	Løsningens avhengigheter/påvirkning på andre systemer
Modenhet i løsningen	I hvilken grad løsningen er i bruk/utprøvd andre steder
Ressurser SP	I hvilken grad det finnes ressurser/kapasitet i SP for aktuelt system
Ressurser VV	I hvilken grad det finner tilgjengelige ressurser med kompetanse på løsningen i VV

I tillegg til prosjektene som allerede er i gjennomføring har VV har startet forberedelser og planlegging av flere av prosjektene i fase 1. For samtlige prosjekter i porteføljen er det stor avhengighet mot Sykehuspartner (SP), både for tekniske leveranser/infrastruktur og for arbeid med den funksjonelle delen av løsningene. Å sikre nødvendige fagressurser til prosjektene blir et sentralt spørsmål i det videre arbeid i fase 1-planleggingen.

VV jobber sammen med SP for å få oversikt over alle leveranser og prosjekter som har avhengigheter mot NSD fase 1. Det er enighet om å etablere en metodikk som synliggjør hvilke Sykehuspartnerleveranser som er kritiske for NSD, og at disse merkes spesielt for å sikre prioritet.

For senere rapportering vil det bli lagt vekt på å synliggjøre

- Ytterligere informasjon pr prosjekt (innhold/omfang, ressursbehov, tidsplan)
- Prosjekt- og systemavhengigheter mellom prosjektene i porteføljen og eventuelt prosjekter/leveranser som ikke inngår i porteføljen for fase 1.

Det vil videre bli lagt vekt på å klarlegge avhengigheter til ny plattform (STIM).

I rapporten er prosjektene vurdert på følgende dimensjoner:

Parameter	GRØNN	GUL <small>Ved gul rapportering vurder beskrivelse av tiltak</small>	RØD <small>Ved rød rapportering skal tiltak beskrives</small>
KOST	Prosjekt: Prognose som prosjektbudsjett per fase eller inntil 5 % over	Prosjekt: Prognose 5-15% over prosjektbudsjett per fase eller over styringsramme (P50)	Prosjekt: Prognose er 15% eller mer over prosjektbudsjettet per fase eller over kostnadsramme (P85)
TID	Som planlagt eller bedre. Innenfor planlagt slakk	Mindre avvik. Utenfor planlagt slakk	Vesentlige avvik. Sluttemilepæl ikke mulig å nå
OMF- Omfang (inkl. kvalitet)	Som planlagt eller ubetydelig endring i omfang.	Litt dårligere enn avtalt, «ikke kritiske» leveranser tas ut av omfang ELLER det er forventning om økning i omfang.	Vesentlig reduksjon i omfang eller økt forventning til omfang. Leveransen blir ikke akseptert.

3 Kliniske systemer

3.1 Elektronisk kurve og medikasjon

	Kritikalitet ift NSD	Proj.status							
		Samlet vurdering	Tid	Kost	Omfang	2020	2021	2022	2023
Kliniske systemer									
Kurve og medikasjon	Lav								

To prosjekter pågår:

- Regionalt leveranseprosjekt (PRJ11228): Prosjekteier Eli Stokke Rondeel / prosjektleder Jan-Henrik Stubberud
- Lokalt innføringsprosjekt VVHF: Prosjekteier Halfdan Aass / prosjektleder Vibecke Storhaug

Det regionale prosjektet (PRJ11228) rapporterer overordnet og samlet status som «grønn», og avsluttet 17.08 sin ELS-periode (Early life support) pulje 1 (Bærum sykehus). Innføring av kurveløsningen Metavision i VVHF er forsinket ift opprinnelige plan som følge av korona-situasjonen, men er iht revidert plan. Prosjektet skal i henhold til plan avsluttes innen utgangen av 2021. Lokal forvaltning i VVHF skal etableres i løpet av 2020.

Det pågår oppstart av planer og forberedelser oppstart hele Drammen sykehus og Bærum sykehus. I løpet av høsten skal prosjektet gjennomføre opplæring av 2000 sluttbrukere. Det skal gjennomføres en komplisert teknisk og funksjonell testing i en hektisk innføringsplan

Avhengighet til NSD/fase 2: Lav.

3.2 Laboratedatasystem

	Kritikalitet ift NSD	Proj.status							
		Samlet vurdering	Tid	Kost	Omfang	2020	2021	2022	2023
Kliniske systemer									
Laboratedataløsning	Meget høy								

Prosjekteier: HSØ RHF, prosjektleder : Karina Prados Vik, innleid via SP

VV har i samarbeid med HSØ og SP ferdigstilt et konseptarbeid for å utrede fremtidig laboratorieløsning for medisinsk biokjemi og mikrobiologi. Konseptrapporten ble ferdigstilt i la. Q1/2020. Behandlingen av konseptrapporten har resultert i at det skal gjennomføres en planleggingsfase for innføring av det regionale laboratoriesystemet LVMS for alle fagområder (medisinsk biokjemi, mikrobiologi og patologi) med en planlagt BP3 i løpet av første halvår

2021. Eierskap til prosjektet er med dette flyttet fra VV til HSØ. Prosjektet har fått på plass prosjektleder og vil nå starte sitt arbeide med å etablere prosjektgruppe. VV har bestilt prosjektleder for lokal koordinering fra SP.

Avhengighet til NSD/fase 2: Meget høy

3.3 Radiologi – RIS/PACS

	Kritikalitet ift NSD	Proj.status							
		Samlet vurdering	Tid	Kost	Omfang	2020	2021	2022	2023
Kliniske systemer									
Radiologi - oppgradering av RIS	Lav	■	■	■	■	■			

Prosjekteier Wesley Caple, VVHF / prosjektleder: Jørn Lyfjord, SP

Prosjekt for oppgradering av RIS (Carestream/Philips) til versjon 11.3 pågår og skal etter planen fremlagt i siste styringsgruppemøte 26.08.2020, fullføres innen utgangen av 2021. Prosjektet har i perioden jobbet med installasjon og grunnkonfigurasjon av utviklingsmiljøet, og startet å tilpasse dette til VVHF. Det er lagt opp et intensivt arbeid i perioden fremover.

Finansiering av investeringsmidler til RIS-oppgraderingen har vært tema for diskusjon mellom HSØ, SP og VV. VV har fått forståelse av at HSØ vil omfordele investeringsmidler slik at investeringskostnaden blir dekket av HSØ.

Avhengighet til NSD/fase 2: Lav (nedjustert fra høy pga avklart finansiering)

3.4 Helselogistikk

	Kritikalitet ift NSD	Proj.status							
		Samlet vurdering	Tid	Kost	Omfang	2020	2021	2022	2023
Kliniske systemer									
Helselogistikk	Meget høy	■	■	■	■	■	■	■	■

To prosjekter pågår/er under oppstart:

- Regionalt anskaffelsesprosjekt (PRJ11251): Prosjekteier Rune Simensen / prosjektleder Eldrid Schei
- Lokalt innføringsprosjekt VVHF er under etablering.

Det regionale prosjektet for helselogistikk (PRJ11251) går i henhold til plan. Anskaffelsen skal være gjennomført innen utgangen av 2020. Prosjektet har i perioden gjennomført 3 dialogrunder med leverandørene. Endelig konkurransegrunnlag ble sendt leverandørene 1

september 2020. Valg av leverandør(er) er 30. oktober og endelig godkjenning av HSØ i begynnelsen av desember 2020.

Pilotering av løsning vil antagelig være ved to helseforetak for å sikre regional løsning. Vestre Viken er en aktuell kandidat for pilotering.

Planlegging av lokalt innføringsprosjekt for helselogistikk i VVHF pågår. Det ble i foretaksledelsen i VVHF under seminar om prosjekteierstyring den 25.08.2020 presentert en analyse av Helselogistikkprosjektet med betraktning og forslag til videre organisering av det lokale prosjektet. Dette tas med inn i det videre arbeidet.

Avhengighet til NSD/fase 2: Meget høy

3.5 Styringsystem for sterilsentral

	Kritikalitet ift NSD	Prosj.status							
		Samlet vurdering	Tid	Kost	Omfang	2020	2021	2022	2023
Kliniske systemer									
Sterilsentral - styringssystem	Høy								

Samme status som sist:

OUS har inngått avtale med leverandøren Getinge (T-doc) om løsning for sterilsentral/ styringssystem. Denne avtalen kan benyttes av Vestre Viken.

Det er ikke startet prosjekt for anskaffelse/innføring av styringssystem for sterilsentral i VV.

Avhengighet til NSD/fase 2: Høy

3.6 Lukket legemiddelsløyfe

	Kritikalitet ift NSD	Prosj.status							
		Samlet vurdering	Tid	Kost	Omfang	2020	2021	2022	2023
Kliniske systemer									
Lukket legemiddelsløyfe	Middels								

Lukket legemiddelsløyfe vil baseres på den regionale kurve- og medikasjonsløsningen Metavision. Det er også avhengigheter knyttet til sykehusapotekenes IKT-løsninger og innkjøp av legemidler med hensiktsmessig elektronisk merking. HSØ har godkjent mandat for konseptstudie for regional standard for lukket legemiddelsløyfe i regionen. Konseptfasen er gjennomført i perioden 1. mai til 1. september 2020. Det forventes at det i løpet av september vedtas at det regionale prosjektet går over i en planleggingsfase med varighet fram til mars 2021.

En felles leveranseplan for legemiddelforsyning i NSD er under utarbeidelse som et samarbeid mellom VV-NSD (mottaksprosjektet NSD), Sykehusapotekene og Sykehusbygg. Vurdering av prinsipp for lukket legemiddelsløyfe inngår i dette arbeidet, samt i en arbeidsgruppe med deltakere fra Vestre Viken og Sykehusapotekene. Arbeidet tar hensyn til det regionale prosjektet om lukket legemiddelsløyfe. Beslutning om standard for lukket legemiddelsløyfe i NSD vil skje i løpet av 2020. Prosjekt for pilotering av løsninger vil først kunne være aktuelt fra 2022-2023, etter innføring av elektronisk kurve og videre planlegging.

Avhengighet til NSD/fase 2: Middels

3.7 Multimedia og samhandling

	Kritikalitet ift NSD	Prosj.status							
		Samlet vurdering	Tid	Kost	Omfang	2020	2021	2022	2023
Kliniske systemer									
Multimedia og samhandling	Høy								

Samme status som sist:

Regional løsning for multimediaarkiv og samhandling er under anskaffelse i regi av OUS som del av anskaffelsen av ny RIS/PACS. Det er gjennomført dialogmøter og referansebesøk med leverandører i Q1, og kontraktsinngåelse er planlagt gjennomført i Q4. Det har fremkommet spørsmål knyttet til arkitektur og funksjonalitet ved den planlagte samhandlingsløsningen, og VVHF følger dette arbeidet tett for å sikre god funksjonalitet ved samhandling mellom eksisterende RIS/PACS (som VVHF vi ha i mange år) og HF som tar i bruk ny løsning (f.eks. OUS).

Det er ikke startet prosjekt for anskaffelse/innføring av multimedia og samhandling i VV.

Avhengighet til NSD/fase 2: Høy

3.8 EPJ Modernisering (DIPS Arena)

	Kritikalitet ift NSD	Prosj.status							
		Samlet vurdering	Tid	Kost	Omfang	2020	2021	2022	2023
Kliniske systemer									
EPJ modernisering (DIPS Arena)	Middels								

VV er i dialog med Regional EPJ moderniseringsprosjektet ang utvelgelse av foretak for konsolidering av databaser. Konsolidering vil gjennomføres på en Arena installasjon. Det er dialog mellom prosjektet og VV systemeier for å avklare kriterier og rekkefølge for innføring. Innføring av DIPS Arena før nytt sykehus i Drammen vil kreve at VV får prioritet.

Avhengighet til NSD/fase 2: Middels

4 IKT- infrastruktur og byggnær IKT

4.1 Lokalisering og sporing

	Kritikalitet ift NSD	Proj.status				2020	2021	2022	2023
		Samlet vurdering	Tid	Kost	Omfang				
Kliniske systemer									
Lokalisering og sporing	Høy								

Sykehusbygg har gjennomført en konseptstudie som underlag for en anbefaling og strategi for implementasjon av datafangst, lokalisering og sporing i både nye og i eksisterende sykehusbygg.. HSØ, Sykehuspartner, OUS og VVHF deltok i prosjektet. Prosjektet har foreslått pilotering av et løsning for sporing og lokaliseringssystem ved OUS og VVHF, dette vurderes i dialog mellom PNSD og VVHF. Det er ikke lagt lokale planer for innføring av teknologi for lokalisering og sporing i Vestre Viken, men VV deltar i det pågående arbeidet i regi av PNSD.

PNSD har gått ut med RFI¹ på løsningen. Det har vært dialog med flere tilbydere. Det jobbes også videre med å avklare pilotering på OUS og VVHF. Prosjektet er avhengig av flere andre prosjekter som pågår i HSØ for å sikre ønsket funksjonalitet.

Avhengighet til NSD/fase 2: Høy

4.2 Sikkerhetsløsning / adgangskontrollsystem (BRK K12 sikkerhetsanlegg Kongsberg sykehus)

	Kritikalitet ift NSD	Proj.status				2020	2021	2022	2023
		Samlet vurdering	Tid	Kost	Omfang				
IKT infrastruktur									
Sikkerhetssystem adgangskontroll	Middels								

PNSD vil i entreprise 5401 anskaffe løsning for sikkerhet/adgangskontroll, og VVHF vil kunne gjøre avrop på denne for sine sykehus fra august 2020. VVHF planlegger prosjekt for innføring av nytt adgangskontrollsystem på Kongsberg sykehus basert på denne entreprisen.

Prosjekt er under oppstart. Prosjekteier Narve Furnes / prosjektleder Solveig Klevstad

Avhengighet til NSD/fase 2: Middels

¹ RFI: Request For Information – henvendelse til markedet i forkant av en anskaffelsesprosess

4.3 Sentralt driftsovervåkingsanlegg (SD-anlegg)

	Kritikalitet ift NSD	Proj.status							
		Samlet vurdering	Tid	Kost	Omfang	2020	2021	2022	2023
IKT infrastruktur									
SD-anlegg / driftsovervåkning	Middels								

PNSD gjennomfører i samarbeid med VVHF anskaffelse av løsning for SD anlegg gjennom entreprise 5601. Etablering av et felles SD-anlegg for VVHF kan gjøres ved utløsning av opsjoner i denne entreprisen.

Det skal arbeides med å etablere en plan for SD-anlegg på øvrige sykehus. Målbildet er å ha en felles vaktentral i NSD for hele Vestre Viken.

Dette prosjektet er pt ikke startet i VV.

Avhengighet til NSD/fase 2: Middels

4.4 Arbeidsflate på mobile enheter

	Kritikalitet ift NSD	Proj.status							
		Samlet vurdering	Tid	Kost	Omfang	2020	2021	2022	2023
Kliniske systemer									
Arbeidsflate / mobile enheter	Høy								

Prosjekt arbeidsflate er en del av STIM-programmet som styres av Sykehuspartner. Prosjektet har fått godkjent BP2 i STIM Programstyringsgruppe, og prosjektet har blitt bedt om å iverksette planleggingsfasen. Formålet er bl. a. å etablere arkitektur, rammer og leveransmodeller for arbeidsflatetjenester, utarbeide anbefalinger og sikre støtte til ulike enhetstyper for brukere. Dette arbeidet er viktig for VVHF ifm utforming av NSD, spesielt mtp leveranse av IKT-utstyr for å understøtte prosessflyten gjennom sykehuset. Vestre Viken har invitert STIM prosjekt arbeidsflate til et samarbeid og evt pilotering av ulike løsninger i eksisterende sykehus.

Prosjektet beskriver funksjonelle behov for autentisering og SSO², samt brukerprofiler for mobile enheter. Det er gjennomført møter med Helseloggistikk og Fagforvaltning RHF (Mobil løsning for Metavision) med hensikt å avdekke krav. Prosjektet rapporterer at det er i henhold til plan.

Avhengighet til NSD/fase 2: Høy

² SSO: single sign-on. Betegnelse på funksjonalitet som muliggjør at en bruker har samme brukernavn og passord

4.5 Innendørs mobildekning (5G)

	Kritikalitet ift NSD	Proj.status			2020	2021	2022	2023
		Samlet vurdering	Tid	Kost				
Kliniske systemer								
Innenførs mobildekning	Høy							

Prosjekteier Kenneth Iversen, SP / prosjektleder Bjørn Møllerbråthen, SP

I rapport fra konseptstudien for innendørs mobildekning fra desember 2019 anbefales en videreføring i form av et forprosjekt og en pilotering. Det legges opp til at arbeidet videreføres som eget prosjekt i regi av Sykehuspartner som del av STIM-programmet. Planlegging for dette pågår. VVHF er positiv til å stille et av våre sykehus til disposisjon for en eventuell pilot, og vil delta i videre konseptarbeider.

Styringsgruppe er etablert og mandat godkjent. Prosjektet startet opp 3.6.2020. Ressursbehov er beskrevet. Teknisk arbeidsgruppe er etablert, og arbeidsgruppe Forretnings- samt drifts- og forvaltningsmodell besluttet opprettet. Det er gjennomført møter med Telenor, Telia, Ice, og Avinor.

Kommende leveranser: Avklare prosjektets tidsplan, starte bemanning, og beslutte hvilke konseptbevis som skal gjennomføres.

Avhengighet til NSD/fase 2: Middels

4.6 IKT infrastruktur / STIM regional plattform

	Kritikalitet ift NSD	Proj.status			2020	2021	2022	2023
		Samlet vurdering	Tid	Kost				
Kliniske systemer								
IKT infrastruktur / regional plattform (STIM)	Meget høy							

Regionalt målbilde og arkitektur for regional plattform fastsettes i STIM. Prosjektet er i planleggingsfasen for anskaffelse av løsning. VV er representert i styringsgruppene i STIM og følger arbeidet på infrastruktur gjennom lokalt program for STIM med underliggende prosjekter.

Prosjektet er i planleggingsfasen, men er forsinket i forhold til ny plan. Dette skyldes at det pågår arbeid med hvordan det skal skilles på behov som må dekkes på kort sikt og omfanget av en anskaffelse i markedet og hvilke deler SP selv skal ha ansvar for i den videre prosessen. Prosjektet har også bidratt i arbeidet med en helhetlig fremstilling for å synliggjøre sammenhenger og gevinster på et overordnet nivå for programmet.

VV er bekymret for fremdriften i arbeidet med ny regional plattform og mulige konsekvenser dette har for det videre arbeidet i Fase 1 og Fase 2 for IKT-løsninger Nytt Sykehus i Drammen. VV ser at det er behov for å få kartlagt avhengighetene til STIM regional plattform på et mer detaljert nivå enn det som foreligger i dag.

Avhengighet til NSD/fase 2: Høy

5 Risiko

Risikobildet er uforandret siden forrige rapportering.

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

ID	Risikobeskrivelse	Tiltak
1	Forsinkelser i innføring av regionale løsninger kan få konsekvenser for arbeidsprosesser og løsninger som er forutsatt i NSD	VVHF følger prosjektene tett og deltar med ressurser i kritiske prosjekter
2	Manglende kapasitet/økonomiske rammer i Sykehuspartner kan gi manglende leveranser og/eller fremdrift	Tett oppfølging av kundeplan. VVHF har foreslått en tettere dialog på direktørnivå.
3	Manglende kapasitet i VVHF kan gi forsinkelser eller mangler for leveranser i fase 1.	Styrket porteføljestyling av IKT-prosjekter i HSØ og VVHF for å gi bedre forutsigbarhet og oversikt over ressursbehov.
4	Mangelfull kontroll av teknisk arkitektur og avhengigheter mellom leveranser kan gi feil løsningsvalg, merarbeid og økte kostnader for senere faser.	Styrke kompetansen på teknisk arkitektur knyttet til VVHFs spesifikke situasjon og planer. VVHF har bestilt arkitektressurs fra SP og rekruttering pågår.
5	Uklare ansvarsforhold og uavklart finansiering mellom HSØ, SP og VVHF kan medføre forsinkelser	Beslutningsmøte NSD IKT er en arena hvor slike saker kan adresseres.

Statusrapportliste

Sene og manglende statusrapporter

Gjennomgang av statusrapport: Statusrapportliste



Prosjekt▲	Prosjektleder	Status tid, kost, omfang	Tid	Kost	Omfang	Prosjekt/Program rapport	Rapporteringsfrist	Rapportstatus
OUS 40 Anskaffelse av radiologiløsning og multimediearkiv for helseforetak i HSØ	Roterud, Håvard	◆	◆	◆	◆	Prosjektet har i august jobbet med forberedelser til mottak av tilbud, og aktiviteter knyttet til lesing og evaluering. Ressurser som skal delta i evaluering er valgt ut og orientert om prosessen. Under demonstrasjoner i uke 39 skal leverandørene presentere løsning basert på tilsendte brukerscenarier. Dette vil være en støtte til evalueringen.	07.09.20	Endelig
RHF - Lukket legemiddelsløyfe (konseptutredning)	Melum, Arve	◆	◆	◆	◆	Underlag for BP2 levert for behandling i beslutningsmøte den 15. september 2020	09.09.20	Endelig
RHF - RKL Regional EPJ modernisering	Seland, Mariann	⚠	⚠	◆	◆	I IKT-porteføljestyremøte 11 juni ble det besluttet å gjenoppta EPJ Modernisering (sak 013-2020). Arbeidet omfatter i hovedtrekk å planlegge innføring av Arena på OUS og planlegge for konsolidering og innføring av Arena på ytterligere to helseforetak. Resultatet av arbeidet skal fremlegges for porteføljestyret for videre behandling.	07.09.20	Endelig
RHF - RKL Regional kurve- og medikasjonsløsning fase 3	Stubberud, Jan-Henrik	◆	◆	◆	◆	Prosjektets overordnede status er GRØNN. Prosjektets totalprognose er 324,3 millioner kroner, og dette er en reduksjon på 0,5 millioner kroner fra forrige rapportering. Koronapandemien har så langt økt prosjektets prognose med 2,3 millioner kroner. Alle miljøene for Sykehuset Innlandet HF er nå etablert og testet. Prosjektet er nå ferdig med oppsett og test av nye miljøer til helseforetakene. Prosjektet har ansvaret for teknisk koordinering mot Sykehuspartner ift. innføringene som er planlagt på Oslo universitetssykehus HF i september og oktober. Koronapandemien er fortsatt prosjektets største risiko for fremdriften på innføringen av MetaVision i 2. halvår 2020. Det er økende risiko for at Sykehuspartner HF blir forsinket med oppgraderingen til versjon 6.12 i oktober.	07.09.20	Endelig
RHF - RKL Regional løsning for helselogistikk	Schei, Eldrid	⚠	◆	✖	◆	Prosjektet er i henhold til plan, og har i august ferdigstilt og sendt ut endelig konkurransegrunnlag, svarfristen er 3. oktober. Prosjektet skal i kommende periode detaljplanlegge evaluering og jobbe med prosjektproduktene, oppdatere styringsdokument, oppdatere prosjektbegrunnelsen, faseplan for neste fase og gevinstmålingsmetodikk.	07.09.20	Endelig
SP-STIM Arbeidsflate - Mobilitetsplattform (P)	Garder, Øyvind	◆	◆	◆	◆	Prosjektet har fått en del klager fra sluttbrukere på autoriserings loop vedrørende Secure Mail på IOS. Feilen er identifisert at ligger hos leverandøren, og er blitt eskalert opp for å finne feilen. Prosjektet er i dialog med leverandøren for å bistå. Prosjektet er i gang med å innføre Secure Mail hos AHUS. Det er valgt å legge ved et skriv som forklarer situasjonen rundt autoriserings loopen til sluttbrukere. Brukerstøtte har fått opplæring og er klar som 1.linje support. Utredningen av PME har fullført workshop med helseforetakene og er nå sendt videre til ledelsen for en endelig avgjørelse. Dataangrepet på SIHF kan få konsekvenser for innføring av Secure Mail leveransen. Se risiko R-03292	31.08.20	Endelig
SP-STIM Felles plattform (P)	Fredhall, Hege	⚠	✖	⚠	✖	Prosjektet fikk en BP2 beslutning 15. april 2020. Prosjektet er forsinket i forhold til ny plan. Prosjektet har siden BP2 beslutning gjort et omfattende forankringsarbeid av prosjektets faglige anbefaling for omfanget til en anskaffelse av ny felles regionalt hybrid skyplattform med blant annet styringsgruppe, linjeorganisasjon og tillitsvalgte. Prosjektet har også bidratt i arbeidet med utarbeidelse av prinsippskisser, design og arkitekturmålbilde for dagens plattformer i sameksistens med ny felles regional plattform. Prosjektet har startet arbeid med beslutningsunderlag for kontrollpunkt 2 (KPA2) i anskaffelsesprosessen og utarbeidet et underlag for erfaringer som er gjort med skybaserte løsninger hos andre relevante aktører i markedet. Prosjektet har også fortsatt arbeid med Business case og gevinstrealiseringsplaner. Videre arbeid med trinn 2 er avhengig av at Sykehuspartners fastsetter videre beslutningsløp og at bruk av linjeressurser ønskes prioritert til workshops og avklaringer.	31.08.20	Kladd

Vedlegg

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken HF pr 2. tertial 2020

Rapportering økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD

Innhold

Rapportering gevinstrealisering NSD økonomisk bærekraft i Vestre Viken	2
1.1. Aktivitetsstyrt bemanning og ressursplanlegging (ARP)	3
1.2. Spesifikke gevinster knyttet til NSD	4
1.3. Spesifikke gevinster knyttet til innføring av ny teknologi.....	5
1.4. Spesifikke gevinster knyttet til definerte områder.....	9
1.5. Reduksjon av utilsiktede hendelser, beste praksis og bedre utnyttelse av samlet kapasitet	11
1.6. Akuttstrømmene	12

Rapportering gevinstrealisering NSD økonomisk bærekraft i Vestre Viken

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

Planen er omfattende og krever tett oppfølging av ledelsen. Det er satt i gang et arbeid med bistand fra konsulenthuset Metier for å støtte ledelsen i etablering av en styringsmodell etter PROFF-modellen som er HSØs prosjektstyringsmodell. Dette skal i første omgang tydeliggjøre de mest kritiske prosjektene og nødvendige krav til oppfølging av disse.

Det er definert seks områder som de viktigste å følge mht fremdrift:

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

Nedenfor følger en oppdatering av status i arbeidet for å sikre realisering av gevinster, samt konkret realisering av gevinster pr 2. tertial 2020. I tillegg gjøres en vurdering av risikoen knyttet til prosjektene.

Oppsummert vurdering av planen:

Område	Status fremdrift	Risiko
ARP		
Gevinstplan NSD		
Innføring ny teknologi		
Medikamentkostnader		
Rehabiliteringskostnader		
Gjestepasientkostnader		
Reduksjon av utilsiktede hendelser, innføring av beste praksis og bedre utnyttelse av samlet kapasitet		
Akuttforløpene		

Gevinstplan 2020 – 2024:

Tiltak (TNOK)	2020	2021	2022	2023	2024
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)		1 102	1 129	1 159	1 191
Administrasjon og merkantil tjeneste		2 400	3 000	3 000	6 000
PHR - tiltak tilknyttet NSD	750	6 750	6 750	3 750	
<i>Sum NSD relaterte tiltak/ gevinster</i>	<i>750</i>	<i>10 252</i>	<i>10 879</i>	<i>7 909</i>	<i>7 191</i>
Sum alle tiltak		3 502	4 129	4 159	7 191
Omstilling PHR prosjektuavhengig NSD	5 508	14 725	14 793	6 133	410
Innføring ARP VVHF, eksklusiv PHR	750	4 950	6 150	3 750	1 800
Innkjøpsområdet	3 177	4 368	4 618		
Medikamentkostnader	3 750	13 750	13 750	3 750	
Rehabiliteringskostnader - kjøp fra private		5 000	10 000	10 000	10 000
Gjestepasientkostnader		5 000	5 000	5 000	5 000
Bedre utnyttelse av samlet kapasitet	1 250	6 250	1 250	1 250	
Beste praksis - reduksjon av utilsiktede hendelser	1 250	6 250	1 250	1 250	
<i>Sum prosjektuavhengige relaterte tiltak/ gevinster</i>	<i>14 935</i>	<i>60 293</i>	<i>56 811</i>	<i>31 133</i>	<i>17 210</i>
Sum alle tiltak	15 685	70 545	67 690	39 042	24 401

I 2020 er det først og fremst innenfor PHR og medikamentkostnader der det forventes oppnådd resultat i samsvar med planen. Med de resultatene som foreligger på disse to områdene vurderes planlagt effekt 2020 å være fullt ut realisert samlet sett. Koronapandemien har medført forsinkelser i mange aktiviteter i 2020. Dette øker risikoen for realisering etter planen i 2021. Det vurderes å være betydelig risiko knyttet til om lag 25 MNOK av samlet plan på vel 70 MNOK i 2021 og moderat risiko for resterende. Det vil vurderes ytterligere tiltak i forbindelse med behandlingen av budsjett 2021 for å sikre resultatoppnåelse som forutsatt.

1.1. Aktivitetsstyrt bemanning og ressursplanlegging (ARP)

Gevinstplanen angir følgende gevinster tilknyttet ARP i de nærmeste årene:

Tiltak (TNOK)	2020	2021	2022
Gevinstmål ARP, eks PHR	750	4 950	6 150
Gevinstmål PHR, herunder ARP	5 508	21 475	21 543
Sum forventede gevinster ARP	6 258	26 425	27 693

Aktivitetsstyrt bemanning og ressursplanlegging (ARP) er en samlet og helhetlig modell for planlegging og styring av:

- Kapasitet (eks. antall senger, polikliniske behandlingsrom og operasjonsstuer)
- Aktivitet
- Bemanning
- Kompetanse
- Nye turnusformer
- Samskapt planlegging (planlegging på tvers av yrkesgrupper og enheter)
- Vikarer, innleie og overtid

Det er først og fremt i Klinikk for Psykisk Helse og Rus (PHR) at prosjektet er godt i gang. Fokus i arbeidet har vært å realisere gevinstplanen for perioden 2020-2022. Det er etablert en helhetlig modell for å realisere alle krav i gevinstplanen i denne perioden. Klinikken har en prognose på

25 MNOK i 2020, dette skyldes gjennomgående god kostnadskontroll i alle avdelinger, men også lavere aktivitet spesielt på døgnsesjonene.

Innsparingskrav PHR	2020	2021	2022
ARP gevinster	5 508	16 463	15 491
Inntektsøkning - styrke FACT/pol	-	6 625	6 375
Sum per år	5 508	23 088	21 866

Prosjektet vil i hovedsak arbeide med å realisere innsparingene i PHR, delta i utvikling av virkemidler for å håndtere frigjorte ressurser fra omstillingsarbeidet i PHR (vikarsentral og planleggere for bemanning) og utvikle forprosjekt i Drammen sykehus medisinsk avdeling og Bærum sykehus AIO. Det er foreløpig ikke gjort beregninger av forventede gevinster for de to neste fokusområdene. Som det fremgår av tabellen over forventes planlagte gevinster innen PHR realisert.

Risiko i arbeidet med å realisere gevinstplanen er knyttet til:

- Å realisere innsparinger i ARP forutsetter at PHR og foretaket utvikler nye virkemidler for å håndtere frigjorte ressurser i omstillingsarbeidet. I hovedsak må det utvikles tiltak der innleid arbeidskraft erstattes med egne ansatte som frigjøres i omstillingsarbeidet. Dette krever at foretaket utvikler en ny måte å planlegge og styre interne vikarressurser. Det er lagt en handlingsplan for utredning av nødvendige tiltak i dette omstillingsarbeidet.
- ARP teamet består i dag av tre faste ressurser og tre som deltar på deltid. Samlet sett gir dette kapasitet til å gjennomføre inntil to parallelle prosjekter. Kapasiteten er dermed sårbar. Det arbeides med å utvikle en ny organisering for ARP arbeidet, fortrinnsvis som et eget programområde, der en større andel ressurser dedikeres til arbeidet.

Samlet vurderes ARP å være tilnærmet i rute med de forventede resultater som oppnås i PHR. Det må imidlertid konkretiseres gevinster for de to neste områdene som er under planlegging.

1.2. Spesifikke gevinster knyttet til NSD

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

Tiltak (TNOK)	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Sum
Klinikk Drammen sykehus					1 053	2 103	2 622	2 616	1 572	1 571	11 537
Klinikk for Intern service					6 600	6 000	600				13 200
Klinikk for Medisinsk Diagnostikk (KMD)	1 102	1 129	1 159	1 191	93	4 748	3 984	4 041	4 101	3 393	24 942
Administrasjon og merkantil tjeneste	2 400	3 000	3 000	6 000	12 000	6 000		1 200	1 200		34 800
Sum alle tiltak	3 502	4 129	4 159	7 191	19 746	18 851	7 206	7 857	6 873	4 965	84 479

Gevinstmålene for KMD er beregnet som merproduktivitet som inntreffer som følge av planlagte tiltak, både før og etter ibruktakelsen av nytt sykehusbygg. Gevinstene er målt i kroner beregnet som differansen mellom kostnadene til nødvendig bemanning gitt uendret produktivitetsvekst mot beregnet bemanningskostnad gitt økt produktivitetsvekst.

Modell for oppfølging av bemanning, basert på registrert bemanning fra GAT, og gjennomført aktivitet innen den enkelte avdeling i klinikken er under ferdigstilling og vil danne grunnlag for rapportering fra januar 2021.

Gevinster innen kontortjenesten er i stor grad basert på endret funksjonsplassering av medisinske områder, med tilhørende reduksjon av resepsjoner og endrede rutiner for mottak og

registrering av polikliniske pasienter. Hoveddelen av gevinstene, gjennom redusert bemanning, er derfor lagt til grunn i perioden etter innflytting i nytt sykehus.

Nye rutiner for mottak og registrering av polikliniske pasienter, er knyttet opp til innføring av helselogistikk og gir mulighet for gevinstrealisering innen dette området før innflytting i nytt bygg. Gevinstplanen for nytt sykehus la til grunn delvis innføring av helselogistikk med nye funksjoner for innsjekk og betaling allerede fra 2021.

Våren 2020 var det planlagt oppstart av et prosjekt for å se på fremtidig oppgaver og drift av kontortjenesten for Drammen sykehus. Prosjektet ble ikke startet opp blant annet på bakgrunn av Koronapandemien.

Iht. til gjeldende plan for innføring av helselogistikk vil disse tjenestene trolig ikke bli implementert før i løpet av 2022, og det ønskes å gjennomføre en pilot i Vestre Viken i 2021-2022. Dette vil medføre at de planlagte gevinstene i 2021-2022 ikke vil kunne blir realisert iht. plan.

Det vurderes derfor å igangsette et prosjekt for å utrede alternative drifts- og organisasjonsmodeller for kontortjenesten i hele Helseforetaket. Det forventes at dette vil gi mulighet for effektivisering tilsvarende planlagt gevinst i gjeldende plan. Mottaksprosjektet har ansvar for alle delaktiviteter frem til innflytting og klinisk ibruktakelse.

Prioriteringer høsten 2020:

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

Alle aktivitetene gjennomføres iht. plan.

1.3. Spesifikke gevinster knyttet til innføring av ny teknologi

Det er ikke konkretisert gevinster knyttet til innføring av ny teknologi, men deler av gevinstplanen forutsetter at ny teknologi implementeres. Flere av tiltakene vil ha potensiale for å realisere gevinster gjennom effektivisering i arbeidet, bedret kvalitet osv. Når gevinster er identifisert, og det er dedikerte gevinsteiere til realiseringen vil gevinster innarbeides i planverket og rapporteringen.

IKT-løsninger i NSD

Kapittel 3.2.1 i «Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD» angir IKT-prosjekter som er viktige for Nytt Sykehus i Drammen (NSD), og hvor manglende fremdrift kan påvirke uttak av gevinster i NSD. De fleste prosjektene er avhengige av regionale prosesser i regi av Helse Sør-Øst og/eller Sykehuspartner, og alle er avhengige av leveranser fra Sykehuspartner. VVHF rapporterer tertialvis til NSDs prosjektstyre på fremdrift og risiko. Fremdrift i prosjektene knyttet til helselogistikk, labdatasystem og IKT infrastruktur (STIM modernisering) er vurdert som spesielt kritisk for NSD.

Rapporten til NSD prosjektstyre for 2. tertial 2020 følger vedlagt. VVHF har igangsatt risikoreducerende tiltak:

- Styrket porteføljestyring av IKT-prosjekter for å gi bedre forutsigbarhet og oversikt
- Oppfølging og rapportering til direktørnivå av IKT-leveranser ihht SP kundeplan
- Etablere arbeidsgruppe med SP, VVHF og HSØ for å konkretisere avhengigheter og estimere ressursbehov, med rapportering til AD-nivå i VVHF og SP
- Dedikert ressurs for kartlegging av lokal IKT-arkitektur og tekniske avhengigheter

Helselogistikk

Anskaffelse av regional løsning for helselogistikk pågår, og det legges opp til at HSØ vil inngå rammeavtaler innen utgangen av 2020 med inntil tre leverandører på tre funksjonsområder:

- A. Innsjekk og oppgjør
- B. Styring av pasientflyt og ressurser
- C. Intern kommunikasjon og varsling på mobil

Ny funksjonalitet i helselogistikk-løsningen gir grunnlag for å forbedre arbeidsprosesser knyttet til pasientflyt internt i sykehuset. Dette inkluderer akuttflyten, prosesser for merkantilt personell og støttefunksjoner som portører og renholdere. Vestre Viken er godt representert i utarbeidelse av kravspesifikasjon og tilbudsevaluering. Det foreligger ikke konkrete planer for innføring av løsningen i helseforetakene, og det er fortsatt usikkert hvilke kostnader det enkelte helseforetaket må dekke. Innføring av helselogistikk er avhengig av at Sykehuspartner rigger en hensiktsmessig organisasjon for å levere helselogistikk-tjenestene til foretakene. HSØ har angitt at helselogistikk har avhengigheter til andre regionale prosjekter, særlig deler av STIM-programmet. STIM-programmet planlegger med leveranser til Vestre Viken i perioden 2021-2023, og arbeidet med konkretisering av det spesifikke innholdet og avhengighetene på teknisk nivå pågår.

For å redusere risiko har Vestre Viken nedsatt en arbeidsgruppe for planlegging og kartlegging av lokale avhengigheter ifm innføring av helselogistikk. Det legges til grunn at løsningen vil piloteres i deler av Vestre Viken i siste kvartal 2021, og at videre innføring vil fortsette i 2022. Planene vil justeres ihht regionale planer og føringer etter hvert som disse foreligger.

Laboratoriedatasystem

VVHF har i dag fire ulike datasystemer på lab.området. I tillegg kommer et felles blodbanksystem som ikke er planlagt endret. Et felles lab.datasystem er ønskelig i NSD for å ta ut gevinster knyttet til felles prøvemottak på lab.området. Hvor stor effekten vil være, er ikke klart ennå. Dagens patologiesystem skal uansett erstattes med det regionale systemet LVMS som er under innføring ved alle foretak i HSØ. I april 2020 forelå konseptrapport med vurdering av alternativer for videre utvikling av lab.området frem mot NSD. Rapporten viser at det er to alternativer for NSD hva angår medisinsk biokjemi og mikrobiologi, enten beholde dagens to systemer eller innføre det regionale laboratoriesystemet LVMS også for disse fagområdene. Det er betydelig risiko ved begge alternativene, men lavere ved å beholde dagens systemer. Etter behandling av rapporten i HSØ og VVHF er det enighet om å starte planlegging for innføring av det regionale laboratoriesystemet LVMS for alle fagområder (medisinsk biokjemi, mikrobiologi i tillegg til patologi). Det legges opp til en beslutning i løpet av første halvår 2021, slik at gjennomføringsfasen eventuelt kan starte høsten 2021. Arbeidet er godt i gang.

IKT infrastruktur / STIM modernisering

STIM modernisering består av følgende vedtatte prosjekter i gjennomføring:

- Innføring kryptert stamnett
- Modernisering av nett
- Felles plattform

I tillegg er følgende prosjekter under planlegging innen STIM modernisering:

- Regional testplattform
- Tjenestemigrering

Status i prosjektene rapporteres og følges opp i månedlige statusmøter mellom VVHF og representanter fra STIM programledelse. Prosjektene tidsplaner drøftes blant annet med bakgrunn i fremdriftsplan for NSD. VVHF opplever at det er et godt samarbeid og at STIM-leveranser generelt til VVHF får prioritet. Det er VVHFs vurdering at tidsplaner og kostnadsestimater for STIM-prosjektene har stor usikkerhet, da prosjektene i stor grad er basert på eksterne anskaffelser og vil dermed avhenge av et allerede presset IKT-leverandørmarked. VVHF er avhengig av at leveranse av testplattform og planer for tjenestemigrering blir konkretisert for å kartlegge avhengigheter for NSD.

VVHF og SP samarbeider om risikoreduserende tiltak, og det er igangsatt gjennomgang av dagens IKT systemportefølje med henblikk på å standardisere og sanere IKT-applikasjoner.

Innføring av ny teknologi

Kapittel 4.2 i «Økonomisk bærekraft i Vestre Viken og gevinstrealiseringsplan NSD» angir 5 teknologiområder som anses å ha stor betydning for å realisere gevinster i hele foretaket. Områdene har ulik modenhet i VVHF og i regionen. Noen løsninger er allerede i drift, mens mange av løsningene krever fremdrift i regionale og/eller lokale prosjekter. Nedenfor gis en gjennomgang av de mest sentrale løsningene/prosjektene, med en fargekode for å illustrere i hvilken grad status på arbeidet er ihht plan. For prosjekter i konseptfasen er det ikke angitt status.

1. IKT-løsninger for bedre informasjonsflyt og forløpsstyring
 - Innføring av regional løsning for elektronisk kurve og medikasjon (Metavision) følger plan. Første oppstart ved Bærum sykehus i mai 2020 var vellykket, og i tredje tertial 2020 vil de fleste avdelinger ved Drammen sykehus og resten av Bærum sykehus ta i bruk løsningen

	Fase	Status på arbeidet - ihht plan
1. Forløpsstyring og informasjonsflyt		
Elektronisk pasientjournal (DIPS), HF til HF henvisninger	Drift	
Kurve og medikasjon	Gjennomføring & Drift	
Helselogistikk	Planlegging	
Lokal analyseplattform VVHF	Planlegging	
Sporing og lokalisering i sykehus	Planlegging	
Regional data og analyseplattform (RDAP)	Planlegging	

2. Mobile løsninger

- VVHF har innført sikker mobil plattform (EMM). Plattformen er nødvendig for bruk av kliniske applikasjoner på foretakside mobiltelefoner og nettbrett
- En brukerundersøkelse gjennomført etter innføring av mobil løsning for blod-overføringer (Bedside Id), viser at brukerne i stor grad opplever at løsningen forenkler arbeidet. Etter undersøkelsen er det identifisert nye tiltak for å øke gevinstuttaket.

- Videre innføring av mobile løsninger avhenger av STIM-prosjektet Mobilitet. Formålet er å tilrettelegge for økt bruk av mobile enheter i pasientbehandlingen. Konkret skal det etableres en forvaltningsmodell og teknisk arkitektur som muliggjør raskere etableringer.

2. Mobile løsninger		
STIM mobilitet	Planlegging	
Mobil id ved blodtransfusjon (Bedsideld)	Drift	
Mobil løsning for eHåndbok	Drift	
Mobil løsning for Medusa	Planlegging	
Mobil løsning for Lydia	Planlegging	
Mobile røntgenapparater	Drift	

3. Avstandskompenserende teknologi

- Nevrologisk avdeling ved Drammen sykehus har implementert brukerstyrt oppfølging av epilepsipasienter ved hjelp av digital egenregistrering. Pr. andre tertial er ca. 80 pasienter koblet på løsningen og flere blir fortløpende inkludert. Foreløpige beregninger viser at samlet tidsbruk pr. pasient pr. år er redusert med ca. 30% sammenlignet med ordinær oppfølging.
- VVHF har besluttet å bruke inntil 6 MNOK av sysselsettingsmidlene mottatt sommeren 2020 på digital hjemmeoppfølging, og har igangsatt to tiltak som forventes å få effekt i Q1 2021:
 - Rekruttering av lokale prosjektledere for digital hjemmeoppfølging i klinikk
 - Tilrettelegging av areal og arbeidsplasser for digitale konsultasjoner
- HSØ porteføljestyre besluttet i juni 2020 at det skal igangsettes en konseptstudie for Digital hjemmeoppfølging. VVHF har oppnevnt representant til styringsgruppen. Det er ikke klart hva slags løsning som skal etableres eller når/hvordan denne kan innføres i Vestre Viken.

3. Avstandskompenserende teknologi		
Videokonsultasjoner med pasient	Gj.føring & Drift	
Egenregistrering psykisk helsevern og rus	Gj.føring & Drift	
Egenregistrering epilepsi	Drift	
Egenregistrering IBD (gastro)	Gjennomføring	
Avstandsoppfølging KOLS	Planlegging	
Avstandsoppfølging/fjernmonitorering hjemmedialyse	Planlegging	
Fjernmonitorering CPAP	Planlegging	
Digital sårbehandling Kongsberg kommune	Planlegging	
Avstandsoppfølging FAST Lier kommune	Planlegging	
Videoanrop AMK	Gjennomføring	
Regional løsning for Digital hjemmebehandling	Konsept	

4. Kunstig intelligens

VVHF's prosjekt for kunstig intelligens har gjennomført forberedelser til anskaffelse av hyllevare og samarbeider godt med representanter på nasjonalt nivå. Ressursutfordringer pga. covid-19 og andre aktiviteter har gjort at arbeidet ligger bak opprinnelig fremdriftsplan. Tildeling av innovasjonsmidler fra HSØ bidrar til å lette ressursutfordringene i prosjektet.

5. Prosessautomasjon

Vestre Viken har så langt ikke igangsatt dedikerte aktiviteter på prosessautomasjonsområdet. HSØ porteføljestyre besluttet i juni 2020 at det skal igangsettes en regional konseptstudie for Digitalisering og automatisering av arbeidsprosesser. VVHF har oppnevnt representant til styringsgruppen. Det er ikke klart hva slags løsning som skal etableres eller når/hvordan denne kan innføres i Vestre Viken.

1.4. **Spesifikke gevinster knyttet til definerte områder**

Tiltak (TNOK)	2020	2021	2022
Medikamentkostnader	3 750	13 750	13 750
Rehabiliteringskostnader - kjøp fra private		5 000	10 000
Gjestepasientkostnader		5 000	5 000
Innkjøpsområdet	3 177	4 368	4 618
Logistikk/ vareforsyning	2 500	2 500	

Medikamentkostnader

I 2019-2020 har det vært arbeidet særlig med legemidler innen gruppene TNF-hemmere (legemidler brukt særlig ved revmatologiske sykdommer samt noe innen gastro-enterologi), legemidler ved HIV/hepatitt og enkelte kreftlegemidler.

Kostnadene er en følge både av kostnad for aktuelle legemiddel og antall pasienter på legemiddelet. Bytte til rimeligere legemidler kan være bytte til samme legemiddel fra annen leverandør (biotilsvarende), noe som er uproblematisk i de fleste tilfeller. Det kan imidlertid også være situasjoner hvor nye innkjøpsavtaler gjør at det bør vurderes bytte til annet legemiddel innen samme gruppe, ikke bare for nye pasienter, men også for pasienter som er under kronisk behandling. Det krever individuell vurdering av den enkelte pasient. Det vil særlig være aktuelt ved større prisforskjeller.

TNF-hemmere:

Det største forbruket av TNF-hemmere er hos pasienter med revmatologiske sykdommer, hvorav hoveddelen er legemidler som pasienten administrerer selv. Innen denne gruppen ble det en betydelig endring i legemiddelinnkjøpsanbefalingene 01.02.19 idet ett legemiddel ble betydelig rimeligere enn to andre alternativer, hvorav ett av dem hadde vært tidligere førstevalg. Imidlertid er dette ikke like legemidler og er derfor ikke direkte byttbare. Det må gjøres en klinisk vurdering av om pasienten egner seg for bytte av legemiddel ut fra den kliniske situasjonen og erfaring med tidligere legemiddelbehandling.

Revmatologisk seksjon ved Drammen sykehus har gjort et betydelig arbeid med dette i løpet av det siste året.

Det ble også noe prisreduksjon 01.02.20 på to virkestoffer ved å skifte leverandør av biotilsvarende legemiddel.

For revmatologisk seksjon ved Drammen sykehus tilsier behandlingen av 900 pasienter i oktober en legemiddelkostnad som årlig er 18,4 MNOK lavere enn tilsvarende kostnader for 764 pasienter i januar 2020.

Totalt er forbruket av legemidler finansiert over H-resepter pr. 2. tertial 2020 16,4 MNOK lavere enn budsjett (gevinstplanens innsparing er inkludert i budsjettet), jfr. virksomhetsrapporteringen.

En gruppe for høykostmedisin i Vestre Viken følger videre opp arbeidet, som på linje med det meste annet også er blitt hemmet av pandemien.

Innkjøpsavtaler har også gitt en del besparelser i klinikkene, særlig innen kreftområdet. Økt bruk av andre kostbare legemidler utfordrer imidlertid de totale kostnadene.

Nye legemidler og økt antall pasienter under behandling er en vedvarende risiko.

Rehabilitering

Det ble i 2019 utarbeidet en handlingsplan for å arbeide med riktig bruk av rehabiliteringsressurser. VVHF er det foretaket som har høyest forbruk av privat spesialisert rehabilitering i Helse Sør-Øst sett i forhold til befolkning. Det er også betydelig variasjon i forbruket internt mellom våre sykehus og mellom kommunene i opptaksområdet. Det er derfor grunn til å tro at VVHF kan redusere forbruket av privat spesialisert rehabilitering nærmere nivået til andre helseforetak uten at tilbudet til pasientene forringes, ved at pasientene får et tilbud bedre tilpasset deres situasjon. Pasientene henvises til spesialisert rehabilitering dels fra våre egne sykehus, dels fra fastleger. Arbeidet med riktig bruk av rehabilitering retter seg derfor både internt og eksternt.

Hovedelementer i handlingsplan:

- Etablere sjekkliste og felles kriterier for intern henvisning til spesialisert rehabilitering fra sykehusavdelingene. Kriterier er etablert, men det gjenstår en del implementeringsarbeid. Året 2020 blir også spesielt pga. covid-19-pandemien hvor rehabiliteringsinstitusjonene også i stor grad har vært stengt.
- Dialog med private rehabiliteringsinstitusjoner, kommuner og fastleger. Arbeidet startet, men forsinket pga. pandemien.
- Bedre styringsdata for oppfølging – pågående arbeid

Kostnadene til privat spesialisert behandling trekkes fra basisrammen til foretakene i inntektsmodellen for Helse Sør-Øst, basert på forbrukshistorikk for de siste tre årene. Effektene kommer således gradvis og i ettertid. Basisrammetrekket for 2021 er kjent og blir redusert med 2,6 MNOK. HSØ har også enkelte år overført midler til HF-ene ved slutten av året pga. mindre forbruk av private tjenester enn budsjettet i foretakene generelt. Dette ga en vesentlig inntektsøkning i 2019, men er en usikker faktor frem i tid.

Gjestepasientkostnader

VVHF har et høyere gjestepasientforbruk enn mange andre foretak i HSØ, særlig som følge av nærhet til Oslo og OUS. Av historiske årsaker er det også et høyere forbruk av private laboratorietjenester.

En kostnadsreduksjon oppnås ikke alene av at tjenestene leveres av VVHF, men også at foretaket kan gjøre det med mindre kostnader enn ved kjøp av tjenestene fra andre HF gjennom gjestepasientkostnader.

Følgende tiltak med økonomisk effekt er under implementering og vil ha effekt i 2021:

- Etablering av laboratorieanalysen PEth (forfatidylinositol) ved Avdeling for laboratoriemedisin fra 2021: Beregnet sparte gjestepasientkostnader ved andre foretakslaboratorier utgjør omlag 600.000 kr. årlig. Besparelse dels i klinikkene, dels i fellesøkonomi.
- Utvidelse av genteknologi ved Avdeling for klinisk patologi: Beregnet besparelse utgjør 1,2 MNOK. Her kommer også besparelsene dels i klinikk, dels i fellesøkonomi.

Andre tiltak:

- PET er startet opp ved Seksjon for nukleærmedisin i Avdeling for billeddiagnostikk. Det gir redusert bruk av OUS for disse pasientene, men reduserer ikke kostnadene på kort sikt. På lengre sikt forventes noe kostnadsreduksjon.
- Arbeid med noen mindre pasientgrupper som i dag behandles ved andre foretak: En mindre gruppe brystkreftpasienter (fra OUS) og noen pasienter innen kirurgi for sykkelig overvekt. Mindre økonomisk effekt.
- Planlegger utredning av bruk av CT for undersøkelse av hjertets kransarterier som alternativ til undersøkelse ved OUS, arbeidet forsinket pga. pandemien.

Tiltaksplan forsinket pga. pandemien.

Innkjøpsområdet

Det er realisert besparelser på nye innkjøpsavtaler med 250 TNOK pr 2. tertial 2020. Dette er vesentlig bak planen. Mye skyldes forsinkelser som følge av pandemien, herunder også prisøkninger. Det er også kommet nye produkter på markedet spesielt innen diabetes som påfører foretaket økte kostnader. Det vil utredes ytterligere tiltak for å oppnå kostnadsreduksjoner på innkjøpsområdet.

Logistikk/ vareforsyning

Innføring av avdelingspakker, nedskalering av sentrallagerfunksjoner og innføring av servicemedarbeidere er godt i gang i tråd med fremdriftsplanen. Også her er det forsinkelser som følge av pandemien, men prosjektet vurderes å være i rute og gevinster realiseres i samsvar med planen.

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

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

På dette området er realisering av gevinster spredt ut i hele organisasjonen og mer kompleks å måle effekter ut av da effektene kommer til uttrykk gjennom reduksjon av liggedøgn for pasienter, færre reinnleggelser, samt bedre kapasitetsutnyttelse. Effektene vil dermed også gripe inn i de samme områdene som er en del av innføringen av ARP, pkt. 1 overfor.

Utnytte samlet kapasitet

Områder hvor en bedre utnyttelse av samlet kapasitet vil gi en økonomisk gevinst:

- Reduksjon av kveldspoliklinikk/ ekstra team og overgang til ordinær poliklinikk/operasjonsteam, f.eks. ortopedisamarbeid DS/KS
- Felles vaktlinjer på utvalgte fagområder i VVHF

- Samarbeid ortopedi og øre-nese-hals KS-DS, etablering av AMD poliklinikk BS, etablering av fedmepoliklinikk BS

Beste praksis – reduksjon av utilsiktede hendelser

Områder hvor beste praksis vil gi en økonomisk gevinst:

- Reduksjon av sykehusinfeksjoner
 - o Basale smittevernrutiner (håndvask, renhold, bruk av personlig beskyttelsesutstyr) – positiv covid-19 effekt
 - o Dekolonisering protesepasienter DS/KS
 - o Operasjonsprosedyre sectio
 - o Trygg kirurgi
 - Riktig bruk av antibiotika
 - Normotermi
 - o Pasientsikkerhetsprogram (urinkateter, SVK)
- Reduksjon av utilsiktede hendelser
 - o Forebygging av fall
 - o Forebygging av medikamentfeil gjennom legemiddelsamstemming
 - o Tidlig oppdagelse av forverret tilstand - NEWS II/MIT
- Både sykehusinfeksjoner og utilsiktede hendelser medfører
 - o Ekstra liggedøgn sengepost
 - o Ekstra liggedøgn intensivsenhet
 - o Operasjoner eller reoperasjoner

1.6. Akuttstrømmene

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

Tiltakene i klinikkene omfatter følgende:

1. Styrket kompetanse i front
 - Sikre rekruttering og utdanning av indremedisinere i akutt- og mottaksmedisin, samt ha overleger i akuttmottaket.
 - Innføre 24/7 tilstedeværelse av akuttmedisinske overleger
 - Ta bort LIS 1 i nattevakt. Sikre at LIS 1 har tilstrekkelig og god støtte og veiledning. Innen psykiatri sikre tilgang på spesialister og syke/vernepleiere i mottaket.
2. Etablering av konfereringstelefon
 - Alle telefonhenvendelser fra leger utenfra/legevakt/fast-leger besvares av mottakslege for å sikre at leger utenfra møtes med riktig kompetanse og støtte ved behov for konferering og råd
3. Bruke simulering som læringsarena i mottak, ved intensiv og ved gyn/føde. Sikre at simuleringsaktivitetene utvikles videre og blir en forutsigbar og god læringsarena for tverrfaglige team.
4. Gjennomgang og analyse av pasientforløp i mottak mtp ønskelig flyt og oppnåelse av god kvalitet

5. Etablere rutiner for fordeling av pasienter fra mottak.
6. Pasientflyt akuttforløp ved mistenkt eller bekreftet covid-19 – etablert egne rutiner.

Resultater av tiltakene medfører:

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

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

Vedlegg

Rapport til NSD prosjektstyre for 2. tertial 2020 IKT området

Dato: 15.10.2020
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Virksomhetsrapportering for Vestre Viken pr. september 2020

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	57/2020	26.10.2020

Forslag til vedtak

1. Styret tar virksomhetsrapport pr. september 2020 til orientering.

Drammen 19. oktober 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

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

Saksutredning

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

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år		Prognose	
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	3 629		124 386		155 000
		Mål	20 667		186 000		248 000
		Avvik	-17 038		-61 614		-93 000
		I fjor	31 402		201 809		274 968
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	9 716		77 785		106 244
		Mål	10 132		86 691		116 672
		Avvik	-415		-8 906		-10 428
		I fjor	9 893		85 292		114 802
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	15 401		121 895		167 583
		Mål	16 108		125 795		172 584
		Avvik	-707		-3 900		-5 001
		I fjor	15 045		122 693		165 699
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	8 144		60 939		82 500
		Mål	6 152		56 450		77 800
		Avvik	1 992		4 489		4 700
		I fjor	7 066		54 850		74 897
5	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk DAGER	Virkelig	65		59		58
		Mål	54		54		54
		Avvik	11		5		4
		I fjor	60		56		56
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	41		42		41
		Mål	36		36		36
		Avvik	5		5		5
		I fjor	34		37		36
8	KVALITET Korridorpasienter ANDEL	Virkelig	0,4 %		0,7 %		0,5 %
		Mål	0,0 %		0,0 %		0,0 %
		Avvik	0,4 %		0,7 %		0,5 %
		I fjor	1,7 %		2,2 %		2,2 %
10	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	74 %		71 %		70 %
		Mål	70 %		70 %		70 %
		Avvik	4 %		1 %		0 %
		I fjor	67 %		60 %		60 %
11	HR Brutto månedsværk ANTALL (neste måned)	Virkelig	7 766		7 625		7 590
		Mål	7 443		7 402		7 396
		Avvik	323		223		194
		I fjor	7 434		7 344		7 357
12	HR Sykefravær i PROSENT (etterskuddsvis)	Virkelig	7,2 %		8,1 %		8,3 %
		Mål	6,2 %		7,0 %		7,0 %
		Avvik	1,0 %		1,1 %		-1,3 %
		I fjor	6,2 %		7,4 %		7,4 %
13	HR AML brudd ANDEL	Virkelig	2,2 %		2,3 %		2,5 %
		Mål	0,0 %		0,0 %		0,0 %
		Avvik	2,2 %		2,3 %		2,5 %
		I fjor	2,5 %		2,9 %		2,8 %

PHR: Differensierte ventetidsmål innen fagområdene

Økonomi

2020 er i stor grad påvirket av koronapandemien. Totalresultatet pr. september viser et overskudd på 124,4 MNOK, som er 61,6 MNOK bak budsjett. Det er beregnet en negativ økonomisk effekt på ca. 363 MNOK på grunn av koronapandemien. VVHF er bevilget 405,4 MNOK knyttet til pandemien, som inkluderer redusert arbeidsgiveravgift. Av dette er 354,6 MNOK inkludert i resultat pr september. Om lag 50 MNOK av bevilget beløp skal benyttes til koronarelaterte investeringer, og må derfor gi økt overskudd. Tilsvarende gjelder for gevinst ved salg av eiendom med 8,6 MNOK.

Totale inntekter er 112,4 MNOK lavere enn budsjett, og totale kostnader er 50,7 MNOK lavere enn budsjett pr. september. Utover koronaeffektene skyldes det samlede negative avviket pr. september i hovedsak overforbruk på lønn, innleie og varekostnader, samt reduserte inntekter som følge av lavere øhjelp.

Det er redusert aktivitet på døgn, dag og poliklinikk på grunn av koronapandemien. Det gir lavere ISF-inntekter, gjestepasient- og andre pasientrelaterte inntekter. Det er i tillegg negativt avvik på øvrige driftsinntekter, også som følge av koronapandemien, som lavere parkeringsinntekter og salgsinntekter i kiosk og kantiner. Økte kostnader som følge av koronapandemien er i hovedsak innen lønnsområdet, andre driftskostnader, innleie og varekostnader. Det er rapportert økte lønnskostnader pr. september på 67,6 MNOK som følge av korona. Økningen innen andre driftskostnader gjelder i hovedsak vakthold, vaskeri, anskaffelse av utstyr og ombygginger. Til fradrag kommer lavere gjestepasientkostnader.

Resultatet i september viser et overskudd på 3,6 MNOK, som er 17 MNOK bak budsjett. Resultatet inkluderer 16,9 MNOK i aktivitets- og investeringsmidler og 8,5 MNOK i AGA-refusjoner på pensjon (lavere sats i 3. termin). Resultat uten disse beløpene er 42,5 MNOK bak budsjett. I september er det rapportert om netto koronaeffekter på 25,3 MNOK. Det er i tillegg budsjettavvik på lønn og varekost fra ordinær drift.

Det er pr. september rapportert en årsprognose på 155 MNOK i overskudd, som er 93 MNOK bak budsjett. Overskuddskravet må økes med 58,6 MNOK som følge av at inntektsførte ekstrabevilgninger skal dekke merinvesteringer anslått til 50 MNOK knyttet til pandemien samt 8,6 MNOK som følge av gevinst ved salg av eiendom. Årsprognosen pr. september gir dermed et samlet negativt avvik mot korrigert overskuddskrav på 151,6 MNOK. Det er ikke tatt hensyn til eventuelle effekter av årets lønnsoppgjør i årsestimatet.

Aktivitet

Somatikk

Samlet aktivitet pr. september i antall "sørge-for" ISF-poeng er 8906 poeng lavere enn budsjett. Dette forklares i hovedsak av lavere aktivitet på grunn av koronapandemien. Det er iverksatt tiltak for å øke aktiviteten, og det er en god utvikling. Det oppleves en vedvarende reduksjon i antall døgnbehandlinger, spesielt knyttet til medisinske pasienter med et hovedsakelig uforklart fall i øyeblikkelig hjelp pasienter. I september er antall ISF-poeng 415 lavere enn budsjett. Det er i september høyere aktivitet på poliklinikk enn budsjett.

Polikliniske konsultasjoner psykisk helse og rus

Aktivitet i september målt i antall polikliniske konsultasjoner er bedre enn budsjett for psykisk helse og rus samlet. Fagområdet VOP/TSB ligger bak budsjett. Årsaken er først og fremst koronapandemien, der nesten alle oppmøtekonsultasjoner de første ukene etter 12. mars ble utsatt. Det har også vært utfordringer med turnover og påfølgende forsinket rekrutteringsprosess som følge av koronapandemien, men dette er i ferd med å bedres. Det jobbes også med en plan for utlån av bærbare PC'er slik at det blir mulighet for hjemmekontor for alle behandlere. Dette vil øke mulighet for konsultasjoner via hjemmekontor ved karantene.

Det har vært et negativt avvik i aktivitetsbaserte inntekter på 4 MNOK målt mot budsjett i perioden 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 65 dager i september og akkumulert 59 dager som er 5 dager over målet. Ventetiden for avvirket helsehjelp øker som regel etter sommerferien, fordi det i sommerferien først og fremst behandles pasienter som har høy prioritet og kort ventetid, mens de som kan vente lenger først får time over sommeren. Tatt i betraktning en fortsatt lavere aktivitet enn forutsatt i budsjett forventes det at ventetiden vil ligge noe over fjoråret ut året. Prognose for ventetiden i 2020 er derfor satt til 58 dager.

Ventetid psykisk helse og rus

Innen PHR er ventetiden i september på 41 dager og dermed redusert fra forrige måned. Den akkumulerte ventetiden for 2020 er på 42 dager. Det forventes en svak forbedring ut året og prognose for ventetiden er satt til 41 dager i snitt for alle fagområder.

Korridorpasienter

Andel korridorpasienter er fortsatt tilnærmet null (0,4 %). Både reduksjon i elektiv behandling og ø.hjelp har medført mindre trykk på sengepostene i perioden med pandemien. Det viktigste er imidlertid effekter av de tiltak som er iverksatt for å utbedre situasjonen med korridorpasienter, spesielt på Ringerike sykehus.

Pakkeforløp for kreft

Vestre Viken oppnår hittil i år målkravet for pakkeforløp for kreft som tilsier at 70 % skal få behandling innenfor standard forløpstid. I september var andelen 74 %, og i perioden januar-september var andelen 71 %. Behandling av kreftpasienter er en prioritert oppgave også under pandemien, og foretaket har lyktes med denne prioriteringen. Området følges tett opp på de ulike fagområdene, og tiltak iverksettes for de forløpene som ikke oppnår målsettingen. Prognosen for 2020 er at målet på 70 % nås.

HR

Brutto månedsverk

Brutto månedsverk pr. oktober er 223 høyere enn budsjettet. Av dette er 156 månedsverk knyttet til korona. I oktober er det 7766 brutto månedsverk, som er 323 månedsverk høyere enn budsjett. Av dette er 121 månedsverk knyttet til korona. Økt fravær, forsinket innføring av budsjettet tiltak og ferieavvikling bidrar til overforbruk. Det er lagt planer for å redusere bemanningen frem mot nyttår.

Årsprognosen gir 7590 brutto månedsverk, som er 194 mer enn budsjett. Det forventes fortsatt flere brutto månedsverk enn budsjett fra ordinær drift i tillegg til merforbruk av månedsverk ut året knyttet til korona og smitteverntiltak. I tillegg kommer opptrapping av aktivitet i forbindelse med etterslep i pasientbehandling.

Sykefravær

Sykefravær i august var 7,2%, som er betydelig over målet på 6,2 %. Rapporteringen viser at 0,5 % av sykefraværet er knyttet til korona i august. Det forventes at sykefraværet i Vestre Viken vil øke noe utover høsten som følge av at koronasmitten øker i samfunnet, og fordi medarbeidere ikke får møte på jobb med luftveissymptomer. Rapportering fra ARES viser at det i den siste perioden har vært en økning i fravær knyttet til karantene, stort sett fordi man har vært i nærkontakt med en som er smittet.

Det forventes også en økning i de sesongvarierte sykdommene om høsten. Prognose for sykefraværet i 2020 er økt til 8,3% (prognose 8,1% ved rapportering pr august 2020).

Tett oppfølging av sykefravær er en forutsetning for å lykkes med reduksjon av fraværet. Foretaket samarbeider godt med NAV om hvordan oppfølgingsplaner og dialogmøter kan bli et bedre verktøy i sykefraværsoppfølgingen.

AML-brudd

I september 2020 var det 2726 AML-brudd. Dette tilsvarer brudd på 2,2 % av alle vakter i foretaket. I september er 6 % av registrerte brudd knyttet til koronapandemien.

Det arbeides konkret med tiltak både på seksjons- og foretaksnivå for å redusere AML-brudd. Det søkes å inngå avtaler med fagforeningene, og det utarbeides opplæring for ledere som kan gjennomføres enten via e-læring eller Skype. Det er utarbeidet en lokal handlingsplan med konkrete tiltak som seksjonsleder må gjennomføre, for eksempel kompetansehevende tiltak, påse at avtaler og dispensasjoner er oppdatert i GAT, og rapportering som avdekker AML-brudd frem i tid. Dersom høsten 2020 blir sammenlignbar med høsten 2019 forventes et årsresultat på ca. 2,5 %.

Administrerende direktørs vurderinger

Koronapandemien har påvirket både aktivitet, økonomi og kvalitetsindikatorene. Samlet har foretaket et negativt avvik på 61,6 MNOK pr. september. Dette inkluderer bevilgede midler over revidert nasjonal budsjett (RNB) som kompensasjon for tapte inntekter pr. mai, midler til økt aktivitet pr. september og redusert arbeidsgiveravgift i 3. termin. Økte kostnader og tapte inntekter som følge av koronapandemien rapporteres særskilt, og det forventes fortsatt effekter av dette de kommende månedene. 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.

Prognosen pr. september legger til grunn en økning i aktivitet, selv om enkelte områder fortsatt vil være lavere enn budsjett som følge av at smitteverntiltak. Trenden med reduserte døgnopphold forventes å vedvare, mens aktiviteten på andre områder er i ferd med å nå budsjett, i tillegg til at ekstra tiltak gir meraktivitet på poliklinikk. Merkostnader som følge av ekstra kontroll i mottak, samt smitteverntiltak generelt, vil også fortsette ut året. Ekstra tiltak for å øke aktiviteten resulterer i høyere lønnskostnader. Det iverksettes fortløpende tiltak for å øke aktiviteten ytterligere, og planlagte kostnadsreducerende tiltak intensiveres. Det faktum at foretaket driver somatisk virksomhet fra fire lokasjoner er fordyrende mht inngangskontroll, akuttmottak og testkapasitet.

Det er knyttet stor usikkerhet til prognosen for 2020. Det er foreløpig ikke avklart hvordan det samlede tilskuddet tilført Helse Sør-Øst gjennom revidert nasjonalbudsjett vil fordeles på foretakene. Det er også usikkert hvordan lønnsoppgjøret vil påvirke årsresultatet. Det forventes avklaringer med Helse Sør-Øst utover høsten både mht ytterligere kompensasjoner for 2020, samt hvordan foretaket vil få dekning for de smitteverntiltakene som må videreføres inn i 2021. Styret vil orienteres fortløpende i de kommende styremøtene.

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

Vedlegg: Virksomhetsrapportering pr. september 2020

Sak 57/2020
Virksomhetsrapportering
pr september 2020



Måltavle pr september – Økonomi og aktivitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose
1	ØKONOMI Driftsresultat i KR. (1.000)	Virkelig	3 629	124 386	155 000
		Mål	20 667		
		Avvik	-17 038		
		I fjor	31 402		
2	AKTIVITET Somatikk ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk "sørge for" ANTALL	Virkelig	9 716	77 785	106 244
		Mål	10 132		
		Avvik	-415		
		I fjor	9 893		
3	AKTIVITET Voksenpsykiatri og rusbehandling Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	15 401	121 895	167 583
		Mål	16 108		
		Avvik	-707		
		I fjor	15 045		
4	AKTIVITET Barne- og ungdomspsykiatri Polikliniske konsultasjoner ANTALL	Virkelig	8 144	60 939	82 500
		Mål	6 152		
		Avvik	1 992		
		I fjor	7 066		

Resultat vises som totalt resultat, inkl. bevilgninger

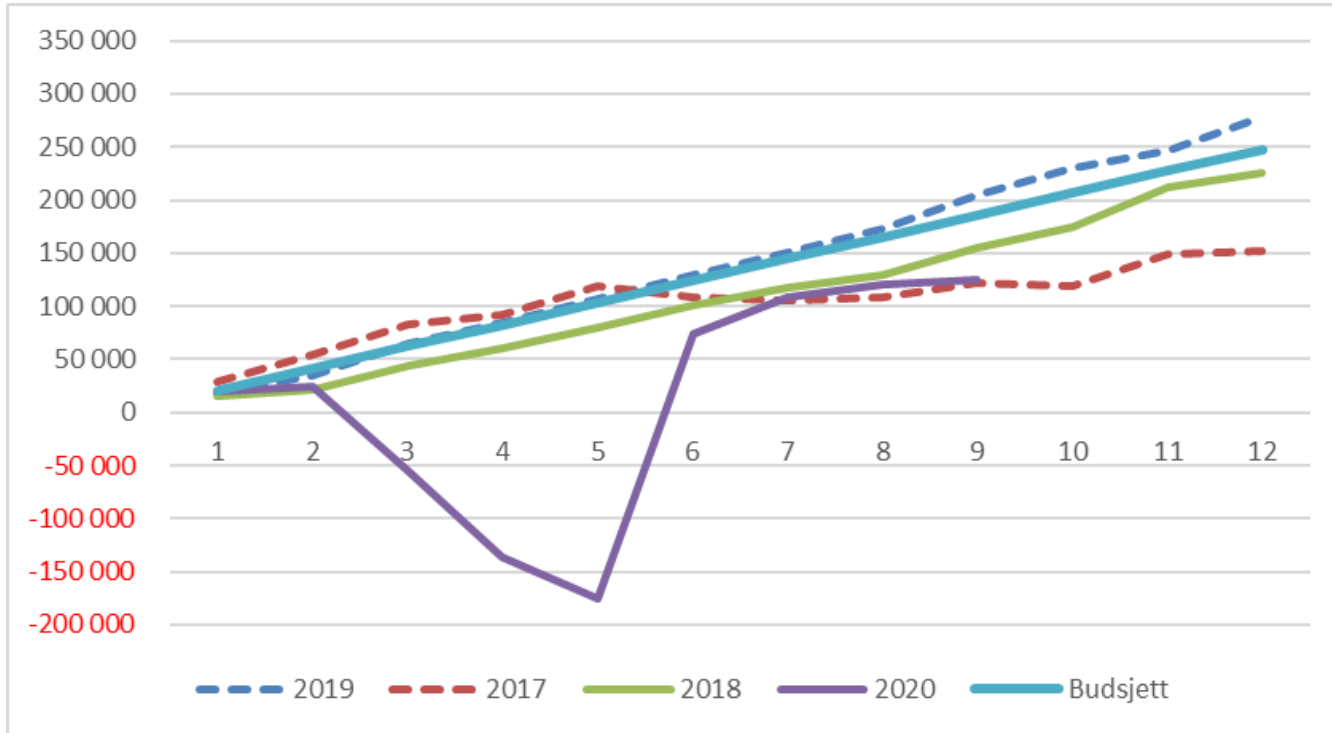
Måltavle pr september – Kvalitet

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose
5	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter totalt - somatikk DAGER	Virkelig	65	59	58
		Mål	54		
		Avvik	11		
		I fjor	60		
6	KVALITET Gj.snitt. ventetid avviklet for pasienter - PHR DAGER	Virkelig	41	42	41
		Mål	36		
		Avvik	5		
		I fjor	34		
8	KVALITET Korridorpasienter ANDEL	Virkelig	0,4 %	0,7 %	0,5 %
		Mål	0,0 %		
		Avvik	0,4 %		
		I fjor	1,7 %		
10	KVALITET Pakkeforløp kreft innen avtalt tid ANDEL	Virkelig	74 %	71 %	70 %
		Mål	70 %		
		Avvik	4 %		
		I fjor	67 %		

Måltavle pr september – HR

Vestre Viken HF		Denne måned		Hittil i år	Prognose
11	HR	Virkelig	7 766	7 625	7 590
	Brutto månedsverk	Mål	7 443	7 402	7 396
	ANTALL	Avvik	323	223	194
	(neste måned)	I fjor	7 434	7 344	7 357
12	HR	Virkelig	7,2 %	8,1 %	8,3 %
	Sykefravær i PROSENT	Mål	6,2 %	7,0 %	7,0 %
	(etterskuddsvis)	Avvik	1,0 %	1,1 %	-1,3 %
		I fjor	6,2 %	7,4 %	7,4 %
13	HR	Virkelig	2,2 %	2,3 %	2,5 %
	AML brudd	Mål	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	ANDEL	Avvik	2,2 %	2,3 %	2,5 %
		I fjor	2,5 %	2,9 %	2,8 %

Resultatutvikling - akkumulert





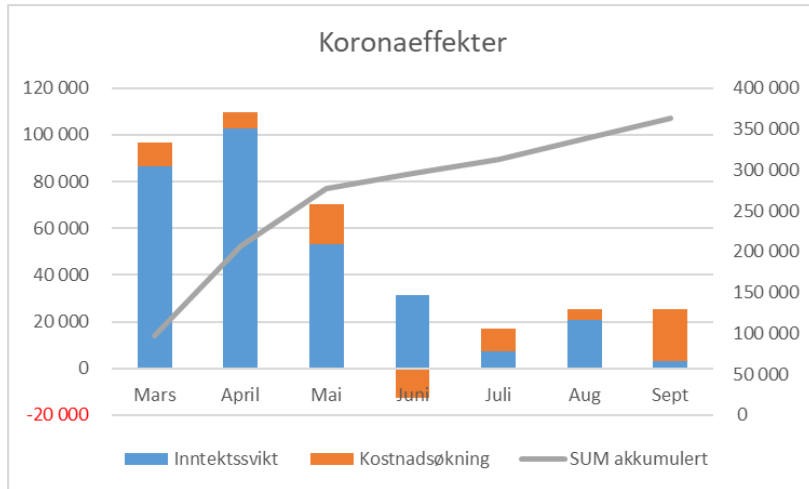
VESTRE VIKEN

Budsjettavvik per klinikk

Avvik mot budsjett pr september	Inntekter		Kostnader		RESULTAT		
	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	% avvik	Avvik hittil i år	Avvik som % av total budsjett	
Drammen sykehus	- 18 821	-1,3 %	- 90 349	-6,3 %	- 109 170	-7,6 %	
Bærum sykehus	- 14 591	-1,7 %	- 32 688	-3,8 %	- 47 279	-5,5 %	
Ringerike sykehus	- 10 920	-2,3 %	- 14 044	-3,0 %	- 24 964	-5,3 %	
Kongsberg sykehus	- 5 078	-2,1 %	- 5 405	-2,2 %	- 10 482	-4,3 %	
Intern Service	- 12 385	-2,8 %	- 25 414	-5,7 %	- 37 800	-8,5 %	
Psykisk Helse og Rus	17 723	1,4 %	3 391	0,3 %	21 114	1,6 %	
Prehospitaltjenester	- 1 637	-0,7 %	- 9 287	-4,2 %	- 10 924	-5,0 %	
Medisinsk Diagnostikk	1 054	0,2 %	- 15 497	-3,0 %	- 14 442	-2,8 %	
Stabene	4 216	0,5 %	5 598	0,0 %	9 814	2,5 %	
Byggvedlikehold			281	0,6 %	281	0,6 %	
Varekost BHM			- 5 137	-7,2 %	- 5 137	-7,2 %	
SP IKT			5 350	1,7 %	5 350	1,7 %	
Pasientreiser	- 9 764		14 240	25,2 %	4 475	5,1 %	
Overordnet VVHF	- 62 154	5,9 %	219 705	25,2 %	157 551	18,1 %	
Avvik i forhold til budsjett	- 112 359	1,5 %	50 745	0,7 %	- 61 614	-0,8 %	

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

Koronapandemiens effekt på økonomi



- Økonomiske effekter som følge av korona (eks. RNB tildelinger) hittil i er 363 MNOK
 - Mindreinntekter 304,8 MNOK
 - Merkostnader 58,5 MNOK
- Koronaeffekter i september måned utgjør 25,3 MNOK.
- Investeringer (bokført og bestilt) 32,9 MNOK

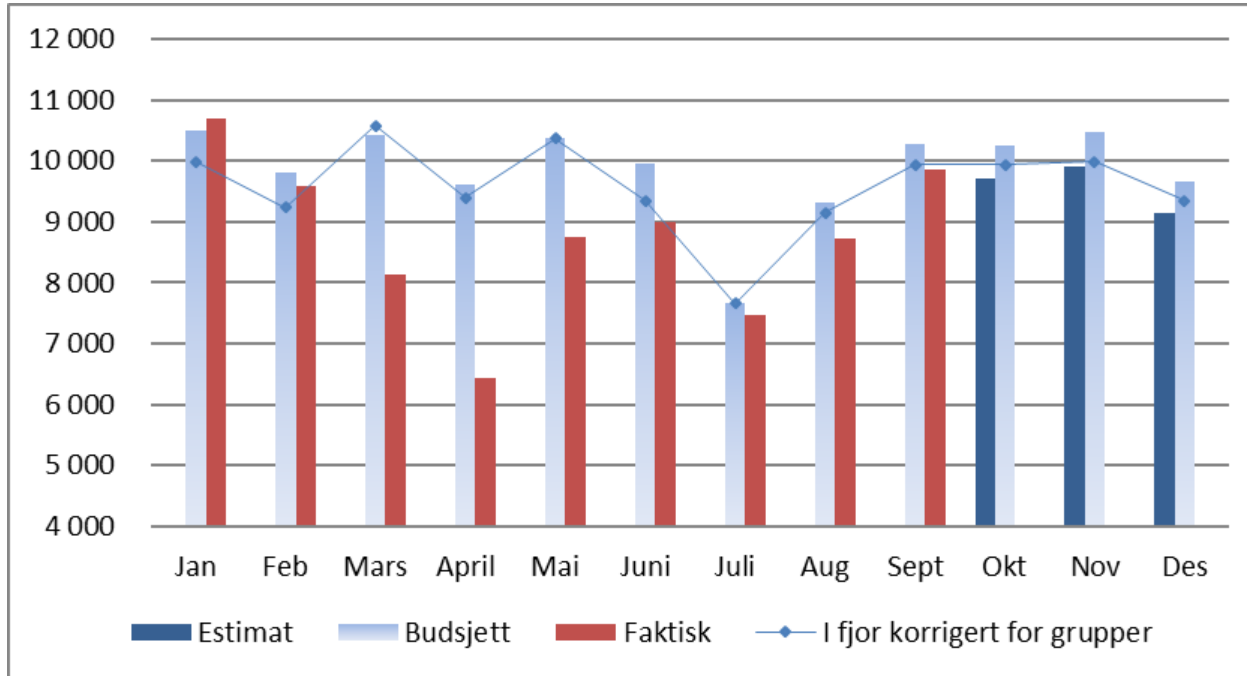


Koronavirus bevilgninger VVHF

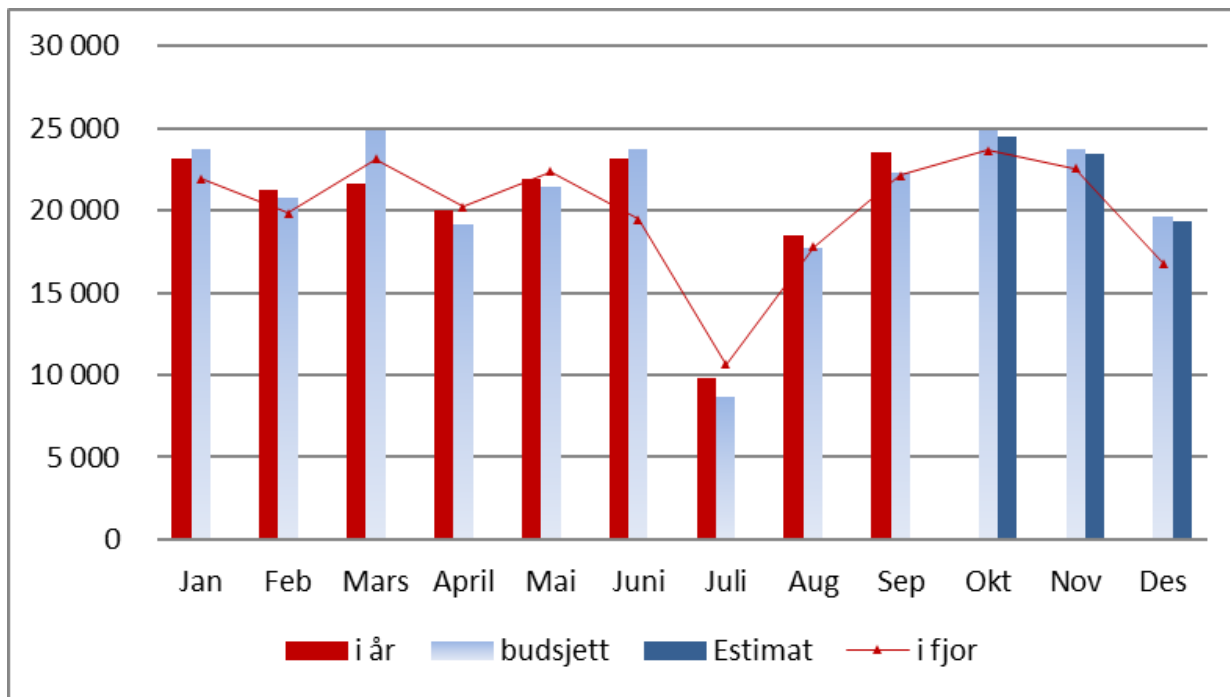
Beskrivelse	Total beløp	Hittil i år
Aga-refusjon 3 T (mai/juni)	-36 455	-36 455
Aga-refusjon 3 T (mai/juni) pensjon	-8 519	-8 519
Refusjon inntektstap RNB - basis	-31 000	-31 000
Refusjon inntektstap RNB - ADI	-211 000	-211 000
Aktivitets- og investeringsmidler - basis	-118 400	-67 657
SUM bevilget midler	-405 374	-354 631

- Totale bevilgning knyttet til korona utgjør 405,4 MNOK.
- Hittil i år er 354,6 MNOK resultatført.

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



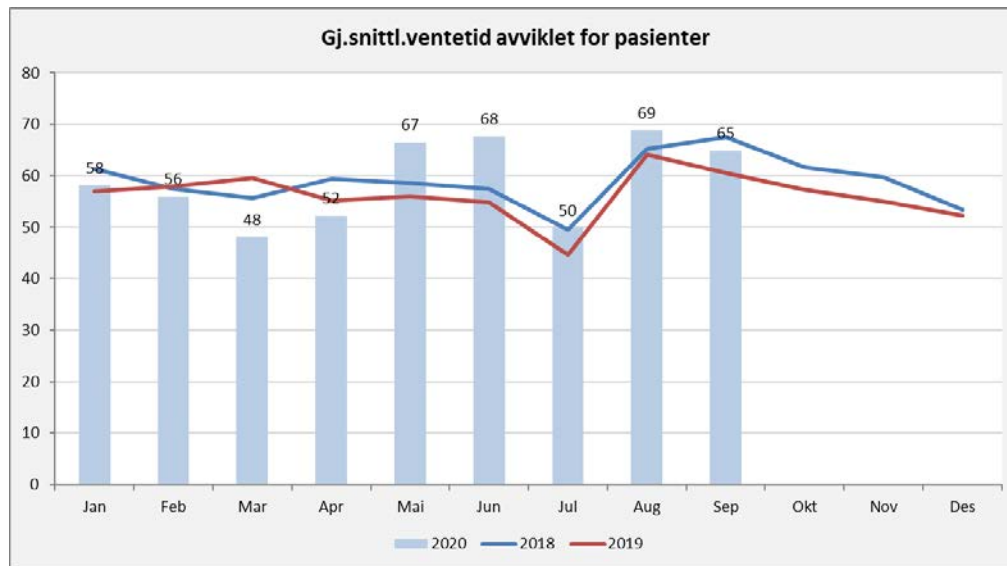
Poliklinikk PHR totalt



Utvikling pr uke VVHF- antall opphold totalt

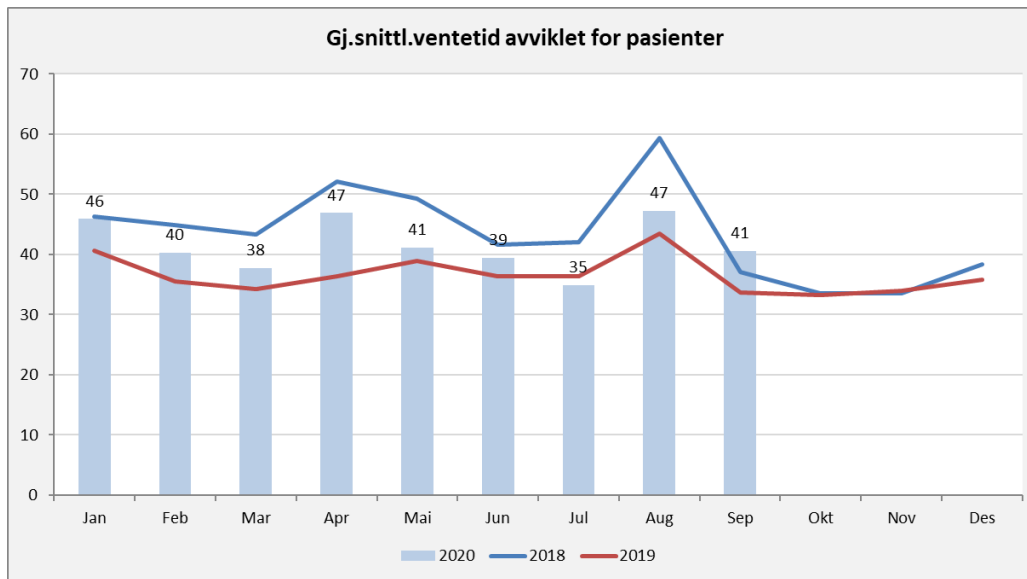






Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp somatikk



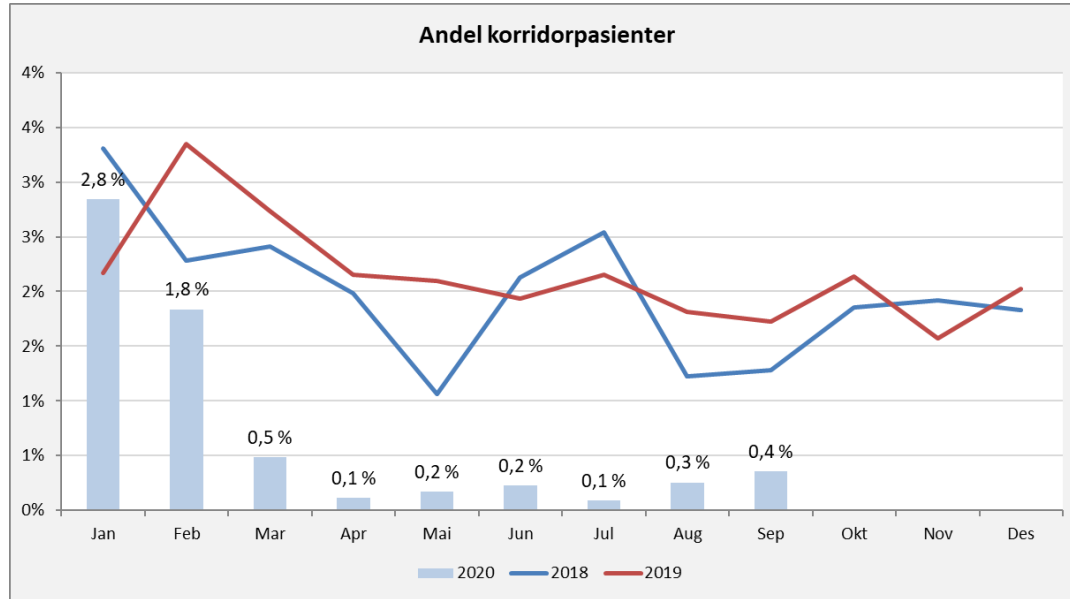
	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mai 2020	Jun 2020	Jul 2020	Aug 2020	Sep 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Gj.snittl.ventetid avviklet for pasienter	60	57	55	52	58	56	48	52	67	68	50	69	65		
10 - Klinikk Drammen sykehus	66	63	59	58	60	61	50	55	66	70	55	73	68		
20 - Klinikk Bærum sykehus	58	57	54	46	63	54	50	49	75	75	45	65	64		
30 - Klinikk Ringerike sykehus	56	52	55	52	51	53	48	53	67	63	59	70	67		
40 - Klinikk Kongsberg sykehus	41	33	34	35	41	36	36	46	49	40	24	48	44		

Gjennomsnittlig ventetid avviklet helsehjelp PHR



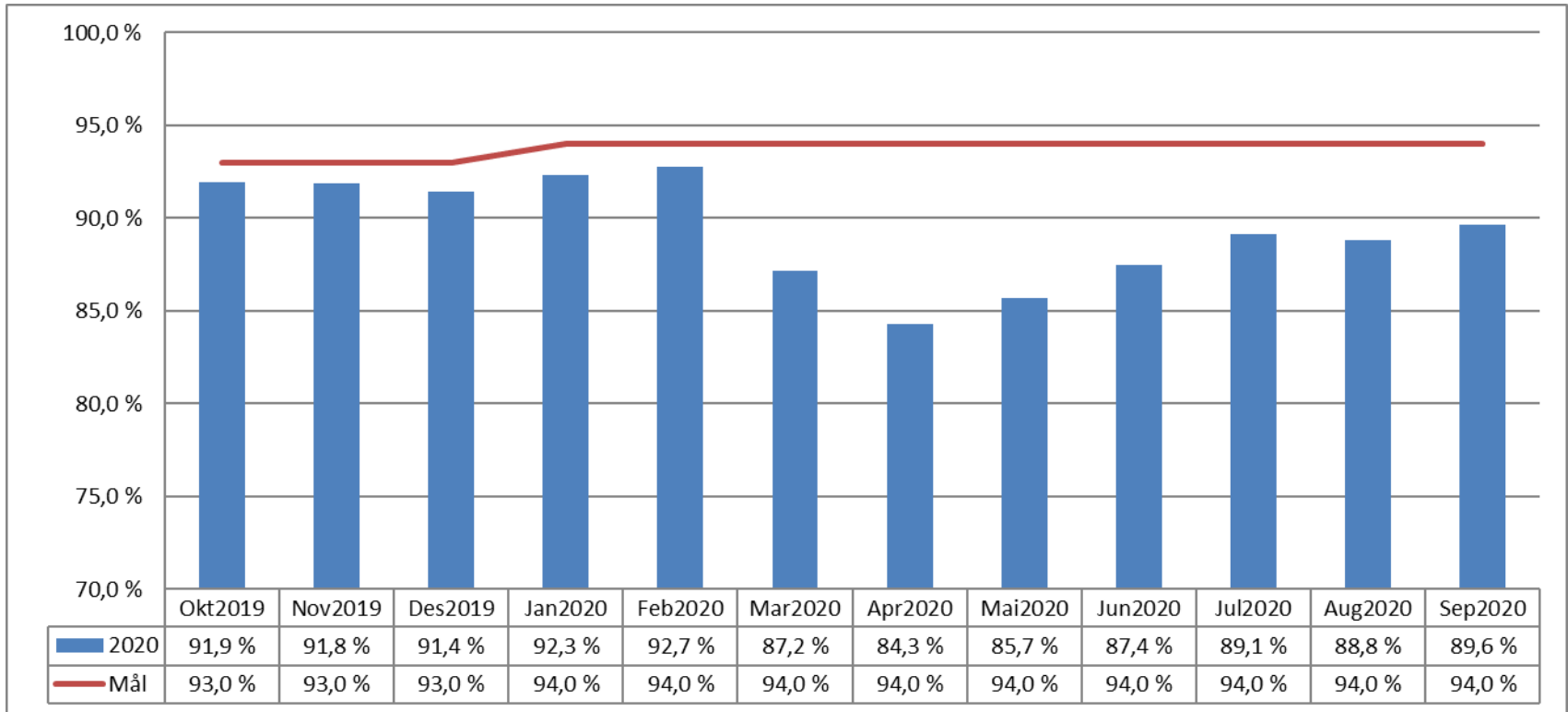
	Sep 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Jan 2020	Feb 2020	Mar 2020	Apr 2020	Mai 2020	Jun 2020	Jul 2020	Aug 2020	Sep 2020	Siste 12 mnd	Siste 3 år
Gj.snittl.ventetid avviklet for pasienter	34	33	34	36	46	40	38	47	41	39	35	47	41		
60- Klinikk for Psykisk helse og rus (PHR)	34	33	34	36	46	40	38	47	41	39	35	47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

Andel korridorpasienter somatikk



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

Andel pasientavtaler overholdt



Prioriteringsregel

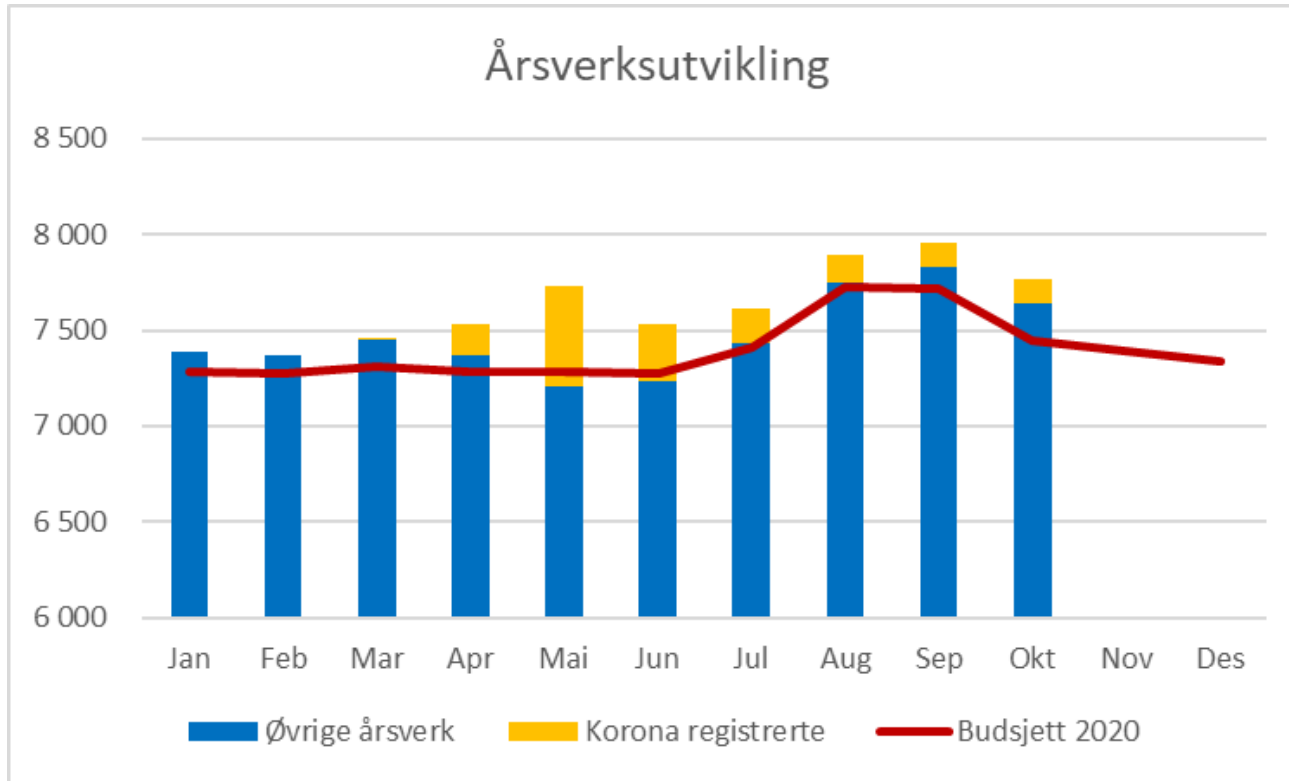
pr september	Hittil i år	Hittil i fjor	Faktisk endring fra i fjor	Estimat i år	Året i fjor
Polikliniske konsultasjoner					
Somatikk	293 665	315 564	-6,9 %	410 230	426 611
VOP	94 640	94 844	-0,2 %	130 196	127 853
BUP	60 939	54 850	11,1 %	82 500	74 897
TSB	27 255	27 849	-2,1 %	37 387	37 846
SUM PHR	182 834	177 543	3,0 %	250 083	240 596
Ventetid					
Somatikk	59	56	5 %	58	56
VOP	41	35	16 %	39	35
BUP	47	45	4 %	44	43
TSB	33	31	7 %	32	31
SUM PHR	42	37	13 %	41	36

Brutto månedsverk



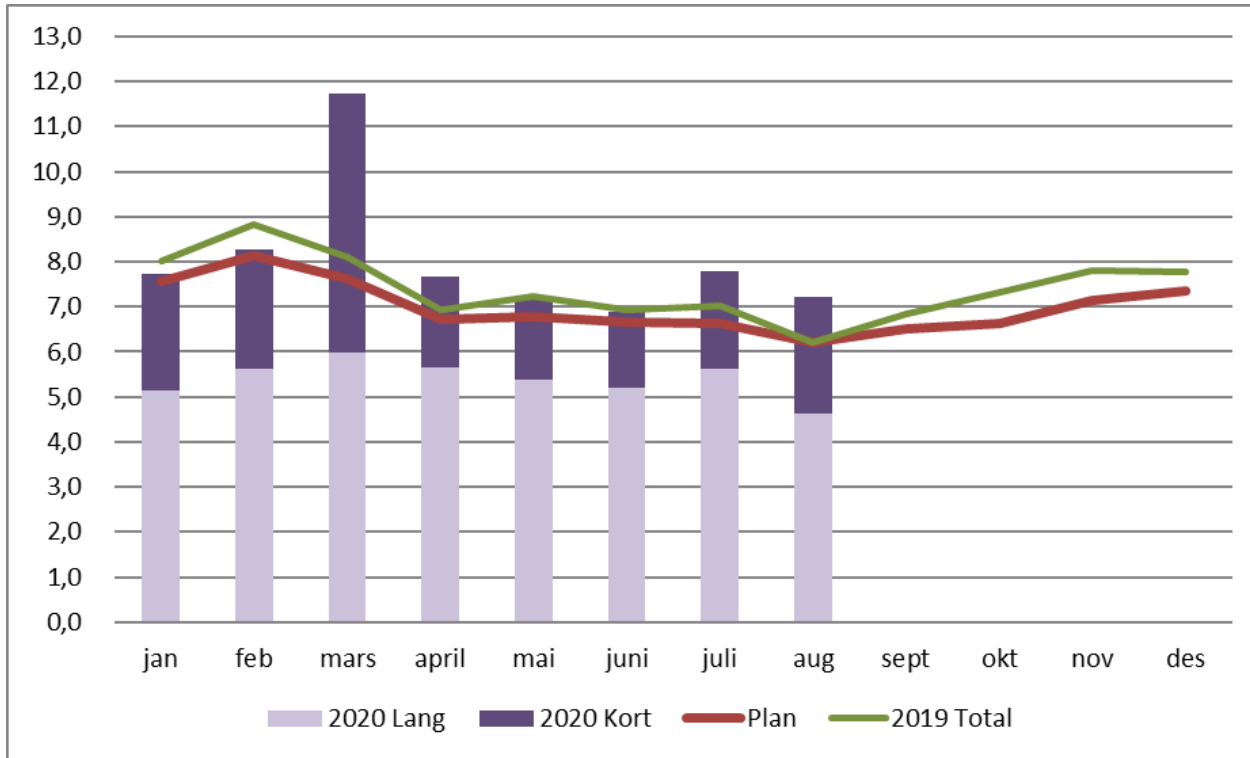
* Brutto månedsverk fra Martina Hansen er ikke inkludert i Vestre Vikens tall.

Brutto månedsverk fordelt

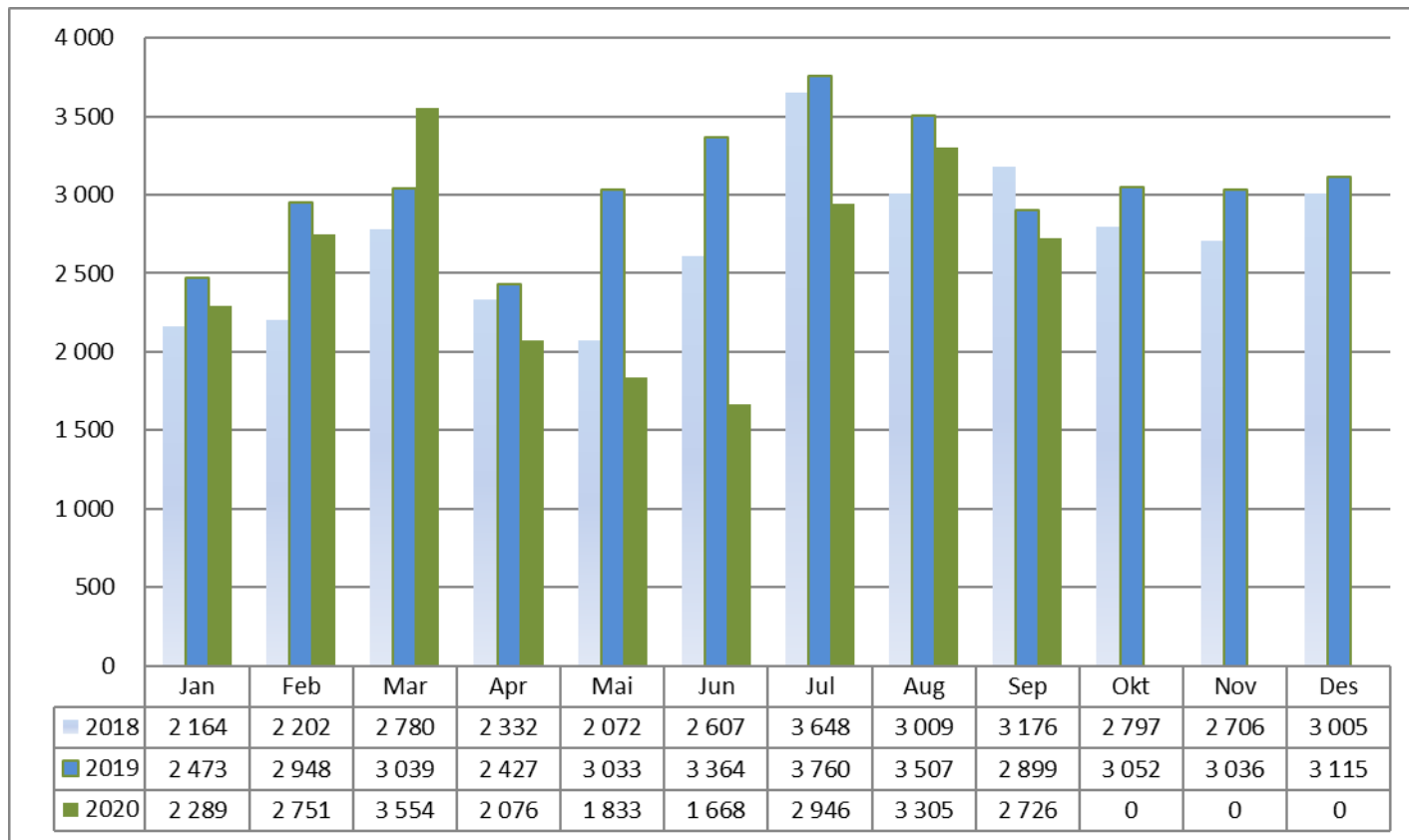


Brutto månedsverk projestført korona vises gult

Sykefravær totalt VVHF



AML-brudd – antall



Dato: 14. oktober 2020
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Risikovurdering pr. 2. tertial 2020

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	58/2020	26.10.2020

Forslag til vedtak

Styret tar risikovurderingen til etterretning.

Drammen, 19. oktober 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Administrerende direktør presenterte foretakets viktigste risikoområder i styreseminaret 21. september 2020. Styret ba om å få en egen sak med gjennomgang av risikoområdene.

Saksutredning

Virksomheten i foretaket skal utøves i samsvar med gjeldende lover, retningslinjer og i tråd med de styringskrav som Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF fastsetter i oppdragsdokument og foretaksmøte, samt vedtak som fattes av styret. Effektiv styring forutsetter at det er etablert en internkontroll som kan bidra til å forhindre styringssvikt, feil og mangler i virksomheten.

Systematisk virksomhetsstyring er viktig i arbeidet med å etablere god intern kontroll i foretaket. Det forutsettes at virksomhetsstyringen følges opp på alle nivåer og at styret gis tilstrekkelig informasjon til å kunne følge opp sitt ansvar for at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i helseforetaksloven § 1, foretakets vedtekter, vedtak i foretaksmøte og vedtatte planer og budsjetter.

Risikostyring er en viktig del av styringssystemet og omfatter både risikovurdering og beskrivelse av risikoreduserende tiltak. Risikostyringen tar utgangspunkt i en vurdering av risiko for at oppgaveløsningen ikke skal være tilstrekkelig sett opp mot krav fra eier, og forutsetter at det iverksettes risikoreduserende tiltak dersom den vurderte risikoen er høyere enn akseptabelt.

Risikostyring og tiltak for å redusere risiko er et lederansvar. Oppfølgingen av dette inngår i styrets ansvar. Løpende risikovurdering forutsettes å være grunnlag for ledelsens styringsdialog internt i foretaket, overfor styret og Helse Sør-Øst RHF.

Om risikovurdering

I forbindelse med budsjett og ved mottak av oppdrag- og bestillingsdokumentet (OBD) gjør foretaket en vurdering av risiko. I tillegg er det formaliserte rutiner for risikovurdering i forbindelse med vesentlige endringer i driften. Risikoen tilknyttet budsjett og OBD revurderes tertialvis. Denne viser risiko slik ledelsen i foretaket vurderer den ved inngangen til neste tertial.

Risikovurdering er grunnlaget for virksomhetens risikostyring og innebærer å identifisere hvilke risikoområder som kan true oppfyllelsen av virksomhetens mål og krav.

All drift er forbundet med risiko. Det er imidlertid ikke all risiko som krever at det iverksettes spesielle tiltak. Etablerte rapporteringssystemer og løpende monitorering av utvikling vil i mange tilfeller være tilstrekkelig for å hindre uønsket utvikling eller oppdage denne på et tidlig tidspunkt.

Tabellene nedenfor viser ledelsens risikovurdering før tiltak (*inngangsrisiko*), og vurdering av forventet risikonivå etter at de prioriterte tiltakene er gjennomført (*restrisiko*).

Risikovurdering er et ledelsesverktøy som bidrar til å identifisere områder som skal ha størst prioritet og ledelsesmessig oppmerksomhet i kommende periodes internkontrollarbeid. Gjennom vurderingen identifiseres områder med behov for tettere oppfølging enn det som gjøres gjennom ordinær driftsoppfølging.

For alle risikoområder vurderes sannsynlighet for at foretakets mål og krav ikke vil bli oppfylt. Samtidig vurderes konsekvens av at risikoområdet ikke håndteres på en god nok måte. Vurderingene av sannsynlighet og konsekvens gjøres uavhengig av hverandre.

Ut fra vurdert sannsynlighet og konsekvens kategoriseres risikoområdene på en skala fra «ingen» til «katastrofal». For alle områder som er forbundet med «moderat», «betydelig» eller «katastrofal» risiko synliggjøres tiltak som gjennomføres for å redusere risiko.

Koronaepidemien påvirker resultatoppnåelsen

For 2020 vil beredskapsarbeidet i forbindelse med koronaepidemien påvirke muligheter til å nå målene og gjennomføre oppgavene i *Oppdrag og bestilling 2020*. Det vil innen mange områder ikke være mulig å nå de kvantitative målsetningene som er satt. Det vil også være nødvendig å skyve på tidsfrister for ulike oppdrag. Målene i *Oppdrag og bestilling 2020* ble derfor revidert i foretaksmøtet 25.06.20.

Selv om koronaepidemien for mange av risikoområdene vil medføre utsettelse/endring i tidspunkt for måloppnåelse, og i en del tilfeller endret vurdering av risiko før tiltak, forventes det ikke at situasjonen vil medføre vesentlige endringer i tiltakene som er satt i verk for å redusere risiko. Foretakets håndtering av beredskapssituasjonen tas inn som et eget risikoområde 7: *Risiko forbundet med håndtering av covid-19*.

Iverksatte og planlagte tiltak for risikoområdene

Risikoreducerende tiltak kan både redusere sannsynligheten for et uønsket resultat og konsekvensen av at uønsket resultat oppstår.

Tiltakene for det enkelte risikoområde skal bidra til å redusere risiko og bedre måloppnåelse.

For alle driftsområder vil det finnes en risiko som ikke lar seg fjerne (*iboende risiko*). Gjennom systematisk intern kontroll som omfatter systemer for tidlig oppdagelse av avvik og uønskede hendelser kan håndteringen av uforutsette hendelser forberedes. Dette vil redusere konsekvensene av slike hendelser.

Oversikt over risikovurdering og tiltak etter andre tertial 2020

VVHF definerer sannsynlig etter følgende inndeling:

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

Konsekvens vurderes etter følgende matrise:

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

Konsekvens multiplisert med sannsynlighet angir en risikofaktor som plottes inn i en matrise:

Sannsynlighet

		1 Meget liten Ingen kjente tilfeller	2 Liten Kjenner tilfeller	3 Moderat Flere enkelttilfeller	4 Stor Periodevis lengre varighet	5 Svært stor Hele tiden
Konsekvens	5 Katastrofal					
	4 Betydelig					
	3 Moderat					
	2 Mindre alvorlig					
	1 Ingen					

Pr. 2. tertial 2020 er det vurdert følgende risikoområder:

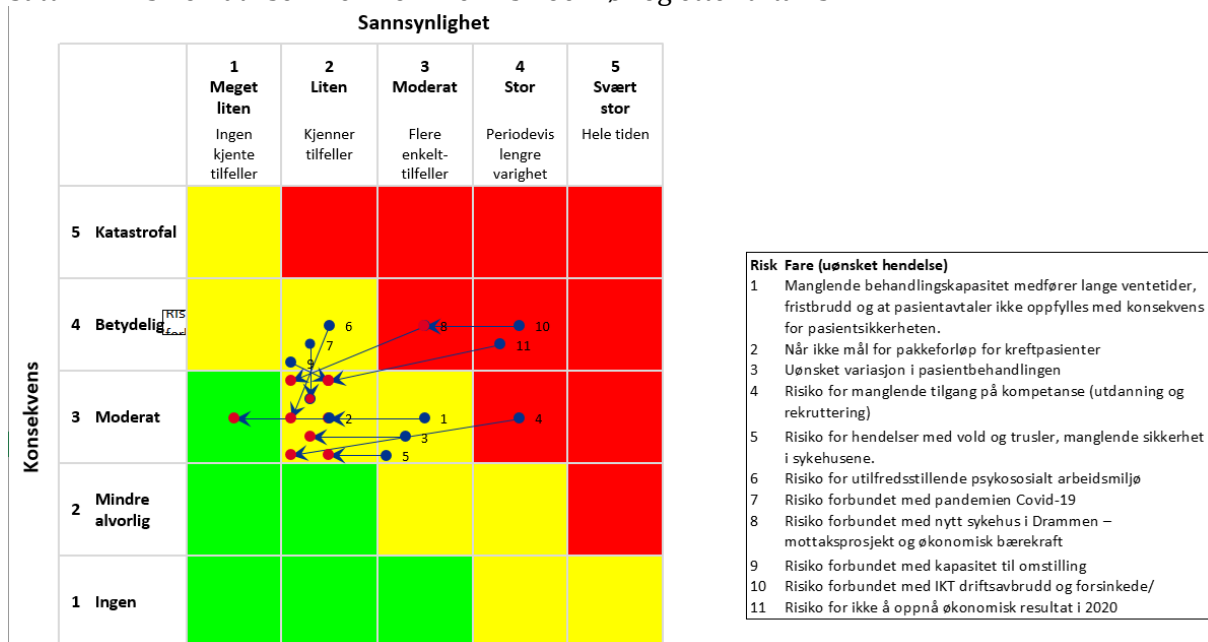
Risikoområde 1: Risiko for at manglende behandlingsskapasitet medfører lange ventetider, fristbrudd og at pasientavtaler ikke oppfylles med konsekvens for pasientsikkerheten.			
Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter andre tertial 2020	3	3	Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak			Forventet full effekt
• Øke tilbudet med kvelds- og helgepoliklinikk			31.12.2020
• Øke tilgjengelig og kapasitet gjennom bruk av telefon- og videokonsultasjoner, bruk av egenregistrering og bruk av sensortechnologi (program for avstandsoppfølging, digital hjemmeoppfølging)			31.12.2021
• Utnytte ledig kapasitet hos avtalespesialister			31.12.2020
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat
Risikoområde 2: Risiko for ikke å nå mål for pakkeforløp for kreftpasienter.			
Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter andre tertial 2020	2	3	Moderat
Prioriterte risikoreduserende/-stabiliserende tiltak			Forventet full effekt
• Systematisk arbeid med pakkeforløp med forbedringsteam innenfor lungekreft, gynekologisk kreft, brystkreft og prostatakreft			31.12.2020
• Samarbeid med Oslo universitetssykehus HF rundt pakkeforløp hvor pasientene behandles/diagnostiseres både i VVHF og OUS HF			31.12.2020
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• etter gjennomførte tiltak	1	3	Liten
Risikoområde 3: Risiko for uønsket variasjon i pasientbehandlingen.			
Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter andre tertial 2020	3	3	Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak			Forventet full effekt
Vurdering av restrisiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Restrisiko
• Etablering av fagnettverk i helseforetaket			31.12.2020
• Oppfølging av kvalitetsdata og resultater i kvalitetsregisteret (ned til lavest mulige nivå – «klinikker eier sin kvalitet»)			31.12.2020
• Analyse av forbruksrater i helseforetaket			31.10.2020
• Innføring av ARP for å sikre rett bemanning til rett tid og redusere innleie			31.12.2021
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

Risikoområde 4: Risiko for manglende tilgang på kompetanse (utdanning og rekruttering)			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	4	3	Betydelig
Prioriterte risikoreduserende tiltak			<i>Forventet full effekt</i>
• Oppfølging og konkretisering av handlingsplaner basert på HR-strategien			31.03.2021
• Prioritere utdanningsstillinger for å dekke framtidig kompetansebehov			31.12.2021
• Etablere intern veiledertutdanning og følge opp praksisveiledere. Implementere veiledning som en ordinær arbeidsoppgave der det er mulig for å få flere praksisveiledere.			30.06.2021
• Kompetanseportalen implementeres for alle yrkesgrupper			30.06.2021
• Sette konkrete måltall for flere praksisplasser og lærlingeplasser			31.03.2021
• Brukerstyring og helsefelleskap			31.12.2022
• Igangsette systematisk arbeid med oppgavedeling mellom ulike yrkesgrupper			31.12.2022
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat
Risikoområde 5: Risiko for hendelser med vold og trusler, manglende sikkerhet i sykehusene.			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	3	3	Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak			<i>Forventet full effekt</i>
• Systematisk oppfølging av tiltak i handlingsplanene etter sikringsrisikoanalysene. Målrettet opplæring tilpasset klinikken/avdelingen			31.12.2020
• Gjennomføre opplæring i risikostyring/vurdering			31.12.2020
• Følge opp gjennomførte sikringsrisikoanalyser med tiltak			31.12.2020
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat
Risikoområde 6: Risiko for utilfredsstillende psykososialt arbeidsmiljø			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	2	4	Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak			<i>Forventet full effekt</i>
• Innføring av ARP			31.12.2021
• Følge opp handlingsplan for AML brudd			31.12.2020
• Handlingsplan for heltidskultur			31.12.2020
• Ta i bruk Snakk om Forbedring som metodikk og se HMS og pasientsikkerhet i sammenheng			31.12.2020
• Følge opp at alle enheter har utarbeidet handlingsplan med tiltak etter ForBedring, Snakk om Forbedring, vernerunder, personalmøter mv.			31.10.2020
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

Risikoområde 7: Risiko forbundet med pandemien Covid-19.			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	2	4	Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak:			<i>Forventet full effekt</i>
• Gjenopprette normal drift og opprettholde beredskap.			31.03.2021
• Forberede økt pågang av covid-19-smittede pasienter.			31.03.2021
• Videreføre god samordning med Helse Sør-Øst RHF og andre helseforetak			31.03.2021
• Planlegge ekstraordinære tiltak innen personellområdet (opplæring, vaktordninger etc.).			31.03.2021
• Tilpasninger i bygg BS og DS, samt simuleringstrening.			31.12.2020
• Etablere tilstrekkelig testkapasitet.			28.02.2021
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat
Risikoområde 8: Risiko forbundet med nytt sykehus i Drammen – mottaksprosjekt og økonomisk bærekraft			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	3	4	Høy
Prioriterte risikoreduserende/-stabiliserende tiltak			<i>Forventet full effekt</i>
• Dialog med Drammen kommune om finansiering av infrastruktur og rekkefølgekrav			31.12.2021
• Innarbeide relevante erfaringer fra evalueringen av nytt Østfoldsykehus, Kalnes			31.12.2020
• Medvirkning og forankring hos Vestre Viken HF blant ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere			31.12.2025
• Oppfølging av gevinstrealiseringsplan NSD			31.12.2026
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat
Risikoområde 9: Risiko forbundet med kapasitet til å drive omstillingsarbeid			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	2	4	Moderat
Prioriterte risikoreduserende tiltak:			<i>Forventet full effekt</i>
• Etablere porteføljestyling som modell og kjøper bistand for lederstøtte i porteføljestylingen			31.12.2021
• Helhetlig system for opplæring og lederutvikling.			31.12.2020
• Innføring av modell for resultatsikring.			31.12.2020
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

Risikoområde 10: Risiko forbundet med IKT driftsavbrudd og forsinkede/ manglende IKT-leveranser			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	4	4	Betydelig
Prioriterte risikoreduserende tiltak			<i>Forventet full effekt</i>
• Innføre helhetlig prosjekt- og porteføljestyring av IKT-porteføljen			31.12.2021
• Standardisere og sanere IKT-applikasjoner			31.12.2022
• Implementere IKT/MTU samhandlingsmodell			31.12.2022
• Revitalisere styringssystem for IKT systemforvaltning			31.12.2021
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	3	4	Betydelig
Risikoområde 11: Risiko for ikke å oppnå økonomisk resultat i 2020			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	4	4	Betydelig
Prioriterte risikoreduserende tiltak			<i>Forventet full effekt</i>
• Opptapping av aktiviteter for å sikre full implementering av planlagte tiltak i klinikkene.			31.12.2021
• Videre forhandling om avtaler for å øke bruken av kveldspoliklinikk for å øke aktivitet			31.12.2020
• Porteføljestyring av gevinstrealiseringsplan NSD og plan for økonomisk bærekraft i VVHF			31.12.2021
• Forventet økt tildeling RNB Covid19 midler fra HSØ			31.12.2020
• Bemanningsstyring og styrt nedtrapping av merårsverk etablert som følge av Covid19			31.03.2021
Vurdering av restrisiko	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Restrisiko</i>
• etter gjennomførte tiltak	2	3	Moderat

Satt inn i risikomatriksen fremkommer risikoen før og etter tiltak slik:



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

Administrerende direktørs vurderinger

Valg av risikoområder og vurderinger er initialt foretatt av ledelsen. Det er i møte med tillitsvalgte og vernetjeneste gitt innspill til ledelsens vurderinger. Dette har ført til noen endringer. Utilfredsstillende psykososialt arbeidsmiljø er skilt ut fra HMS, risikoområde 5, som et eget risikoområde. I tillegg er enkelte av vurderingene justert, både opp og ned. Dialogen i ledergruppen og i møte med tillitsvalgte og vernetjeneste har forbedret analysen, og gitt økt forståelse av risikobildet i foretaket. Denne måten å gjøre risikovurderinger på vil bli videreført.

Samlet sett så er foretaket i en krevende situasjon, med flere områder der det vil være betydelig risiko, selv etter risikoreduserende tiltak. Den pågående pandemien er en vesentlig bidragsyter til dette. VVHF er inne i en periode med tøffe økonomiske krav i forbindelse med bygging av nytt sykehus i Drammen, og en samtidig utvikling og oppgradering av de tre øvrige sykehusene, samt øvrig bygningsmasse innen PHT og PHR. Sykehuspartners leveranseevne er en vedvarende risiko som påvirker realiseringen av gevinstplanene.

Realisering av planene som ligger til grunn for gevinstberegningene vil kunne medvirke til reduksjon av risiko innenfor flere områder. Innføring av aktivitetsstyrt ressursplanlegging, bedre samarbeid på tvers av klinikker og innføring av beste praksis vil kunne gi reduksjon av utilsiktede hendelser i pasientbehandlinger og reduserte kostnader. Iverksettelse av tiltak for å bedre sikkerheten i sykehusene vil også bidra til bedre arbeidsforhold og bedre pasientbehandling. Målrettet lederutvikling og forsterket oppfølging gjennom porteføljestyling og driftsavtaler vil bidra til å sikre at tiltakene i gevinstplanen realiseres.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret tar fremlagt risikovurdering til etterretning.

Dato: 19. oktober 2020
Saksbehandler: Halfdan Aass

Saksfremlegg

Styrende dokumenter for Vestre Viken HF i 2020

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	59/2020	26.10.2020

Forslag til vedtak

Styret tar oversikten over styrende dokumenter til etterretning.

Drammen, 19. oktober 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

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

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

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

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

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

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

Saksutredning

Helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven utgjør det overordnede rammeverket for spesialisthelsetjenesten:

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

Sentral er også:

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

I foretaksmøter fastsetter Helse Sør-Øst vedtekter for sine helseforetak, sist endret i foretaksmøte 20.05.2019:

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

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

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

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

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

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

- Oppdrag og bestilling for Vestre Viken HF 2020 – ([lenke](#))

- Protokoll fra foretaksmøte 26.02.20 – ([lenke](#))

Oppdrag og bestilling for Vestre Viken HF 2020, ble behandlet i styremøte 30.03.20, sak 12/2020.

Det vil også kunne komme ytterligere styringsbudskap i løpet av året i protokoller fra foretaksmøter og tilleggskdokument til oppdrag og bestilling. I 2020 er hittil avholdt ytterligere fire foretaksmøter. To er knyttet til covid-19-pandemien (26.03.20 og 28.04.20) mens årlig melding, årsberetning og årsregnskap ble behandlet 18.05.20. I foretaksmøtet 25.06.20 ble revidert oppdrag og bestilling 2020 meddelt, dette ble behandlet i styremøtet i Vestre Viken HF 31.08.20, sak 43/2020: ([lenke](#))

Styret i Vestre Viken utarbeider instruks for sin egen virksomhet og for administrerende direktør. Det er lagt opp til at disse revideres annet hvert år. Reviderte forslag behandles i andre saker i dette styremøtet:

- Instruks for styret i Vestre Viken HF 2020-2022 – sak 61/2020
- Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF 2020-2022 – sak 62/2020

Det er utarbeidet etiske retningslinjer for hele helseforetaksgruppen i Helse Sør-Øst. Vestre Viken har i tillegg utarbeidet egne etiske retningslinjer som bygger på disse. Etiske retningslinjer behandles i annen sak i dette styremøtet:

- Etiske retningslinjer for Vestre Viken HF, sak 64/2020

Helse Sør-Øst har også utarbeidet:

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

Oppdatert rammeverk ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i styremøte 24.09.20, sak 107-2020, og vil bli gjort gjeldende for foretakene i foretaksmøtet. Styret vil da få rameverket til behandling.

Styret i Vestre Viken vedtok i styremøte 24.02.20, sak 6/2020 følgende fullmakter (styresak vedlagt):

- Signaturretten for Vestre Viken innehas av styreleder Siri Hatlen og administrerende direktør Lisbeth Sommervoll hver for seg.
- Prokura gis til økonomidirektør Mette Lise Lindblad og medisinsk direktør Halfdan Aass.

Administrerende direktørs vurderinger

Den fremlagte gjennomgangen er gjort for å gi en samlet oversikt over de viktigste styrende dokumentene for Vestre Viken HF, og gjøre dokumentene tilgjengelige på en enkel måte.

Administrerende direktør foreslår at styret tar oversikten til etterretning.

Vedlegg: 1. Fullmakter i Vestre Viken HF – signaturrett og prokura, styresak VVHF 6/2020.

Dato: 17. februar 2020

Saksbehandler:

Saksfremlegg

Fullmakter i Vestre Viken HF – signaturrett og prokura

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte	6/2020	24.02.2020

Forslag til vedtak

1. Signaturretten for Vestre Viken innehas av styreleder Siri Hatlen og administrerende direktør Lisbeth Sommervoll fra og med 26. februar 2020 hver for seg.
2. Prokura i Vestre Viken gis til medisinsk direktør Halfdan Aass fra og med 24. februar 2020. Økonomidirektør Mette Lise Lindblad og medisinsk direktør Halfdan Aass har fullmakt til å opptre på vegne av foretaket i alt som tilhører driften hver for seg fra og med 24. februar 2020.

Drammen, 17. februar 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Helse Sør-Øst RHF vil i foretaksmøte for Vestre Viken HF 26. februar 2020 oppnevne ny styreleder for Vestre Viken viser til vedlegg - Eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i Helse Sør-Øst med funksjonstid fra 26. februar 2020 til februar 2022 I forbindelse med skifte av styreleder er det nødvendig å styrebehandle tildeling av signaturrett til ny styreleder.

Samtidig er det behov for å gi prokurafullmakt til enda en person i foretaket i tillegg til økonomidirektør som i dag har denne fullmakten.

Signaturrett og prokura skal registreres i foretaksregisteret i Brønnøysund.

Saksutredning

Signaturrett er retten til å tegne foretakets firma har etter loven bare foretakets samlede styre med mindre styret har delegert denne fullmakten. Det å tegne foretakets firma, være signaturberettiget eller firmategner, vil si å angi foretakets navn og undertegne med sitt eget navn uten å tilføye at det skjer "for" foretaket, "på vegne av" foretaket eller lignende, jamfør foretaksnavneloven § 7-1 første ledd.

Styrets myndighet som signaturberettiget (firmategner) kan etter lovens § 39 annet ledd delegeres videre fra styret til et styremedlem eller daglig leder.

I Vestre Viken har det vært styreleder og administrerende direktør hver for seg som har hatt denne fullmakten.

I henhold til helseforetakslovens § 37 har daglig leder fullmakter innenfor rammene for «daglig ledelse» og skal for øvrig følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt. Viser til vedlegg – «Instruks for styret i Vestre Viken 2018 -2020» og «Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken 2018 -2020».

En prokura er en begrenset signaturrett. En prokurist er bemyndiget til å opptre på vegne av foretaket i alt som hører til driften av dette, med unntak av at vedkommende ikke kan selge, pantsette foretakets eiendom eller opptre på foretakets vegne i søksmål. En som undertegner i egenskap av prokurist skal i henhold til prokuristloven § 3 gjøre en tilføyelse når vedkommende tegner firmaet som viser prokuraforholdet, det vil si at underskriften må ledsages av betegnelsen per prokura, p.p. eller lignende forkortelse.

Det er styret som skal gi prokura. Prokura kan ikke delegeres.

Kun økonomidirektør er nå gitt prokura i foretaket. Erfaring viser at det er behov for at to personer har denne fullmakten ved fravær og ferieavviklinger. Det foreslås derfor at også direktør medisiner (som også er stedfortreder for administrerende direktør) gis prokurafullmakt.

For øvrig viser en til vedlegg – «Delegerte fullmakter i Vestre Viken 2019» som gir en oversikt over delegasjoner gitt av administrerende direktør.

Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør foreslår at styret vedtar signaturrett og prokura i tråd med saksfremlegget.

Vedlegg:

1. Eieroppnevnte styremedlemmer i styrene for helseforetakene i Helse Sør-Øst med funksjonstid fra 26. februar 2020 til februar 2022 (behandlet i sak 5/2020 i HSØ styre, 5. februar 2020).
2. Instruks for styret i Vestre Viken 2018 -2020
3. Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken 2018 -2020.
4. Delegerte fullmakter i Vestre Viken 2019

Dato: 19. oktober 2020
Saksbehandler: Halfdan Aass

Saksfremlegg

Instruks for styret i Vestre Viken HF 2020 - 2022

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	60/2020	26.10.2020

Forslag til vedtak

Instruks for styret i Vestre Viken HF 2020-2022 godkjennes.

Drammen, 19. oktober 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 er det presisert at styrene for helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Helse Sør-Øst RHF (HSØ) utarbeidet i 2012 en felles mal for hvordan instruksene bør utformes. Denne er senere lagt til grunn.

Instruks for styret og administrerende direktør i Vestre Viken HF ble sist fastsatt i styremøte 19.03.2018, sak 17/2018, gjeldende for perioden 2018-2020. Denne saken gjelder godkjenning av instruks for styret for perioden 2020-2022.

Saksutredning

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

Ved revisjon av instruks for styret i Vestre Viken HF er det sett til instruks for styret i Helse Sør-Øst RHF 2020–2022 (sak 090-2020 for styret i HSØ).

I instruks er avsnittet om virksomhetsstyring under hovedpunkt 4 skrevet om i tråd med og med henvisning til «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». Innholdet i dette avsnittet er det samme som i instruks for styret for det regionale foretaket. Under hovedpunkt 5 om hvilke saker som alltid skal behandles i møte, er økonomisk langtidsplan erstattet med strategisk plan, slik at blitt identisk med den regionale styreinstruksen. For øvrig er det ikke gjort endringer.

Administrerende direktørs vurderinger

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

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret godkjenner instruks for styret i Vestre Viken HF for 2020-2022, eventuelt med tillegg og endringer som måtte komme ved behandling i styremøtet.

Vedlegg: 1. Instruks for styret i Vestre Viken HF 2020 - 2022

Instruks for styret

Vestre Viken HF

2020 -2022

1. Innledning

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

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

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

2. Hovedmålsetting for styrearbeidet

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

3. Styremedlemmenes rettigheter og plikter

Styrets medlemmer har ansvar for alle saker.

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

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

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

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

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

Habilitet

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

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

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

Taushetsplikt

Forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt gjelder for styrets arbeid.

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

Styreansvarsforsikring

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

4. Hvilke saker skal styret behandle

Hovedoppgaver

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

Styrets hovedoppgaver er knyttet til:

1. *Medisinsk og helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold*

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

2. *Strategi og mål*

Styret har ansvar for Vestre Viken HF's strategiske utvikling

3. *Organisasjon og ledelse*

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

4. *Tilsyn med foretakets virksomhet og drift*

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

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

Virksomhetsstyring

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

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

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

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

5. Struktur for styrearbeidet

Det skal settes opp en årsplan for styrearbeidet. Planen angir en oversikt over hovedoppgaver og møtetidspunkter. I tillegg skal planen vise tema som skal presenteres for styret.

Det skal årlig foretas en egevaluering av styrets arbeid og arbeidsform.

Styret gjennomfører normalt 7-10 styremøter per år. Ut over dette møtes styret når styreleder, administrerende direktør eller et flertall av styrets medlemmer krever det.

Styrets leder er ansvarlig for at styret kalles inn til møte og setter opp saksliste i samråd med administrerende direktør.

Til innkallingen skal det følge en saksliste, og det skal følge med dokumentasjon som gir et tilfredsstillende behandlingsgrunnlag for den enkelte saken i sakslisten, herunder administrerende direktørs forslag til vedtak. Saker skal være påført nummer og årstall.

Administrerende direktør har rett og plikt til å delta i styrebehandlingen og til å uttale seg, med mindre noe annet bestemmes av styret i den enkelte sak. Administrerende direktør skal ha mulighet til å uttale seg om saker som skal behandles.

Styrebehandling gjennomføres ordinært i møte. Dersom styreleder finner det forsvarlig kan møtet holdes som video- eller telefonmøte.

Vestre Viken HFs årsberetning, årsregnskap, strategisk plan og budsjett skal alltid behandles i møte.

Saker som ikke er ført opp på sakslisten kan styrebehandles, med mindre møteleder eller en tredjedel av de tilstedeværende styremedlemmer motsetter seg behandling.

Dersom styret har besluttet å lukke styremøtet, avgjør styrets flertall også om og eventuelt hvilke andre deltakere enn styrets medlemmer som skal gis adgang til møtet.

Brukerutvalget i Vestre Viken HF møter i styret som observatør med to representanter (jf. Helse Sør-Østs styresak 043-2017 *Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå*). Observatører eller andre som gis talerett har ikke stemmerett.

6. Innkalling til styremøte

Innkallingen sendes ut av administrerende direktør. For ordinære styremøter skal den være styremedlemmene i hende senest fem virkedager før styrebehandlingen skal finne sted. For andre styremøter skal styret, så vidt mulig, ha innkallingen senest to virkedager før behandlingen finner sted.

7. Styremøtene

Styret er vedtaksdyktig når mer enn halvparten av medlemmene er til stede. Styrets beslutninger fattes med alminnelig flertall av de tilstedeværende stemmeberettigede styremedlemmene. Minst en tredjedel av styrets medlemmer må stemme for et forslag for at det skal anses vedtatt. I tilfelle stemmelikhet har møteleder dobbeltstemme.

Styrets medlemmer har plikt til å avgi stemme i alle saker som behandles av styret.

Styrets møter skjer som hovedregel for åpne dører, men kan lukkes når styret finner at det foreligger et reelt og saklig behov, og lukking er forenlig med offentlighetslovens prinsipper. Styrets møter skal alltid lukkes ved behandling av saker som er undergitt taushetsplikt.

Styrets medlemmer og andre som deltar i styrets behandling har taushetsplikt om de forhold som etter forvaltningslovens bestemmelser er taushetsbelagte.

8. Protokoller

Det skal alltid utarbeides protokoller fra styrebehandlingen. Foreløpig protokoll skal utarbeides så snart som mulig etter styrebehandlingen og publiseres på internett senest dagen etter møtet. Protokollen skal angi tid og sted for styrebehandlingen, herunder om sakene er behandlet i møte eller på annen måte, deltakere og styrets beslutninger. Protokollen blir endelig ved godkjenning i påfølgende møte.

Dersom en beslutning ikke er enstemmig, skal det angis hvem som har stemt for og i mot. Styremedlem og administrerende direktør som ikke er enig i en beslutning, kan kreve sin oppfatning innført i protokollen.

Protokollen skal signeres av de medlemmene som har deltatt i behandlingen. Styremedlemmer som ikke har deltatt på styremøtet, skal ved påtegning på styreprotokollen bekrefte at de har gjort seg kjent med protokollens innhold.

9. Informasjon fra styremøtene

Virksomheten i Vestre Viken HF er omfattet av bestemmelsene i offentlighetsloven. Informasjon som gis i styremøter eller i styredokumenter kan kun benyttes på en måte som ikke skader styrets arbeid og dermed Vestre Viken HFs interesser.

Dersom det anses svært viktig at kunnskap om saker ikke tilflyter andre enn de som har krav på informasjon, skal disse behandles konfidensielt. Dette skal i så fall påføres sakspapirene. Styremedlemmene har taushetsplikt om disse sakene.

Informasjonsoppgavene knyttet til styresaker ligger hos administrerende direktør. Styret kan også vedta en særskilt informasjonsprosedyre i enkeltsaker.

Styrets leder uttaler seg på vegne av styret og er, sammen med administrerende direktør, talsperson utad for Vestre Viken HF.

Dato: 19. oktober 2020
Saksbehandler: Halfdan Aass

Saksfremlegg

Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF 2020 - 2022

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	61/2020	26.10.2020

Forslag til vedtak

Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF 2020-2022 godkjennes.

Drammen, 19. oktober 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

I protokoll fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 er det presisert at styrene for helseforetakene skal fastsette instruks for styret og instruks for daglig leder. Helse Sør-Øst RHF (HSØ) utarbeidet i 2012 en felles mal for hvordan instruksene bør utformes. Denne er senere lagt til grunn.

Instruks for styret og administrerende direktør i Vestre Viken HF ble sist fastsatt i styremøte 19.03.2018, sak 17/2018, gjeldende for perioden 2018-2020. Denne saken gjelder godkjenning av instruks for administrerende direktør for perioden 2020-2022.

Saksutredning

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

Ved revisjon av instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF er det sett til revidert instruks for administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF (sak 090-2020 for styret i HSØ).

Den viktigste endringen er at punktet om virksomhetsstyring er skrevet om i tråd med og henvisning til «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». Innholdet i dette punktet er det samme som i instruks for administrerende direktør i HSØ. Ellers er det gjort noen mindre justeringer for å gjøre instruks mer presis.

Administrerende direktørs vurderinger

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

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret godkjenner instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF for 2020-2022, eventuelt med tillegg og endringer som kommer ved behandling i styremøtet.

Vedlegg: 1. Instruks for administrerende direktør i Vestre Viken HF 2020 - 2022

Instruks for administrerende direktør

Vestre Viken HF

2020 -2022

1. Formål med instruksen

Denne instruksen omhandler administrerende direktørs oppgaver, plikter og rettigheter. Den er basert på helseforetaksloven, eiers styringsdokumenter og vedtekter for Vestre Viken HF, samt fullmakter i Vestre Viken HF.

2. Overordnet rolleavklaring

Styret er foretakets øverste ledelse og har det overordnede ansvaret for forvaltningen av foretakets virksomhet.

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av foretaket og har gjennomføringsansvar i virksomheten. Administrerende direktør har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med foretakets formål, vedtekter, årsbudsjett, foretaksmøtets avgjørelser, instruksjoner og andre retningslinjer, samt aktuelle lover og forskrifter.

Administrerende direktør tilsettes av styret som også fastsetter administrerende direktørs lønn og andre ansettelsesvilkår. Styret gir instruksjoner og fører tilsyn med administrerende direktørs arbeid. Styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige administrerende direktør, jf. helseforetaksloven § 36.

Administrerende direktør møter i styret, eventuelt med stedfortreder, med tale- og forslagsrett, jf. helseforetaksloven § 26.

3. Administrerende direktørs myndighet

Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av Vestre Viken HF og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt.

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Administrerende direktør plikter å forelegge saker av slik natur for styret. Administrerende direktør kan i helt spesielle hastesituasjoner fatte vedtak i slik sak. I slikt tilfelle skal styrets leder umiddelbart informeres.

Det vises for øvrig til bestemmelser i vedtektene og fullmakter i helseforetaket.

4. Administrerende direktørs oppgaver

Administrerende direktør skal arbeide for at Vestre Viken HF utfører sine hovedoppgaver slik de står i foretakets vedtekter og andre styrende dokumenter innenfor de vedtatte budsjetter.

Administrerende direktør har ansvaret for foretakets daglige drift og virksomhet og skal utføre de oppgaver som kreves i den forbindelse, herunder følge opp styrets beslutninger.

Administrerende direktør skal aktivt bidra til å sikre videreutvikling av medisinsk og helsefaglig kompetanse og kvalitet i Vestre Viken HF.

Nærmere beskrivelse av enkelte oppgaver som inngår i ansvaret til administrerende direktør

Virksomhetsstyring

I henhold til «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» har administrerende direktør ansvar for at styringssystemet i helseforetaket er etablert og følges opp. Styringssystemet defineres som den del av helseforetakets styring som omfatter hvordan aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i helse- og

omsorgslovgivningen. Administrerende direktørs ansvar omfatter etablering og oppfølging av internkontroll som ledelsesverktøy for å sammenfatte systemer, prosesser og rutiner som gjennomføres for å sørge for:

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

Styringssystemet må tilpasses virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Administrerende direktør har ansvar for å etablere et forsvarlig internkontrollsystem og å holde styret tilstrekkelig orientert. Administrerende direktør skal minst én gang årlig sørge for en samlet gjennomgang av styringssystemet for å påse at det fungerer i tråd med hensikten og bidrar til forbedring.

Informasjon til styret

Administrerende direktør har plikt til å informere styret om foretakets virksomhet, stilling og resultatutvikling.

I alle ordinære styremøter skal administrerende direktør gi styret skriftlig rapport om situasjonen i Vestre Viken HF. Rapporten skal inneholde både økonomiske og ikke-økonomiske forhold, herunder ha et spesielt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, innhold og effektivitet.

Administrerende direktør skal for hvert tertial forelegge styret en utvidet rapportering fra virksomheten. Rapporten skal inneholde risikovurderinger vedrørende måloppnåelse, status for tilsynssaker og redegjøre for kvalitet og pasientsikkerhet.

Styret kan til enhver tid kreve at administrerende direktør gir styret redegjørelse både av generell art og i saker av særskilt interesse.

Administrerende direktør har ansvaret for å holde styret informert om vesentlige forhold internt og eksternt.

Kontroll og regnskap

Administrerende direktør skal sørge for at foretakets registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger er i samsvar med lov og forskrifter og at formuesforvaltningen er ordnet på betryggende måte, jf. helseforetaksloven § 37, siste ledd.

Rapportering

Årlig melding

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til den årlige meldingen styret plikter å levere til Helse Sør-Øst RHF i henhold til helseforetakets vedtekter § 14.

Årsberetning og årsregnskap

Administrerende direktør skal utarbeide forslag til årsberetning og årsregnskap til styret. Administrerende direktør har ansvar for at godkjent årsberetning og årsregnskap innsendes til foretaksregisteret.

Saksforberedelse - styremøter

Styrets leder har det formelle ansvaret for styrebehandling av saker. Saksliste settes opp av styrets leder i samråd med administrerende direktør.

Administrerende direktør forestår saksforberedelser til styremøtene i samråd med styrets leder og innstiller til vedtak i sakene. Alle saker skal forberedes og fremlegges på en slik måte at styret har tilfredsstillende behandlings- og beslutningsgrunnlag. Administrerende direktør vil i samråd med styrets leder foreta innkalling til styremøte.

Administrerende direktør skal sørge for å holde styret informert om viktige beslutninger som gjøres av ledelsen innenfor den daglige ledelse. Administrerende direktør skal rapportere fremdrift i planer og informere om eventuelle avvik til styret. Administrerende direktør skal sørge for at alle styremedlemmer får den samme informasjon til samme tid.

Administrerende direktør utarbeider forslag til årsplan for styret.

Administrerende direktør kan kreve at styret sammenkalles.

Foretaksrådet

Administrerende direktør, eventuelt stedfortreder, plikter å være til stede og har rett til å uttale seg i foretaksrådet, jf. helseforetaksloven § 17.

Representasjon

Administrerende direktør representerer foretaket utad i saker som inngår i den daglige ledelsen, jf. helseforetaksloven § 39.

Administrerende direktør, eventuelt stedfortreder, deltar i aktuelle fora og styrende organer i foretaket/foretaksgruppen.

Lederfora og lederkompetanse

Administrerende direktør har et overordnet ansvar for at det drives gode lederutviklingsprosesser i Vestre Viken HF.

Samarbeid med andre

Administrerende direktør skal aktivt tilrettelegge for samarbeid i foretaket slik at det totalt sett oppnås hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Administrerende direktør skal også bidra til samarbeid med andre helseforetak i Helse Sør-Øst når dette er egnet til å fremme formålet til Vestre Viken HF.

Administrerende direktør skal tilrettelegge for samarbeid med private aktører når dette bidrar til å fremme Vestre Viken HF's formål, og i et helhetlig perspektiv, bidrar til en hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Administrerende direktør skal følge opp de plikter Vestre Viken HF har i forhold til private aktører, gjennom lovverk, instruksjoner og andre styringsdokumenter, samt særskilte avtaler.

Administrerende direktør skal bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og omsorgstilbud. Det samme gjelder i forhold til fylkeskommunale samarbeidspartnere og i forhold til andre aktuelle statlige organer.

Administrerende direktør skal bidra til at det etableres nødvendig samarbeid med universiteter og høyskoler, slik at Vestre Viken HF kan ivareta de til enhver tid eksisterende forpliktelser.

Administrerende direktør skal gjennom samarbeid og dialog med pasient- og brukerorganisasjoner tilrettelegge for at Vestre Viken HF sikrer den medvirkning som er beskrevet i helseforetaksloven § 35 og i vedtektene.

Administrerende direktør skal gjennom samarbeid og dialog med de foretakstillitsvalgte og verneombud legge til rette for at Vestre Viken HF ivaretar den medvirkning som er beskrevet i lov- og avtaleverk.

Informasjon og samfunnskontakt

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles gode holdninger til, rutiner og systemer for kontakt med eksterne aktører slik at offentligheten sikres innsyn i de aktiviteter Vestre Viken HF har ansvar for. Det skal praktiseres meroffentlighet.

Styret og Helse Sør- Øst RHF skal uten opphold informeres om saker som kan bli gjenstand for stor politisk og/eller mediemessig omtale.

Helse, miljø og sikkerhet

Administrerende direktør har ansvar for at det utvikles systemer, rutiner og gode holdninger som ivaretar helse, miljø og sikkerhet i virksomheten inkludert pasientbehandlingen.

Organisering

Administrerende direktør har ansvar for at Vestre Viken HF er riktig organisert og har kompetanse som gjør at de samlede oppgavene kan ivaretas på en god måte. Administrerende direktør har personalansvaret for de ansatte i Vestre Viken HF. Dette kan delegeres til lavere ledernivåer.

Fullmakter

Administrerende direktør kan, innenfor sin fullmakt, delegere oppgaver og avgjørelsesmyndighet til ansatte i foretaket. Administrerende direktør har ansvar for utførelsen av delegerede oppgaver og delegert myndighet.

5. Resultatkrav og evaluering av administrerende direktør

Det vil bli foretatt en årlig evaluering av administrerende direktør. Styrets leder skal årlig ha en medarbeidersamtale med administrerende direktør.

Dato: 15. oktober 2020
Saksbehandler: Mette Lise Lindblad

Saksfremlegg

Varslingsrutiner i Vestre Viken HF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken HF	62/2020	26.10.2020

Forslag til vedtak

Styret tar beskrivelsen av rutiner for varsling i Vestre Viken HF til orientering.
Styret imøteser tiltaksplan for utbedring av rutinene etter anbefalinger fra Konsernrevisjonen i HSØ når revisjonsrapporten med tilrådinger er gjennomgått.

Drammen, 19. oktober 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

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. Gode varslingsordninger bidrar til en åpen ytringskultur og gir muligheter til å håndtere og følge opp kritikkverdige forhold. Vissheten om en troverdig håndtering av varslingssaker har en forebyggende virkning, og øker samtidig sannsynligheten for at kritikkverdige forhold blir rapportert. Vestre Viken er avhengig av at ansatte og andre tar opp feil og mangler. Foretaket har en rekke kanaler og systemer for å sikre god styring og praksis i det daglige. Dersom disse ikke virker etter sin hensikt, kan det bli aktuelt å varsle.

I en rapport etter en ekstern undersøkelse, utført av PwC, av takstbruk ved Avdeling for Klinisk Patologi, datert 25. februar 2018, ble det stilt spørsmål ved om varslingsutvalget besitter tilstrekkelig kompetanse til å håndtere varsling om misligheter. PwC anbefaler i rapporten at varslingsutvalget tilføres kompetanse som gjør det i stand til å fatte gode beslutninger om hvilke saker som bør overføres til linjen for videre oppfølging og hvilke saker som i det fulle bør undersøkes av varslingsutvalget, eventuelt med bistand fra andre. I styremøte den 25. februar 2018 (sak 5/2018) ba styret administrerende direktør om å gjennomføre nødvendige tiltak for å styrke varslingsinstituttet i samarbeid med de foretakstillitsvalgte og vernetjenesten. Styret ba om å bli orientert om resultatet av arbeidet.

I etterkant av den eksterne undersøkelsen ble det i ledermøte den 10. oktober 2018 besluttet at varslingsordningen i helseforetaket skulle styrkes. Et av de sentrale punktene i vedtaket var iverksettelse av tiltak for å sikre varslingsutvalgets myndighet, selvstendighet, kapasitet og kompetanse, herunder tilrettelegging for nødvendig kompetanseheving for varslingsutvalgets medlemmer.

Varslingsordningen i Vestre Viken er valgt ut for revisjon av konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst. Revisjonsrapporten ble oversendt 16. oktober og vil fremlegges for styret i møtet i november. I den anledning har styreleder anmodet om en gjennomgang av eksisterende rutiner for varsling i Vestre Viken.

Saksutredning

Oppfølgingen av ledermøtets beslutninger resulterte i endringer i Varslingsutvalgets sammensetning, samt etablering av varslingsrutiner i Vestre Viken, se vedlegg. Det ble videre lagt til rette for ekstern varsling via BDO, samt tilrettelagt for varsling både via intranett og offisiell nettside.

Varslingsutvalget som ble satt sammen med drift fra 1. februar 2019 består av seks medlemmer – stabsdirektør (leder), foretaksjurist, avdelingssjef OU, avdelingssjef HMS, en foretakstillitsvalgt og foretaksverneombudet, i tillegg til en sekretær fra Nærstab. Leder av utvalget skal utpekes av administrerende direktør, mens direktør Kompetanse velger representanter fra sitt område, og tilsvarende for vernetjenesten og organisasjonene etter hovedsammenslutningsmodellen. Det besluttet at HR ikke bør sitte i utvalget da de gjennom daglige oppgaver har et tett samarbeid med lederlinjen, og det fort kan oppstå habilitetsutfordringer. HR vil imidlertid spørres om råd, når det er relevant i konkrete varslingssaker.

Intensjonen er at varslingssaker skal håndteres innen rimelig tid etter grunnleggende prinsipper og på lavest mulig nivå i organisasjonen. Det er en felles oppfatning at linjeledelsen er ansvarlig for å håndtere ytringer om påståtte kritikkverdige forhold. Tilsvarende gjelder ansvaret for å sikre varsleren mot gjengjeldelse, samt å følge opp tiltak i etterkant av varslingssaker.

Varslingsutvalget er etablert for å utrede og behandle varsel om kritikkverdige forhold som sendes til utvalget, og om nødvendig gi råd og involveres ved varsler sendt eller håndtert i linjen.

Vestre Viken HF har signert kontrakt med ekstern leverandør av bedriftshelsetjeneste. Relatert til varslinger benyttes denne til faktaundersøkelser av ytringer som omhandler det psykososiale arbeidsmiljøet, herunder mobbing og trakassering. Bistand ytes i tråd med bestilling og mandat i hver enkelt sak.

Varslingsrutinen omhandler i hovedsak varslingsutvalget og deres arbeid. Rutinen ble publisert våren 2019, og er godkjent av leder av varslingsutvalget. Nye varslingsregler trådte i kraft 1. januar 2020, og Varslingsutvalget har på den bakgrunn oppdatert informasjonen på intranett. Hovedformålet med nytt kapittel om varsling i arbeidsmiljøloven er å legge til rette for et godt ytringsklima i virksomheten. Ansatte som opplever kritikkverdige forhold skal faktisk tørre å si fra. Nå skal arbeidsmiljøloven være enklere å forstå ved at loven gir en definisjon av begrepet "kritikkverdige forhold".

Etter at det nye Varslingsutvalget ble etablert februar 2019 har det ikke vært behandlet nye varslingssaker. Varslingsutvalget har mottatt henvendelser og har håndtert disse etter grundig vurdering som saker som må håndteres i linjen. Varslingsutvalget har konstatert at det må ha tettere oppfølging av at denne type saker blir godt håndtert i linjen.

Varslingsutvalget har det siste året utarbeidet rutiner for sin saksbehandling. Dette er i stor grad ferdigstilt, men avventes publisert til etter gjennomgang av konsernrevisjonens rapport slik at rutinene kan justeres i samsvar med eventuelle tilrådinger. Intensjonen med saksbehandlingsrutinene er ensartet behandling og åpenhet om hvordan utvalget arbeider.

I intervjuer med konsernrevisjonen og ved mottak av faktabeskrivelsen til gjennomsyn, fremkommer det at Vestre Viken har flere forbedringsområder for varslingsordningen. En nærmere redegjørelse for dette, samt tiltak for utbedring, vil fremlegges for styret når revisjonsrapporten foreligger med tilrådinger.

Administrerende direktørs vurderinger

Det har de senere årene vært arbeidet aktivt med å etablere en åpenhetskultur, der det oppleves som trygt å si fra om kritikkverdige forhold. Flere verktøy og arenaer er tatt i bruk for å stimulere til åpenhet i organisasjonen. Som eksempler kan nevnes Grønt Kors I og II og metodikken Snakk om forbedring, som VVHF har utviklet i samarbeid med Helsedirektoratet. Sammenhengen mellom et trygt og åpent arbeidsmiljø og pasientsikkerhet har vært et gjennomgående tema ledersamlinger og i andre møtearenaer med de ansatte.

Det er avdekket svakheter i utformingen av varslingsordningen. Det har vært en utilstrekkelig overlevering og implementering av gjeldende retningslinjer. I tillegg har varslingsordningen ikke vært tilstrekkelig godt fulgt opp og evaluert gjennom den eksisterende virksomhetsstyringen. Administrerende direktør imøteser rapporten fra konsernrevisjonen, slik at tiltak kan iverksettes i tråd med de tilrådinger som blir gitt.

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

Vedlegg: 1. Varslingsrutinen i Vestre Viken HF

Varsling i Vestre Viken helseforetak

1. Innledning/formål

Formål

Det er et mål for Vestre Viken helseforetak (heretter Vestre Viken) at kritikkverdige forhold skal avdekkes og følges opp. Videre er det en målsetting for Vestre Viken å tilrettelegge for et trygt og åpent arbeidsmiljø. I dette ligger også at kritikkverdige forhold skal kunne tas opp åpent på arbeidsplassen ved dialog, gjennom ordinære tilbakemeldingsverktøy i foretaket og ved bruk av varslingsordningen.

Varslingsordningen skal legge til rette for intern varsling og ivareta arbeidstakers rett til å varsle om kritikkverdige forhold i helseforetaket i tråd med arbeidsmiljøloven § 2A-1. Dette dokumentet skal også oppfylle krav til rutiner for varsling som foretaket har etter arbeidsmiljøloven 2A-3.

Omfang

Denne rutinen gjelder for varsling i Vestre Viken. Det vil først og fremst si varslingsutvalgets oppfølging av varslings saker. Rutinen avgrenser i utgangspunktet mot oppfølging av ulike saker håndtert av ledere i linjen. Disse sakene vil være bundet av rutiner knyttet til ulike meldeplikter og systemer, se for eksempel rutinene i eHåndboken [VV Konflikthåndtering](#), [VV HMS Mobbing og trakassering på arbeidsplassen](#) og [VV HMS Håndtering og saksbehandling av arbeids- og yrkesrelaterte hendelser/avvik](#).

Denne varslingsrutinen understreker imidlertid det prinsipielle vernet mot gjengjeldelse etter arbeidsmiljøloven § 2A-3 gjelder når det meldes fra om kritikkverdige forhold knyttet til ethvert regelverk og i enhver melderutine.

Rutinen gir også enkelte føringer for hvordan en varsler skal gå frem i en mulig varslings sak.

Forholdet til andre saksbehandlingskrav

Saksbehandlingsrutinene her kommer i tillegg til, og er eventuelt underordnet, lovbestemte saksbehandlingsregler. Sentrale lover på området er forvaltningsloven, personopplysningsloven, arkivloven med forskrifter og arbeidsmiljøloven. Det er særlig viktig at varslingsutvalgets medlemmer er kjent med forvaltningslovens alminnelige prinsipper om forsvarlig saksbehandling, taushetsplikt, habilitet, undersøkelses- og dokumentasjonsplikt, samt kontradiksjonsprinsippet. Videre må ledere og varslingsutvalgets medlemmer være kjent med arbeidsmiljølovens regler om varsling og forbudet mot gjengjeldelse ved varsling.

2. Hvem kan varsle om kritikkverdige forhold i Vestre Viken?

Alle ansatte i Vestre Viken har rett til å varsle om «kritikkverdige forhold», jf. arbeidsmiljøloven § 2A-1. Dette gjelder både fast ansatte, personer i midlertidige stillinger, innleide og oppdragstakere. Vestre Viken legger også opp til å følge opp varsler fra eksterne, som leverandører, pasienter, pårørende osv.

I noen tilfeller har ansatte ikke bare en rett, men også en plikt til å varsle. Eksempler på varslingsplikt i medhold av arbeidsmiljøloven er:

- feil eller mangler som kan medføre fare for liv eller helse
- trakassering og diskriminering på arbeidsplassen
- arbeidstaker blir skadet i arbeidet eller pådrar seg sykdom som skyldes arbeidet eller forholdene på arbeidsstedet
- forhold som kan påføre arbeidsgiver, ansatte eller omgivelsene tap eller skade

3. Hva er et kritikkverdig forhold?

Kritikkverdige forhold kan være brudd på lover, forskrifter, avtaler samt brudd på Vestre Vikens interne regler, rutiner og retningslinjer. Brudd på den alminnelige oppfatning av hva som er forsvarlig eller etisk akseptabelt, kan også bli vurdert som kritikkverdig.

Det er ytringens art som avgjør om det foreligger et varsel. Eksempler på kritikkverdige forhold kan være arbeidsforhold som er i strid med arbeidsmiljøloven, mobbing, diskriminering, korrupsjon, økonomiske misligheter, uforsvarlige behandling og driftsforhold, uetisk adferd eller brudd på taushetsplikten.

Kritikk som følge av at en arbeidstaker er uenig i noe kun ut fra sin personlige eller politiske overbevisning regnes ikke som varsling. Interne personkonflikter vil for eksempel normalt ikke omfattes av begrepet.

For at det skal være tale om varsling fra en ansatt må det dreie seg om opplysninger som ikke er allment tilgjengelige, men som en arbeidstaker har fått rede på gjennom sitt arbeidsforhold og som kan ha en viss allmenn interesse.

Det må varsles med en fremgangsmåte som er forsvarlig. For å varsle forsvarlig må varsler:

- ha saklig grunnlag for kritikken
- være i god tro om de faktiske kritikkverdige forholdene
- ta hensyn til ansatte og virksomheten i måten det varsles på

Varsling i tråd Vestre Vikens rutiner vil alltid være forsvarlig.

Forholdet til andre varslingsordninger, som lovbestemte meldeplikter

Helsepersonell og ansatte i Vestre Viken må forholde seg til en rekke varslings- og meldeordninger, se blant annet eHåndboken [VV Meldeplikt oversikt](#). Selv om det isolert sett kan være tale om kritikkverdige forhold, er ikke meldinger etter disse ordningene å regne som varsel etter arbeidsmiljøloven. Det er imidlertid likevel viktig at arbeidsgiver tilrettelegger for viktige prinsipper som at den ansatte oppfordres- og har rett til å melde fra etter disse ordningene. I tillegg skal en ansatt som melder ifra ikke oppleve noen form for gjengjeldelse. Varsling etter arbeidsmiljøloven til varslingsutvalget kan ikke erstatte helsepersonell sine lovbestemte og profesjonsrelaterte varslingsplikter, for eksempel etter helsepersonelloven § 17.

4. Hvor skal man varsle?

Nærmeste leder i linjen

Ansatte som ønsker å si i fra som et kritikkverdig forhold skal kontakte sin nærmeste leder i linjen. Saken skal så følges opp i samsvar med de rutinene som gjelder for det konkrete saksfeltet. Dersom nærmeste leder ikke håndterer saken/ ikke kan håndtere saken, som den ansatte har fremmet kan vedkommende også henvende seg ett nivå opp i linjen.

Varslingsutvalget

Varslingsutvalget varsles dersom en sak ikke er håndtert tilfredsstillende av ledelsen i linjen eller det er saklig grunn til å tro at ledelsen ikke vil behandle saken på en hensiktsmessig måte.

Dersom det er ønskelig, for eksempel for å ivareta anonymitet, vil ansatte kunne ta kontakt med eksternt varslingsmottak som deretter vil videreformidle varselet til varslingsutvalget. Det understrekes at anonym varsling vil sette noen begrensninger

knyttet til kommunikasjon med varsler og at anonym varsling dermed bør skje i særlige begrunnede tilfeller og unntaksvis.

Ansatte som blir kjent med kritikkverdige forhold kan også kontakte tillitsvalgte eller vernetjenesten som kan bistå vedkommende.

Det er ikke hensiktsmessig at varslingsutvalget involverer seg i saker som er til behandling i linjen, blant annet for å hindre parallelle prosesser. Varslingsutvalget vil derfor avstå fra å behandle saker som har en pågående behandling i linjen. Dersom varslingsutvalget vurderer at behandling av kritikkverdige forhold ikke blir tilfredsstillende behandlet i linjen, vil dette i seg selv kunne være å betrakte som en varsling som utvalget da kan gå inn i.

5. Håndtering av ulike henvendelser i linjen, herunder om kritikkverdige forhold

Når leder har kommet til kunnskap om forhold som kan være kritikkverdige, skal vedkommende leder så snart som mulig vurdere og avklare om informasjonen handler om kritikkverdige forhold. Dette kan handle om å hente inn ytterligere informasjon og ha dialog med berørte ansatte. I denne sammenheng må leder vurdere om det er behov for å ha dialog med HR, HMS eller Varslingsutvalget.

I den innledende avklaringen av hva saken gjelder må leder også vurdere om han eller hun inhabil til å behandle denne.

Ledelsens konkrete oppfølging bestemmes av sakstypen, enten dette gjelder systemer for å ivareta lovbestemte meldeplikter for helsepersonell eller foretaksinterne saksbehandlingsrutiner som i eHåndboken [VV Konflikthåndtering](#), [VV HMS Mobbing og trakassering på arbeidsplassen](#) og [VV HMS Håndtering og saksbehandling av arbeids- og yrkesrelaterte hendelser/avvik](#).og

Dersom varslingsutvalget har tilvist en sak til behandling i linjen skal den aktuelle lederen sende informasjon til varslingsutvalget om oppfølgingen og utfallet av saken når den avsluttes.

6. Varsle offentlig?

I motsetning til å ta en sak opp med leder eller kontakte varslingsutvalget, vil offentlig varsling være å varsle til for eksempel aviser, radio, TV eller i sosiale medier.

Ansatte bør alltid forsøke å ta saken opp internt med nærmeste leder eller varsle varslingsutvalget, eventuelt også tilsynsmyndigheter, før det varsles offentlig. En ansatt som vurderer å varsle offentlig må ha tatt stilling til:

- Er det et forsvarlig grunnlag for varslingen?
- Har forholdet har allmenn interesse?
- Er det forsøkt å varsle internt i Vestre Viken?

Det kan i særlige tilfeller være forhold som gjør det uhensiktsmessig å varsle internt som for eksempel ved alvorlige forhold, trusler eller uttalelser som gir grunn til å tro at et varsel internt vil føre til gjengjeldelse eller ikke føre frem.

7. Om varslingsutvalget

7.1. Varslingsutvalgets medlemmer

Ved utvelgelsen av medlemmer til varslingsutvalget må det vektlegges at vedkommende har høy grad av tillit, egnethet og nødvendig personlig integritet for å sitte i varslingsutvalget. I tillegg må det ved utvelgelsen av medlemmer vektlegges at utvalget

samlet innehar nødvendig kompetanse. Ved utvelgelsen må det også legges vekt på om vedkommende har en arbeidssituasjon som gjør at det er praktisk mulig å delta på møter i varslingsutvalget på relativt kort varsel.

Utvalget ledes av stabsdirektør utpekt av administrerende direktør. Nærstaben sørger for sekretærfunksjon for utvalget.

Direktør kompetanse peker ut representanter fra sitt område.

Organisasjonene etter hovedsammenslutningsmodellen og vernetjenesten peker ut to medlemmer.

Varslingsutvalget har 6 faste medlemmer som oppnevnes for en periode på 2 år. Utvalget består av:

- Stabsdirektør (leder) Mette Lise Lindblad
- Foretaksjurist Janne Hjelm-Gabrielsen
- Spesialrådgiver OU Ellen K Lysholm
- Avdelingssjef HMS Henning Brueland
- Foretakstillitsvalgt Joan Sigrun Nygard
- Foretaksverneombud Anita Haugland Gornæs

Medlemmene i varslingsutvalget må få nødvendig tid til å utføre oppgavene i varslingsutvalget. Den enkeltes stedlige leder har ansvaret for å ivareta dette.

Medlemmene i varslingsutvalget må få nødvendig kompetanseheving for å ivareta sin rolle i utvalget. Leder av varslingsutvalget vurderer hva slags kompetanseheving som er nødvendig og utgiftene til dette belastes varslingsutvalgets budsjettpost.

7.2. Varslingsutvalgets myndighet

Varslingsutvalget har som oppgave å utrede og behandle varsel om kritikkverdige forhold som sendes utvalget, samt om nødvendig gi råd og involveres i varslere sendt eller håndtert i linjen.

Innenfor rammene av minstekrav til saksbehandlingen, se pkt. 7.3., vurderer varslingsutvalget selv hvordan de enkelte varslene/ytringene skal behandles.

Utvalget utreder saken og kan anbefale tiltak. Saksutredning med eventuelle forslag til tiltak fremlegges for rett ledernivå i foretaket i eget notat. Varslingsutvalget har ikke myndighet til å pålegge at det skal iverksette tiltak. Det er den enkelte leder i foretaket som avgjør hvordan saken skal følges opp videre.

Varslingsutvalget kan kreve å bli holdt orientert fra linjen om hvilke tiltak som iverksettes og hvordan saken for øvrig følges opp. Varslingsutvalget bestemmer om dette skal skje skriftlig og/eller i møte.

Varslingsutvalget rapporterer til administrerende direktør, som orienteres fortløpende i saker der det anbefales konkrete tiltak.

7.3. Nærmere om varslingsutvalgets håndtering av varslingssaker

7.3.1. Beslutningsdyktighet

Varslingsutvalget håndterer varslingssaker i møter der samtlige medlemmer innkalles. Utvalget er beslutningsdyktig når tre medlemmer, i tillegg til leder, er til stede.

I særlige tilfeller for eksempel der en sak klart skal avvises eller den av tidshensyn må håndteres umiddelbart, kan leder av varslingsutvalget treffe beslutning om håndteringen. Medlemmene i varslingsutvalget skal konsulteres så langt mulig i forkant og orienteres om saken i neste møte.

Det vises til pkt. 7.3.10 når det gjelder avvsnings og forenklet behandling.

7.3.2. Hvordan varsel til varslingsutvalget?

Varslingsutvalget varsles gjennom varsling@vestreviken.no. Det anbefales å benytte et eget [varslingsskjema](#). Det er også mulig å ta kontakt med ett av medlemmene i varslingsutvalget. Den enkelte kan også be om et møte med varslingsutvalget.

Eksternt varslingsmottak - særlig behov for anonymitet

Vestre Viken tilbyr også muligheten å varsle gjennom et eksternt varslingsmottak. I så fall sendes varselet til varslingsutvalget via BDO Compliance. Bruk av eksternt varslingsmottak kan være aktuelt dersom varsler ønsker å være anonym i forhold til Vestre Viken. Ekstern varslingsmottak kontaktes på eget skjema via denne lenken <https://u.bdo.no/Cx82NwX> Det understrekes at anonym varsling bør skje unntaksvis og at det vil begrense muligheten til å opplyse saken via dialog med varsler.

7.3.3. Henvendelser skal behandles så snart som mulig

Når Varslingsutvalget mottar et varsel s skal medlemmene i utvalget orienteres uten ugrunnet opphold. Dersom en varsler ber om et møte med Varslingsutvalget skal dette avholdes så raskt som mulig.

Det er grunnlag for å gå videre med varselet/ytringen når varslingsutvalget finner grunn til å tro at noe kritikkverdig kan ha skjedd. Varslingsutvalget står fritt til å innhente råd internt eller eksternt på alle nivå.

7.3.4. Nærmere om anonym varsling

Ansatte i VVHF kan varsle anonymt ved å sende inn skjema eller brev uten å oppgi avsenderinformasjon. Ansatte kan også benytte seg av eksternt varslingsmottak innrettet for anonym varsling.

Hvorvidt et anonymt varsel skal være gjenstand for grundigere undersøkelser vil bero på en konkret vurdering fra sak til sak. I tillegg til sakens karakter må det vurderes nærmere om muligheten for en forsvarlig saksbehandling kan ivaretas ettersom man ikke har mulighet for å kontakte varsleren for eventuelle ytterligere opplysninger.

Anonyme varsel stiller særlige krav til ivaretagelsen av rettsvernet til den det varsles om. Muligheten til å forsvare seg kan være betydelig svakere dersom man ikke vet hvem som fremsetter påstander. Dette hensynet må Varslingsutvalget ivareta gjennom sin forsvarlige saksbehandling.

7.3.5. Konfidensiell behandling

Varsler skal håndteres konfidensielt.

Saksbehandling av innkomne saker gjøres i henhold til ordinære saksbehandlingsregler nedfelt i lov og retningslinjer, herunder kontradiksjon

7.3.6. Saker som allerede er pågående i linjen

Varslingsutvalget skal ikke behandle saker som allerede er til behandling i linjen. Dette for å hindre parallelle prosesser. Dersom varslingsutvalget vurderer at linjens behandling ikke er tilfredsstillende, vil utvalget kunne ta den tilbake til behandling.

7.3.7. Arbeidsgiver skal beskytte ansatte som ytrer/ varsler mot gjengjeldelse

Arbeidsmiljølovens bestemmelser om vern av varsler gjelder fullt ut ved henvendelser både i linjen og til varslingsutvalget.

Når varslingsutvalget blir kjent med varsel om kritikkverdige forhold, skal utvalget kontakte aktuell leder slik at arbeidsgiver iverksetter tiltak for å beskytte varsler mot gjengjeldelse.

Dersom en varsler opplever seg utsatt for gjengjeldelse, kan vedkommende ta dette opp i linjen eller med varslingsutvalget.

7.3.8. Tilbakemelding til varsler

Varsler skal, så langt det er mulig, holdes orientert om behandling av varselet. Varsler skal ha melding om saken er mottatt, og om den tas til behandling. Så langt det er mulig skal varsler også få en kort orientering om resultatet av saksbehandlingen etter at saken er avsluttet. Varsler er imidlertid ikke part i en eventuell personalsak mellom VVHF og den det varsles om, og lovbestemt taushetsplikt vil i mange tilfeller begrense hva slags tilbakemelding varsler kan få.

7.3.9. Dokumentbehandling av varslingssaker

Dokumenter i varslingssaker skal fortløpende registreres i saksbehandlingssystemet 360 og skjermes ved bruk av tilgangsgruppe. Dokumentene skal behandles i h.h.t. Vestre Viken sine regler for post- og dokumentbehandling.

7.3.10. Avvisning av sak og forenklet behandling

Saker som ikke omhandler kritikkverdige forhold kan avvises av varslingsutvalget. Saker som åpenbart bør tilvises behandling i linjen før varslingsutvalget eventuelt involveres, kan tilvises til linjen. Både avvisning og tilvisning, uten realitetsbehandling, kan gjøres av leder av varslingsutvalget.

7.3.11. Årsmelding

Varslingsutvalget utarbeider årsrapport der sakene i kalenderåret omtales generelt. Årsrapporten skal være utarbeidet innen utgangen av januar hvert år. Årsmeldingen leveres til administrerende direktør. Årsmeldingen skal også fremlegges for HAMU.

Dato: 19. oktober 2020
Saksbehandler: Sine Kari Braanaas

Saksfremlegg

Etiske retningslinjer for Vestre Viken HF

Møte	Saknr.	Møtedato
Styret i Vestre Viken HF	63/2020	26.10.2020

Forslag til vedtak

Styret godkjenner eksisterende etiske retningslinjer for Vestre Viken HF.

Drammen, 19. oktober 2020

Lisbeth Sommervoll

Administrerende direktør

Bakgrunn

Etiske retningslinjer for Vestre Viken HF ble utarbeidet våren 2017. Ved utarbeidelsen av retningslinjen for Vestre Viken ble det sett hen til verdiene i HSØ, samt det innhold som er i HSØ sine etiske retningslinjer. Vestre Viken sine retningslinjene er i tråd med det er nedfelt i HSØ. Det ble likevel blant annet valgt å benytte andre kapitteloverskrifter enn det som er gjort i HSØ med den begrunnelse å få en enda mere brukervennlig og oversiktlig retningslinje.

Prosess og utarbeidelse av dagens etiske retningslinjer hadde sitt utgangspunkt i foretakets oppdragsplan 2017 med følgende ordlyd. «Etiske retningslinjer i Vestre Viken – gjennomgang av samlet system». Hovedansvar var lagt til Viseadministrerende direktør (VAD), og HR-sjef hadde ansvar for leveranse til VAD.

Innholdet i oppdraget ble beskrevet som følger:

“Inngår i et av de fire bena i HR- strategien (Kultur)

Vestre Vikens omdømme og tillit er avhengig av medarbeidernes profesjonalitet og faglige dyktighet, og et høyt etisk nivå. Det gjelder både foretakets drift og handlemåten til hver enkel ansatt. Det forventes derfor at alle opptrer med aktsomhet, redelighet og objektivitet, og avstår fra handlinger som kan svekke tilliten til foretaket. For å sikre en enhetlig og profesjonell opptreden bør det utarbeidet felles etiske retningslinjer som gjelder for alle medarbeidere.

Retningslinjen ble vedtatt i foretaksledelsen 9. mai 2017, og drøftet med tillitsvalgte hvor organisasjonene støttet arbeidsgivers utforming. De etiske retningslinjene ble styrebehandlet 19. juni 2017 (sak 32/2017). Retningslinjen ble tatt til orientering.

Saksutredning

I henhold til mandatet og føringer for arbeidsform, ble det opprettet en arbeidsgruppe bestående av medarbeidere fra Økonomi, HR, Helsefag og Kommunikasjon, i tillegg til juridisk kompetanse. Oppdraget var å kartlegge hva som fantes av etiske dokumenter i Vestre Viken, herunder Etiske retningslinjer for HSØ, og deretter utarbeide forslag til felles etiske retningslinjer for alle medarbeidere i Vestre Viken.

Retningslinjen gjelder for alle ansatte, uavhengig av nivå, rolle, funksjon og klinikk – eller stabstilhørighet. De gjelder også for studenter, lærlinger, vikarer, konsulenter og andre som har engasjement og oppgaver i foretaket, og alle med styreverv og tillitsverv. Ledere har et særskilt ansvar for at medarbeiderne og innleide vikarer/konsulenter kjenner til, og handler i tråd med, retningslinjene.

Etiske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken er et omfattende dokument, og det ble derfor parallelt utarbeidet en «kortversjon». I tillegg er det utarbeidet dilemmasirkel som angir sentrale spørsmål ansatte må stille seg i forbindelse med etisk refleksjon. Det er også utviklet et e-læringskurs som enten kan tas av den ansatte alene, eller samlet i personalgrupper. I e-læringskurset er det utarbeidet case til refleksjon.

E-læringskurset «etikk for alle» er et obligatorisk kurs i introduksjonsprogrammet for nye medarbeidere. De oppfordres til å gjennomføre kurset hjemmefra før første arbeidsdag. Innledningsvis er det en kort videohilsen fra Administrerende direktør, som viser til hvor viktig det er at alle ansatte tar riktige valg og møter pasienter med omsorg og respekt. Så langt har 510 ansatte gjennomført kurset. I e-læringskurset er det tatt inn «nye» problemstillinger, for eksempel «Me too» og forhold rundt bruk av sosiale medier.

De etiske retningslinjene er viktige når det oppstår uenigheter eller konflikter. Retningslinjene gir gode råd på hvordan man bør opptre slik at konsekvensene for arbeidsmiljøet og omgivelsene blir minst mulig.

Administrerende direktørs vurderinger

Etiske retningslinjer i Vestre Viken utdyper og viderefører de etiske retningslinjer i HSØ på en god måte, og skal bidra til å sikre enhetlig og profesjonell opptreden for alle ansatte i foretaket. Retningslinjen med tilhørende støttemateriell gir en god innføring i arbeidsgivers forventning og krav til etisk standard. Retningslinjen er også en «overbygning» for andre retningslinjer, herunder rollesammenblanding, mobbing og trakassering, konflikthåndtering, ansettelse av nærstående og bierverv.

Administrerende direktør foreslår på denne bakgrunn at styret godkjenner eksisterende etiske retningslinjer i Vestre Viken, med tilhørende støtte- og opplæringsmaterieell som er utviklet i den forbindelse.

Vedlegg:

1. [Etiske retningslinjer Helse Sør-Øst](#)
2. [VV Etiske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken](#) (e-håndbok)
3. [Etiske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken](#) (retningslinje)
4. [Etiske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken - kortversjon 2017](#)

Etiske retningslinjer i Helse Sør-Øst

Vedtatt i styret i Helse Sør-Øst 16.02.12

1. Bakgrunn og formål

Alle medarbeidere i Helse Sør-Øst, og alle som handler på vegne av Helse Sør-Øst, skal opptre i tråd med allmenne etiske normer og gjeldende lovverk. Etiske retningslinjer i Helse Sør-Øst er en presisering av denne allmenne etikken.

I det daglige arbeidet i Helse Sør-Øst kan medarbeidere komme opp i situasjoner hvor den allmenne etikken i seg selv ikke gir tilstrekkelig veiledning. Med dette dokumentet søker vi å formulere etiske prinsipper hvis formål er å gi veiledning og støtte for etisk refleksjon.

De etiske retningslinjene er av generell karakter, og kan omtales som institusjonsetikk. Yrkesgrupper i Helse Sør-Øst kan ha ulike retningslinjer innen profesjonsetikk, forskningsetikk og klinisk etikk som er mer spesifikke. I tillegg er alle helseforetak pålagt å ha kliniske etikk-komiteer for å kvalitetssikre vanskelige verdivurderinger og være et bidrag til å høyne den etiske bevisstheten blant ansatte i foretaket. Noen helseforetak har også etikk-komiteer for forskning. Det vil være naturlig at retningslinjene har sin hovedtyngde i pasientbehandling som er Helse Sør-Øst sin kjernevirksomhet.

Ved omtale av bruker eller pasient, vil dette vise til en mottager av helsetjenester i Helse Sør-Øst, herunder behandling, pleie, rehabilitering og forebyggende virksomhet.

Etiske retningslinjer for Helse Sør-Øst kommer i tillegg til gjeldende lovgivning, og er overordnet relevante interne regler og Helse Sør-Øst sine etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt.¹

Etiske retningslinjer for Helse Sør-Øst er utarbeidet i en prosess hvor alle helseforetak i Helse Sør-Øst er involvert og med bakgrunn i krav i foretaksmøteprotokoll fra Helse- og omsorgsdepartementet 31. januar 2011 for Helse Sør-Øst RHF. Etiske retningslinjer for medarbeidere i Helse Sør-Øst foreslås vedtatt i styret i Helse Sør-Øst 16.02.12

2. Hvem retningslinjene gjelder for

Retningslinjene gjelder for alle ansatte i Helse Sør-Øst; inkludert ansatte i det regionale helseforetaket, underliggende helseforetak, datterselskaper og avdelinger. De omfatter også studenter, vikarer, konsulenter og lignende, og alle med styreverv eller tillitsverv knyttet til Helse Sør-Øst.

Selv om hovedfokus i retningslinjene er rettet mot Helse Sør-Øst sin kjernevirksomhet som er pasientbehandling, gjelder retningslinjene samtlige ansatte uavhengig av om de har direkte pasient-/brukerkontakt i sitt arbeid eller ikke.

Ledere har et særskilt ansvar for at deres medarbeidere er kjent med - og handler i tråd med retningslinjene.

¹ <http://www.helse-sorost.no/omoss/avdelinger/innkjop-og-logistikk/Documents/Etiske%20retningslinjer%20for%20innkjop%20og%20leverandørkontakt%20HSØ.doc>

3. Visjon og verdier

Helse Sør-Østs visjon er å skape:

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, kjønn, økonomi og etnisitet.

Helsetjenestens kvalitet måles i møtet med den enkelte pasient. Helsetjenesten har ansvar for å ivareta velferdsstatens grunnleggende etikk og moral i tillegg til å forvalte samfunnets ressurser. Helse Sør-Øst vil drive sin virksomhet verdibasert. De tre nasjonale verdiene "kvalitet", "trygghet" og "respekt" er i Helse Sør-Øst omsatt til følgende normer for virksomheten:

- | | |
|---------------------------|--|
| Kvalitet og kunnskap | - er vår virksomhet basert på og skal våre beslutninger være bygget på |
| Åpenhet og involvering | - i måten vi arbeider på, i våre prosesser |
| Respekt og forutsigbarhet | - i måten vi møter hverandre på |

Det forventes at alle ansatte i Helse Sør-Øst utfører sitt arbeid i samsvar med en høy etisk standard som understøtter verdigrunnlaget.

4. Retningslinjer

4.1 Kvalitet - fremtidsrettet og kunnskapsbasert

Alle ansatte i Helse Sør-Øst skal bestrebe seg på å utvikle - og opprettholde en høy faglig kompetanse i sitt arbeid. Alle pasienter skal behandles i samsvar med de krav som til enhver tid stilles til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Omsorgsfull hjelp sidestilles med faglig forsvarlighet (jf. Helsepersonellovens § 4²)

Medarbeidere i Helse Sør-Øst har rett til veiledning og opplæring slik at de er i stand til å utføre de oppgaver de er satt til å utføre på en god måte. Ledere har et spesielt ansvar for ta vare på den enkelte medarbeider og gi konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet. Organisasjonen må ha rom for etisk refleksjon på arbeidsplassen.

Et godt arbeidsmiljø gir et godt grunnlag for at den enkelte ansatte kan yte sitt beste for brukeren. Alle ansatte i Helse Sør-Øst har ansvar for at arbeidsmiljøet er preget av gjensidig respekt mellom forskjellige fag- og profesjonsgrupper. Denne respekten skal prege dialogen mellom de ansatte, enten det gjelder pasienter eller andre forhold. Eventuelle konflikter mellom ansatte skal håndteres på en slik måte at det ikke får negative konsekvenser for pasienter, arbeidsmiljø eller omdømmet.

Helse Sør-Øst skal være en lærende organisasjon og legge vekt på læring i håndtering av alle uhell/skader og nesten-uhell (avvik). Helse Sør-Øst skal ved å ha gode rapporteringsrutiner og korrekte skade-/uhellstatistikker³, prioritere å avdekke systemsvikt

² Helsepersonellovens §4 <http://www.lovddata.no/all/tl-19990702-064-002.html>

³ Nasjonal kvalitetsstrategi:

http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/nasjonal_strategi_for_kvalitetsforbedring_i_sosial_og_helsetje_nesten_og_bedre_skal_det_bli_2005_2015_2913

framfor å utvikle straffereaksjoner. Formålet med å avdekke systemsvikt er at den framtidige risiko for tilsvarende avvik reduseres eller bortfaller.

Det endelige ansvaret for beslutning om medisinsk behandling ligger hos ansvarlig lege⁴. Pasienten, eventuelt pasientens nærmeste pårørende, skal samtykke i helsehjelpen som ytes, og pasientens rett til medvirkning i valg av helsehjelp skal ivaretas. I noen tilfeller kan tilgangen på avansert medisinsk behandling skape utfordringer med hensyn til hva som er mulig og hva som er pasientens beste. Pasienten eller de pårørende må bli hørt, men beslutninger bør i tillegg baseres på vurderinger knyttet til nasjonal veileder⁵, ressursbruk og gjerne ved tvil eller uenighet også en drøfting i helseforetakets kliniske etikk-komité. Beslutninger skal alltid balansere både forsvarlighet og omsorgsfullhet.

Helse Sør-Øst skal drive aktiv undervisning, forskning og innovasjon for å utvikle helsetjenesten. Helse Sør-Øst skal oppmuntre til - og støtte forskning som innebærer samarbeid mellom foretak i Norge, samarbeid med utenlandske aktører og samarbeid med forskningsinstitusjoner/universiteter. Helse Sør-Øst skal etterleve anbefalinger i den nasjonale samordningen av etisk standard og praksis.⁶

4.2 Trygghet – åpenhet og involvering

Pasienter, brukere og pårørende skal føle at de blir ivaretatt, sett og involvert. De skal høres, motta redelig og ærlig informasjon, og være med i beslutningsprosessen i valg av pleie- og behandlingsmetoder. Ved eventuelle avvik, uhell/nesten-uhell eller skader, skal pasient og pårørende motta relevant informasjon om situasjonen og om hva som gjøres for at lignende ikke skjer igjen.

Gjennom utvikling av kultur, verdier, kompetanse og klare prinsipper for ledelse og medvirkning skal medarbeidere i Helse Sør-Øst oppleve et trygt, åpent og involverende arbeidsmiljø. Jf Helse Sør-Østs 12 prinsipper for medvirkning⁷

Pasient eller bruker skal få relevant orientering om muligheter for egenbehandling og sykdomsmestring.

Helse Sør-Øst skal gjennom sine ansattes kunnskap og kompetanse bidra til at tjenlig og nødvendig kunnskap spres til andre institusjoner og nivåer i helsetjenesten eller offentlige virksomheter.

Alle har en grunnleggende rett til å ta del i den offentlige debatt. Ansatte i Helse Sør-Øst må gjerne bidra med sin fagkunnskap i samfunnsdebatten. Ved deltagelse i et offentlig ordskifte må grensegangen mellom ytringsfrihet og lojalitet vurderes. Det skal presiseres om uttalelsen står for egen regning og om personlige synspunkter fremmes.

⁴ Følger av helsepersonelloven § 4 tredje ledd: <http://www.lovdatabasen.no/all/tl-19990702-064-002.html>

⁵ Nasjonal veileder – Beslutningsprosesser for begrenset livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende”, HDIR 10/2009 IS-1691.

⁶ http://old.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=196&I=1493

⁷ <http://www.helse-sorost.no/fagfolk/planverk/Documents/12%20prinsipper%20for%20web%20030908.pdf>

Alle ansatte i Helse Sør-Øst skal være varsomme i bruk av sosiale medier i relasjoner med pasienter, brukere eller pårørende. Slike relasjoner skal ikke forekomme hvis det kan påvirke evnen til profesjonalitet, eller på noen måte overtre lovpålagt taushet.

4.3 Respekt og forutsigbarhet

Pasienter og brukere i Helse Sør-Øst og deres pårørende, skal møtes med respekt ved at deres rettigheter, verdighet og integritet ivaretas og fremmes. Rett til privatliv, konfidensialitet og selvbestemmelse må respekteres og vi skal ta hensyn til pasientens kunnskap, innsikt, erfaring og ekspertise.

I Helse Sør-Øst skal man både som pasient og ansatt oppleve en størst mulig grad av forutsigbarhet i hverdagen. Det viser respekt for individet og gir trygghet for den enkelte. Punktlighet og gode tilbakemeldinger ved eventuelle avlysninger eller utsettelse skal være førende i samhandling både med pasienter og mellom ansatte.

Alle medarbeidere i Helse Sør-Øst har ansvar for å skape et godt arbeidsmiljø preget av kvalitet, kunnskap, åpenhet, involvering, respekt og forutsigbarhet.

Omsorgsfull behandling omfatter god kommunikasjon og rutiner ved overføring av pasienter til andre avdelinger eller institusjoner.

Det er avgjørende for tilliten til Helse Sør-Øst at det ikke kan reises tvil om at enhver sak behandles og avgjøres på en upartisk måte, upåvirket av personlige interesser. Samarbeid mellom ansatte i Helse Sør-Øst og eksterne aktører skal foregå slik at hverken pasienter eller andre kan trekke foretakets eller den enkeltes uavhengighet i tvil.⁸

Bistillinger eller andre oppgaver må ikke skape tvil om habilitet eller integritet jf gjeldende veileder vedtatt i styret i Helse Sør-Øst⁹

Global mangel på helsepersonell og skjev fordeling mellom land fører blant annet til at store befolkningsgrupper i utviklingsland ikke får helsetjenester. Det forutsettes at all rekruttering skjer i samsvar med WHO's internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering¹⁰.

Helseforetakets ressurser skal forvaltes mest mulig rasjonelt. Alle ansatte i Helse Sør-Øst har ansvar for å vurdere om ressursene brukes på fornuftig og formålstjenlig måte og til fellesskapets beste. Dette innebærer også å ta et ansvar for å velge miljøvennlige løsninger og følge opp helseforetakets tiltak for et bedre ytre miljø.

5. Veiledning

De etiske retningslinjene er ment som en støtte i det daglige arbeidet, i tenkning og planlegging, og i løsning av etiske problemstillinger. Det bør være rom for etisk refleksjon i arbeidshverdagen til den enkelte, uavhengig av hvilken stilling man har i Helse Sør-Øst. Dilemmaer bør løses i samtale og drøftinger med kolleger og/eller leder.

⁸ Se Helse Sør-Øst etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt <http://www.helse-sorost.no/fagfolk/temasider/etikk/Sider/innkjop.aspx>

⁹ <http://www.helse-sorost.no/fagfolk/temasider/etikk/Sider/bistillinger-og-bierverv.aspx>

¹⁰ http://www.spekter.no/stream_file.asp?iEntityId=5465

Denne framgangsmåten kan være til hjelp i løsning av et etisk dilemma:

1. Identifisering av det etiske problemet:
 - a. Relevante fakta
 - b. Identifisering av de berørte parter
 - c. Identifisering av relevante verdier, prinsipper, dyder og lover
2. Finne handlingsalternativer
3. Løsning
4. Evaluere drøftingen

Alle helseforetak skal ha en klinisk etikk-komiteé som kan bidra til en bred og god belysning av ulike aspekter ved vanskelige medisinske saker. Komiteene skal bidra til å høyne kompetansen i klinisk etikk og bidra til grundig og systematisk håndtering av etiske problemstillinger innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige. Det er egne komiteer for forskningsetikk.

6. Melding om bekymringer for brudd

Når et brudd på god etisk praksis oppdages, skal den som oppdager dette melde fra om forholdet slik at det kan forbedres. Alle virksomheter i Helse Sør-Øst har etablert et internt system for meldinger av uønskede hendelser, avvik fra prosedyrer og forbedringsforslag. Melding om brudd på etisk praksis skal så langt det lar seg gjøre følge foretakets rutiner for interne meldinger (avviksmeldinger).¹¹

Kritikkverdige forhold som for eksempel forhold vedrørende pasienter og ansattes sikkerhet, korrupsjon, økonomisk misligheter eller brudd på lover og forskrifter, skal varsles i henhold til foretakets varslingsrutiner. Det enkelte foretaket skal sikre at rutiner for varsling er godt kjent blant ansatte og lett tilgjengelige for alle som jobber i virksomheten uavhengig av om de er fast tilsatt eller ikke.

Hvis saken vanskelig kan varsles internt i foretaket, bør det søkes råd hos konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst eller en offentlig myndighet som for eksempel helsetilsynet, arbeidstilsynet, politiet, eller et annet offentlig kontroll- eller tilsynsmyndighet.

Verken melding om bekymring eller formell varsling skal medføre interne sanksjoner.

7. Konsekvenser av brudd

Ansatte i Helse Sør-Øst skal bestrebe seg på å følge disse etiske retningslinjene. Ved tvil om hvordan retningslinjene skal forstås, skal den ansatte kontakte sin nærmeste leder. Brudd på de etiske retningslinjene vil bli behandlet i samsvar med arbeidsmiljøloven og personalreglement.

¹¹ www.helse-sorost.no/varsling

Målgruppe

Retningslinjene gjelder for alle ansatte, uavhengig av nivå, rolle, funksjon og klinikktilhørighet. De gjelder også for studenter, lærlinger, vikarer, konsulenter og andre som har engasjement og oppgaver i foretaket, og alle med styreverv og tillitsverv. Ledere har et særskilt ansvar for at medarbeiderne og innleide vikarer/konsulenter kjenner til og handler i tråd med, retningslinjene.

Hensikt

Vestre Viken sitt overordnede mål er å tilby likeverdige helsetjenester av høy kvalitet til befolkningen, og foretakets grunnverdier er kvalitet, trygghet og respekt. I det daglige arbeidet skal målet og verdigrunnlaget være med å prege våre holdninger, vurderinger og beslutninger når vi er på jobb i Vestre Viken. Retningslinjene er i tråd med de [etiske retningslinjene som er vedtatt i Helse Sør-Øst](#).

Etikk handler om verdier og valg den enkelte gjør i ulike situasjoner.

Med etisk dilemma mener vi i denne sammenhengen situasjoner der ulike verdier er i konflikt med hverandre og man må gjøre et valg på bekostning av noe annet.

Vestre Viken har utarbeidet Etiske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken, [se vedlegg](#).

Formål

Formålet med retningslinjene er å gi et felles etisk ståsted for den daglige kontakt med pasienter, brukere, pårørende, kolleger og medarbeidere, arbeidsgiver og andre samarbeidspartnere.

Alle som handler på vegne av Vestre Viken, skal opptre i tråd med disse. Retningslinjene skal være veiledning og støtte for etisk refleksjon og praksis. For tema som ikke omfattes av eller er regulert i norsk lov, vil etiske refleksjoner få større plass i beslutningsgrunnlaget.

Beskrivelse

Videre følger **Etiske retningslinjer – kortversjon**

Retningslinjene er et supplement til relevant lovverk, eksisterende retningslinjer i Vestre Viken og profesjonsetiske retningslinjer.

Vi skal opptre profesjonelt og vennlig

Vær bevisst din rolle i møte med pasienter, pårørende, kolleger og samarbeidspartnere

Følg etablerte normer; vær imøtekommende og høflig, vis respekt

Sørg for å ha faglig kompetanse til å utføre jobben din eller be om mer opplæring

I daglig drift skal alle ansatte

Løse arbeidsoppgavene dine på en forsvarlig og redelig måte

Holde deg til oppgaver og ansvar i planlegging og gjennomføring av ulike oppdrag

Bruke utstyr hensynsfullt og økonomisk

Medvirke i diskusjoner og prosesser, og rette deg etter beslutninger som er tatt

Hvis noe ikke går etter planen

Si i fra om uønskede forhold og hendelser

Håndtere konflikter slik at konsekvensene for omgivelsene blir minst mulig

Foreslå forbedringer

Gi konstruktiv korreksjon

I forhold til våre omgivelser

Ha med miljøkostnader og – påvirkning som del av beslutningsgrunnlaget i alle typer saker

Bruk alltid formelle avtaler for innkjøp av varer og tjenester

Følg retningslinjene om bierverv, gaver og relasjon til eksterne samarbeidspartnere
Følg retningslinjene for deltagelse på konferanser og faglige møter

I offentlig debatt

Opptre saklig, ryddig og etterrettelig
Tydeliggjøre når uttalelser står for egen regning
Følge Vestre Vikens retningslinje for ytringer på sosiale medier

Spesielt for ledere

Ledere skal gå foran som gode eksempler
Reflektere rundt etiske problemstillinger ved ulike sider av enhetens drift
Identifisere potensielle etiske dilemma og sørge for at de blir drøftet i egnede fora
Være bevisste på at vi forvalter samfunnets fellesmidler
Involvere medarbeidere slik at de kan ivareta sin rolle og oppgaver i enheten

For spørsmål av medisinsketisk karakter, kontakt Klinisk etisk komite i din klinikk, eller på nærmeste sykehuslokasjon.

Kontakt din nærmeste leder hvis du har spørsmål til innholdet eller ønsker å vite mer om hva de enkelte punkt innebærer.

Endringer fra forrige versjon

NY - styrebehandlet 19.06.2017

Vedlegg

- [Etiske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken - 2017](#)
- [Etiske retningslinjer - dilemmasirkel](#)
- [Etiske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken - kortversjon 2017](#)
- [Etiske dilemma - casesamling 2017](#)

Etiske retningslinjer for ansatte i Vestre Viken

1.	Innledning.....	3
1.1.	Formål.....	3
1.2.	Målgruppe	3
1.3.	Forholdet mellom jus og etikk.....	3
1.4.	Dokumentets status og gyldighet.....	3
2.	Forholdet til pasienten	4
2.1.	Pasientens rettigheter	4
2.2.	Taushetsplikt	4
2.3.	Rollesammenblanding	4
3.	Forholdet til pårørende	4
4.	Klinisk etikk komiteer	5
5.	Om opplæring, utdanning, fagutvikling, kvalitetsutvikling, kontinuerlig forbedring og forskning .	5
6.	Ledelse.....	5
7.	Ansatte	6
7.1.	Ansvar, samarbeid og støtte	6
7.2.	Kommunikasjonskultur.....	6
7.3.	Kritikkverdige forhold	6
7.4.	Varsling.....	6
7.5.	Bierverv	6
7.6.	Bruk av Vestre Viken sine eiendeler.....	7
8.	Forholdet til eksterne instanser	7
8.1.	Foretakets leverandører.....	7
8.2.	Faglige møter og kongresser	7
8.3.	Invitasjon til arrangement	7
8.4.	Gaver	8
9.	Samfunnsansvar.....	8
10.	Media.....	8
11.	Konsekvenser av brudd	8
12.	Når etiske utfordringer oppstår:.....	9

Oppdraget er beskrevet som følger:

“Inngår i et av de fire bena i HR- strategien (Kultur)

Vestre Vikens omdømme og tillit er avhengig av medarbeidernes profesjonalitet og faglige dyktighet, og et høyt etisk nivå. Det gjelder både foretakets drift og handlemåten til hver enkel ansatt. Det forventes derfor at alle opptrer med aktsomhet, redelighet og objektivitet, og avstår fra handlinger som kan svekke tilliten til foretaket. For å sikre en enhetlig og profesjonell opptreden bør det utarbeidet felles etiske retningslinjer som gjelder for alle medarbeidere.”

1. Innledning

Vestre Viken sitt overordnede mål er å tilby likeverdige helsetjenester av høy kvalitet til befolkningen, og foretakets grunnverdier er kvalitet, trygghet og respekt. I det daglige arbeidet skal målet og verdigrunnlaget være med å prege våre holdninger, vurderinger og beslutninger når vi er på jobb i Vestre Viken. Retningslinjene er i tråd med de [etiske retningslinjene som er vedtatt i Helse Sør-Øst](#).

Etikk handler om verdier og valg den enkelte gjør i ulike situasjoner.

Med etisk dilemma mener vi i denne sammenhengen situasjoner der ulike verdier er i konflikt med hverandre og man må gjøre et valg på bekostning av noe annet.

Leseveiledning: Sammendrag av dette dokumentet finnes i egen kortversjon, og kapitlene kan leses enkeltvis og uavhengig av hverandre.

1.1. Formål

Formålet med retningslinjene er å gi et felles etisk ståsted for den daglige kontakt med pasienter, brukere, pårørende, kolleger og medarbeidere, arbeidsgiver og andre samarbeidspartnere.

Alle som handler på vegne av Vestre Viken, skal opptre i tråd med disse. Retningslinjene skal være veiledning og støtte for etisk refleksjon og praksis. For tema som ikke omfattes av eller er regulert i norsk lov, vil etiske refleksjoner få større plass i beslutningsgrunnlaget.

1.2. Målgruppe

Retningslinjene gjelder for alle ansatte, uavhengig av nivå, rolle, funksjon og klinikktilhørighet. De gjelder også for studenter, lærlinger, vikarer, konsulenter og andre som har engasjement og oppgaver i foretaket, og alle med styreverv og tillitsverv. Ledere har et særskilt ansvar for at medarbeiderne og innleide vikarer/konsulenter kjenner til og handler i tråd med, retningslinjene.

1.3. Forholdet mellom jus og etikk

Alle medarbeidere i VV skal følge de lover, regler og retningslinjer som til enhver tid gjelder uavhengig av avdeling, stilling og funksjon. Den enkelte har selv en plikt til å sette seg inn i og følge de lover som kan berøre den enkeltes arbeidsoppgaver.

Å følge lover, instruksjoner og regler er ikke i seg selv alltid nok for å sikre en høy etisk standard. Ledere og ansatte må selv reise relevante etiske problemstillinger i sitt virke. Det betyr at hver enkelt kontinuerlig og kritisk må vurdere egne interesser og engasjement med tanke på potensielle etiske konfliktsituasjoner.

1.4. Dokumentets status og gyldighet

Retningslinjen er overordnet og generell. Den kommer i tillegg til gjeldende arbeidskontrakt, og viser til aktuelle lover, forskrifter, avtaler, arbeidsreglement, retningslinjer og prosedyrer for Vestre Viken. For saker som knytter seg til ansettelsesforhold i Vestre Viken, vil disse retningslinjene bli lagt til grunn ved etiske dilemma.

2. Forholdet til pasienten

Vestre Vikens omdømme og tillit i omgivelsene er avhengig av ansattes profesjonalitet og faglige dyktighet, og et høyt etisk nivå. Det forventes derfor at alle opptre med aktsomhet, redelighet og objektivitet. Pasienten er den personen som henvender seg til helseforetaket med anmodning om helsehjelp, eller som helseforetaket gir eller tilbyr helsehjelp. Behandling av pasienter er en av helseforetakets hovedoppgaver.

Alle ansatte i Vestre Viken skal møte alle pasienter og deres pårørende med respekt for det enkelte menneskets liv og dets iboende verdighet og integritet. Alt helsepersonell i Vestre Viken forholder seg til sine yrkesetiske retningslinjer. Alle ansatte skal i jobbsammenheng opptre med nødvendig diskresjon og alminnelig høflighet.

2.1. Pasientens rettigheter

Pasientens rettigheter er regulert i [Pasient- og brukerrettighetsloven](#). Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

2.2. Taushetsplikt

Alle ansatte undertegner helseforetakets taushetserklæring når arbeidsforholdet starter. Taushetsplikt etter forvaltningsloven gjelder for alle ansatte i Vestre Viken. Helsepersonell og andre som bidrar med helsehjelp har også taushetsplikt i henhold til [Lov om helsepersonell](#), kapittel 5. Taushetsplikt må også overholdes i forhold til andre ansatte som ikke nyter nødvendig helsehjelp, samt andre pasienter, eks skranke, fellesareal, flersengsrom.

Elektronisk pasientjournal gir dem som har tilgang i prinsippet adgang til opplysninger om alle helseforetakets pasienter, men å søke opplysninger om pasienter som man ikke har pleie- eller behandlingsansvar for, er ulovlig og ikke forsvarlig yrkespraksis.

2.3 Rollesammenblanding

Pasienter har krav på trygghet i behandlingssituasjoner og at ansatte opptre profesjonelt. Dette betyr blant annet å skille klart mellom profesjonelle og private relasjoner og å ivareta pasienters autonomi og integritet.

Vestre Viken har utarbeidet egen retningslinje som skal virke forebyggende og sikre at ansatte i foretaket får kunnskap om relevant lovverk og foretakets holdning til [rollesammenblanding](#).

3. Forholdet til pårørende

Pasientens pårørende møtes med medmenneskelighet og respekt for deres integritet og de påkjenninger som situasjonen fører med seg også for dem.

Ansatte har ansvar for å opptre med full profesjonell oppmerksomhet i nærvær av med pasienter og pårørende.

Pasientens pårørende er den eller de pasienten oppgir som nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, er nærmeste pårørende den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten

Pårørende skal ha informasjonen de har krav på etter pasient- og brukerrettighetsloven formidlet på en hensynsfull og mest mulig tilpasset måte. Barn som pårørende krever særskilt oppmerksomhet.

4. Klinisk etikk komiteer

Foretaket har Kliniske Etikk Komiteer (KEK) som skal bidra til å høyne den kliniske etikk-kompetansen hos helsepersonell ved sykehuset. De skal tilrettelegge for identifikasjon og analyse og om mulig, synliggjøre handlingsalternativer ved etiske problemstillinger, relatert til pasientbehandlingen, både i enkeltsaker og systemmessig.

Dette dokumentet skal ikke være i motstrid til eller erstatte det arbeid som gjøres i KEK. Ansatte som ønsker hjelp til etisk refleksjon rundt dilemma relatert til pasienter og pårørende kan henvende seg til den lokale kliniske etikk komitee.

5. Om opplæring, utdanning, fagutvikling, kvalitetsutvikling, kontinuerlig forbedring og forskning

Alle ansatte skal bidra til å utvikle og opprettholde en høy faglig standard i sitt arbeid.

Det forventes at ansatte bidrar til spredning av kunnskap og til å avdekke uhell og avvik på en slik måte at dette brukes aktivt i forbedringsarbeid. Når det er påkrevd for å sikre god yrkesutøvelse, gis kollegaveiledning og respektfull korreksjon.

Den enkelte medarbeider har ansvar for å kjenne til helseforetakets og avdelingens prosedyrer. Samtidig har den enkelte et personlig ansvar for sin yrkesutøvelse som er overordnet rutinene og retningslinjene.

Forskningsvirksomhet i helseforetaket skal foregå med respekt for enkeltpasienters liv, helse, privatliv og verdighet. Pasienters deltagelse i forskningsprosjekter bygger på frivillighet og informert, skriftlig samtykke. Forskning følger gjeldende lov- og regelverk, internasjonale retningslinjer og forskningsetiske bestemmelser. Medisinsk og helsefaglig forskning skal vurderes av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, mens bruk av personopplysninger i kvalitetsstudier vurderes av personvernombudet.

God forskningsetikk er den enkeltes forskers og prosjektleders ansvar og helseforetakets systemansvar. Forskning i Vestre Viken skal tilstrebe høy kvalitet, baseres på samarbeid og komme pasientene til gode. Vestre Viken skal være en medaktør i forskerutdanningen, med et spesielt fokus på forskningsetikk, lover og regler for forskning.

6. Ledelse

Ledere skal gå foran som gode eksempler og holde høyt etisk nivå i sitt arbeid.

Ledere skal sørge for ansatte gis veiledning og opplæring slik at de er i stand til å utføre de oppgaver de er satt til på en god måte. Undervisning, opplæring og veiledning skal være en integrert del av arbeidshverdagen.

Leder har et spesielt ansvar for å følge opp den enkelte medarbeider og gi konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet og sikre rom for etisk refleksjon. Gjennom utvikling av kultur, verdier, kompetanse og klare prinsipper for ledelse og medvirkning skal medarbeiderne oppleve et trygt, åpent og involverende arbeidsmiljø med høyt etisk nivå.

Ledere har et særskilt ansvar for at deres medarbeidere kjenner foretakets etiske retningslinjer.

7. Ansatte

7.1. Ansvar, samarbeid og støtte

Alle ansatte har ansvar for å bidra til et godt arbeidsmiljø preget av kvalitet, kunnskap, åpenhet, involvering, omtanke, respekt og forutsigbarhet.

Gjensidig hjelp og kollegial støtte er en forutsetning for godt faglig og tverrfaglig samarbeid i Vestre Viken, og for fleksibilitet og god flyt i arbeidshverdagen. Alle ansatte har plikt til å si fra om forhold som kan medføre fare for pasienters og kollegers sikkerhet.

7.2. Kommunikasjonskultur

Alle ansatte skal bidra til og følge etablerte normer for imøtekommende opptreden, respekt og høflighet. Dette gjelder i kommunikasjon med hverandre, og i møte med pasient, pårørende og andre samarbeidspartnere.

Dette utelukker ikke konstruktiv meningsutveksling i dertil egnede fora. Det forventes at ansatte respekterer og forholder seg til at resultatet av prosesser og diskusjoner ikke nødvendigvis blir deres eget førstevalg. Det vil si at medarbeidere, når en beslutning er tatt, innretter sitt arbeid etter det som blir bestemt.

Eventuelle konflikter mellom ansatte skal håndteres slik at de ikke får negative konsekvenser for pasienter, arbeidsmiljø eller avdelingens/klinikkens/foretakets omdømme.

Vestre Viken har prosedyre [for konflikthåndtering](#) som beskriver hvordan slike situasjoner skal håndteres.

7.3. Kritikkverdige forhold

Med kritikkverdige forhold menes forhold som er i strid med lover eller etiske normer.

Det er viktig at medarbeidere tar opp saker om kritikkverdige forhold med sine ledere.

7.4. Varsling

Dersom medarbeidere opplever at nærmeste leder ikke følger opp, kan saken tas videre i linjen eller til [Varslingsutvalget i foretaket](#). Arbeidsmiljøloven gir også arbeidstakerne rett til å varsle utenfor egen virksomhet. Rettigheten forutsetter at fremgangsmåten er forsvarlig, blant annet ved at intern varsling skal forsøkes først, at motivet er kvalitetsforbedring og at forholdet det varsles om objektivt sett er alvorlig. Ansatte skal kunne si i fra uten risiko for gjengjeldelse fra arbeidsgiver.

7.5. Bierverv

Ansatte som har oppdrag for andre virksomheter enn Vestre Viken, må følge [prosedyre om bierverv](#). Alle oppdrag for eksterne (betalte og ubetalte) må være av en slik karakter at ikke de skaper tvil om den enkeltes lojalitet eller faglige integritet.

Vestre Vikens retningslinjer på dette området er de samme som for resten av Helse Sør-Øst.

Ansatte som har, eller vurderer å påta seg, bierverv, oppfordres til å oppgi avtaler om og inntekter fra dette arbeidet.

7.6. Bruk av Vestre Viken sine eiendeler

Ansatte skal bruke utstyr og eiendom i jobbsammenheng, og ikke til private formål.

I alle sammenhenger skal Vestre Vikens eiendeler brukes på en hensynsfull og økonomisk måte.

Medarbeiderne forventes å bruke arbeidstiden, og Vestre Viken sitt utstyr til de arbeidsoppgaver de er ansatt for å utføre. Enhver ansatt oppfordres til å bruke Sykehusets eiendeler brukes i samsvar med virksomhetens formål, slik at det ivaretar krav til tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet i henhold til [Retningslinje for lån/leie av Vestre Vikens eiendeler](#). Unntatt er lån eller leie av Velferdsforeningens eiendeler.

8. Forholdet til eksterne instanser

Som ansatte i VVHF er vi forpliktet av habilitetsreglene i [Forvaltningsloven](#) (kapittel II, § 6 f.).

Det innebærer at alle har et ansvar for å yte tjenester, løse oppgaver og behandle problemstillinger på en upartisk måte. Personlige interesser skal ikke være del av beslutningsgrunnlaget. Samarbeid mellom ansatte i helseforetaket og eksterne aktører skal foregå slik at hverken pasienter eller andre kan trekke foretakets eller den enkeltes uavhengighet eller integritet i tvil.

8.1. Foretakets leverandører

Retningslinjene for innkjøpsarbeidet skal skape tillit og bidra til å sikre omdømmet til foretaket.

Våre innkjøp gjøres gjennom avtaler med definerte leverandører. Ansatte må ikke etablere relasjoner til leverandører som kan innebære utilbørlige bindinger i forbindelse med anskaffelser.

Les mer:

[Samarbeidsavtalen mellom helseregionene og legemiddelindustrien \(LMI\)](#)

[Samarbeidsavtalen mellom helseregionene og Medtek Norge \(tidligere LFH\)](#)

[Samarbeidsavtalen mellom helseregionene, LMI og Medtek Norge \(brosjyre\)](#) [Etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt](#)

8.2. Faglige møter og kongresser

Klinikkdirektørene har fullmakt til å avgjøre ansattes deltagelse på kongresser og faglige møter.

Invitasjoner til ansatte skal sendes leverandørkontaktene/avdelingssjefene med kopi til

postmottaket. Alle utgifter til reise, opphold og konferanseavgift mm skal i utgangspunktet betales av foretaket, enten via innkjøpskontrakt eller fakturert. Unntaket er hvis leverandør inviterer til konferanse i regi av leverandøren, hvor Vestre Viken betaler for reise og opphold.

Ansatte som har nær tilknytning til for eksempel legemiddelindustrien, kan bli vurdert som inhabile, for eksempel i en innkjøpsprosess. [Regionale produktråd med habilitetsskjema \(brosjyre\)](#)

8.3. Invitasjon til arrangementer

Når ansatte inviteres til arrangementer som kurs, faglige møter, konferanser og kongresser, vurderes nytten av deltagelse for avdelingen. Klinikkdirektør avgjør deltagelse til konferanser og kongresser.

Utgifter som reise, opphold og eventuelle arrangementsavgifter til den ansattes deltagelse dekkes av Vestre Viken, enten gjennom innkjøpskontrakt eller faktura.

8.4. Gaver

Ansatte skal ikke motta store personlige gaver, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som kan påvirke handlinger, saksforberedelse eller beslutninger på en utilbørlig måte. Ved tvil kan du søke råd hos nærmeste leder. Retningslinje for [oppmerksomhet](#) fra Vestre Viken som arbeidsgiver til ansatte ved merkedager skal følges.

9. Samfunnsansvar

Likeverd for alle mennesker skal ligge til grunn ved rekruttering, kompetanseutvikling, karriereutvikling og samarbeid.

Vestre Viken har et spesielt ansvar innenfor miljøsatsing i kraft av å være blant de største virksomheter i vår region og som en del av foretaksgruppen i Helse Sør-Øst. Miljøvurderinger og miljøkostnader skal være del av beslutningsgrunnlaget i alle typer saker.

Vestre Viken arbeider mot alle former for misligheter og korrupsjon, og ser dette som en viktig del av det å forvalte samfunnets ressurser best mulig.

Som del av Helse Sør-Øst er vi også forpliktet til å følge prinsipperklæringen og [retningslinjene til Initiativ for etisk handel](#)

10. Media

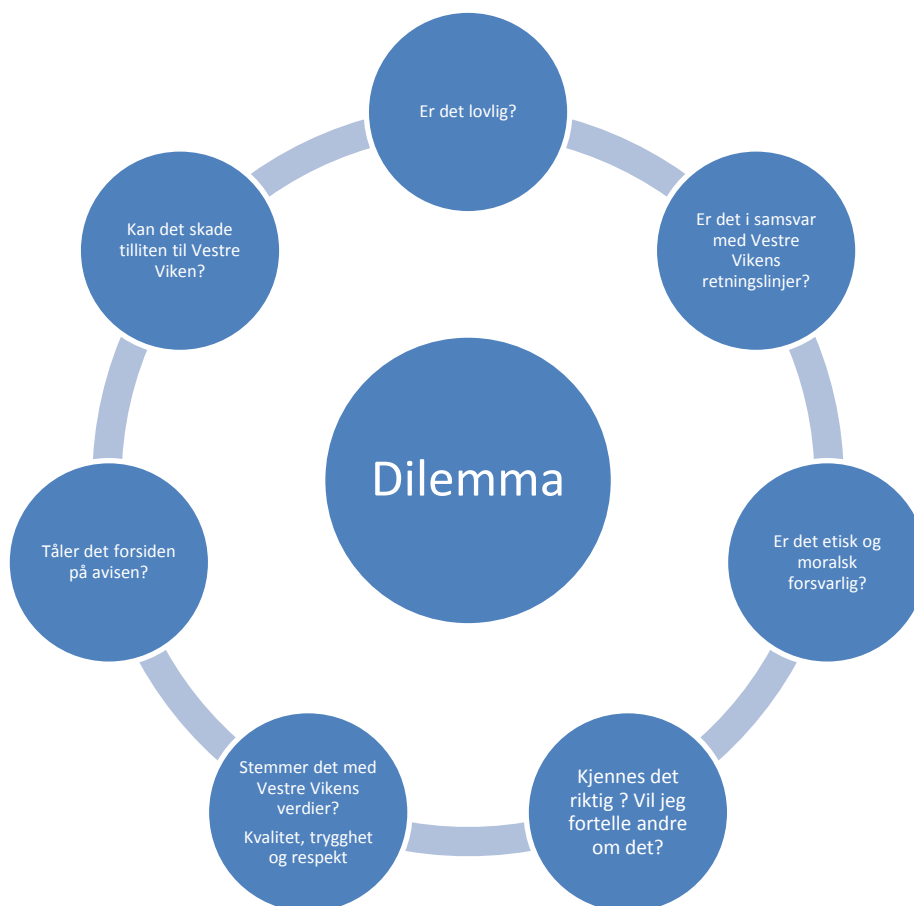
I kontakt med redaktørstyrte medier har alle ansatte full ytringsfrihet og uttaler seg som selvstendige fagpersoner. Ved deltagelse i et offentlig ordskifte må grensegangen mellom ytringsfrihet og lojalitet vurderes. Foretaket har egne retningslinjer for opptreden i sosiale medier som omfatter alle ansatte. Det skal presiseres om uttalelsen står for egen regning og om personlige synspunkter fremmes.

11. Konsekvenser av brudd

Ansatte i Vestre Viken skal bestrebe seg på å følge disse etiske retningslinjene. Ved tvil om hvordan de skal forstås, skal den ansatte kontakte sin nærmeste leder. Brudd på de etiske retningslinjene vil bli behandlet i samsvar med [Arbeidsmiljøloven](#) og [arbeidsreglement](#).

12. Når etiske utfordringer oppstår

Dilemmasirkelen angir de sentrale spørsmålene ansatte må stille seg som utgangspunkt for etisk refleksjon.



Etiske retningslinjer – kortversjon

Retningslinjene er et supplement til relevant lovverk, eksisterende retningslinjer i Vestre Viken og profesjonsetiske retningslinjer.

Vi skal opptre profesjonelt og vennlig

Vær bevisst din rolle i møte med pasienter, pårørende, kolleger og samarbeidspartnere
Følg etablerte normer; vær imøtekommende og høflig, vis respekt
Sørg for å ha faglig kompetanse til å utføre jobben din eller be om mer opplæring

I daglig drift skal alle ansatte

Løse arbeidsoppgavene dine på en forsvarlig og redelig måte
Holde deg til oppgaver og ansvar i planlegging og gjennomføring av ulike oppdrag
Bruke utstyr hensynsfullt og økonomisk
Medvirke i diskusjoner og prosesser, og rette deg etter beslutninger som er tatt

Hvis noe ikke går etter planen

Si i fra om uønskede forhold og hendelser
Håndtere konflikter slik at konsekvensene for omgivelsene blir minst mulig
Foreslå forbedringer
Gi konstruktiv korleksjon

I forhold til våre omgivelser

Ha med miljøkostnader og – påvirkning som del av beslutningsgrunnlaget i alle typer saker
Bruk alltid formelle avtaler for innkjøp av varer og tjenester
Følg retningslinjene om bierverv, gaver og relasjon til eksterne samarbeidspartnere
Følg retningslinjene for deltagelse på konferanser og faglige møter

I offentlig debatt

Opptre saklig, ryddig og etterrettelig
Tydeliggjøre når uttalelser står for egen regning
Følge Vestre Vikens retningslinje for ytringer på sosiale medier

Spesielt for ledere

Ledere skal gå foran som gode eksempler
Reflektere rundt etiske problemstillinger ved ulike sider av enhetens drift
Identifisere potensielle etiske dilemma og sørge for at de blir drøftet i egnede fora
Være bevisste på at vi forvalter samfunnets fellesmidler
Involvere medarbeidere slik at de kan ivareta sin rolle og oppgaver i enheten

For spørsmål av medisinsketisk karakter, kontakt Klinisk etikk komite i din klinikk.

Kontakt din nærmeste leder hvis du har spørsmål til innholdet eller ønsker å vite mer om hva de enkelte punkt innebærer.

Dato: 19.10.2020
Saksbehandler: Elin Onsøyen

Saksfremlegg

Orienteringer

Møte	Saksnr.	Møtedato
Styremøte i Vestre Viken	64/2020	26.10.2020

Forslag til vedtak

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

Drammen, 19. oktober 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. Notat – Budsjettprosess og statsbudsjettet 2021
Viser til vedlegg 1
2. Notat – Nytt sykehus Drammen
Viser til vedlegg 2
3. Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 24. september
Viser til vedlegg 3
4. Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 22. oktober (ettersendes)
Viser til vedlegg 4
5. Brukerutvalg 21. oktober (ettersendes)
Viser til vedlegg 5
6. Styrets arbeid – oversikt over saker pr. oktober
Viser til vedlegg 6

Administrerende direktørs vurderinger

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

- Vedlegg:
1. Notat – Budsjettprosess og statsbudsjettet 2021
 2. Notat – Nytt sykehus Drammen
 3. Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 24. september
 4. Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 22. oktober (ettersendes)
 5. Brukerutvalg 21. oktober (ettersendes)
 6. Styrets arbeid 2020 pr. oktober

Dato: 13.10.2020
Saksbehandler: Sheryl Swenson

NOTAT

Til: Styret
Fra: Administrerende direktør

Budsjett 2021 - orientering om statsbudsjettet og budsjettprosessen i Vestre Viken

Bakgrunn

Foreløpig forutsetninger for budsjett 2021 ble gitt foretakene i forbindelse med Økonomisk Langtidsplan (ØLP) 2021-2024. Dette inkluderer forutsetninger om basisrammeutvikling, og krav til aktivitetsvekst. Foretakene fastsetter også resultatkrav og foreløpig investeringsrammer for neste års budsjett gjennom ØLP-behandling.

VVHF lager eget internt budsjettsskriv til klinikkene for å fastsette metoder og premisser for årets budsjettprosess. Budsjettsskrivet gir premisser for aktivitetsvekst, krav til effektivisering og gevinster, resultatkrav og investeringsnivå. Premissene baseres i stor grad på ØLP-forutsetninger. Budsjettsskrivet inkluderer også en foreløpig rammetildeling til klinikkene, og skal gi klinikkene et godt grunnlag for å komme i gang med budsjettprosessen.

Budsjettforutsetninger og premisser som er gitt i forbindelse med ØLP, og som er grunnlag for VVHF budsjettsskriv, oppdateres på høsten etter fremleggelse av forslag til statsbudsjett (Prop. 1 S). I år ble forslag til statsbudsjett lagt frem den 7.oktober 2021. HSØ utarbeidet en overordnet presentasjon over de viktigste effekter for helsesektoren generelt, og Helse Sør Øst Region. HSØ vil formidle hvordan statsbudsjettet vil påvirke forutsetninger for budsjett 2021 og rammetildeling til de enkelte foretakene helseforetakene i et budsjettsskriv som forventes primo november. Selv om budsjettsskrivet fra HSØ ikke foreligger ennå, gir statsbudsjettet mange signaler som kan tolkes.

Saksutredning

Budsjettering for 2021 er ekstra krevende som følge av koronapandemien i 2020. Aktivitets-, bemannings- og kostnadsutvikling er vesentlig påvirket i 2020 av covid-19 pandemien. I tidligere år ble neste års budsjett en videreføring av prognose for inneværende år. Denne tilnærmingen vil ikke fungere for 2021. Da budsjett 2020 gir den beste vurdering av et «normalt» årsbudsjett, er det besluttet at det skal være utgangspunkt for budsjett 2021, dog korrigert for kjente forhold og trender, herunder effekter av igangsatte tiltak.

Budsjett 2021 vil påvirkes av varige koronaeffekter – for eksempel adgangskontroll, økt smittevern, beredskap, testing mm. Kostnader knyttet til varige koronaeffekter skal budsjetteres og rapporteres særskilt.

Aktivitetsvekst

I forslag til statsbudsjett er det krav til vekst i pasientbehandling på 2,3% i forhold til saldert budsjett 2020. Om lag 0,8 % av veksten er en ekstraordinær ettårig aktivitetsvekst for å redusere ventetidene og etterslep som følge av covid-19. Dette er noe høyere enn ØLP forutsetningene, som ga en samlet vekst i pasientbehandling på om lag 2 % fra 2020 til 2021.

I ØLP har VVHF forutsatt en vekst i somatisk pasientbehandling på 2,1 % i forhold til budsjett 2020. I det interne budsjettsskrivet er det ikke satt et absolutt krav for aktivitetsvekst i de somatiske klinikker. Endringer i pasientsammensetninger i 2020 gjør at aktivitetsvekst må budsjetteres for hvert område for seg, og ta høyde for gradvis oppbygging for å ta igjen eventuelle etterslep i pasientbehandlingen. Det forventes ingen økning i øyeblikkelig hjelp i 2021, og trenden med færre innleggelser på medisin forventes å fortsette. Eventuell vekst knyttet til innhenting av etterslep i pasientbehandling skal budsjetteres og rapporteres særskilt.

Aktivitetsutvikling i 2020 for psykisk helse og rus er om lag i tråd med budsjett. Vekstkrav fra ØLP videreføres for PHR, med et samlet vekst i antall polikliniske konsultasjoner på 3,4%.

Vekst i bruk av video- og telefonkonsultasjoner skal rapporteres særskilt for både somatikk og psykisk helse og rurs.

Statsbudsjett legger til rette for en aktivitetsvekst på 3,2 % innenfor laboratorie- og radiologi.

Prioriteringsregelen

Prioriteringsregelen videreføres i statsbudsjett og i tråd med ØLP forutsetninger. Det betyr at budsjett 2021 skal gi større vekst i pasientbehandling innen psykisk helsevern og TSB (og for hvert område hver for seg), enn i somatikk. Det stilles spørsmål ved om innhenting av etterslep i pasientbehandling innenfor somatikk kan måles utenfor denne regelen. Dette vil følges opp i dialog med Helse Sør-Øst RHF.

Inntektsrammer

Forslag til statsbudsjett har flere poster som påvirker rammen til HSØ, og som kan ha betydning for basisrammetildeling til VVHF:

- HSØ tildeles 815,9 MNOK i midler til aktivitetsvekst. Dette er 265,9 MNOK mer enn forutsatt i ØLP. Det forventes at økning i aktivitetmidler vil tildeles helseforetakene.
- Det foreslås innføring av ny nasjonal inntektsmodell, men uten trekk i ramme for regioner som etter nye modell får reduserte basismidler (som er tilfellet for HSØ). Innføring bør derfor ikke ha negativ påvirkning på basisramme til helseforetakene i HSØ.
- HSØ er bevilget 1993,1 MNOK i tilskudd for håndtering av covid-19. Midler skal kompensere for smittevern- og beredskapstiltak (ca 1,885 MRD), og finansiere innføring av en midlertidig insentivordning for å stimulere til forbedringstiltak for å redusere ventetider og etterslep i pasientbehandling. Det forventes at midler utover beredskapslager tildeles helseforetakene.
- HSØ er bevilget 124,8 MNOK til screening kolorektal kreft, 100 MNOK til LIS1-stillinger opprettet i-fm RNB, og 26 MNOK til ytterligere 100 nye LIS1-stillinger. VVHF deltar i disse aktivitetene og forventer å tildeles en andel.

Revidert rammetildeling fra HSØ skal presenteres økonomidirektørene i helseforetakene den 6. november. Inntil ny rammetildeling foreligger skal foretakene legge ØLP rammetildeling til grunn for budsjett 2021.

I VVHF budsjettsskriv er det foretatt en rammefordeling til klinikkene. Totalrammen er avstemt med ØLP forutsetninger. Klinikkrammer er redusert for forventede effekter av gevinstplanen.

Endelige rammer til klinikkene vil fastsettes etter at oppdatert rammetildeling mottas fra HSØ i november, og etter sluttbehandling av budsjett 2021 i salderingsmøte den 17. november 2020 med deltagelse av ledergruppen, hovedtillitsvalgte og hovedverneombud. Styret vil orienteres den 16. november om budsjettprioriteringer og salderinger. Styret behandler endelig budsjettforslag for 2021 i møtet 14. desember 2020.

Lønns- og prisforutsetninger

Lønns- og prisvekst er satt til 2,6% i forslag til statsbudsjett, herav 2,2 % lønnsvekst, og 3,5 % prisvekst.

ISF-enhetspris i somatikk er satt til kroner 46 765 og ISF-enhetspris for psykisk helsevern og TSB er satt til kroner 3 226. Begge øker med 2,1% i forhold til 2020 enhetspris.

Det blir ingen vesentlig endringer i ISF-ordning.

Statsbudsjett – øvrige parametere

- Avbyråkratisering- og effektiviseringsreformen (ABE) videreføres på 9,5 % av basisramme. Dette utgjør 280,6 MNOK for HSØ samlet sett.
- Kvalitetsbasert finansiering videreføres. Netto effekt for HSØ er 0,2 MNOK samlet sett.
- Det overføres finansieringsansvar for flere legemidler til helseforetakene. VVHF forutsetter at overføring er budsjettneutryl for foretakene.
- Nytt sykehus i Drammen er gitt lån på 1020 MNOK.

Fremdriftsplan

Budsjett 2021: Overordnet prosessplan	HSØ foreløpig tidsplan pr juni
Styret VVHF: Orientering status/fremdrift budsjett 2021	26. okt. 2020
Ledermøte: * Orientering foreløpig rammer fra HSØ og forløpig budsjettleveranse HSØ * 1. gangsbehandling av resultat- og detaljert investeringsbudsjett * Førstegangsbehandling av salderingsforslag med prioriteringer	10. nov. 2020
Styret VVHF: Budsjettprioriteringer og saldering	16. nov. 2020
Ledermøte, Tillitsvalgte og Vernetjenester: * Sluttbehandling av budsjett: resultatkrav og investeringsbudsjett (felles møte)	17. nov. 2020
Leveranse HSØ: Avstemt internhandel (komplett i ER)	25. nov. 2020
Ledermøte: Samlet risikovurdering VVHF budsjett	1. des. 2020
Tillitsvalgte og vernetjeneste: Drøfting Budsjett 2021	4. des. 2020
HAMU: Orientering budsjett 2020 (inkl. risiko analyse og drøftingsprotokoller)	8. des. 2020
Styret VVHF: Budsjett og mål 2021	14. des. 2020
Leveranse HSØ: Leveranse komplett periodisert årsbudsjett på 4 siffer nivå, inkl. kommentarer Kl.11.00	11. jan. 2021

NOTAT

Til: Styret
Fra: Administrerende direktør

Status fremdrift byggeprosjektet

Pågående fundamenteringsarbeider har vist seg svært utfordrende og ved utgangen av august var det en forsinkelse på ca. 5 uker for entreprisen Betong- og pelearbeider for kjeller (2201). Forsinkelsene skyldes komplikasjoner ved pelearbeider på grunn av krevende grunnforhold (boring stanser opp gjennom tykke og harde morenelag, påtreff av trepeler, masseuttak mellom ytterrør og innerrør, og vann i grunnen). I den siste tiden har det videre oppstått utfordringer med svikt i spunt, setninger/sideforskyvning av arbeidsdekke og deformasjon av terrenget på baksiden av spunt. Det arbeides i tett samarbeid med rådgivere og entreprenør for å komme frem til trygge tekniske løsninger.

Det vurderes at disse forholdene ikke er en fare for sikkert for personell eller for ukontrollert masseforskyvning, men komplikasjonene medfører endrede arbeidsoperasjoner som er mer tid- og kostnadskreven.

Status Mottaksprosjektet

Mottaksprosjektet har ansvar for alle delaktiviteter frem til innflytting og klinisk ibruktakelse. Hovedfokus siste periode har vært:

- Oppstart og oppfølging av delprosjekter
- Oppstart utstyrsanskaffelser
- Deltakelse i plan for tidlig klinisk ibruktakelse og videre arbeidet med samlet plan
- Oppfølging av byggeprosjektet
- Arbeid med søknad om rammetillatelse for byggene for psykisk helsevern og TSB
- Erfaringsinnhenting Coronapandemien
- Gjennomgang av evalueringsrapportene fra Sykehuset Østfold

Alle aktivitetene er gjennomført iht. plan.

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato: Torsdag 24. september 2020
Tidspunkt: Kl 0915 – 1430

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder		
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder		
Kirsten Brubakk		Forfall	Varamedlem Mette Vilhelmshaugen
Olaf Qvale Dobloug			
Christian Grimsgaard			
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
Viseadministrerende direktør Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen, direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø

Saker som ble behandlet:

095-2020	Godkjenning av innkalling og sakliste
----------	---------------------------------------

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste til styremøte 24. september 2020.

096-2020	Godkjenning av protokoll fra styremøte 20. august 2020
----------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll fra styremøte 20. august 2020 godkjennes.

097-2020	Virksomhetsrapport per august 2020
----------	------------------------------------

Oppsummering

Saken presenterer virksomhetsrapport for august 2020.

Kommentarer i møtet

Styret viste til at ventetidsutviklingen er preget av pandemisituasjonen. Styret vil ha oppmerksomhet på ventetidsutviklingen gjennom høsten. Styret merket seg at aktivitetsutviklingen innen psykisk helsevern for barn og unge er positiv. Det samme gjelder avvisningsratene. Styret viste til at ventetiden for barn og unge innen psykisk helsevern er for lang, og styret ber administrerende direktør om å fortsatt ha en særlig oppmerksomhet på denne pasientgruppen.

Styret viste også til at driften i Sykehuspartner HF har vært god i perioden, men styret er samtidig bekymret for investeringssituasjonen og dermed fremdrift i viktige IKT-prosjekter.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar virksomhetsrapport per august 2020 til etterretning.

098-2020	Halvårsrapport 2020 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
----------	---

Oppsummering

Hensikten med halvårsrapporten er å informere styret i Helse Sør-Øst RHF om resultatene fra gjennomførte revisjoner og status for konsernrevisjonens arbeid i 2020 sett opp mot styregodkjent revisjonsplan.

Kommentarer i møtet

Rapportene fra gjennomførte revisjoner bidrar til å øke kunnskapen i styret og ledelse i helseforetakene. Styret forutsetter at der avvik påpekes, blir disse fulgt opp av styret og ledelsen i aktuelle helseforetak.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar halvårsrapport fra konsernrevisjon til orientering.

099-2020	Revisjonsrapport om uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF
----------	---

Oppsummering

I denne saken legger revisjonsutvalget frem revisjonsrapport etter revisjon av uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF. Saken omtaler bakgrunn for revisjonen, konsernrevisjonens konklusjoner og revisjonsutvalgets forslag til videre oppfølging fra Helse Sør-Øst RHF.

I perioden 2016-2020 har det fremkommet uønskede hendelser i kirurgiske avdelinger både ved Sørlandet sykehus Flekkefjord (SSF) og ved Sørlandet sykehus Kristiansand (SSK). Flere av hendelsene er knyttet til en enkelt lege. Legen ble i februar 2019 overført fra SSF til SSK, hvor han startet i en utdanningsstilling. Helse Sør-Øst RHF har på bakgrunn av dette, og etter dialog med ledelsen ved Sørlandet sykehus HF, anmodet konsernrevisjonen om å gjennomføre en revisjon. Revisjonsutvalget behandlet oppdragsplan for revisjonen 17. februar 2020, og ga konsernrevisjonen senere et tillegg til oppdragsplanen i møte 11. juni 2020.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar revisjonsrapporten til foreløpig orientering, og ber om at revisjonsutvalget kommer tilbake med en sak som orienterer om hvordan rapporten er fulgt opp av Sørlandet sykehus HF.

100-2020	Instruks for styrets revisjonsutvalg og instruks for konsernrevisjonen
----------	--

Oppsummering

I denne saken legger revisjonsutvalget frem instruks for styrets revisjonsutvalg og instruks for konsernrevisjonen. Instruksen for styrets revisjonsutvalg er uten endringer, mens instruksen for konsernrevisjonen foreslås endret på et punkt.

Kommentarer i møtet

Styret hadde enkelte innspill til begge instruksene, og disse innspillene innarbeides i endelige versjoner.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret vedtar instruks for styrets revisjonsutvalg og instruks for konsernrevisjonen med de merknader som ble fremført i styremøtet.

101-2020	Følgerevisjon av programmet STIM per første tertial 2020
----------	--

Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF ba revisjonsutvalget i møte 13. desember 2018 om å utarbeide et opplegg for en følgerevisjon av Program for standardisering og IKT-infrastruktur-modernisering (STIM) i regi av Sykehuspartner HF. Styret sluttet seg til den foreslåtte innretningen av revisjonen i møte 25. april 2019. Denne innretningen innebar at konsernrevisjonen i følgerevisjonens første år har revidert overordnede områder på programnivå som danner rammene for styringen av programmet. Dette har omfattet innretning og styring av programmet, usikkerhetsstyring og risikostyring.

Revisjonsutvalget behandlet og sluttet seg 2. april 2020 til oppdragsplan for 2020 med en justert tilnærming. Styret ble i møte 30. april informert om tilnærmingen i forbindelse med behandlingen av revisjonsrapporten for 3. tertial 2019. Formålet med justert tilnærming var å følge utvalgte prosjekter gjennom hele eller deler av programmets levetid. Dette innebærer å undersøke hvordan prosjektledere har organisert prosjektene for å sikre god leveransestyring. Revisjonen undersøker om utvalgte prosjekter har hensiktsmessige aktiviteter, delleveranser, milepæler og leveranseplan for planlegging og oppfølging i overensstemmelse med målbildet.

I første omgang omfatter revisjonen prosjektene *Felles plattform* og *Regional citrixplattform*, der revisjonen av prosjektet *Felles plattform* skulle påbegynnes i 1. tertial.

Revisjonen gjennomføres med tertialvise rapporter. Denne saken presenterer resultatene fra revisjonen for 1. tertial 2020.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar revisjonsrapport 5/2020 om programmet STIM som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF til orientering.

102-2020	Ny innretning av følgerevisjon for program STIM
-----------------	--

Oppsummering

Sykehuspartner HF ble i foretaksmøte 14. juni 2018 gitt i oppdrag å etablere et nytt program for standardisering og modernisering av regionens IKT-infrastruktur. Konsernrevisjonen har siden 2. tertial 2019 gjennomført en følgerevisjon av programmet i tråd med tilnærmingen som styret sluttet seg til den 25. april 2019. Oppdragsplaner som beskriver dette nærmere er behandlet løpende av revisjonsutvalget.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet den 1. juli 2020 rapportering fra programmet STIM i regi av Sykehuspartner HF per 1. tertial, og ba da revisjonsutvalget ser nærmere på oppdraget til konsernrevisjonen for følgerevisjonen. Styret ønsker at det tilrettelegges for en dypere og løpende oppfølging fra konsernrevisjonens side. Videre har styret bedt revisjonsutvalget om å komme tilbake med en egen sak som beskriver oppdraget nærmere, inkludert en avklaring av ressursbehovet.

Denne saken beskriver konsernrevisjonens og revisjonsutvalgets forslag til ny tilnærming for følgerevisjon av programmet fra høsten 2020.

Kommentarer i møtet

Styret legger vekt på at revisjonen følger den reelle utviklingen i prosjektene. Det er ikke nok at dokumenter og prosedyrer er i orden. Styret er opptatt av at forhold som påpekes underveis i revisjonen, raskt blir fulgt opp.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret slutter seg til konsernrevisjonens innretning av følgerevisjon for programmet STIM i regi av Sykehuspartner HF.

103-2020	Akershus universitetssykehus HF – leie av lokaler og utstyr ved LHL-sykehuset
----------	---

Saken er unntatt offentlighet, offl. § 23, 1. ledd og ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26 a, annet ledd.

Styreleder Morten Dæhlen og administrerende direktør Øystein Mæland ved Akershus universitetssykehus HF deltok under behandlingen av saken.

Oppsummering

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) driver invasiv kardiologisk virksomhet i form av utredning med koronar angiografi og behandling med perkutan koronar intervensjon (PCI) på LHL-sykehuset på Gardermoen. I hovedsak er dette virksomhet som utføres etter avtale med Helse Sør-Øst RHF. Denne virksomheten finner LHL det ikke formålstjenlig å videreføre. Organisasjonen har derfor anmodet Helse Sør-Øst RHF om å overta virksomheten. På den bakgrunn har Helse Sør-Øst RHF anmodet Akershus universitetssykehus HF om å gjøre en vurdering av grunnlaget for overtakelse av denne virksomheten.

Videre har Akershus universitetssykehus HF utredet muligheten for å leie lokaler til elektiv virksomhet og diagnostikk ved LHL-sykehuset som et alternativ til ombygging og rokader på Nordbyhagen. Dette for å imøtekomme kapasitetsbehovet ved helseforetaket.

Akershus universitetssykehus HF har oversendt en samlet søknad til Helse Sør-Øst RHF om tilslutning til virksomhetsoverdragelse av invasiv kardiologisk virksomhet og fullmakt til å inngå leieavtale for arealer til elektiv virksomhet og diagnostikk. Virksomhetsoverdragelsen inkluderer en leieavtale med en nåverdi på ca. 427 millioner kroner og leieavtalen for arealer til elektiv virksomhet og diagnostikk har en nåverdi på ca. 109 millioner kroner. Beslutning om inngåelse av leieavtalene hører til styret i Helse Sør-Øst RHF i henhold til fullmaktgrensene i finansstrategien til Helse Sør-Øst (styresak 033-2019).

Behandlingen av saken

Det ble underveis i behandlingen av saken fremmet forslag fra styremedlem Christian Grimsgaard om at styreleder og administrerende direktør ved Akershus universitetssykehus HF skulle fratre under styrets videre behandling av saken. Forslaget falt mot tre stemmer.

Kommentarer i møtet

Flertallet i styret berømmer Akershus universitetssykehus HF for å bringe frem konkrete og bærekraftige planer som bidrar til bedre kapasitet ved helseforetaket. Styret legger vekt på at dette er en midlertidig løsning frem til nye arealer er etablert i foretakets regi. Styret legger også stor vekt på at Akershus universitetssykehus HF med dette får et bredere hjertemedisinsk tilbud og at avansert hjertemedisinsk behandling i fremtiden skal ivaretas av helseforetaket.

Styrets

VEDTAK

1. Styret gir sin tilslutning til at Akershus universitetssykehus HF overtar den invasive kardiologiske virksomheten fra Landsforeningen for hjerte- og lungesyke med virkning fra 1. januar 2021 under de forutsetninger som fremkommer av denne saken, herunder:
 - a. Overtagelse av personell
 - b. Utkjøp av utstyr
 - c. Leieavtale for lokaler
 - d. Prosjektkostnader og investeringer i IKT-infrastruktur
2. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med en egen sak om fordelingen av opptaksområder for invasiv kardiologi i Helse Sør-Øst.
3. Styret gir Akershus universitetssykehus HF fullmakt til å inngå leieavtale for arealer til den invasive kardiologiske virksomheten med en nåverdi på ca. 427 millioner kroner (inkludert opsjonsperioder).
4. Styret gir Akershus universitetssykehus HF fullmakt til å inngå leieavtale for arealer til elektiv virksomhet og diagnostikk med en nåverdi på ca. 109 millioner kroner (inkludert opsjonsperioder).

Votering:

Vedtatt mot tre stemmer

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Sølvsberg, Vilhelmshaugen og Grimsgaard:

Representantene viser til konserntillitsvalgtes drøftingsnotat i saken. Etter disse representantenes syn vil den samlede løsningen medføre en betydelig økonomisk risiko for foretaket. Det dreier seg om et stort tiltak hvor en velger en leieløsning i stedet for å eie, og dette strider mot Helse Sør-Øst sin finansstrategi.

104-2020	Private avtaleparter innen rehabilitering
-----------------	--

Oppsummering

Foretaksrådet har gitt de regionale helseforetakene et særskilt oppdrag om å ivareta de private avtalepartene og avtalespesialistene i forbindelse med koronapandemien. Helse Sør-Øst RHF har avtaler om kjøp av private helsetjenester til en samlet årlig verdi på tilnærmet 4 600 millioner kroner. Pandemien påvirker avtalepartene innen alle fagområder.

Foreløpig rapportering til Helse Sør-Øst RHF viser at avtaleparter innen rehabilitering har hatt en reduksjon på 33 prosent i antall utskrevne pasienter i mars og april sammenlignet med samme periode i 2019. For andre fagområder viser foreløpig rapportering at avtaleparter har klart å opprettholde et tilnærmet ordinært aktivitetsnivå, når det tas hensyn til at en del av aktiviteten er digitalisert.

Innen rehabilitering er verdien av avtalene tilnærmet 1 500 millioner kroner. De fleste avtalepartene innen rehabilitering har i 2020 betydelig lavere aktivitetsnivå enn forutsatt i

inngåtte avtaler og utbetalte a-kontobeløp. Helse Sør-Øst RHF må derfor beslutte hvordan det økonomiske oppgjøret for 2020 gjennomføres.

Kommentarer i møtet

Styret viser til at avveiningene i denne saken er krevende. Styret slutter seg til at innretningen omfatter generelle tiltak og i noen grad tiltak som er rettet mot enkeltvirksomheter.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre en tilpasning av oppgjøret for 2020 til private avtaleparter innen rehabilitering innenfor en beløpsmessig ramme. Den beløpsmessige rammen fastsettes i styremøtet basert på valgt tilnærming til det økonomiske oppgjøret med private avtaleparter innen rehabilitering.

104B-2020	Private avtaleparter innen rehabilitering
------------------	--

Saken er unntatt offentlighet iht Offentleglova § 13 jf. fvl. § 13 første ledd nr. 2 og offl. § 12 bokstav c og ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26 a, annet ledd.

Oppsummering

Saken gjelder forslag til innretning og fastsettelse av avregning og kompensasjon til de private avtalepartene innen rehabilitering. Priser og økonomisk volum i avtalene mellom Helse Sør-Øst RHF og den enkelte avtalepart er konfidensiell informasjon. For at styret skal ha mulighet til å sette seg inn i de økonomiske vurderingene og konsekvensene av de ulike alternativene som er foreslått i sak 104-2020, framkommer detaljert informasjon i denne saken som er unntatt offentlighet.

Kommentarer i møtet

Styret viste til behandling av sak 104-2020 og at avveiningene i denne saken er krevende. Styret slutter seg til at innretningen omfatter generelle tiltak og i noen grad tiltak som er rettet mot enkeltvirksomheter. De generelle tiltakene omfatter reduksjon av aktivitetskrav til 90 prosent av inngåtte avtaler og kontantstøtte for ideelle avtaleparter som er beregnet etter modell av de nasjonale økonomiske støtteordningene.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre et økonomisk oppgjør med de private avtalepartene innen rehabilitering for 2020 hvor det disponeres inntil 130 millioner kroner mer enn ved en ordinær avtalebasert avregning.

105-2020	Gjennomgang av basestruktur for ambulanshelikopter
----------	--

Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementet ga i foretaksmøtet 10. juni 2020 de fire regionale helseforetakene i oppdrag å oppdatere rapporten fra 2018 om basestruktur for ambulanshelikopter. Rapporten fremlegges nå til behandling i styret.

Kommentarer i møtet

Styret merker seg at dekningsgraden nasjonalt når det gjelder ambulanshelikopter anses å være tilfredsstillende.

Styret viste til at det kommer en ny luftambulansbase i Innlandet og at lokaliseringen av den ses i sammenheng med ny sykehusstruktur som nå utredes og skal behandles av styret i Helse Sør-Øst RHF. Styret understreket også at den etablerte legebemannede bilambulansen i Telemark skal videreføres. Styret ønsker at det fremmes en egen sak om organiseringen av legebemannede bilambulanser.

Styret understreket at det må være tilstrekkelig aktivitet ved luftambulansbasene slik at kvaliteten opprettholdes og ressursene utnyttes på en god måte.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til rapporten «*Gjennomgang av basestruktur for ambulanshelikopter*» og de vurderinger og konklusjoner som fremkommer i denne, herunder at dekningsgraden for ambulanshelikopter anses å være tilfredsstillende.
2. Det etableres en ny luftambulansbase i Innlandet. Lokaliseringen skal avklares som del av den utredningen som pågår om ny sykehusstruktur i Innlandet.
3. Legebemannet bilambulans i Telemark videreføres. Styret ber administrerende direktør legge fram en egen sak om organiseringen av legebemannede bilambulanser.
4. Styret slutter seg til at rapporten oversendes Helse- og omsorgsdepartementet med de merknader som kom frem under behandling av saken i styremøtet.

106-2020	En vei inn for kliniske studier (utredningsoppdrag)
----------	---

Oppsummering

I oppdragsdokumentet for 2019 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene ble det gitt følgende utredningsoppdrag:

«De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, i samarbeid med næringslivet utrede hvordan nasjonal infrastruktur for «en vei inn» for kliniske studier NorCRIN kan kobles tettere til næringslivet gjennom en partnerskapsmodell, jf. det danske NEXT-partnerskapet.»

Rapporten fra dette utredningsoppdraget fremlegges for styret til behandling. Det er utarbeidet en felles styresak som legges frem for de fire regionale helseforetaksstyrene.

Kommentarer i møtet

Styret sluttet seg til forslaget til vedtak og understreker at partnerskapsmodellen må utvikles og detaljeres i den videre oppfølging. Styret pekte også på behovet for at etiske aspekter ivaretas i arbeidet med videreutvikling av modellen.

Styret viste til at medvirkningen fra de ansatte alltid skal ivaretas på en god måte.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar rapporten «Nasjonal infrastruktur for kliniske studier – tettere kobling til næringslivet gjennom en partnerskapsmodell» til orientering.
2. Styret slutter seg til anbefalingen om å utvikle en partnerskapsmodell organisert som del av NorCRIN.
3. Rapporten oversendes til Helse- og omsorgsdepartementet med de merknader som kom frem under behandling i styremøtet.

107-2020	Oppdatering av rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst
----------	---

Oppsummering

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll som del av styresak 093-2010. Rammeverket beskriver felles prinsipper og prosesser for god virksomhetsstyring i helseforetaksgruppen og ble gjort gjeldende for helseforetakene i foretaksmøtet i februar 2011. I styresak 037-2019 *Oppfølging av Riksrevisjonens rapport om styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten*, ble det redegjort for planlagt oppdatering av rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst. Styret ba ved behandling av saken om en orientering om resultatet av arbeidet med oppdatering av rammeverk for god virksomhetsstyring. Arbeidet med en oppdatering har pågått høsten 2019 og vinteren 2020. Hensikten har vært å dekke nye myndighetskrav for området, reflektere dagens utfordringsbilde og hensynta utviklingen de siste årene.

Arbeidet med oppdatering av rammeverk for virksomhetsstyring har vært organisert i en arbeidsgruppe med deltakelse fra alle helseforetakene i regionen. Arbeidsgruppen har vært

koordinert av Helse Sør-Øst RHF. Utkast til rammeverk er gjennomgått med brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF og innspill fra konserntillitsvalgte er ivaretatt gjennom dialogmøter og skriftlige innspill. Rammeverket har vært behandlet i direktørmøtet med de administrerende direktørene i helseforetakene i regionen.

Kommentarer i møtet

Styret vektlegger at det har vært en god prosess i arbeidet med rammeverket. Styret pekte på at medbestemmelse fra de ansatte må sees i sammenheng med medansvar. Forøvrigt hadde styret enkelte språklige og redaksjonelle merknader til dokumentet.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til oppdatert rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst med de merknader som kom frem ved behandling i styremøtet.
2. Rammeverk for virksomhetsstyring gjøres gjeldende for helseforetakene i foretaksmøtet.

108-2020	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

109-2020	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

I tillegg til tema i saksfremstillingen, orienterte administrerende direktør om ERP-system for Sykehusapotekene HF (styresak i Sykehusapotekene HF om ERP-system er unntatt offentlighet, jf. offentleglova §§ 13, 23 og 12, og orienteringen ble gitt i lukket møte, jf. helseforetaksloven § 26a). Det iverksettes nå en utredning av den regionale ERP-løsningen for Sykehusapotekene HF.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Protokoll fra foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 10. juni 2020
3. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 23. og 24. juni 2020
4. Foreløpig protokoll fra møtet i revisjonsutvalget 20. august og 2. september 2020
5. Brev fra Norsk Sarkoidose Forening om Granheim Lungesykehus
6. Uttalelse fra Engerdal kommune om lokalisering Innlandet
7. Brev fra Per Sæther om lokalisering Innlandet
8. Brev fra Lillehammer kommune om lokalisering Innlandet
9. Brev fra Pensjonistforbundet Oppland
10. Brev fra Redd Sykehusene i Innlandet og Bevar Granheim Lungesykehus
11. Protokoller fra drøftingsmøte med de konserntillitsvalgte 24. september 2020

Møtet hevet kl 15:10

Oslo, 24. september 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

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
Mandag 27. april Møtested:	<ul style="list-style-type: none"> - Virksomhetsrapport mars - Gevinstrealiseringsplan - Rullering av strategisk plan 	<ul style="list-style-type: none"> - Styrets arbeid 2020 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientering Nytt sykehus Drammen • Kortfattet orientering om pandemiplan

Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutnings saker	Orienterings saker	Andre orienteringer/merknader
Ringerike	- ØLP 2021 -2024		
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 Områderegeringsprosess for nåværende Drammen sykehus Rapport 12/2019 fra konsernrevisjonen: Rehabilitering etter hjerneslag ved Vestre Viken HF Foretaksprotokoll 25. juni Rapportering HSØ pr 1. september – ledelse og kvalitetsforbedring	- Protokoll fra styremøte i HSØ 25. juni og 20. august - Brukerutvalg juni og august - Varsel om revisjon av varslingsystemet - Oppdragsplan for revisjon av varslingsystemet - Styrets arbeid pr august	Andre orienteringer: • Utvikling Klinikk for psykisk helse og rus • Eiendomsstrategi i Vestre Viken • Eiendomsplan for Klinikk psykisk helse og rus
Mandag 21. september Møtested:	- Virksomhetsrapport pr august - Tidlig klinisk drift i nytt sykehus Drammen	- HAMU 1. september og SKU 8. september - Brukerutvalg 16. september	Styreseminar 21. -22. september

Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
Thon Hotel Vetre (styremøte 21. sep.+styreseminar 21./22. sep.)	<ul style="list-style-type: none"> - Innspill til konsernrevisjonens revisjonsplan for 2021 	<ul style="list-style-type: none"> - Styrets arbeid 2020 pr september 	
<p style="text-align: center;">Mandag 26. oktober</p> <p>Møtested: Kongsberg</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Virksomhetsrapport 2. tertial - Virksomhetsrapport september kort/PPT vedlegg - Veileder for styrearbeid i regionale helseforetak – til etterretning - Instruks for styret - regodkjennes - Instruks for administrerende direktør – regodkjennes - Varslingsrutiner – beskrivelse av ordning og hvordan den fungerer - Etske retningslinjer – regodkjennes - 	<p>Orientering Nytt sykehus Drammen</p> <p>Budsjett 2021- prosess</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brukerutvalg 21. oktober - Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 24. september og 22. oktober (ettersendes) - Styrets arbeid 2020 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientering fra Kongsberg sykehus • Forskning i VVHF • Digitale pasientforløp
<p style="text-align: center;">Mandag 16. november</p> <p>Møtested: Drammen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Virksomhetsrapport oktober - Avhendingsplan for Drammen sykehus - Styrets arbeid 2021 - årsplan 	<p>Brukerutvalg 9. november</p> <p>SKU 10. nov og HAMU 3. november</p> <ul style="list-style-type: none"> - Styrets arbeid 2020 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dialog med brukerutvalget (flyttet etter ønske fra brukerutvalget) • Orientering fra Drammen sykehus • Orientering Nytt sykehus Drammen • Budsjett 2021
<p style="text-align: center;">Mandag 14. desember</p> <p>Møtested: Drammen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Virksomhetsrapport november kort/PPT vedlegg - Budsjett og mål 2021 - Oppnevning av nye representanter og leder i Brukerutvalget - Eiendomsplan PHR - Sentralt styringsdokument PNSD - 	<p>Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 25. -26. nov</p> <p>Brukerutvalg 9. desember</p> <ul style="list-style-type: none"> - HAMU og SKU 3. desember - Styrets arbeid 2020/2021 	<p>Andre orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientering fra KIS • Orientering Nytt sykehus Drammen <p>Julemiddag?</p>

Styrets arbeid 2020

Møtedato	Beslutningssaker	Orienteringssaker	Andre orienteringer/merknader
	<ul style="list-style-type: none"> - Virksomhetsstyring? (avventer oppdrag i foretaksmøte jfr protokoll fra styret i HSØ 24. september) - 		<p>Utsatt i 2020 pga pandemi</p> <p>Orienteringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bærum sykehus • Ringerike sykehus • Pasientombudene i Viken/Oslo <p>Temaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sykehus i nettverk • Kompetanseplanlegging/kartlegging • Samhandling med kommunene/primærhelsetjenesten (Helsefelleskap
<p>2021</p> <p><i>Møtesteder på rotasjon mellom lokasjoner</i></p>	-	<ul style="list-style-type: none"> - Foreløpig protokoll fra styremøte i HSØ 17. desember 	Styreevaluering utsatt fra 2020